Gobierno de Chile

**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**
**División de Gestión de la Red Asistencial**
Depto. de Estudio, Innovación e Información para la Gestión
**JVC/PNM/ACR/CVV/AGM/msv**

JEFE GABINETE V°B°

**ORD. C2 N°** 972 /

**ANT:** No hay

**MAT.:** Envía Información relativa a Lista de Espera GES y no GES, solicitada en Glosa 06 Ley de Presupuesto del año 2018, correspondiente al mes de Enero.

**SANTIAGO,** 28 FEB. 2018

**DE : SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**

**A : COMISIÓN ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTO**

En cumplimiento a lo dispuesto en la Glosa 06 del Ministerio de Hacienda, remito a Ud. Informe de estado de situación de Lista de Espera No GES, Garantías de oportunidades GES retrasadas correspondiente al mes de Enero.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.,

MINISTERIO DE SALUD SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

**DRA. GISELA ALARCÓN ROJAS**
**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**

Distribución:

- La indicada.
- Comisión de Salud del Senado
- Comisión de Salud de la Cámara de Diputados
- Deptos. De Salud Municipales
- Servicio Nacional de Menores
- Controlaría General de la República
- Subsecretaria de Redes Asistenciales. (Sra. Isabel del Ferreri)
- Secretaría Técnica GES (Andrea Guerrero)
- División de Gestión de la Red Asistencial (Srta. María Gabriela Campos – Dra. Elisa Llach)
- Depto. de Estudios, Innovación e Información para la Gestión
- Unidad de Gestión de la Información
- Oficina de Partes.

# GLOSA 06

## LISTA DE ESPERA NO GES Y GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD GES RETRASADAS.

ENERO 2018

Ministerio de Salud.
Gabinete Subsecretaria de Redes Asistenciales.
Departamento de Estudios, Innovación e Información para la gestión.

ÍNDICE

GLOSA 06 LEY DE PRESUPUESTO 2018 ..... 3

RESUMEN EJECUTIVO ..... 5

1. LISTA DE ESPERA NO GES ..... 7

1.1. Nuevo Sistema de Gestión de los tiempos de Espera ..... 7

1.2. Avances y mejoras en los procesos de gestión de Lista de Espera ..... 8

1.3. Beneficios de la puesta en marcha de SIGTE. ..... 8

1.4. Fases del proyecto ..... 9

1.5. Cronograma del proyecto ..... 11

1.6. Estado de Avance en la Implementación de SIGTE ..... 12

1.7. Migración y Estado de Avance en la Implementación de SIGTE ..... 18

2. GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD GES RETRASADAS ..... 19

Anexos. 25

Anexo 1. GES ..... 25

ANEXO 2 ..... 28

# GLOSA 06 LEY DE PRESUPUESTO 2018

El Ministerio de Salud deberá publicar en su página web, todos los informes que se detallan más adelante y comunicará de ello a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, a la Comisión de Salud del Senado, a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, a todos los Departamentos de Salud Municipales, al Servicio Nacional de Menores y a la Controlaría General de la República. Un informe mensual que contenga la siguiente información, desglosada por especialidades y patologías y características de los pacientes, según corresponda, comparada con igual período del año anterior.

a) Información, desglosada por Servicio de Salud, según sexo y grupo etario, respecto de los retrasos en el cumplimiento de la garantía de oportunidad de cada una de las patologías comprendidas en el Régimen GES. Esta información deberá contener la duración promedio del retraso por patologías, desglosados según sean éstos de menos de treinta días; de más de treinta y menos de sesenta días; de más de sesenta y menos de noventa días, de más de noventa días y menos de ciento ochenta días, de más de ciento ochenta días y menos de un año y de más de un año.
   La información deberá desglosarse a partir de 2018 según tipo y características del prestador en la resolución y tramo Fondo Nacional de Salud. La información deberá desglosarse según pacientes y patologías, correlacionando ambas categorías. La información deberá desglosarse para niñas, niños y adolescentes vinculados a programas del Servicio Nacional de Menores.

b) Información, desglosada por Servicio de Salud, del número de personas que se encuentran en lista de espera de las patologías No GES, tanto para una interconsulta como para una cirugía. Para el caso de la lista de espera, tanto de una interconsulta como de una cirugía, la información debe estar desglosada según sea ésta de menos de tres meses, entre tres y seis meses, más de seis meses y menos de un año; entre un año y dieciocho meses, entre dieciocho meses y dos años, entre dos y tres años, y más de tres años, indicando también el promedio de días de espera.
   Para el caso de lista de espera para una interconsulta, la información debe estar desagregada según sexo y grupo etario.
   La información debe desagregarse según subespecialidades pediátricas. Para el caso de lista de espera para una cirugía, la información debe estar desagregada según sexo y grupo etario.
   La información deberá desglosarse a partir de 2018 según tipo y características del prestador en la resolución de patologías y tramo Fondo Nacional de Salud.
   La información deberá desglosarse según el número de actos quirúrgicos reprogramados y causa de reprogramación.

c) El Ministerio de Salud informará semestralmente, de la publicación en su página web, treinta días después del término del semestre respectivo, a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos y a las Comisiones de Salud de ambas Cámaras del Congreso Nacional, de los resultados de una indagatoria que mida las Listas de Espera, el informe deberá contener un análisis epidemiológico del número y las causas de muerte de pacientes que se encuentren en listas de espera No Auge y Garantías de oportunidad Auge retrasadas y que hayan muerto estando en las lista de espera.

Con todo, el Ministerio de Salud deberá incluir en su página web institucional un enlace a la información en línea del SIGGES y mensualmente del sistema de seguimiento de listas de espera que tenga disponible, cuidando que la información de nombres y cédulas de identidad de los pacientes esté debidamente encriptado.

## RESUMEN EJECUTIVO

En cumplimiento a lo dispuesto para la Glosa N° 06 de la Ley de Presupuestos del año 2018, el presente informe describe el estado de situación respecto de la resolución de las Garantías de Oportunidad GES Retrasadas considerando la distribución territorial de la Red de Salud Pública a través de los 29 Servicios de Salud y los Establecimientos con carácter de experimental existentes a la fecha los que para efectos del presente informe se encuentran incluidos en los datos consolidados de los Servicios de Salud a los cuales se encuentran relacionados por gestión de Red.

Tal como se indica en el Informe de la Gosa 06 del mes de diciembre de 2017, el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) da cuenta de una de las recomendaciones emanadas desde la Comisión Médica Asesora Ministerial[1]. Es una herramienta enmarcada en una política efectiva de gestión de la demanda para disminuir Tiempos de Espera (TE). Considera la aplicación de un algoritmo para identificar riesgos clínicos en los pacientes, lo cual permitirá gestionar oportunamente su atención.

En el marco descrito, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se interesó en compartir el modelo chileno con otros países Miembros, lo cual se concretó el día 22 de febrero de 2018 a través del "Primer Encuentro Latinoamericano Virtual sobre Gestión de Tiempos y Listas de espera - o filas/colas –" , organizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL con apoyo de la OPS, en la cual participaron: Chile, Uruguay, Costa Rica. También se contó con la asistencia virtual internacional de los países Argentina y Bolivia, como también del representante de la Oficina regional OPS de Washington el Dr. Jonás Gonseth-García, experto en sistemas y servicios de la organización regional. A nivel nacional, estuvieron conectados los 29 Servicios de Salud que conforman la red de Salud chilena, además de cerca de los 50 asistentes presenciales a la jornada provenientes de diferentes departamentos y direcciones del ministerio. La instancia permitió el diálogo entre los diferentes participantes y asistentes. Los resultados se sistematizaron y se encuentran en el Anexo N° 2 de este documento.

Respecto a lo que debe informar esta Glosa, específicamente lo referido a Listas de Espera No GES, y dado el proceso en ejecución de migración de datos desde el Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) al nuevo Sistema de Gestión de Tiempos de Espera, el presente Informe describe detalladamente dicho proceso y sus resultados. Junto a lo anterior, se compromete que la información referida a las listas de espera No GES del mes de enero de 2018, que corresponde informar en el mes de febrero se encorporará en el Informe de marzo 2018.

[1] Nombrada según Decreto Nº16 del 11 de mayo del 2017

Es en este contexto, respecto a Listas de Espera No GES, dado el proceso en ejecución de la migración de datos desde el Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) al nuevo Sistema de Gestión de Tiempos de Espera, describirá detalladamente dicho proceso y sus resultados, comprometiéndose a que en el Informe de la glosa del mes febrero correspondiente a la información de las listas de espera No GES del mes de enero de 2018, se entregará a fines de marzo 2018.

De las *Garantías de Oportunidad Retrasadas* se presenta el estado de situación del cumplimiento GES y el retraso a cada corte, desagregado por Servicio de Salud y Problema de Salud, considerando para este último su evolución histórica, la duración promedio de la espera, desglosados según sean éstos de menos de treinta días; de más de treinta y menos de sesenta días; de más de sesenta y menos de noventa días, de más de noventa días y menos de ciento ochenta días, de más de ciento ochenta días y menos de un año y de más de un año. Según la información declarada por FONASA, al cierre de enero 2018 existen **9.228 garantías de oportunidad retrasadas**, **4 garantías retrasadas** más respecto de lo informado al corte de diciembre.

De los resultados, al comparar el universo de Garantías retrasadas existente al corte del 31 de enero del 2018 con el mismo universo al 31 de enero del año 2017, es posible evidenciar la disminución del retraso en 16 Servicios de Salud equivalente a 2.236 Garantías de oportunidad retrasadas.

# 1. LISTA DE ESPERA NO GES

Dado el proceso en ejecución de la migración de datos desde el Repositorio Nacional de Listas de Espera al nuevo Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), el presente informe solo describe detalladamente dicho proceso y sus resultados. Junto a lo anterior, se compromete que la información referida a las listas de espera No GES del mes de enero de 2018, que corresponde informar en el mes de febrero se entregará en el Informe de fines de marzo de 2018.

## 1.1. Nuevo Sistema de Gestión de los tiempos de Espera

El nuevo Sistema para la Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) ha sido diseñado para proporcionar un seguimiento de los pacientes en espera de atención, contribuyendo al monitoreo y control eficaz de la demanda expresada en cada uno de los niveles de atención de la RISS.

En consideración al Modelo de Atención Integral de salud vigente y a los objetivos que el Ministerio de Salud ha definido como sus prioridades: el usuario como eje central del quehacer, recursos humanos como pilares de la organización y redes asistenciales coordinadas para la atención, se debe continuar con la promoción del funcionamiento de un modelo que vele por brindar una atención en salud con cobertura, acceso y oportunidad que permita la erradicación de discriminaciones y exclusiones de todo tipo.

El desafío es avanzar en la instalación de sistemas de información confiables que permitan, entre otras cosas, que la información sea comparable, consistente y adecuada para apoyar la toma de decisiones, fortaleciendo con esto la gestión de las Listas de Espera del sector público de salud.

La Gestión de las Listas de Espera es una prioridad del Sector Salud, que refleja la demanda no satisfecha en ciertos procesos asistenciales trazadores para el Sector, por lo tanto la trazabilidad de cada uno de éstos eventos y el tiempo en el que se actualizan los datos en un periodo, en los sistemas de información, es sumamente relevante para poder gestionar en forma oportuna estas listas de espera.

Los Establecimientos de Salud de la Red Asistencial, reportarán los pacientes al sistema de gestión a partir de la indicación médica, permitiendo monitorear, adicional a los tiempos de espera por atención, los tiempos entre los distintos puntos de control en el proceso de gestión de la demanda; esto permitirá medir los tiempos reales de espera y en consecuencia conocer anticipadamente la demanda.

## 1.2. Avances y mejoras en los procesos de gestión de Lista de Espera

El nuevo sistema de gestión permitirá incorporar visualización de la trazabilidad por estados de atención de los usuarios (gestión de estados) desde su derivación de un Establecimiento de Atención Primaria de Salud (APS) hasta su resolución en los niveles secundario, terciario o a través del Programa de Resolutividad en la APS. De igual forma, permitirá el seguimiento de los casos quirúrgicos durante su estudio, programación de tabla y resolución.

Permitirá además definir grupos de seguimiento durante todo su proceso de atención para dar cuenta de su evolución de manera priorizada (gestión de universos). Un ejemplo de esto es el universo niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) en situación de vulnerabilidad en términos concretos, un universo es un subconjunto de la Lista de Espera, cuyo análisis será en los mismos términos que el resto, pero que se informará separadamente. La gestión de universos permitirá: crear universos, excluir o agregar pacientes al universo y deshacer universos en el marco de la gestión realizada para abordar las listas de espera.

El sistema considera incorporar el resultado de un algoritmo de priorización que considere la condición clínica del paciente por su diagnóstico y agravantes (edad, enfermedad crónica, entre otros) complementando la condición clínica de los pacientes con la antiguedad, incorporando la variable calidad/oportunidad hasta ahora no considerada, de acuerdo a las definiciones de Comisión de Lista de Espera y el Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud (DEIS).

## 1.3. Beneficios de la puesta en marcha de SIGTE.

- ✓ Seguimiento del paciente durante todo su proceso de atención.
- ✓ Comparabilidad de información con otras fuentes complementarias. (SIGGES, SENAINFO).
- ✓ Uso de maestros o mantenedores transversales.
- ✓ Validación On line de identificación y fallecidos con el Servicio de Registro Civil e Identificación. (Maestro de personas).
- ✓ Control de modificaciones de data de años anteriores.
- ✓ Mayor control de calidad de la información.
- ✓ Identificación de cuellos de botella o problemas de gestión en la red.
- ✓ Base sólida para la interoperabilidad con Registro Clinico Electrónico.
- ✓ Fuente de información de gestión de demanda para otras plataformas en modelo de gestión de casos: futura plataforma seguimiento SENAME

## 1.4. Fases del proyecto

El proyecto SIGTE en su planificación global considera el tránsito desde la gestión de registros de personas en espera de atención, hacia la gestión de la continuidad de atención en la red asistencial monitoreando y vigilando los tiempos de espera. Esté tránsito considera 4 fases:

- ✓ FASE I: Entrar em operación del nuevo sistema SIGTE, homologando las funcionalidades de RNLE, incluyendo la migración de datos históricos.
- ✓ FASE II: tiene por objetivo realizar el proceso de interoperabilidad con los registros clínicos electrónicos a nivel de Interconsultas, para el análisis de la demanda de la lista de espera de Consulta Nueva de Especialidad.
- ✓ FASE III: Contempla el consumo de servicios de interoperabilidad para obtener en línea los egresos de las Consultas Nuevas de Especialidad.
- ✓ FASE IV: El objetivo de esta fase es implementar servicios de interoperabilidad entre SIGTE y los registros clínicos electrónicos para la obtención en línea de la información de demanda, oferta y resolución de intervenciones quirúrgicas y procedimientos.

Así, el nuevo sistema SIGTE en implementación de Fase I, permitirá lo siguiente:

- Gestionar listas de espera No GES asociado a cinco tipos de prestación: atención de consulta nueva de especialidad, control de especialidad, intervenciones quirúrgicas, intervenciones quirúrgicas complejas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

- Usar herramienta de Business Intelligence para una gestión de los tiempos de espera en los diferentes niveles de la RISS, permitiendo a los establecimientos ser un actor proactivo en la resolución de su demanda. Esta herramienta posibilita focalizar los esfuerzos en el análisis de la Lista de Espera, descubrimiento de relaciones no evidentes, enriquecimientos con nuevas fuentes de información para hacer más y mejores propuestas de gestión.

- Incorporar un algoritmo de analítica para sugerir el ordenamiento de la lista según la probabilidad existente de que un paciente fallezca en espera de una atención. Este sistema permitirá usar nuevos algoritmos analíticos que contribuyan a la oportuna atención de la población.

- Integrarse con Registro Civil e Identificación para validar la identidad inequívoca de los pacientes, permitiendo, además, mantener actualizado semanalmente el registro de pacientes fallecidos estando en espera por atención.

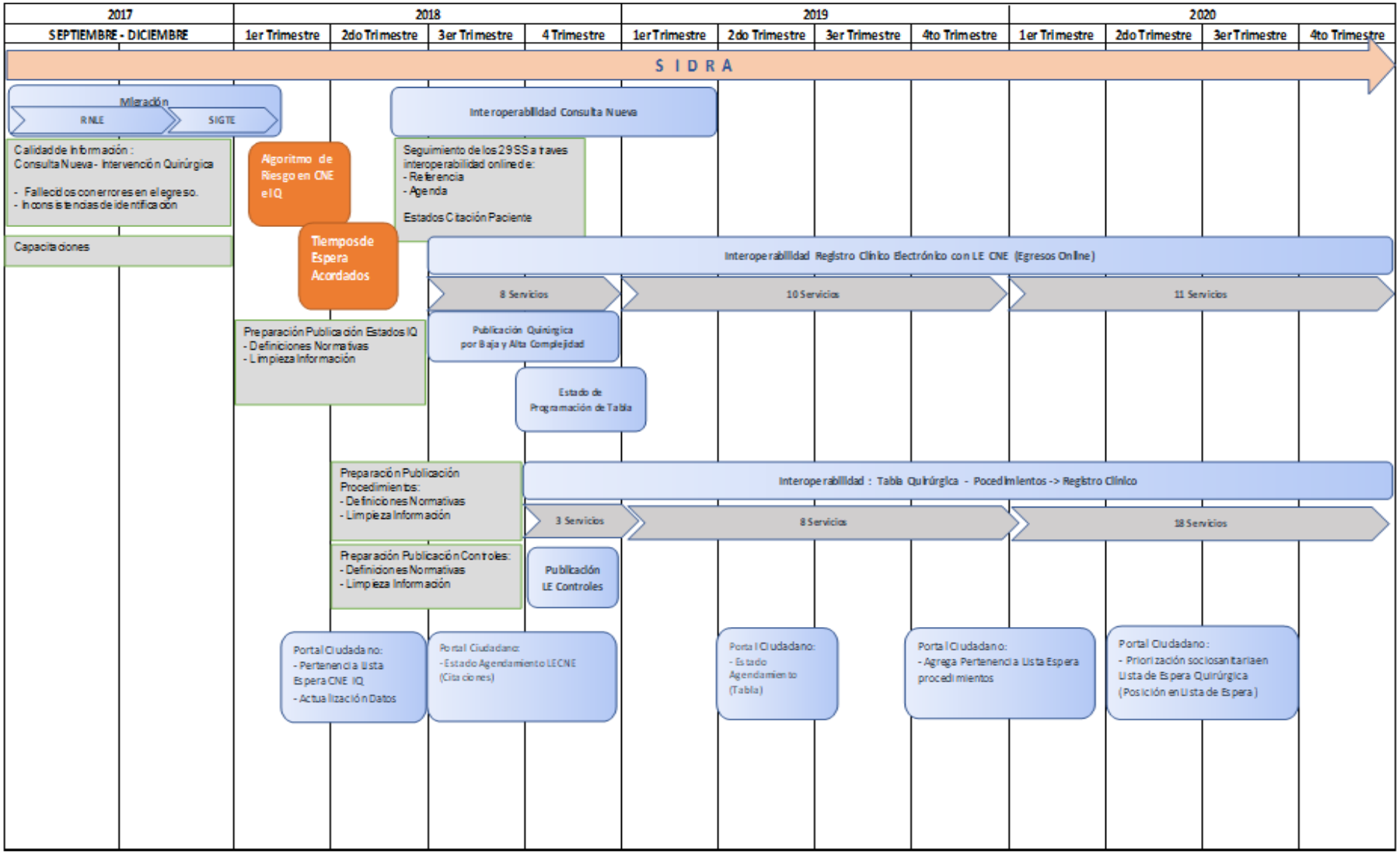
- Tributar pacientes en lista de espera en ingreso y egresos se han definidos a validar con reglas de negocio que garanticen la calidad e integridad del registro.

- Cubrir las necesidades de información de todos los niveles de gestión de la RISS (estratégica, táctica y operativa) a nivel de Establecimientos, Servicios de Salud y Ministerio de Salud.

- Utilizar la tecnología que sustenta el nuevo sistema, permite actualizar la Lista de Espera tan frecuente como sea capaz la entidad que la tributa, permitiendo una gestión de apoyo a la operación diaria y gestión estratégica con cierres mensuales ministeriales.

- Avanzar hacia un gobierno de datos ministerial, que hace uso de maestros únicos y centralizados en la arquitectura convergente.

## 1.5. Cronograma del proyecto



## 1.6. Estado de Avance en la Implementación de SIGTE

Para la puesta en marcha de la Fase I de SIGTE se definió como condición habilitante la migración de datos desde el sistema RNLE hacia el sistema SIGTE. Este proceso considera la migración de los datos contendidos en RNLE hacia SIGTE resguardando la coincidencia exacta de toda la información, en concepto y número de registros, considerando los registros históricos y los casos cerrados a partir del 01/01/2015. En esta primera etapa se validó la migración comparando la cantidad de casos por servicio de salud entre RNLE y SIGTE, considerando su estado y los tipos de prestación, bajo el proceso y resultados que se detallan a continuación:

La estrategia de migración se abordó a través de dos condiciones:

1. Migración de lista de espera: la migración de lista de espera o casos abiertos en RNLE considera dejar los registros también abiertos en SIGTE permitiendo su gestión desde todas las dimensiones de análisis.

2. Migración de cierre estadístico: la migración de cierre estadístico o casos cerrados consideró dividir esta base en dos grupos de datos, los generados del 31/12/2014 hacia atrás para un cierre histórico y los generados desde el 01/01/2015 en adelante para formar parte de la base operacional en trabajo de los Servicios de Salud con el 100% de la lista de espera abierta. Lo anterior, dado actualizaciones que realizan los Servicios de Salud principalmente en los últimos años de gestión.

Ambas actividades incluyeron la aplicación de reglas de validación de calidad de registro sobre cada uno de los datos migrados produciendo los siguientes resultados:

1. Registros migrados: Son todos aquellos registros que cumplen con las reglas de validación y, por tanto, son traspasados a SIGTE

2. Registros migrados con alerta: Son todos aquellos registros que, sin cumplir totalmente las reglas de validación, son traspasados a SIGTE, pero quedan con una notificación de alerta para ser solucionado por el usuario. Estas condiciones son de bajo riesgo para la veracidad del registro

3. Registros no migrados: Son todos aquellos registros que no cumplen con alguna regla de negocio que es determinante para la identificación o veracidad del registro

Dado esto, aquellos casos abiertos del RNLE que al aplicar las reglas de negocio validado con el Registro Civil se identificaron bajo condición de fallecidos al 19/01/2018, fueron migrados al SIGTE como casos abiertos con alerta, de manera que el usuario proceda a hacer la gestión de revisión de atenciones para publicar el egreso correspondiente.

Con fecha 19 de Febrero de 2018 se restringió el acceso y la tributación de lista de espera en RNLE, para congelar los datos contenidos a esa fecha y así dar inicio al proceso de migración de datos hacia SIGTE.

Los **casos cerrados**, son aquellos casos a quienes ya se les entregó la prestación en espera, mientras que los casos abiertos, son aquellos que aún se encuentran en espera de la entrega de una prestación (Lista de Espera). La base de datos de RNLE con corte al 19 de enero de 2018, tenía un total de **18.619.797 registros**, de los cuales 16.306.515 corresponden a casos cerrados y 2.313.282 a casos abiertos, ver Tabla Nº1.

Producto de esta definición, los registros a migrar a SIGTE correspondieron a:

**Para Casos Abiertos:** Un total 2.313.282 de registros de casos en espera de atención.

**Para Casos Cerrados:** Correspondientes a casos cerrados a partir del 01/01/2015, equivalente a un total de 7.703.609 registros, 47,24% de los 16.306.515 de registros guardados para análisis.

La migración de datos desde RNLE a SIGTE, se ejecutó aplicando las reglas de negocio que estarán vigentes en el nuevo sistema de información:

**Migración casos de Abiertos:** corresponde a la carga de todos los casos abiertos tanto de pacientes vivos como de pacientes fallecidos.

**Migración de casos cerrados:** La migración de los casos cerrados se realiza en dos etapas, la primera bajo el cumplimiento de reglas de operación SIGTE y la segunda deshabilitando las reglas asociadas al control de datos de interconsulta.

Del proceso de migración de datos se generaron 4 tipos de resultados:

1. **Registro procesado:** corresponde al registro que cumple todas las validaciones y es insertado en la base de datos de SIGTE.

2. **Registro procesado con alertas:** corresponde al registro que es insertado en la base de datos de SIGTE, pero presenta incumplimiento de una o más reglas de negocio que gatillan “alerta” al caso o la persona, de acuerdo a los descrito en las “Reglas de negocio de SIGTE utilizadas en el proceso de migración de datos”.

3. **Registro rechazado por error funcional:** Corresponde al registro que tras el procesamiento en SIGTE es rechazado por no cumplir con las reglas de negocio que gatillan “Error”.

4. **Registros rechazados por error técnico:** Corresponde al registro que es rechazado, puesto que se presenta un error o incidente técnico durante el procesamiento de datos, por tanto no se inserta en la base de datos de SIGTE.

Como resultado del proceso de migración se obtuvo lo siguiente:

De un total de 2.313.282 de RNLE se migró a SIGTE **2.309.379** casos abiertos, lo que corresponde a un porcentaje de efectividad de un **99,83%**.

Los 3.903 casos no ingresados por no cumplimiento de reglas de negocio, serán revisados por Unidad de Gestión de Información del Departamento de Estudios, Innovación e Información para la Gestión DE LA Subsecrataría de Redes Asistenciales y Servicios de Salud responsables de los casos, ver Tabla Nº4.

De un total de 7.703.609 de RNLE se migró a 7.700.540 casos cerrados, lo que corresponde a un porcentaje de efectividad de un **99,96%.**

Tabla Nº1: Distribución de registros de RNLE, por Servicio de Salud al 19 del enero 2018.

| Código Servicio | Servicio de Salud | CASOS CERRADOS | CASOS ABIERTOS | Total de Registros por SS |
|---|---|---|---|---|
| | | Cantidad de registros con estado cerrados | Cantidad de registros con estado abiertos | |
| 1 | Arica | 234.422 | 16.410 | 250.832 |
| 2 | Iquique | 101.803 | 30.818 | 132.621 |
| 3 | Antofagasta | 381.186 | 43.867 | 425.053 |
| 4 | Atacama | 307.165 | 17.248 | 324.413 |
| 5 | Coquimbo | 752.812 | 111.028 | 863.840 |
| 6 | Valparaíso | 671.903 | 66.620 | 738.523 |
| 7 | Viña del Mar | 654.075 | 134.346 | 788.421 |
| 8 | Aconcagua | 442.314 | 25.984 | 468.298 |
| 9 | Metropolitano Norte | 620.931 | 140.759 | 761.690 |
| 10 | Metropolitano Occidente | 977.430 | 133.984 | 1.111.414 |
| 11 | Metropolitano Central | 560.247 | 117.010 | 677.257 |
| 12 | Metropolitano Oriente | 744.845 | 85.101 | 829.946 |
| 13 | Metropolitano Sur | 814.328 | 79.734 | 894.062 |
| 14 | Metropolitano Sur Oriente | 1.166.517 | 164.291 | 1.330.808 |
| 15 | Del Libertador B. O`Higgins | 523.017 | 130.430 | 653.447 |
| 16 | Del Maule | 818.376 | 132.380 | 950.756 |
| 17 | Ñuble | 712.280 | 198.394 | 910.674 |
| 18 | Concepción | 802.297 | 100.132 | 902.429 |
| 19 | Talcahuano | 546.903 | 68.521 | 615.424 |
| 20 | Bio-bío | 492.654 | 62.150 | 554.804 |
| 21 | Araucanía Sur | 1.415.038 | 109.046 | 1.524.084 |
| 22 | Valdivia | 539.790 | 126.400 | 666.190 |
| 23 | Osorno | 305.059 | 21.285 | 326.344 |
| 24 | Del Reloncaví | 340.447 | 58.666 | 399.113 |
| 25 | Aysén | 229.042 | 11.926 | 240.968 |
| 26 | Magallanes | 260.401 | 33.909 | 294.310 |
| 28 | Arauco | 260.537 | 33.169 | 293.706 |
| 29 | Araucanía Norte | 375.808 | 31.128 | 406.936 |
| 33 | Chiloé | 254.888 | 28.546 | 283.434 |
| TOTAL | | 16.306.515 | 2.313.282 | 18.619.797 |

Para el proceso de migración se definió un cierre estadístico de dos años. Por ello la migración consideró el registro histórico y el cierre estadístico de casos cerrados a partir del 01/01/2015. Con ello el total de registros cerrados a migrar desde RNLE se reduce de 16.306.515 a 7.703.609.

Las siguientes tablas presentan el detalle de migración:

Tabla Nº2: Distribución de casos abiertos de RNLE, por Servicio de Salud y tipo de prestación al 19 de enero de 2018.

| CODIGO | NOMBRE SS | Total de Registros | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Consulta Nueva de Especialidad | Consulta Control de Especialidad | Procedimientos | Intervención Quirúrgica | Intervención Quirúrgica Compleja | Total |
| 1 | Arica | 14.285 | - | - | 2.125 | - | 16.410 |
| 2 | Iquique | 16.714 | 1 | 8.423 | 5.680 | - | 30.818 |
| 3 | Antofagasta | 35.042 | - | 49 | 8.776 | - | 43.867 |
| 4 | Atacama | 14.289 | 9 | 592 | 2.358 | - | 17.248 |
| 5 | Coquimbo | 90.241 | 267 | 13.431 | 7.089 | - | 111.028 |
| 6 | Valparaíso-SA | 51.852 | 245 | 1.082 | 13.434 | 7 | 66.620 |
| 7 | Viña del Mar-Q | 95.807 | 307 | 19.669 | 18.510 | 53 | 134.346 |
| 8 | Aconcagua | 17.924 | 5 | 158 | 7.897 | - | 25.984 |
| 9 | M. Norte | 124.116 | 83 | 8.315 | 8.245 | - | 140.759 |
| 10 | M. Occidente | 121.930 | 1.280 | 286 | 10.487 | 1 | 133.984 |
| 11 | M. Central | 101.454 | 362 | 6.070 | 9.114 | 10 | 117.010 |
| 12 | M. Oriente | 62.201 | 16 | 12.486 | 10.398 | - | 85.101 |
| 13 | M. Sur | 61.717 | - | 416 | 17.601 | - | 79.734 |
| 14 | M. Sur Oriente | 142.790 | 1 | 5.075 | 16.424 | 1 | 164.291 |
| 15 | O'Higgins | 96.523 | 1.866 | 14.081 | 17.960 | - | 130.430 |
| 16 | Del Maule | 109.185 | - | 1.365 | 21.830 | - | 132.380 |
| 17 | Ñuble | 72.323 | 1 | 113.939 | 12.131 | - | 198.394 |
| 18 | Concepción | 55.623 | 1.067 | 29.797 | 13.615 | 30 | 100.132 |
| 19 | Talcahuano | 52.476 | 28 | 11.158 | 4.765 | 94 | 68.521 |
| 20 | Bio - Bio | 49.145 | - | 220 | 12.784 | 1 | 62.150 |
| 21 | A. Sur | 84.644 | - | - | 24.305 | 97 | 109.046 |
| 22 | Valdivia | 35.566 | 1 | 73.922 | 16.911 | - | 126.400 |
| 23 | Osorno | 15.442 | - | 13 | 5.830 | - | 21.285 |
| 24 | Del Reloncaví | 38.473 | - | 12.946 | 7.245 | 2 | 58.666 |
| 25 | Aysén | 10.881 | - | 3 | 1.042 | - | 11.926 |
| 26 | Magallanes | 17.044 | - | 13.659 | 3.206 | - | 33.909 |
| 28 | Arauco | 21.258 | 25 | 8.861 | 3.025 | - | 33.169 |
| 29 | A. Norte | 22.330 | - | 5.447 | 3.351 | - | 31.128 |
| 33 | Chiloé | 13.921 | 3 | 11.472 | 3.150 | - | 28.546 |
| Totales | | 1.645.196 | 5.567 | 372.935 | 289.288 | 296 | 2.313.282 |

## Tabla Nº3: Distribución de casos cerrados de RNLE, por servicio de salud y tipo de prestación, desde el 1 de enero de 2015 al 19 de enero de 2018.

| Código SS | Nombre | Total Registros | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Consulta Nueva de Especialidad | Consulta Control de Especialidad | Procedimientos | Intervención Quirúrgica | Intervención Quirúrgica Compleja | Total |
| 1 | Arica | 115.081 | - | 3828 | 7.953 | - | 126.862 |
| 2 | Iquique | 43.153 | - | 1.064 | 7.136 | - | 51.353 |
| 3 | Antofagasta | 150.804 | - | 741 | 12.804 | - | 164.349 |
| 4 | Atacama | 98.611 | 199 | 6355 | 6.750 | - | 111.915 |
| 5 | Coquimbo | 337.132 | 83 | 14.766 | 17.653 | - | 369.634 |
| 6 | Valparaíso-SA | 213.805 | 35 | 74.169 | 22.607 | 8 | 310.624 |
| 7 | Viña del Mar-Q | 242.295 | 436 | 37.974 | 24.355 | 162 | 305.222 |
| 8 | Aconcagua | 144.177 | - | 600 | 25.453 | - | 170.230 |
| 9 | M. Norte | 279.987 | 8 | 25.707 | 23.913 | - | 329.615 |
| 10 | M. Occidente | 409.352 | 53 | 3041 | 29.773 | 50 | 442.269 |
| 11 | M. Central | 288.003 | 120 | 3.782 | 26.995 | 102 | 319.002 |
| 12 | M. Oriente | 306.861 | - | 1.031 | 32.034 | 1 | 339.927 |
| 13 | M. Sur | 335.919 | 5 | 51327 | 25.328 | 2 | 412.581 |
| 14 | M. Sur Oriente | 485.295 | - | 21.601 | 54.960 | 16 | 561.872 |
| 15 | O'Higgins | 232.220 | 515 | 5.169 | 18.122 | 2 | 256.028 |
| 16 | Del Maule | 419.583 | 2 | 734 | 43.086 | - | 463.405 |
| 17 | Ñuble | 262.835 | - | 86.893 | 29.149 | - | 378.877 |
| 18 | Concepción | 354.337 | 40 | 32.211 | 37.903 | 32 | 424.523 |
| 19 | Talcahuano | 207.416 | 31 | 32.456 | 14.755 | 167 | 254.825 |
| 20 | Bio - Bio | 176.343 | - | 1720 | 18.416 | 1 | 196.480 |
| 21 | A. Sur | 372.987 | - | - | 68.676 | 886 | 442.549 |
| 22 | Valdivia | 175.362 | - | 82.160 | 16.991 | - | 274.513 |
| 23 | Osorno | 149.684 | - | 29 | 12.907 | - | 162.620 |
| 24 | Del Reloncaví | 163.285 | - | 5.372 | 14.009 | 5 | 182.671 |
| 25 | Aysén | 97.397 | - | - | 6.706 | - | 104.103 |
| 26 | Magallanes | 104.923 | 77 | 25.729 | 8.604 | 2 | 139.335 |
| 28 | Arauco | 112.951 | 2 | 6.450 | 8.832 | - | 128.235 |
| 29 | A. Norte | 129.148 | 22 | 10.976 | 8.170 | - | 148.316 |
| 33 | Chiloé | 82.253 | 158 | 41.457 | 7.805 | 1 | 131.674 |
| Totales | | 6.491.199 | 1.786 | 577.342 | 631.845 | 1437 | 7.703.609 |

## 1.7. Migración y Estado de Avance en la Implementación de SIGTE

### 1.7.1. CASOS ABIERTOS

Del total de casos abiertos, que corresponde a 2.313.282 registros, se migraron correctamente el 99,83% de los datos.

Tabla Nº4: Resultados de migración de casos abiertos Fase 1 por tipo de prestación, al 19 de enero de 2018.

| Tipo prestación | Total registros | Registros Procesados | Registros con error | % Migración |
|---|---|---|---|---|
| 1. Consulta Nueva de Especialidad | 1.645.196 | 1.644.066 | 1.130 | 99,93% |
| 2.Consulta Control de Especialidad | 5.567 | 5.562 | 5 | 99,91% |
| 3. Procedimientos | 372.935 | 372.214 | 721 | 99,81% |
| 4. Intervención Quirúrgica | 289.288 | 287.246 | 2042 | 99,29% |
| 5.Intervención Quirúrgica Compleja | 296 | 291 | 5 | 98,31% |
| Totales | 2.313.282 | 2.309.379 | 3.903 | 99,83% |

De acuerdo al plan de trabajo, el 0,17% de registros no migrado, serán analizados en detalle por la UGI y los servicios de salud responsables de ellos.

### 1.7.2. CASOS CERRADOS

La migración de casos cerrados se realiza aplicando reglas de negocio, en donde de un total de 7.703.609, se migra el 99,96%, de los registros, equivalente a 7.700.540, Del total de casos cerrados de RNLE el 95,78% cumplió con las condiciones de calidad de datos y reglas de negocio definidas para la migración.

### 1.7.3. ESTADO DEL SISTEMA AL 08 DE MARZO DE 2018

El sistema SIGTE inicia su operación el 06 de marzo y a la fecha los 29 Servicios de Salud cuentan con usuarios habilitados y han cargado su información.

El ingreso de casos abiertos al 07 de marzo fue de 214.820 de los 29 servicios de salud. Quedando pendiente el reproceso de casos que no cumplen reglas de validación definidas, la reportería operacional y la carga de egresos.

## 2. GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD GES RETRASADAS.

En el ámbito GES, se presentan los resultados de las Garantías de Oportunidad GES Retrasadas distribuidas por Servicio de Salud, acumuladas al corre del 30 de enero del año 2018, con extracción de datos el 14 de febrero 2018, ver Tabla N° 5.

Tabla Nº 5: Distribución Garantías de Oportunidad GES Retrasadas por Servicio de Salud al 31 de enero 2018.

| Servicio de Salud | Tota GO Retrasadas Corte enero 2018 |
|---|---|
| Metropolitano norte | 1.868 |
| Del Libertador B. O'Higgins | 1.047 |
| Valparaíso San Antonio | 907 |
| Metropolitano sur | 823 |
| Metropolitano occidente | 623 |
| Metropolitano central | 599 |
| Coquimbo | 489 |
| Metropolitano sur oriente | 460 |
| Del Maule | 401 |
| Viña del Mar Quillota | 395 |
| Concepción | 326 |
| Del Reloncaví | 272 |
| Araucanía sur | 256 |
| Metropolitano oriente | 152 |
| Arauco | 117 |
| Iquique | 113 |
| Valdivia | 78 |
| Chiloé | 77 |
| Antofagasta | 47 |
| Aysén | 39 |
| Nuble | 32 |
| Biobío | 30 |
| Atacama | 18 |
| Talcahuano | 17 |
| Araucanía norte | 15 |
| Magallanes | 11 |
| Aconcagua | 8 |
| Osorno | 7 |
| Arica | 1 |
| Total | 9.228 |

Fuente Datamart – SIGGES. Extracción 14 de febrero del 2018. Corte 31 de enero de 2018.

De acuerdo con la distribución territorial expuesta en la tabla N°5, es posible observar que al 31 de enero de 2018 los Servicios de Salud con menor retraso (menos de 10 garantías) son Aconcagua, Osorno y Arica. Asimismo, los Servicios de Salud con el mayor volumen de garantías GES retrasadas (más de mil garantías) son los Servicios de Salud Metropolitano Norte y Libertador Bernardo O'Higgins, quienes concentran el 31,59% del retraso a nivel país.

Tabla Nº 6: Tabla comparativa de Garantías de Oportunidad GES Retrasadas distribuida por Servicio de Salud, enero 2017 y enero de 2018.

| Servicio de Salud | Tota GO Retrasadas Corte enero 2017 | Tota GO Retrasadas Corte enero 2018 | Variación |
|---|---|---|---|
| del Libertador B.OHiggins | 252 | 1.047 | 795 |
| Metropolitano Central | 396 | 599 | 203 |
| Metropolitano Occidente | 454 | 623 | 169 |
| del Maule | 273 | 401 | 128 |
| Metropolitano Sur | 701 | 823 | 122 |
| Valparaíso San Antonio | 810 | 907 | 97 |
| Arauco | 41 | 117 | 76 |
| Araucanía Sur | 226 | 256 | 30 |
| Aysén | 20 | 39 | 19 |
| Araucanía Norte | 9 | 15 | 6 |
| Osorno | 4 | 7 | 3 |
| Aconcagua | 6 | 8 | 2 |
| Talcahuano | 17 | 17 | 0 |
| Arica | 5 | 1 | - 4 |
| Chiloé | 113 | 77 | - 36 |
| Valdivia | 118 | 78 | - 40 |
| Nuble | 74 | 32 | - 42 |
| Antofagasta | 90 | 47 | - 43 |
| Atacama | 78 | 18 | - 60 |
| Magallanes | 78 | 11 | - 67 |
| Coquimbo | 637 | 489 | - 148 |
| Del Reloncaví | 431 | 272 | - 159 |
| Biobío | 207 | 30 | - 177 |
| Metropolitano Oriente | 337 | 152 | - 185 |
| Iquique | 338 | 113 | - 225 |
| Metropolitano Sur Oriente | 714 | 460 | - 254 |
| Concepción | 640 | 326 | - 314 |
| Metropolitano Norte | 2.700 | 1.868 | - 832 |
| Viña del Mar Quillota | 1.695 | 395 | - 1.300 |
| Total de Retrasos Mensuales | 11.464 | 9.228 | - 2.236 |

Fuente Datamart – SIGGES. Extracción 14 de febrero del 2018. Corte 31 de enero de 2018.

La Tabla Nº 6 compara las Garantías GES retrasadas del mes de enero de 2017 con el mes enero del año 2018. Se evidencia la mejora en 16 Servicios de Salud en virtud de la disminución de cantidad de garantías. En general, la comparación da cuenta de una disminución de 2.236 Garantías de Oportunidad Retrasadas a nivel país respecto de igual periodo del año anterior.

Tabla Nº 7: Garantías de Oportunidad GES Retrasadas según sexo y Servicio de Salud, acumuladas al 31 de enero del 2018.

| Servicio de Salud | Femenino | Masculino | No Definido | Total Retrasos | Promedio días de Retrasos |
|---|---|---|---|---|---|
| Metropolitano norte | 1.211 | 657 | - | 1.868 | 155 |
| Del libertador b. O'Higgins | 656 | 391 | - | 1.047 | 89 |
| Valparaíso san Antonio | 614 | 293 | - | 907 | 112 |
| Metropolitano sur | 516 | 307 | - | 823 | 79 |
| Metropolitano occidente | 347 | 276 | - | 623 | 89 |
| Metropolitano central | 413 | 186 | - | 599 | 69 |
| Coquimbo | 310 | 179 | - | 489 | 32 |
| Metropolitano sur oriente | 301 | 159 | - | 460 | 47 |
| Del Maule | 247 | 154 | - | 401 | 87 |
| Vina del mar Quillota | 260 | 135 | - | 395 | 91 |
| Concepción | 240 | 86 | - | 326 | 69 |
| Del Reloncaví | 151 | 120 | 1 | 272 | 82 |
| Araucanía sur | 158 | 98 | - | 256 | 51 |
| Metropolitano oriente | 72 | 80 | - | 152 | 48 |
| Arauco | 70 | 47 | - | 117 | 107 |
| Iquique | 65 | 48 | - | 113 | 137 |
| Valdivia | 47 | 31 | - | 78 | 27 |
| Chiloé | 41 | 36 | - | 77 | 46 |
| Antofagasta | 31 | 16 | - | 47 | 26 |
| Aysén | 24 | 15 | - | 39 | 48 |
| Nuble | 18 | 14 | - | 32 | 30 |
| Biobío | 20 | 10 | - | 30 | 74 |
| Atacama | 11 | 7 | - | 18 | 113 |
| Talcahuano | 10 | 7 | - | 17 | 53 |
| Araucanía norte | 7 | 8 | - | 15 | 37 |
| Magallanes | 8 | 3 | - | 11 | 72 |
| Aconcagua | 4 | 4 | - | 8 | 65 |
| Osorno | 4 | 3 | - | 7 | 253 |
| Arica | 1 | - | - | 1 | 19 |
| Total | 5.857 | 3.370 | 1 | 9.228 | 94 |

Fuente Datamart – SIGGES. Extracción 14 de febrero del 2018. Corte 31 de enero de 2018.

Respecto de la desagregación por sexo y retraso de las garantías a nivel nacional y de acuerdo a la información presentada, se evidencia que el 63,47% de las personas con esta condición corresponde a sexo femenino y el 36,52% a masculino, ver Tabla Nº7.

Tabla Nº 8: Garantías de Oportunidad GES Retrasadas, según Problemas de Salud y por rango temporal en días de espera acumuladas al 31 de enero 2018

| Problema de Salud | <= 30 días | Entre 31 y 60 días | Entre 61 y 90 días | Mayor a 90 días | Total Retrasos | Promedio días de Retrasos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Catarátas | 837 | 332 | 217 | 819 | 2.205 | 110,6 |
| Cáncer de mama | 398 | 116 | 56 | 76 | 646 | 50,1 |
| Retinopatía diabética | 178 | 70 | 86 | 265 | 599 | 133,8 |
| Cáncer cervicouterino | 302 | 70 | 39 | 138 | 549 | 76,3 |
| Vicios de refracción | 279 | 60 | 25 | 135 | 499 | 81,7 |
| Colecistectomía preventiva | 174 | 65 | 49 | 157 | 445 | 111,0 |
| Cáncer colorectal 15 años y más | 133 | 66 | 35 | 90 | 324 | 75,5 |
| Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5 | 85 | 40 | 43 | 125 | 293 | 96,8 |
| Ortesis | 98 | 27 | 10 | 99 | 234 | 122,0 |
| Salud oral integral de la embarazada | 74 | 31 | 37 | 91 | 233 | 98,6 |
| Prevención secundaria irct | 89 | 43 | 30 | 70 | 232 | 70,9 |
| Hiperplasia de próstata | 77 | 30 | 27 | 76 | 210 | 129,9 |
| Artrosis de caderas | 64 | 22 | 16 | 107 | 209 | 137,1 |
| Marcapaso | 68 | 31 | 26 | 77 | 202 | 130,1 |
| Cáncer de próstata | 101 | 28 | 16 | 19 | 164 | 43,7 |
| Linfoma en adultos | 59 | 34 | 17 | 40 | 150 | 89,9 |
| Tumores primarios snc | 48 | 16 | 15 | 65 | 144 | 116,5 |
| Hernia núcleo pulposo lumbar | 72 | 22 | 9 | 39 | 142 | 79,1 |
| Estrabismo | 54 | 25 | 9 | 45 | 133 | 80,6 |
| Hipoacusia bilateral adulto uso de audífono requerido | 82 | 29 | 3 | 8 | 122 | 35,1 |
| Cáncer gástrico | 62 | 18 | 26 | 15 | 121 | 49,4 |
| Displasia luxante de caderas | 56 | 31 | 10 | 16 | 113 | 46,8 |
| Depresión | 57 | 9 | 10 | 20 | 96 | 73,2 |
| Hipertensión arterial | 50 | 9 | 9 | 14 | 82 | 60,8 |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 26 | 10 | 8 | 36 | 80 | 94,1 |
| Escoliosis | 13 | 6 | 8 | 49 | 76 | 170,5 |
| Diabetes mellitus tipo 2 | 37 | 7 | 6 | 22 | 72 | 126,4 |
| VIH/sida | 51 | 9 | 5 | 7 | 72 | 35,4 |
| Accidente cerebrovascular | 43 | 5 | 1 | 6 | 55 | 47,2 |
| Tratamiento quirúrgico válvula aórtica 15 y más | 21 | 17 | 5 | 10 | 53 | 59,6 |
| Prematurez | 37 | 7 | 4 | 3 | 51 | 34,0 |
| Asma bronquial 15 años y más | 23 | 8 | 4 | 16 | 51 | 67,0 |
| Epilepsia no refractaria 15 años y más | 27 | 7 | 3 | 3 | 40 | 46,7 |
| Infarto agudo del miocardio | 17 | 5 | 4 | 11 | 37 | 80,6 |
| Epilepsia no refractaria | 18 | 8 | 3 | 6 | 35 | 59,6 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cáncer de ovario epitelial | 16 | 6 | 1 | 12 | 35 | 102,4 |
| Tratamiento quirúrgico válvula mitral y tricúspide 15 y más | 13 | 3 | 6 | 13 | 35 | 126,3 |
| Artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada | 29 | 0 | 0 | 2 | 31 | 57,9 |
| Alivio del dolor | 27 | 1 | 0 | 1 | 29 | 21,7 |
| Esquizofrenia | 14 | 6 | 2 | 6 | 28 | 56,4 |
| Cardiopatías congénitas operables | 13 | 9 | 2 | 3 | 27 | 48,3 |
| Cáncer de testículo en adultos | 13 | 10 | 1 | 2 | 26 | 39,3 |
| Leucemia adulto | 12 | 5 | 3 | 3 | 23 | 51,1 |
| Hipoacusia bilateral del prematuro | 10 | 2 | 2 | 6 | 20 | 68,4 |
| Cáncer vesical 15 años y más | 9 | 3 | 3 | 5 | 20 | 71,8 |
| Desprendimiento de retina | 18 | 1 | 0 | 0 | 19 | 14,3 |
| Tratamiento erradicación helicobacter pylori | 10 | 0 | 1 | 8 | 19 | 96,1 |
| Hipotiroidismo en personas de 15 años y más | 5 | 0 | 0 | 12 | 17 | 310,3 |
| Asma bronquial | 12 | 1 | 1 | 1 | 15 | 40,2 |
| Disrrafias espinales | 1 | 2 | 2 | 7 | 12 | 189,1 |
| Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 4 años | 2 | 0 | 3 | 7 | 12 | 159,3 |
| Cáncer en menores | 6 | 2 | 2 | 1 | 11 | 50,7 |
| Traumatismo craneoencefálico moderado o grave | 5 | 6 | 0 | 0 | 11 | 33,0 |
| Enfermedad de parkinson | 5 | 1 | 3 | 2 | 11 | 44,5 |
| Diabetes mellitus tipo 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 9 | 32,0 |
| Hepatitis c | 3 | 2 | 0 | 3 | 8 | 127,9 |
| Salud oral adulto | 2 | 0 | 0 | 4 | 6 | 94,3 |
| Neumonía | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 | 88,8 |
| Salud oral | 2 | 0 | 0 | 2 | 4 | 73,5 |
| Analgesia del parto | 3 | 0 | 0 | 1 | 4 | 107,3 |
| Infección respiratoria aguda | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 18,0 |
| Hemorragia por aneurismas cerebrales | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 66,0 |
| Trauma ocular grave | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 17,7 |
| Esclerosis múltiple remitente recurrente | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 27,0 |
| Osteosarcoma 15 años y más | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 20,0 |
| Trastorno bipolar 15 años y más | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4,5 |
| Fisura labiopalatina | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 21,0 |
| Politraumatizado grave | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,0 |
| Fibrosis quística | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 34,0 |
| Retinopatía del prematuro | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 106,0 |
| Displasia broncopulmonar del prematuro | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 65,0 |
| Artritis idiopática juvenil | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 353,0 |
| Hepatitis b | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 94,0 |
| Lupus eritematoso sistémico | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 17,0 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Hemofilia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Fisura labiopalatina | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Urgencias odontológicas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Artritis reumatoide | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Dependencia de alcohol y drogas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Gran quemado | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Total | 4.061 | 1.379 | 906 | 2.882 | 9.228 | 93,7 |

Fuente Datamart – SIGGES. Extracción 14 de febrero del 2018. Corte 31 de enero de 2018.

De acuerdo a la información de la Tabla N° 8, es posible afirmar que de los 80 Problemas de Salud que componen el GES, cinco concentran el 48,74% del total de Garantías de Oportunidad GES Retrasadas, con un total de 4.498 garantías.

# Anexos.

## Anexo 1. GES

Garantías de Oportunidad GES Retrasadas distribuida por Nivel de Atención y Tipo de Establecimiento acumuladas al 31 de enero de 2018.

| Nivel de Atención | Tipo de Establecimiento | Total Retrasos |
|---|---|---|
| Primaria | Consultorio general urbano | 219 |
| | Centro comunitario de salud familiar | 104 |
| | Consultorio general rural | 51 |
| | Posta de salud rural | 46 |
| | Centro de salud rural | 32 |
| | Centro de salud urbano | 19 |
| | Servicio de atención primaria de urgencia | 1 |
| Secundaria | Centro de diagnóstico terapéutico | 1.575 |
| | Centro comunitario de salud mental | 63 |
| | Centro de referencia de salud | 36 |
| Terciaria | Establecimiento alta complejidad | 6.830 |
| | Establecimiento baja complejidad | 184 |
| | Establecimiento mediana complejidad | 68 |
| Total | | 9.228 |

Fuente Datamart - SIGGES 14 de febrero del 2018
Nota: Para el Nivel de Atención y Tipo de Establecimiento se utilizó la tipificación del DEIS.
Cuando el DEIS no presenta el tipo de establecimiento se utilizó el Tipo Estrategia

Garantías de Oportunidad GES Retrasadas, correspondientes a beneficiarios vinculados al SENAME, distribuidas por Sexo y Edad (años) en quinquenios acumuladas al 31 de enero 2018.

| Edad (años) | Femenino | Masculino | Total Retrasos |
|---|---|---|---|
| 0 -5 | 2 | 5 | **7** |
| 6 -10 | 1 | 3 | **4** |
| 11 -15 | 2 | 4 | **6** |
| 16 -20 | 1 | 1 | **2** |
| 21 y más | 0 | 1 | **1** |
| **Total** | **6** | **14** | **20** |

Fuente Datamart – SIGGES. Con extracción 14 de febrero del 2018. Corte al 31 de enero de 2018.

## Garantías de Oportunidad GES Retrasadas por Servicio de Salud según rango etario (quinquenio) acumuladas al 31 de enero 2018

| Servicio de Salud | 0-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80 y más | Total Retrasos | Promedio días de Retrasos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Metropolitano norte | 36 | 1 | 2 | 8 | 26 | 55 | 48 | 50 | 55 | 95 | 84 | 120 | 138 | 242 | 250 | 282 | 376 | 1.868 | 154,7 |
| Del libertador B. O'Higgins | 95 | 29 | 16 | 13 | 10 | 25 | 22 | 52 | 72 | 66 | 50 | 80 | 60 | 126 | 97 | 127 | 107 | 1.047 | 88,7 |
| Valparaíso San Antonio | 25 | 16 | 6 | 6 | 15 | 33 | 34 | 24 | 45 | 50 | 75 | 79 | 103 | 122 | 104 | 95 | 75 | 907 | 111,8 |
| Metropolitano sur | 5 | 2 | 0 | 2 | 9 | 24 | 26 | 29 | 31 | 41 | 41 | 61 | 65 | 94 | 105 | 114 | 174 | 823 | 78,9 |
| Metropolitano occidente | 14 | 4 | 7 | 13 | 12 | 16 | 13 | 27 | 25 | 35 | 39 | 56 | 50 | 79 | 95 | 60 | 78 | 623 | 88,8 |
| Metropolitano central | 3 | 9 | 21 | 33 | 23 | 24 | 29 | 39 | 24 | 22 | 32 | 28 | 35 | 65 | 70 | 72 | 70 | 599 | 68,8 |
| Coquimbo | 46 | 10 | 4 | 3 | 13 | 13 | 10 | 19 | 17 | 19 | 27 | 29 | 33 | 62 | 60 | 58 | 66 | 489 | 32,4 |
| Metropolitano sur oriente | 24 | 4 | 2 | 5 | 13 | 24 | 21 | 23 | 25 | 33 | 24 | 31 | 46 | 54 | 50 | 33 | 48 | 460 | 46,7 |
| Del Maule | 8 | 2 | 0 | 0 | 3 | 5 | 5 | 19 | 19 | 25 | 33 | 31 | 43 | 57 | 51 | 48 | 52 | 401 | 87,2 |
| Viña del Mar Quillota | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 5 | 6 | 10 | 12 | 12 | 30 | 44 | 33 | 43 | 56 | 64 | 75 | 395 | 90,6 |
| Concepción | 4 | 2 | 2 | 6 | 8 | 18 | 8 | 16 | 25 | 33 | 25 | 30 | 25 | 27 | 31 | 33 | 33 | 326 | 69,1 |
| Del Reloncaví | 21 | 3 | 0 | 0 | 5 | 7 | 10 | 17 | 13 | 21 | 16 | 23 | 19 | 35 | 28 | 20 | 34 | 272 | 82,3 |
| Araucanía sur | 5 | 1 | 0 | 1 | 6 | 5 | 3 | 9 | 6 | 14 | 11 | 11 | 15 | 45 | 49 | 33 | 42 | 256 | 51,0 |
| Metropolitano oriente | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 6 | 5 | 10 | 9 | 26 | 24 | 22 | 32 | 152 | 48,4 |
| Arauco | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 1 | 2 | 1 | 3 | 5 | 8 | 14 | 16 | 29 | 33 | 117 | 106,7 |
| Iquique | 0 | 0 | 1 | 1 | 8 | 4 | 6 | 10 | 14 | 6 | 4 | 9 | 5 | 11 | 14 | 12 | 8 | 113 | 136,6 |
| Valdivia | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 5 | 6 | 2 | 5 | 0 | 11 | 8 | 13 | 6 | 11 | 4 | 3 | 78 | 26,5 |
| Chiloé | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 3 | 9 | 4 | 0 | 4 | 13 | 7 | 17 | 9 | 77 | 46,0 |
| Antofagasta | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 6 | 1 | 4 | 2 | 4 | 7 | 5 | 9 | 1 | 6 | 47 | 26,4 |
| Aysén | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | 1 | 5 | 8 | 6 | 11 | 39 | 47,5 |
| Nuble | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 5 | 3 | 5 | 5 | 7 | 3 | 32 | 30,1 |
| Biobío | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 2 | 2 | 8 | 1 | 3 | 0 | 4 | 3 | 0 | 30 | 74,4 |
| Atacama | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 18 | 112,5 |
| Talcahuano | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 3 | 0 | 1 | 17 | 52,8 |
| Araucanía norte | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 4 | 1 | 3 | 2 | 15 | 36,6 |
| Magallanes | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 11 | 72,5 |
| Aconcagua | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 8 | 65,3 |
| Osorno | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 7 | 252,7 |
| Arica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 19,0 |
| Total | 295 | 87 | 61 | 98 | 164 | 272 | 260 | 372 | 403 | 498 | 531 | 675 | 723 | 1.147 | 1.153 | 1.147 | 1.342 | 9.228 | 93,7 |

Fuente Datamart - SIGGES 14 de febrero del 2018

## Garantías de Oportunidad GES Retrasadas, por rango temporal (en días) y Servicio de Salud. acumuladas con corte al 31 de enero de 2018

| Servicio de Salud | <= 30 días | Entre 31 y 60 días | Entre 61 y 90 días | Mayor a 90 días | Total Retrasos | Promedio días de Retrasos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Metropolitano norte | 465 | 228 | 199 | 976 | 1.868 | 154,7 |
| Del libertador b. O'Higgins | 393 | 161 | 105 | 388 | 1.047 | 88,7 |
| Valparaíso San Antonio | 361 | 135 | 99 | 312 | 907 | 111,8 |
| Metropolitano sur | 431 | 136 | 61 | 195 | 823 | 78,9 |
| Metropolitano occidente | 256 | 74 | 66 | 227 | 623 | 88,8 |
| Metropolitano central | 269 | 122 | 70 | 138 | 599 | 68,8 |
| Coquimbo | 331 | 88 | 44 | 26 | 489 | 32,4 |
| Metropolitano sur oriente | 314 | 60 | 25 | 61 | 460 | 46,7 |
| Del Maule | 162 | 85 | 48 | 106 | 401 | 87,2 |
| Viña del Mar Quillota | 184 | 50 | 53 | 108 | 395 | 90,6 |
| Concepción | 169 | 62 | 24 | 71 | 326 | 69,1 |
| Del Reloncaví | 109 | 46 | 28 | 89 | 272 | 82,3 |
| Araucanía sur | 178 | 32 | 18 | 28 | 256 | 51,0 |
| Metropolitano oriente | 85 | 23 | 26 | 18 | 152 | 48,4 |
| Arauco | 37 | 13 | 15 | 52 | 117 | 106,7 |
| Iquique | 54 | 8 | 6 | 45 | 113 | 136,6 |
| Valdivia | 73 | 1 | 2 | 2 | 78 | 26,5 |
| Chiloé | 52 | 8 | 6 | 11 | 77 | 46,0 |
| Antofagasta | 33 | 10 | 4 | 0 | 47 | 26,4 |
| Aysén | 10 | 26 | 1 | 2 | 39 | 47,5 |
| Nuble | 27 | 0 | 1 | 4 | 32 | 30,1 |
| Biobío | 17 | 4 | 3 | 6 | 30 | 74,4 |
| Atacama | 6 | 4 | 1 | 7 | 18 | 112,5 |
| Talcahuano | 13 | 1 | 0 | 3 | 17 | 52,8 |
| Araucanía norte | 14 | 0 | 0 | 1 | 15 | 36,6 |
| Magallanes | 8 | 1 | 0 | 2 | 11 | 72,5 |
| Aconcagua | 5 | 1 | 1 | 1 | 8 | 65,3 |
| Osorno | 4 | 0 | 0 | 3 | 7 | 252,7 |
| Arica | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 19,0 |
| Total | 4.061 | 1.379 | 906 | 2.882 | 9.228 | 93,7 |

Fuente Datamart – SIGGES. Extracción 14 de febrero del 2018. Corte 31 de enero de 2018.

# ANEXO 2

Informe Preliminar
JORNADA VIRTUAL DE TRABAJO E INTARCAMBIO DE EXPERIENCIAS SOBRE GESTIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA 2018
Primer encuentro Latinoamericano sobre Gestión de Tiempos de Espera
OPS Chile – Ministerio de Salud Chile

El jueves 22 de febrero, en dependencias del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), se realizó el primer encuentro latinoamericano virtual sobre gestión de tiempos y listas de espera - o filas/colas - organizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL con apoyo la Organización Panamericana de Salud (OPS).
La jornada se realizó con el objetivo de compartir experiencias y análisis sobre las estratégicas implementadas en el manejo y gestión de tiempos de espera, como también apreciar los resultados obtenidos actualmente en la temática, para así colaborar al fortalecimiento del modelo implementado en cada país asistente.
El encuentro contó con la participación presencial de la Ministra de Salud Dra. Carmen Castillo y la Subsecretaria de Redes Asistenciales Dra. Gisela Alarcón, quienes dieron la bienvenida a la jornada y destacaron la importancia de abordar la gestión de tiempos de espera a nivel de políticas públicas, entendiendo la Salud como un derecho. Por otro lado, también se contó con el representante de la oficina país OPS - Chile Dr. Hugo Rivera, quien, además de moderar la sesión, señaló que para organización es de suma relevancia el intercambio de experiencias que permitan compartir buenas prácticas en pos de la salud universal.

Dentro de los países expositores que participaron de la plataforma virtual, estuvieron:

- Chile
- Uruguay
- Costa Rica
- Colombia

También se contó con la asistencia virtual internacional de los países Argentina y Bolivia, como también del representante de la Oficina regional OPS de Washington el Dr. Jonás Gonseth-García, experto en sistemas y servicios de la organización regional. A nivel nacional, estuvieron conectados los 29 Servicios de Salud que conforman la red de Salud chilena, además de cerca de los 50 asistentes presenciales a la jornada provenientes de diferentes departamentos y direcciones del ministerio. Dicha instancia permitió el diálogo entre los diferentes participantes y asistentes.

## Datos Generales en Salud y Tiempos de Espera de los Países Expositores

| País | Gasto Público en Salud como %PIB [2] | Sistema de Salud (Prestadores) | Tipo de Lista de Espera en Seguimiento | Registro Nacional de Listas/Tiempos de Espera |
|---|---|---|---|---|
| Chile | 4.9 | Mixto: Público y Privado | • Consulta nueva de especialidad médica<br>• Consulta nueva de especialidad dental<br>• Quirúrgica<br>*Nota: Listas No GES | SÍ (Nivel Nacional) |
| Uruguay | 6.4 | Mixto: Público y Privado | • Consulta Externa[3] | No (Variabilidad en los sistemas de agenda utilizados en cada institución. prestadora) |
| Costa Rica | 6.2 | Mixto: Público y Privado | • Procedimientos Diagnósticos<br>• Consulta Externa (ambulatorio)<br>• Quirúrgica | No (Establecimientos de salud tienen su propia lista de espera) |
| Colombia | 4.1 | Mixto: Público y Privado | • Filas (Colas) [4] | No |

[2] WHO. Global Health Observatory data repository: Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of gross domestic product (GDP) (%) Data by country. 2018. Véase en: http://apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDGGHEDGDPSHA2011v. Nota: Datos pertenecen al último registro mostrado en la base de datos de OMS, correspondiente al 2015.

[3] Se entiende por "Consulta Externa" al servicio ambulatorio para pacientes con una cita asignada previamente que acceden a atenciones médicas para diferentes tipos de diagnósticos. Véase en: http://www.husi.org.co/servicios-y-especialidades/servicios-asistenciales/consulta-externa

[4] Durante la Jornada Colombia expone la gestión de "filas" presenciales en los establecimientos de salud de la ciudad de Bogotá, no habla de listas o tiempos de espera.

# Intercambio de Experiencias
# I. Chile

Expone: Subsecretaria de Redes Asistenciales Dra. Gisela Alarcón.

*Los Tiempos de Espera no pueden analizarse ni resolverse de forma fragmentada, ni disociados del modelo de atención en red y deben resolverse con foco en los derechos de las personas por lo que nuestro gran desafío ha sido garantizar la dignidad y equidad en el acceso a la salud con resultados sanitarios.*

*Es en este sentido que en nuestro país podemos señalar que lo que nos interesa - porque es lo que le interesa a las personas - son los tiempos de espera que han disminuido en estos 4 años. Esto ha sido resultado del Plan de Gobierno en Salud, que nos ha encomendado la Presidenta Michelle Bachelet, que dio lugar al Plan Nacional de Tiempos de Espera, política pública que ha sido elaborada e implementada con un enfoque de derechos, poniendo en el centro la dignidad y los derechos de las personas.*

## a) Diagnóstico de la lista y tiempos de Espera No GES[5] a marzo 2014:

- **Datos del Repositorio Nacional de Listas de Espera estaban desactualizados:** Por lo que no se hacía uso para el seguimiento de pacientes.

- **Inexistencia procesos de programación de horas médicas:** Esto no permitía la priorización de pacientes con mayor antigüedad y de mayor complejidad.

- **Necesidad de actualizar y transparentar Lista de espera a la población:** El 2014 se identifica la existencia de 1.526.294 usuarios en lista de espera para Consulta de Atención de Especialistas. Además, se revela que 48% estaba esperando desde el año 2012 hacia atrás y el 86,4% de la lista esperaba más de 120 días. Del mismo modo, la lista de espera para cirugías era de 186.377 usuarios. De ellos el 50% estaba esperando desde el 2012 hacia atrás[6]. Dichas cifras eran desconocidas para la población.

- **Necesidad de establecer un enfoque desde los Tiempos de Espera:** Diversos estudios demuestran que las listas de esperas son procesos dinámicos (con egresos y nuevos ingresos constantes), existentes en todos los sistemas de salud en el mundo, sin embargo, la preocupación de las personas radica en cuánto tiempo y en qué condiciones deben esperar.

- **Un mayor acceso a la salud conlleva una mayor demanda:** Por este motivo abordar los tiempos de espera es esencial, especialmente en la lista de espera no GES.

[5] No GES, refieres a aquellas patologías y enfermedades que no están cubiertas por las Garantías Explícitas de Salud, que dan acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en la atención.

[6] MINSAL. Plan Nacional De Reducción De Tiempos De Espera No Ges Plan Extraordinario 2015 – 2016. 2015

- Abordar la política de gestión de tiempos de espera desde el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), considerando el acceso a la salud como un Derecho humano, con calidad y resolutividad.

- Necesidad de fortalecer los establecimientos y aumentar dotación de médicos de la Red de Salud: La fragmentación de la red de salud en sus distintos niveles y la falta de capacidades (infraestructura/tecnología) y RR. HH en el sistema de salud afecta directamente a la capacidad del sistema de salud de dar resolución a las problemáticas de la comunidad usuaria en lista de espera. El desbalance entre demanda y oferta devela el déficit estructural y en materias de gestión de un sistema de salud. Desde ahí, la necesidad de abordar los TE en Redes Integradas de Servicios de Salud. (RISS)

b) Estrategias Implementadas

- Plan de Disminución de Tiempos de Espera No GES 2014 –2018:

Objetivo: El propósito fue instalar un modelo de gestión único para velar por atención de salud oportuna, digna y de calidad de manera progresiva, con estrategias permanentes y foco en los compromisos establecidos por marcos legales o acuerdos clínicos nacionales.
Dentro del plan se pueden identificar 9 ejes:

1. Gestión de demanda: Se destaca el foco en los programas de resolutividad de la atención primaria (APS). Mediante la asignación de nuevos médicos en Etapa de Destinación y Formación (EDF) al reforzamiento de la atención medica de morbilidad en APS; Aumento de resolutividad de Listas de Espera (LE) de exámenes; Telemedicina para la atención de especialidades; Capacitación en Gestión de demanda e Implementación de Rol de Contraloría Clínica en toda la Red (en APS y médicos especialistas).

2. Gestión de la Información: Consiste en mejoras al Registro Nacional de Listas de Espera (RNLE). Mediante su perfeccionamiento (registro de fallecidos, bloqueado, etc.); Cambio de sistema de información a SIGTE con mayor trazabilidad clínica, e información a la ciudadanía.

3. Integración de la red asistencial en RISS: Busca solucionar la fragmentación del sistema de salud, mediante la integración de los servicios de salud con tal de asegurar el acceso a la salud de manera digna y resolutiva. Para ello se destaca la implementación de mapas de derivación digitalizados según diseño de red vigente; Mejora de proceso de Programación en Red y monitoreo de cumplimiento; Jornadas RISS con equipos directivos a partir del 2014 con foco en TE entre los temas prioritarios, además de otras medidas[7].

[7] Se destaca también la gestión local mediante implementación de un modelo de gestión de demanda única en los SS; Mejora de gestión de citaciones en APS y hospitales; Desarrollo de estrategias de Gobernanza y Participación especificas en la gestión de demanda y Liderazgo de equipos directivos.

**4. Priorización de la capacidad resolutiva de APS:** A través de telemedicina, plan de formación y aumento de médicos EDF en Atención Primaria, como también análisis de los procesos de referencia y contrarreferencia.

**5. Incremento de oferta por medio del Plan de Gobierno en Salud:** aumento de médicos en APS, y Plan de formación y retención de especialistas. Operativos médicos y rondas medicas agendadas e Incremento de infraestructura APS – Hospitalaria - Camas criticas - Hospitalización domiciliaria – equipamiento UCI. También se busca mejorar la calidad del trabajo en salud pública por medio de leyes laborales.

**6. Incorporación de los Compromisos de Gestión para los Servicios de Salud:** Los Compromisos de Gestión (COMGES) en RISS relacionados a sus 4 atributos, se establecen como metas de gestión para los servicios de salud y sus indicadores se miden tres veces al año. También se incorporan indicadores en convenios de Alta Dirección Pública (ADP).

**7. Control, seguimiento y medidas de eficiencia. Rectoría, orientaciones y reglas desde MINSAL hacia los Servicios de Salud:** Dentro de las medidas se cuenta con el control de programación médica en hospitales; Fortalecimiento de proceso quirúrgico desde el pre-quirúrgico y gestión de tabla; Creación de la Unidad de Gestión Centralizada de Quirófanos (UGCQ); Incremento de ambulatorización de cirugías y hospitalización diurna; Normas técnicas de ingreso a RNLE con VC cada 15 días con los SS.

**8. Transparencia de la información a la ciudadanía, Parlamento y administración del Estado. Auditorias:** Presentación de Indicadores de monitorio referentes a disminución de tiempo de espera, llamada Glosa 6; Información por oficios y Ley de transparencia; Auditorias MINSAL y de CGR con planes de mejora y seguimiento.

**9. Reunión con países OPS para compartir experiencias y buenas prácticas.**

## c) Resultados

### 1. Avances en Atención Primaria:

- Aumento en la tasa global de consultas, controles y urgencia en APS, 2012 realizadas en el año 2016.

### 2. Mayor Producción en Telemedicina, una salud más cercana: Dando mayor resolutividad a los establecimientos y acceso a especialistas:

- Aumento en la realización de tele consultas, desde 0 consultas en el año 2011 a 39.564 consultas para octubre del 2017.
- También se amplía la realización de tele dermatología de 2.472 consultas (2011) a 17.327 realizadas para octubre del 2017.
- En cuanto a la teleradiología también hubo un aumento de 120.268 realizadas en el año 2014 a 155.609 hechas en 2017.

### 3. Más Médicos y Especialistas:

- Al finalizar el periodo 2015-2018 habrá 4.160 especialistas (médicos y odontólogos) en formación.

- Expansión de médicos en etapa de destinación y formación (Médicos Generales de Zona - MGZ) llegando a un total 1442 MGZ en el periodo años 2015 a 2018.
- Aumento de Médicos en Período Asistencial Obligatorio (periodo 2012-2018). Durante el año 2012 se contaba con 119 médicos, para luego llegar a 718 profesionales durante el año 2017. Se proyecta 781 médicos para el año 2018.

4. Incentivos para Trabajar en la Salud Pública:

- Se logran acuerdos con trabajadores para mejorar condiciones salariales, el desarrollo de la carrera funcionaria y calidad de vida. Con ello se aprueba 6 leyes laborales[8], beneficiando a más de 96.000 trabajadores de las Redes Asistenciales.

5. Fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento en la salud pública. Plan Nacional de Inversiones en Salud:

- Nueva y mejor infraestructura en Salud Primaria: 100 Centros de Salud Familiar, 100 SAR (Servicios de Urgencia de APS de alta resolutividad) y 100 Centros de Salud Familiar agregados a los existentes el 2014.
- 23 hospitales Terminados a lo largo de Chile, con infraestructura y equipamiento moderno.
- Acreditación de los establecimientos públicos de Salud. Para el año 2011 había sólo 14 establecimientos de alta complejidad acreditados, en 2017 se cuenta con 62 recintos acreditados. Del mismo modo se pasó de haber 1 establecimiento acreditado en centros de mediana y baja complejidad, respectivamente, a 17 y 22 recintos acreditados. Fortaleciendo el acceso, calidad y resolutividad de toda la red de sistema de salud nacional.

6. Aumento de la Capacidad Resolutiva de Listas de Espera No GES:

- Durante el período comprendido entre los años 2014 al 2017 las redes de 29 Servicios de Salud incrementan su capacidad resolutiva egresando 9.100.383 atenciones en espera (54% más respecto de los 4 años anteriores 2010 -2013 que produjo 5 millones 894 mil egresos).
- 78% corresponde a atenciones médicas efectivamente otorgadas.
- Focalización en Listas de Espera más antiguas.

7. Disminución de Tiempos de Espera:

- En la lista de espera Consulta Nueva de Especialidad (sólo Médica), se observa una disminución de las medianas de tiempo de espera, entre las listas de los años 2014 a 2017. La disminución de la espera es de menos 213 días.
- Considerando la lista de Consulta Nueva de Especialidad (Médica y Odontológica), se observa una disminución de los tiempos de espera de 163 días, en los mismos años.
- En cuanto a la Intervención Quirúrgica, se observa una diminución del tiempo de espera en 78 días, entre marzo de 2014 a diciembre de 2017.

[8]Las leyes abordan las temáticas como: Asignación de Dedicación Exclusiva, Retiro Voluntario funcionarios no médicos, Perfeccionamiento de Asignaciones, Permanencia y Carrera Funcionaria Profesionales Funcionarios. Asignación para médicos especialistas, estipendio para médicos en formación, inclusión de periodo de formación en trienios y liberación de guardia.

c) Desafíos:

- Cambio de sistema de gestión de Tiempo de Espera (SIGTE) con algoritmo de urgencia: Esto significa que el nuevo sistema que está en fase de migración de datos contará con procesos de priorización de atención de personas en Lista de Espera no GES, basado en criterios de riesgo. Tales como edad y sexo, diagnóstico clínico y condición crónica asociada. Hasta ahora la priorización estaba focalizada en la antigüedad, en la vulnerabilidad (NNA del Servicio Nacional de Menores) y en las causas oncológicas que no están incorporadas en GES. (GES incluye el 78% de los canceres en general y el 100% de los cánceres infantiles)
- Definición de tiempos de espera No Ges con base en criterio de riesgo sanitario a través de mesas técnicas con especialistas en oftalmología, traumatología y OTR.
- Seguir avanzando en la gobernanza del sistema para una mayor integración entre Servicios de Salud, trabajando con la visión del usuario al centro de los procesos de atención.
- Sustentabilidad del nuevo sistema de salud.
- Dar mayor participación ciudadana e información a esta en los procesos de salud, lo que se pondrá en marcha en este Gobierno con la inauguración del Portal Ciudadano del SIGTE

## II. Uruguay

Exponen: Inés Reyes y Laura Rivas, Área Economía de la Salud. Ministerio de Salud Pública Uruguay.

### a) Diagnóstico de la lista/tiempo de espera:

- Realización de Diagnóstico de los sistemas de programación de Consulta Externa de los prestadores integrales (IAMC Sistema mutual, ASSE Administración de Servicios de Salud del Estado, Seguros privados Integrales).
- No existe actualmente regulación sobre listas de espera por parte del Ministerio de Salud Pública. (No hay registro nacional).
- Existe una considerable **variabilidad en los sistemas de agenda** utilizados en cada prestador, surgiendo la necesidad de establecer un marco normativo que posibilite una gestión de Agenda de Consulta Externa homogénea para todas las instituciones prestadoras de salud.
- Lo anterior existe porque en el ámbito de aplicación de las listas de espera, hay instituciones que implementan diferente tipo de registro para cada especialidad, otras para ciertos profesionales médicos en particular, otras que restringen la aplicación de la lista de espera a aquellas especialidades médicas que presentan los mayores problemas de disponibilidad (Dermatología, Neuropediatría) y otras que aplican las listas de espera sólo a los pases urgentes a policlínica.
- La variabilidad en los sistemas de agenda implica dificultad de coordinación, resolución y mejora desde el Ministerio. Como también falta de garantía a la comunidad usuaria en la accesibilidad funcional de consultas médicas.
- Se trabaja con gestión de consulta externa y tiempos de espera

### b) Estrategias Implementadas

**1. Implementación del Sistema de Agenda de Consulta Externa**, mediante la Ordenanza N°603/012 (modificación ordenanza N°630/016). Como instrumento para mejorar la accesibilidad de los usuarios al Sistema y promover cambios en los modelos de gestión, como también para establecer las bases hacia una medición objetiva de los tiempos de espera para Consulta Externa.

**1.2. La ordenanza establece 7 medidas principales:**

- **Agenda de Consulta externa abierta:** Se establece un plazo mínimo de apertura de agenda y su actualización diaria.
- **Obligatoriedad de Sistema informático:** En el que se deben registrar determinadas variables fijas respecto al usuario, al médico y al proceso de otorgamiento de la cita.
- **Definición de tiempo de espera para Consulta Externa:** Define el tiempo de espera para el primer especialista disponible dentro de cada especialidad médica, el cual relaciona la fecha de solicitud de la cita y la fecha de la cita médica otorgada.

- **Mecanismos de penalización contra el ausentismo de los usuarios en las consultas:** Suspensión temporal en el uso de los medios no presenciales de reserva de citas y cobro de la tasa moderadora de la consulta, en los casos en que éste esté habilitado.
- **Obligatoriedad de las vías presencial y telefónica para la asignación de citas**.
- **Comunicación obligatoria con el usuario ante modificaciones de consultas ya agendadas.**
- **Creación de la Comisión de Seguimiento de Agenda de Consulta Externa**: Dicha comisión cuenta con representación de usuarios, trabajadores y prestadores de salud, con el objetivo de revisar y analizar el funcionamiento del sistema de agenda, proponer recomendaciones y brindar asesoramiento en cuanto a posteriores modificaciones.

**2. Medición de los Tiempos de Espera:**

Sistema de asignación de citas estandariza la forma de cálculo de los tiempos de espera para el primer especialista disponible, mediante el registro de datos importantes.

- Fecha solicitud de la cita por parte del usuario
- Fecha Cita médica concedida
- Circunstancias especiales por incompatibilidad de agenda: aplazamiento voluntario, solicitud del médico o cita fija por criterio del médico.

Desde el año 2013 se han definido bajo este estándar las solicitudes de información de tiempos de espera para Consulta Externa a los prestadores integrales de salud.

**3. Reconfiguración de información de Agenda de la Consulta Externa vigente:**

En proceso de reconfiguración actualmente, el cual busca vincular la estimación de los tiempos de espera, y consolidarlo como una herramienta global de gestión de la Consulta externa para las instituciones de salud, asegurando criterios estandarizados y equitativos para la comunidad usuaria.

**c) Resultados**

- Actualmente aún no existe regulación de las listas de espera desde el Ministerio de Salud Pública. Aún diversidad de registro en cada institución prestadora de salud.
- En el 2do. semestre 2015, se realizó un relevamiento que permitió una primera aproximación al tema en las instituciones prestadoras de salud:

- Un 40% de las instituciones relevadas informaron haber implementado algún mecanismo de registro de lista de espera o similar en el ámbito de la Consulta Externa.
- Son cuatro los criterios de prelación de la lista de espera mencionados por las instituciones que implementan dicho registro: cronológico, clínico (según indicación médica), reprogramación de consultas y etario (priorización de niños). Los más utilizados son el cronológico y el clínico, o la combinación de ambos.
- La creación de nuevas policlínicas y la adjudicación de reservas y/o citas caídas son los principales mecanismos utilizados por las instituciones para gestionar la demanda

contenida en la lista de espera. Un tercer mecanismo mencionado, refiere a la asignación de citas extra numerarias en consultas ya establecidas, previa autorización de la Dirección Técnica.

d) Desafíos

- Como anteriormente se mencionó, se vislumbra que el gran desafío aun es estandarizar, regular y registrar las listas de espera fragmentadas a criterio de cada institución prestadora de salud.

- Trabajar en la reconfiguración del Sistema de Información de Agenda de Consulta Externa, con tal de vincular la estimación de tiempos de espera y consolidarla como una herramienta global de gestión de consulta externa para las instituciones de salud.

- Seguir abordando las temáticas de la Comisión de seguimiento: Como la medición de otros tiempos de espera (médico de referencia, médico de elección, tiempos de espera de estudios diagnósticos), medición de calidad de atención, gestión de listas y tiempos de espera, entre otros.

## III. Costa Rica

Expone: Dra. Jéssica Grajales Quiel, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Unidad Técnica de Listas de Espera.

### a) Diagnóstico de la lista/tiempo de espera:

- **Modelo de Gestión de Lista de Espera:** La CCSS se ha centrado en los tipos de Establecimientos de II y III nivel de atención (Hospitales Periféricos, Regionales, Nacionales y Especializados), debido a su capacidad tecnológica y dotación de recurso humano (mayor complejidad).
- **Brecha entre la inversión en salud y el recurso humano profesional:** Existe una alta inversión hospitalaria dirigida a mejorar la infraestructura física y equipos de los establecimientos, lo que ha conllevado a la diversificación de consultas, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos; creando de esta manera la necesidad de "super-especialización" de especialistas.

  El recurso humano profesional no ha crecido proporcionalmente a la inversión hospitalaria realizada, provocando una gran brecha que dificulta atender oportunamente las necesidades de la población. Esto debido a su constante aumento y mayores requerimientos de atención especializada, saturando los servicios de emergencias. Lo que **conduce al aumento de listas de espera.**

- **Tipos de Listas de Espera en seguimiento:**
  1. Lista de Espera de Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios.
  2. Lista de Espera de Consulta Externa.
  3. Lista de Espera de Cirugía.

- **Distribución de las listas de espera[9]:**
  - El 51,2% de la lista de espera quirúrgica de espera está concentrada en los Hospitales Regionales, debido a que son los Establecimientos de Salud con menor cantidad de recurso humano y equipo médico.
  - No se han definido plazos máximos de atención estandarizados.

- **Diferentes sistemas y metodologías de registro de lista de espera:** En cuanto a las Listas de Espera de procedimientos y consulta externa, los establecimientos de salud cuentan con diferentes sistemas de información y metodologías para el registro de

[9] En Listas Quirúrgicas hay un total de 89.837 citas pendientes, con 150 – 420 días promedio de espera. Las especialidades críticas son: Cirugía general, Oftalmología, Ortopedia, Ginecología, Urología.
En Listas de Procedimientos hay un total de 190.842 citas pendientes, con 219 días promedio de espera. Las especialidades/procedimiento crítico son: US General, US ginecológico, gastroscopia, mamografía, colposcopía.
En Listas de Consulta Externa hay un total de 116.412 citas pendientes, con 1.639 días promedio de espera. Las especialidades/procedimiento crítico son: Oftalmología, ortopedia, urología, ORL, rehabilitación.

lista de espera, lo cual ocasiona que la información no puede ser validada o confirmada por los sistemas de información institucionalizados, ya que no cuenta con variables adecuadas, ni los filtros necesarios para poder brindar una información confiable, homogénea y de fácil consolidación.

b) Estrategias Implementadas:

1. Plan de Atención Oportuna a las Personas, busca:

- Controlar la demanda a través de la atención y derivación de pacientes.
- Desincentivar la utilización de los servicios de forma innecesaria por parte de los usuarios.
- Compra de equipos, contratación de recurso humano, alquiler y mantenimiento de infraestructura, optimizando la red de servicios
- A nivel de gestión, mejorar los sistemas de información, procesos y protocolos (normativa); optimizar la administración de la lista (depuración y priorización) y fortalecer la capacitación.

Sus objetivos específicos son:

- Reducción de plazos de espera en cirugía ambulatoria, en un 10% anual.
- Reducción de los plazos de espera para realización y lectura de procedimientos diagnósticos.
- Reducción de plazos de espera en consulta especializada.

2. Cadenas de Resultados por cada tipo de lista de espera:

El Plan de atención ha sido aplicado mediante cadena de resultados dirigidas por los coordinadores/as de cada lista de espera.

- Cadena de resultados Quirúrgica:

- Implementación del proyecto EDUS-ARCA: Implementación prioritaria de un sistema de información estandarizado e interoperable, el cual busca que sea posible obtener información confiable y oportuna. A noviembre 2017 llevaba un avance del 93%.
- Trabajo en módulos de alta resolución, para la utilización de quirófanos que aseguren la atención de pacientes en lista de espera de especialidades críticas. Con el fin de promover la atención de pacientes derivados, en los establecimientos que cuentan con capacidad quirúrgica disponible (Centros Resolutivos de Listas de Espera).- Implementación de un segundo turno quirúrgico, en especialidades de anestesiología, cirugía general, para realización de colecistectomías y hernioplastías, en algunos hospitales. En otros se ha implementado para la especialización de anestesiología, oftalmología, urología y vascular periférico.

- Cadena de Resultados Procedimientos y Consulta Externa:

- Implementación de los sistemas de información a nivel hospitalario (Sistema Integrado de Agendamiento y Citas – Sistema Integrado de Expediente en Salud).
- Se establecieron estándares mínimos de producción para estudios de resonancia magnética, mamografía y ultrasonido por hora.

- Proyectos de Jornadas de Producción: Instancia complementaria donde aumenta la capacidad de producción de los establecimientos de salud, posterior a la jornada ordinaria.

## c) Resultados:

1. Se optimizó la capacidad instalada, que resultó en mayor accesibilidad y oportunidad de servicio, para pacientes urgentes y electivos; a través de jornadas de producción quirúrgicas en las especialidades de cirugía general, ortopedia y patología oftalmológica.
2. Mejoró el tiempo de utilización de salas de cirugía, pasando de un 53% en el 2014 a un 71% en el 2017.
3. Hubo disminución del 16,3% del plazo promedio de espera de cirugía mayor ambulatoria en el territorio nacional, respecto al año anterior. El resultado de la meta para el mes de diciembre fue de 191 días con una cantidad de 73,370 registros. Pasando de 623 días en el 2012 a 240 días en el 2017.
4. Durante el 2017, el 35% de los establecimientos han presentado disminuciones significativas en sus plazos de espera de Consulta Externa, al comparar con los plazos en el 2013; pese al incremento en el número de citas otorgadas.
5. Se logró la cobertura anual del 5% del proceso de rehabilitación en personas con secuelas por cáncer.
6. Se incrementaron en 63.856 el número de mamografías realizadas, con énfasis en mujeres de 45 a 69 años y; se redujo en promedio a 50 días el reporte de las mamografías.
7. En este último año, igualmente se logró disminuir en el territorio nacional, a 65 días promedio, la espera para un cateterismo.
8. Hubo un aumento del 6,1% en la cobertura institucional del tamizaje de cáncer de colon en personas de 45 a 74 años; así como un 7,7% más de casos diagnosticados en forma temprana (Serie gastroduodenal y Gastroscopias).
9. Además a través de los Proyectos de Jornada de Producción de Procedimientos, se logró atender un total de 64.371 pacientes, tal y como se desglosa a continuación.
10. La integración de los sistemas de información (EDUS – ARCA), ha permitido en cierta medida contar con registros cada vez más cercanos a la realidad Institucional, lo cual ha servido como sistema de monitoreo. Por ejemplo, la APP Ruta Quirúrgica, donde es posible visualizar 1) el número de días que debe esperar para la cirugía, esto si ya la cirugía se encuentra programada; 2) el número de personas antes de su cirugía, esto si la cirugía no se encuentra programada.

## d) Desafíos

- **Mejorar la calidad de la información registrada:** De forma tal que permita definir líneas base para la programación y establecimiento de metas, que, en el caso de no ser alcanzadas, se pueda ejecutar un plan remedial acorde a información fidedigna, recolectada para la toma de decisiones, a través de los sistemas de información.

  **Para ello será importante:**

  - Mejorar los mecanismos para el control de calidad (revisiones periódicas y protocolo calidad);

- Continuar la coordinación con la Unidad Técnica de Listas de Espera, para la actualización de la guía de depuración y gestión de listas de espera, a la luz del sistema de información.
- Actualizar la "Guía para la Gestión de la Consulta Externa Especializada" (AES-UTLE)
- Crear un Centro Diagnóstico por Imágenes.
- Crear estándares mínimos de producción en gastroscopias, colonoscopias y rectoscopias.
- Finalizar y poner en marcha del Módulo SIAC Procedimientos (Radiología).
- Desarrollar funcionalidades dentro del EDUS-ARCA, para la depuración de casos y funcionalidades en el SIAC para reprogramación de citas.

También se identifican otros puntos a trabajar:

- Expandir el suministro de fuerza laboral de atención médica.
- Desarrollar la especialización de la atención primaria.
- reinstituir la acreditación y la gestión del rendimiento en los hospitales.

# IV. Colombia - Bogotá

Expone: Dra. Beatriz Guerrero Africani, Directora de Servicio a la Ciudadanía, Secretaría Distrital de Salud

Nota: La exposición de Colombia se centra en el nuevo Modelo de Salud de la ciudad de Bogotá, cuya problemática se enfoca en la gestión de filas (colas) presenciales de usuarios/as en los establecimientos y la incapacidad de los canales de comunicación al usuario.

a) Diagnóstico de la situación de filas de espera:

En Canal Presencial:

1. Relacionada a la Capacidad Instalada:

- Espacios Inadecuados y Altas filas de espera: Se hizo diagnóstico sobre la infraestructura de los establecimientos de salud y se identificó que los espacios eran inadecuados para la atención usuaria en salas de espera. Además de recurso humano incapacitado (Filas en la calle y ventanillas de atención no utilizadas).
- Insuficiencia de recurso humano: Falta de Médico general y especializado, que impide ampliar la cobertura de la atención. (personal incapacitado en modelo de atención)
- Tecnología Obsoleta: Caída de sistemas.

2. Relacionada con procesos administrativos:

- Falta de canales para solicitud de consulta externa: Filas inician a media noche en la calle.
- Débil capacitación y Alta rotación de personal de asignación de citas, orientadores de filas, seguridad y personal de facturación.
- Falta de recursos informativos en la prestación de servicios.
- Debilidad en el proceso de información, orientación y comunicación al usuario. Información incompleta sobre la cartera de servicios y fechas de agendas. (apertura de agenda para especialidad en solo unos días al mes).
- Señalización poco visible: En los puntos de atención al usuario y facturación.
- Lentitud de flujos de información al interior de la subred: No hay actualización en tiempo real de las novedades de portafolios y contratos.
- Inexistencia de planes de contingencia para hora pico y ante aumento de demanda de citas especializadas.
- Alto riesgo de corrupción: Presencia de tramitadores que venden turnos.
- Falta de Recurso Humano especializado.

En Canal Call Center:

1. Relacionados con la Capacidad Instalada:

- Espacios hacinados.

- Sistemas obsoletos que no permiten gestionar, ni analizar información. Capacidad insuficiente (sólo 30 llamadas simultaneas).
- Alta rotación de personal.

2. Relacionados con Procesos Administrativos:

- Debilidad en el proceso de información y orientación al usuario: Errores de asignación y fechas de apertura de agendas.
- Riesgo de corrupción en call center debido a debilidades del control del proceso.

B) Estrategia Implementada/Propuesta:

1. Para Canal Presencial:

- Rediseños de espacios: Salas de espera adecuadas y confortables (silla, baños, etc.)
- Habilitación de Ventanillas únicas de trámites, con horario extendido permanente de 12 horas. Se habilitan también ventanillas prioritarias. Para la articulación de los procesos de asignación de citas y facturación de servicios en un solo punto para el usuario
- Aumentar capacidad de oferta de consulta especializada: Contratación de médicos especialistas y personal de apoyo administrativo.
- Apoyar información y orientación en filas y en salas mediante convenios docencia servicio.
- Fortalecer estrategias de comunicación e información a los usuarios: televisores, carteleras, pagina web, salas de espera.
- Comunicación efectiva a usuarios (disponibilidad de citas, apertura de agendas). Con el fin de evitar rumores y especulaciones (megáfonos, fichas, publicación diaria en página web).
- Fortalecer programas de inducción, reinducción y actualización periódica en el personal: normatividad, deberes y derechos, portafolios, tarifas, PQR, atención humanizada.
- Desarrollo e implementación de la plataforma informática chat en línea que permita (a través del aplicativo SIDMA) el enlace del 100% de las oficinas de servicio con el ciudadano de las subredes.
- En el mediano plazo: posibilitar el proceso de facturación desde diferentes puntos de cada subred; implementación de la oficina virtual de servicio al ciudadano que brinde información sobre el sistema general de seguridad social en salud, servicios, portafolios, trámites, PQR.
- Posibilidad de abrir nuevos canales para el pago de servicios por parte de los usuarios: convenios con entidades bancarias, Efecty o Baloto.

2. Para Canal Call Center:

- Implementación proyecto de Desarrollo e Implementación del Call Center único para la red integrada de servicios de salud.
- Reingeniería y adecuación de espacios
- Fortalecer procesos de inducción, reinducción y actualización continua.
- Agilizar los procesos de actualización y consulta de portafolios de servicios y novedades en las subredes.
- Fortalecer el desarrollo estrategias de promoción del uso del call center: generación de confianza en el servicio, enamorar al usuario: mostrar estadísticas y beneficios, testimonios de usuarios.
- Habilitar una línea exclusiva para la cancelación de citas.
- Utilización de nuevos canales de comunicación con los usuarios (mensajes de texto, correo electrónico, llamada para recordar citas, redes sociales).
- Promover la estabilidad del personal.
- Identificación de números telefónicos de presuntos tramitadores, bloquearlos y usar estrategias para desestimular esta práctica.

3. Infraestructura: Construcción de Hospitales por mecanismo de alianzas público-privadas: Construcción de 6 nuevos hospitales.

4. Fortalecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud RISS.

# Cierre de la Jornada

El cierre de la jornada estuvo precedido por las recomendaciones del experto en Sistemas y Servicios de la OPS – Washington (WDC), Dr. Jonás Gonseth-García, y las reflexiones finales de la Subsecretaria de Redes Asistenciales Dra. Gisela Alarcón.

## a) Dr. Jonás Gonseth-García:

*La estrategia de una salud universal es una prioridad a nivel global, una estrategia en que todos los países miembros de la organización se comprometieron. La cual está enlazada al derecho a la salud, la equidad y la solidaridad. De tal modo que el acceso a la salud no signifique un riesgo financiero para ninguna persona.*

El experto de OPS – WDC comenta sobre la riqueza de este tipo de instancias en el que se da cuenta de perspectivas nacionales y regionales sobre aspectos y desafíos de los sistemas de salud presentes a nivel global, como lo son la gestión de tiempos, listas o filas de espera.

En este sentido Jonás declara que, para avanzar en la gestión de tiempos o listas de espera, es necesario tener presente los aspectos de acceso y cobertura desde una perspectiva de salud universal. Para ello señala la diferencia de ambo términos:

- Acceso: *Capacidad de utilizar servicios de salud, integrales, adecuados, oportunos cuando se necesite. Y hablar de gestión de listas y tiempos de espera está relacionado directamente con esto, ya que es la capacidad de utilizar el servicio de salud en el momento que se necesita. Para que eso ocurra hay que considerar elementos de la demanda y la real necesidad, y conjugarlo con la capacidad de la oferta. Esto da de entrada al concepto de cobertura de salud*
- Cobertura: *La cobertura de salud es la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población y esto implica que existan los mecanismos para cubrir a todas las personas. Esta capacidad no es solo la infraestructura, también es reforzar el primer nivel de atención y sus profesionales, lo puede consolidar la respuesta en el sistema.*

Finalmente, el experto planteó la importancia de abordar la gestión de tiempos de espera en salud como un desafío para el sector público que forma parte central de las políticas de impacto sanitario y resolutividad. Sugirió que éstos deben abordarse en base al modelo de redes integradas de servicios de salud, como la estrategia que avanza efectivamente hacia la equidad y acceso universal, sustentado en el enfoque de los determinantes sociales de la salud[10]. Además de fomentar mecanismos, de inclusión, Transparencia, uso racional innovación en salud, los cuales están recogidos en la estratégica de la cobertura universal de salud.

[10] MINSAL. Prensa: Plan de Tiempos de Espera del Ministerio de Salud es valorado por OPS y países de la región. 2018

## b) Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud de Chile, Dra. Gisela Alarcón

Para concluir la Dra. Alarcón agradeció el interés demostrado por las autoridades de los países asistentes, manifestando el compromiso de OPS por establecer políticas de Estado trasparentes, de cara a la ciudadanía, para otorgar acceso y equidad en la atención de especialidades médica, intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos, para todos los habitantes del país[11].

Finalmente, la Subsecretaria de Redes Asistenciales recalca el compromiso de avanzar en una salud digna, equitativa y universal para la población de América Latina, donde instancias de intercambio de experiencias en gestión de tiempos de espera a nivel de políticas públicas son enriquecedoras y necesarias para hacer efectivo el acceso equitativo de las personas a la atención de salud resolutiva y oportuna. En este contexto propone a OPS formar un grupo de trabajo entre países miembros de la organización, para proyectar esta labor a nivel de los países de América Latina y el Caribe.

*Los tiempos de espera es un tema que nos interesa como políticas de Estado, y es de suma importancia ver que los países hacen todos los esfuerzos para que éstos avancen hacia una mirada, todos los países, que apunte hacia la dignidad. Consideramos que esta primera Jornada Virtual de Trabajo sobre Gestión de Tiempos de Espera hace presente la necesidad de crear un grupo de trabajo,* ***directorio u observatorio*** *que permita que los países que forman parte de OPS, que permita el estudio y análisis permanente de las políticas públicas sobre tiempos de espera, aplicando criterios de riesgo sanitario, priorización de grupos vulnerables, universalidad y equidad en salud.*

*Tenemos la claridad de que Chile está en la dirección correcta en cuanto a tener un registro único de tiempos de espera a nivel nacional, el cual está en proceso de perfeccionamiento en la actualidad, existen normas técnicas para todos los Servicios de Salud descentralizados del país y un Plan Nacional de Tiempos de Espera que cuenta con todas las estrategias y resultados que demuestran una disminución de la espera por atenciones no GES en Chile.*

[11] MINSAL. Prensa: Plan de Tiempos de Espera del Ministerio de Salud es valorado por OPS y países de la región. 2018

# ANEXOS

## 1. Ronda de Preguntas y Diálogo

Durante la Jornada, luego de las presentaciones, se dieron espacios para realizar preguntas por escrito a los países expositores, tanto para aquellos que estaban en la sala como lo fue Chile y OPS, como también para quienes estaban conectados vía plataforma web.
Dentro de las preguntas respondidas en directo se pueden destacar:

### 1. ¿Cómo saben cuántas personas esperan realmente por especialidad? (dirigida a Uruguay).

*Nosotros no tenemos un registro único nacional de pacientes, como en Chile, que sea avalado por el ministerio. La atención primaria no entraría en la categoría.*
*Los prestadores que cubren especialidades médicas reciben la información de listas de esperas, dicha información no es orientada por el ministerio actualmente. Nosotros recibimos registros individuales. Por otro lado, cabe destacar que se reciben consultas y denuncias de tiempos máximos de espera por parte de los usuarios. (…) Establecemos un promedio de tiempo de espera de todas las instituciones* (dentro de ese promedio hay casos dentro y fuera de los parámetros).

### 2. ¿Qué especialidad tiene mayor tiempo de espera? (dirigida a Uruguay).

*Como se dijo anteriormente se puede destacar las especialidades de dermatología, oftalmología, pediatría. Este último es un problema serio para el sistema de salud en cuanto a escases de Recursos Humanos y Profesionales en el área de pediatría.*

### 3. ¿En las estrategias e incentivos para el acercamiento de especialistas a zonas lejanas se les subió el sueldo, hay normativa? (dirigida a Chile)

*Por un lado, esto tiene relación con haber hecho efectivo el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud RISS, el cual busca fortalecer toda la red de salud y por ende a los establecimientos y equipamientos de Hospitales de zonas lejanas, por ello la importancia del plan de inversiones.*
*El tener hospitales o establecimientos lejanos con capacidades, equipamientos, tecnologías y recursos para desarrollar una consulta de especialidad, asunto que antes no se podía, es un gran estímulo para los jóvenes médicos para ir con las personas y atenderlas en sus establecimientos, con lugares óptimos para su trabajo.*
*Por otro lado, también en este periodo se ha fortalecido la Telemedicina en los distintos niveles de la red y sobre todo en los hospitales más lejanos o de difícil acceso. El tener un lugar óptimo de trabajo y dar mayor resolutividad a distancia es un incentivo no menor. Ya que establecen redes sin fronteras físicas. (…) Ejemplo de ello es el servicio de Salud Reloncaví con Hospitales como el de Futaleufú (Extracto).*

### 4. Sobre Aseguramiento y Medición de la calidad (dirigida a Chile)

*Un gran avance han sido los COMGES en RISS (Compromisos de Gestión) y la acreditación de establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, ya que hemos establecido ámbitos, estándares y criterios para una atención de calidad, por medio de la acreditación realizada por la superintendencia de salud.*

5. ¿Consideraron la calidad frente al aumento de los rendimientos? (dirigida a Costa Rica)

*Se consideró la calidad, se hizo un estudio de tiempo y movimientos, en un contexto de que los establecimientos son diferentes. No todos tenían el mismo estándar. Por lo que la calidad va enlazada a la mejora de la utilización del tiempo que ya estaban utilizando los especialistas.*

6. ¿Cuál es la lista de espera sin cita? ¿Cuál es tiempo de espera en esos casos? ¿Cuándo se hace seguimiento, a penas de da la cita? (dirigida a Costa Rica)

*En el área quirúrgica, una vez que el especialista valora al paciente, él lo contabiliza y lo ingresa a la lista quirúrgica. La programación a largo plazo la dejamos atrás. Sistema informático ALCA, se captan los pacientes que necesitan procedimiento quirúrgico y se contabiliza los días, mes a mes. Se contabiliza el tiempo que llevan esperando a la fecha y el tiempo que llevan desde que se les asignó la cita como tal.*