





06/

**Solución a
listas de espera
en el sistema
público de
salud: una
promesa
incumplida**

Solución a listas de espera en el sistema público de salud: una promesa incumplida

ANTECEDENTES

Chile tiene hoy necesidades diferentes en materia de salud de las que tenía hace 20 años. En la actualidad, y progresivamente, se da un mayor envejecimiento poblacional y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias) producto de estilos de vida no saludables. Esto implica mayor necesidad de contar con médicos y equipos de salud especializados, así como con servicios de salud capaces de responder a estas nuevas y más complejas demandas (Minsal, 2015).

Relacionado con lo anterior, en junio de 2018 un medio de prensa titulaba: “Salud: 120 mil personas esperan hace más de tres años por una atención”, agregando que los Servicios de Salud referían la falta de especialistas y camas y que los expertos calificaban el plazo de espera como “excesivo”.¹

Así también, otro medio² publicaba que el MINSAL había enviado un informe al Congreso en el que se indicaba que 6.320 personas habían muerto en lista de espera en el primer semestre de 2017 y que la cifra correspondía al 12% del total de fallecimientos que se registraron en el país

durante el primer semestre del año pasado, que fue de 51.989.

En otra arista, en diciembre de 2017, se informaba en la prensa que el fiscal regional de O’Higgins indagaba la reducción “artificial” de listas de espera en Rancagua. Se investigaban las irregularidades al interior del Hospital de Rancagua respecto de las listas de espera del Plan de Garantías Explícitas en Salud AUGE/GES;³ esto es, las salidas por vía “administrativa” de numerosos pacientes que habían sido eliminados de las listas sin haber recibido la atención de salud que requerían. Esta investigación luego se ampliaría a 23 hospitales de todo el país, que presentaban reducciones artificiales de listas de espera en salud.

Estos ejemplos muestran que, en los últimos años y de manera recurrente ha surgido en la discusión pública el problema de las listas de espera en salud. Una preocupante situación en relación al acceso y oportunidad de la atención de salud.

Así en el sector público de salud de Chile, la espera ha alcanzado dimensiones, tiempos y características que la han transformado en un problema de gran relevancia.

Por otra parte, el Estudio de opinión a usuarios del Sistema de Salud realizado por el Minsal en 2016 indicaba que de los encuestados Fonasa solo un 48% se sentía protegido por el sistema de salud frente a una grave enfermedad. Dentro de las razones por las cuales los usuarios señalaban sentirse desprotegidos destacan la “mala cali-

1 *La Tercera*, “Salud: 120 mil personas esperan hace más de tres años por una atención”, Lorena Leiva, 13 junio 2018, <https://www.latercera.com/nacional/noticia/salud-120-mil-personas-esperan-mas-tres-anos-una-atencion/204881/>

2 *El Mercurio*, “Informe del Minsal enviado al congreso: 6.320 personas murieron en lista de espera en primer semestre de 2017”, 17 marzo 2018, <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2018/03/17/899015/6320-personas-murieron-en-lista-de-espera-en-primer-semestre-de-2017.html>

3 El plan de Garantías AUGE/GES, es parte central de la Reforma en Salud de nuestro país de 2005 y comprende actualmente, 80 patologías (enfermedades) cuya atención de salud esta garantizada por ley. En el marco conceptual de este capítulo se analiza más extensamente el Plan AUGE/GES.

dad del sistema de salud” con un 36% y los “largos tiempos de espera en atención y en encontrar horas médicas” con un 26%. Además, consultados por experiencias de desprotección en los últimos 12 meses, un 21% de los usuarios de Fonasa indicó que tenía un problema médico por el que estaba preocupado y le tomó mucho tiempo conseguir que lo diagnosticaran. Así también, frente a la consulta: ¿qué es lo peor del AUGE/GES? las respuestas —solo de las personas atendidas o de un pariente cercano— mayoritarias fueron: falta de especialistas (28%) e incumplimiento de plazos (17%).

Finalmente, un 68% de las mujeres encuestadas y un 32% de los hombres, señaló que en los últimos 12 meses tuvo un problema de salud, pero no pudo consultar a un médico o no pudo realizarse un examen o tratamiento o adquirir medicamentos, por los costos. Este dato muestra, adicionalmente, las inequidades de género que también se presentan en salud.

Así, el derecho a la salud se ha convertido en motivo de inquietud ciudadana creciente y sostenida. En el centro de la discusión se encuentran las obligaciones que tiene el Estado en su protección y garantía frente a las progresivas expectativas de las personas por acceder a mayores y mejores prestaciones en este ámbito. Con relación al derecho a la salud, la encuesta de opinión publicada por el INDH de 2015 señala que el 65,7% de los encuestados considera que es de cargo del Estado la garantía y protección de este derecho.

El derecho a la salud —y las obligaciones asociadas del Estado— deben ser comprendidas no solo desde el plano formal, sino que el deber de este es implementar las acciones que aseguren a las personas el efectivo acceso a las acciones médicas o clínicas.

En ese sentido, el “efectivo acceso” es lo que está siendo puesto en cuestión, cuando las listas de espera en salud pueden implicar tiempos de espera superiores a un año o cuando una persona muere esperando ser atendida.

El propósito del presente capítulo es describir y analizar la magnitud y características de las listas de espera en salud de patologías GES y NO GES y las muertes ocurridas en espera de una atención de salud. Así también, se analizan tres factores que pueden explicar las extensas listas de espera.

ESTÁNDARES INTERNACIONALES Y MARCO CONCEPTUAL

La Constitución de la OMS (1946), reconoce el derecho fundamental de toda persona a la salud. Así también, señala que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social”.

No solo la constitución de la OMS refiere el derecho a la salud, en la DUDH también se sentaron las bases del marco jurídico internacional del derecho a la salud. Desde entonces, este derecho se ha codificado en muchos tratados de derechos humanos vinculantes, tanto internacionales como regionales. En ellos existe una preocupación especial por las personas desfavorecidas, vulnerables y que viven en condición de pobreza, y que requieren un sistema de salud eficaz, inclusivo y de buena calidad. Al respecto el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) señala en su artículo 12 que los Estados Parte adquieren el compromiso para la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos

Finalmente, un 68% de las mujeres encuestadas y un 32% de los hombres, señaló que en los últimos 12 meses tuvo un problema de salud, pero no pudo consultar a un médico o no pudo realizarse un examen o tratamiento o adquirir medicamentos, por los costos. Este dato muestra, adicionalmente, las inequidades de género que también se presentan en salud.

en caso de enfermedad. El mismo dispone en su artículo 2° N° 1 que “[...] los Estados partes en el presente Pacto se comprometen a adoptar las medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de aquellos derechos aquí reconocidos” (PIDESC).

Por otra parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) en su Observación General 14 (2000),⁴ establece que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas [...] b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte [...] c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Así también, el informe del Relator Especial sobre salud de 2006,⁵ reitera que la salud “debe ser accesible para todos, no solamente los ricos, sino también para

los que viven en la pobreza; no solamente para los grupos étnicos mayoritarios, sino también para las minorías y las poblaciones indígenas; no solamente para los que viven en zonas urbanas, sino también en aldeas remotas; no solamente para los hombres, sino también para las mujeres. El sistema de salud debe ser accesible para todos los particulares y comunidades desfavorecidos” (p. 5).

Para el relator de Naciones Unidas, básicamente, lo que constituye el derecho a la salud es un sistema de salud eficaz, integrado y con capacidad de respuesta, que abarque la atención de la salud y que sea accesible para todos.

Naciones Unidas señalaba en 2017⁶ que, desde el año 2000, se han obtenido avances impresionantes en muchos frentes relacionados con la salud. Sin embargo, para cumplir las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de aquí al año 2030, este proceso deber acelerarse, en particular en las regiones que experimentan la mayor carga de morbilidad.

Por otra parte, la Constitución Política de nuestro país consagra en su artículo 19 N° 9 el derecho a la protección de la salud, e indica: “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud [y] Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas [...]”.

Como se enuncia en la Introducción, para resguardar el derecho a la salud, no basta con su declaración, sino que se hace necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y accesibilidad económica,⁷ y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de estas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.

4 E/C.12/2000/4, CDESCR.

5 E/CN.4/2006/48, 3 de marzo de 2006. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt.

6 Información disponible en el sitio web de la ONU, www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

7 En la Observación General 14 del CDESC (2000) se entiende por accesibilidad económica (asequibilidad): “los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos”.

En este sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, sentenció (8 de marzo 2018) al Estado de Chile, declarándolo “responsable por la violación del derecho a la salud, de conformidad con el artículo 26 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio del señor Vinicio Poblete Vilches” y “responsable por la violación del derecho a la vida, reconocido en el artículo 4 de la Convención Americana”. El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado de Chile por las acciones y omisiones que tuvieron lugar entre el 17 de enero y el 7 de febrero de 2001, fechas en las cuales Vinicio Antonio Poblete Vilches, quien era un adulto mayor, ingresó en dos oportunidades al hospital público Sótero del Río, donde falleció en la última fecha. La Corte determinó la responsabilidad estatal por no haberle brindado el tratamiento intensivo que requería en su segundo ingreso al hospital, y que las investigaciones a nivel interno no fueron realizadas con la debida diligencia y en un plazo razonable.

Por otra parte, la Reforma de Salud que se llevó a cabo en Chile, conocida como Reforma AUGE (Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas, la Ley AUGE, 19.966, promulgada el 25 de agosto de 2004), constituyó un gran esfuerzo con el fin de mejorar el sistema de salud de nuestro país.

Esta reforma estableció un régimen de Garantías en Salud (GES) para asegurar a todas las personas residentes en el territorio nacional “independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso”. Las garantías se definen como aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera,⁸ con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en el Régimen GES y constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para las personas afiliadas a Fonasa y a las Isapres, siendo en la actualidad 80 las patologías garantizadas.

Las demás patologías de salud que pueden afectar a la población de nuestro país y que no forman parte de las garantías explícitas de salud, han sido denominadas patologías NO GES.

En relación a la reforma de salud, el Banco Mundial en su informe 2017, señalaba que Chile ha experimentado “mejoras sustanciales en los principales resultados de

salud en las últimas décadas”, entre las que destacaba la reducción de las enfermedades transmisibles, nutricionales, maternas e infantiles; pero advierte que el país se mantiene “a la zaga del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)”, con un bajo uso de los servicios de salud⁹ y de consultas médicas, así como retrasos en la detección de enfermedades graves, lo que repercute en una disminuida supervivencia, por ejemplo, para los cánceres de mamas, cuello del útero y colorectal. Agrega en el citado informe: “Los tiempos de espera para ciertos tipos de cirugía son prolongados en comparación con otros países de la OCDE”.

Para el Banco Mundial, una lista de espera se define como el registro de las personas esperando por la provisión de una determinada prestación o grupo de prestaciones de salud (por ejemplo, consulta médica, examen diagnóstico o cirugía). Las listas de espera representan, por tanto, el número de casos nuevos que ingresan requiriendo una prestación y la capacidad instalada del sistema para resolverlos.¹⁰

Toda persona que requiere de una atención de salud ingresa a una lista de espera para que la prestación requerida le sea otorgada. En ese sentido, el ingresar a una lista de espera no constituye un problema o denegación del derecho al acceso a la salud. El problema se presenta cuando los “tiempos de espera” exceden un margen razonable (o tiempo máximo) que está condicionado por la gravedad, urgencia u oportunidad de la atención de salud. Es decir, cada patología o enfermedad, tiene un tiempo de espera específico que se considera razonable. En el caso del Régimen de Garantías en Salud (GES), en cada una de las 80 patologías garantizadas están definidos los tiempos máximos de espera para la atención.

8 Garantía de Protección Financiera: Cancelar solo el copago: 0% Afiliados del Fonasa A y B; 10% grupo C y 20% grupo D y afiliados a Isapres.

9 El promedio de atenciones de salud al año, de los países de la OCDE, es de seis consultas por persona al año. En Chile alcanza a 3,4 atenciones anuales por persona al año (datos 2017). De estas, 1,4 corresponde al número de atenciones anuales de las personas en el sistema público de salud.

10 Debe señalarse a este respecto, que el sector privado no cuenta con un sistema de registro público que permita analizar las listas de espera, lo cual no significa necesariamente que no existan personas esperando una consulta o intervención quirúrgica dentro del sector privado.



La experiencia de esperar por una atención clínica es parte de todo sistema de salud, así como de otros ámbitos del sector de servicios. Sin embargo, como señalábamos en la introducción, en el sector público de salud de Chile, la espera ha alcanzado dimensiones, tiempos y características que la han transformado en un grave problema.

ESPERAS GES Y NO GES Y EL DERECHO AL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

El sistema de salud en Chile es mixto, compuesto por un sistema público que atiende al 80% de la población, y un sistema privado que atiende al 15% de la población de nuestro país. La población restante se atiende en otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas (Informe Anual de Derechos Humanos 2016).

El sistema público (Fonasa), opera a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria, para brindar atención de salud a las diversas demandas de la población.

El SNSS provee servicios ambulatorios y hospitalarios para los afiliados al Fonasa. La atención primaria de salud (APS) es administrada por los servicios municipales de atención a la salud bajo la supervisión del Minsal, el cual establece las normas técnicas de funcionamiento.

Los beneficiarios del Fonasa tienen acceso a dos modalidades de atención: la atención institucional (MAI) y la libre elección (MLE). La primera comprende la atención que brindan las instituciones públicas de salud con cierta limitación en la capacidad de elección del prestador. Al momento de recibir la atención, los usuarios deben realizar copagos que van de 10 a 20% del precio del servicio fijado por Fonasa de acuerdo con su nivel de ingresos, excepto los más pobres, los mayores de 60 años y los portadores de algunas patologías específicas. La modalidad institucional suele afiliar a los ciudadanos de menores recursos y a todas aquellas personas que se acogen a los beneficios del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas, AUGE (Becerril et al., 2011).

Por otra parte, el sector público cuenta con un 43% de los médicos (trabajando con jornada completa o parcial), para atender a más de un 80% de la población. Esto contribuye a la generación de un sector público con largas listas de espera y servicios de urgencia colapsados (Colegio Médico, 2017).

Situación de las listas de espera NO GES a nivel nacional

De acuerdo a la información provista por el Ministerio de Salud en la Glosa 06,¹¹ a mayo del año 2017 la Lista de Espera por Consulta Nueva de Especialidad¹² alcanzaba un total de 1.661.826 casos de personas en espera. Por otra parte, la cantidad de personas en espera por Intervenciones Quirúrgicas era de un total de 278.061 casos.

De los 29 servicios de salud distribuidos a lo largo del país, los que presentan listas de espera para atención de nueva especialidad más altas son los correspondientes a la Región Metropolitana, particularmente los Servicios Sur Oriente, Norte y Central (154.600, 138.646, 131.838 personas respectivamente) los que en conjunto representan el 25,58% del total de personas en listas de espera. A su vez, los servicios de salud que mantienen el menor volumen de casos de personas en espera son Aysén (10.571 casos en espera) y Atacama (11.743 casos en espera), que representan el 0,64% y 0,71% respectivamente.

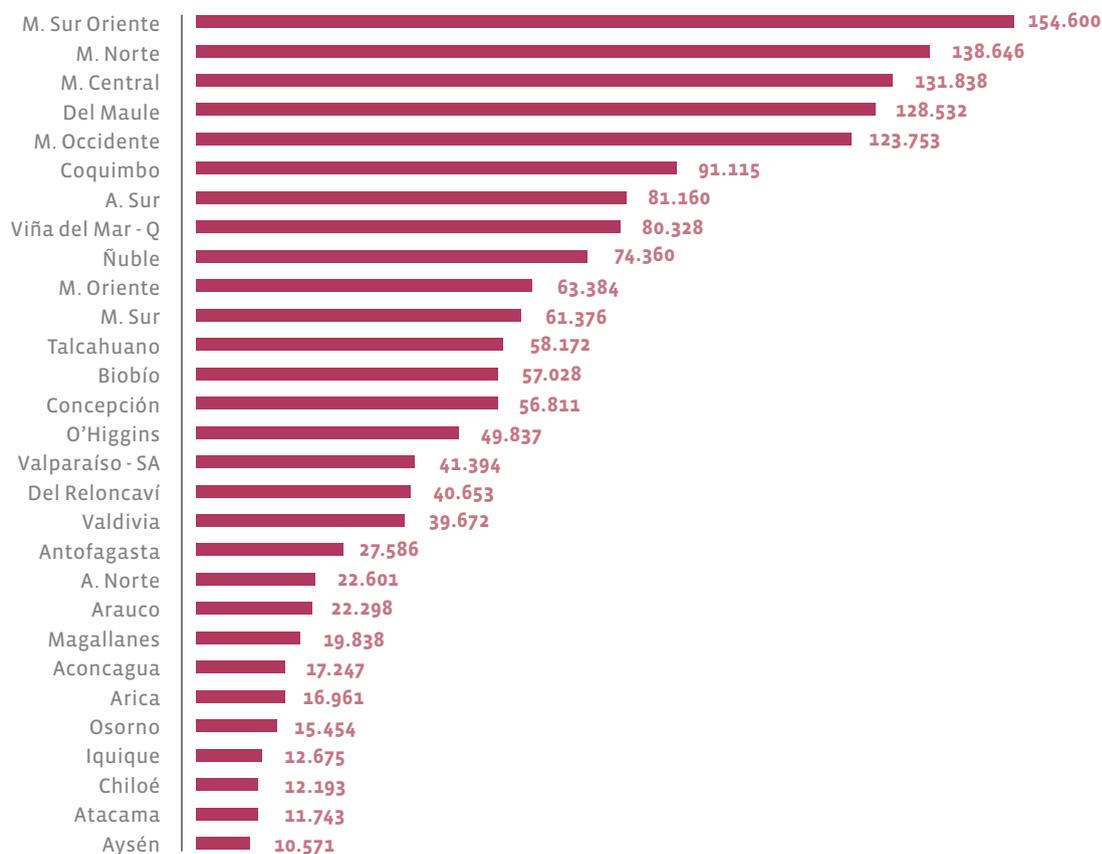
El tema central de las listas de espera son los tiempos que las personas deben aguardar para recibir la atención requerida. Cabe destacar el número de personas que llevan esperando un tiempo mayor o igual a tres años, particularmente en el caso de traumatología donde 11.338 personas se encuentran en esa situación y 12.508 llevan esperando dos años. Por otra parte, llama la atención que existan 3.389 personas esperando más de 2 años por la atención de un cardiólogo, considerando que las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte en el mundo y en Chile.

11 La Glosa 06 corresponde a un informe que emite el Minsal sobre listas de espera GES y NO GES y que envía a la Cámara de Diputados con relación a la discusión presupuestaria. Este documento se emite dos veces al año. Específicamente se cita la Glosa de la partida de Presupuesto del Ministerio de Salud de 2017, determinado en la Ley 20.981

12 Consulta por nueva especialidad refiere a la derivación a un médico especialista por primera vez. Este dato excluye la situación de personas que están ya siendo atendidas por un especialista de salud y que esperan una segunda o tercera atención.

**NÚMERO DE PERSONAS EN LISTA DE ESPERA NO GES
POR CONSULTA DE NUEVA ESPECIALIDAD, SEGÚN
SERVICIO DE SALUD, AL 31 DE MAYO DE 2017**

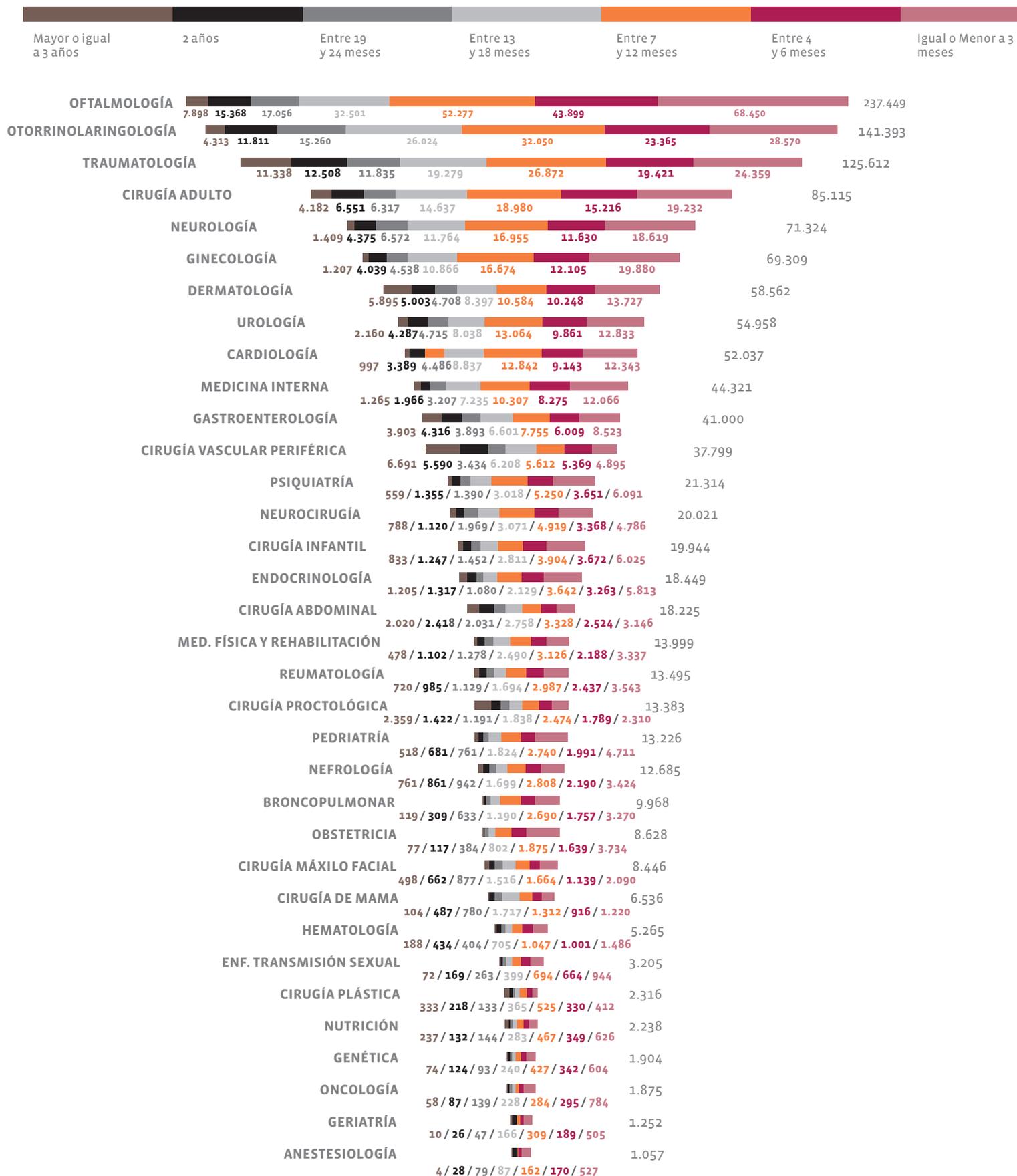
Fuente: Minsal, 2017.



De los 29 servicios de salud distribuidos a lo largo del país, los que presentan listas de espera para atención de nueva especialidad más altas son los correspondientes a la Región Metropolitana, particularmente los Servicios Sur Oriente, Norte y Central (154.600, 138.646, 131.838 personas respectivamente) los que en conjunto representan el 25,58% del total de personas en listas de espera.

NÚMERO DE PERSONAS EN LISTA DE ESPERA NO GES POR CONSULTA DE NUEVA ESPECIALIDAD, SEGÚN ESPECIALIDAD MÉDICA Y TIEMPO DE ESPERA

Fuente: Minsal, 2017.



Entre las cirugías electivas¹³, la cirugía traumatológica y la cirugía digestiva son las que presentan mayor número de personas en espera por un tiempo igual o mayor a tres años. En el primer caso, son 6.747 personas las que llevan esperando ese tiempo y en el caso de la cirugía digestiva son 5.579. En ambas cirugías, el número de personas en espera aumenta significativamente cuando se ve a aquellas que llevan esperando dos años: hay 10.694 esperando por una cirugía traumatológica y 10.359 esperando por una cirugía digestiva.

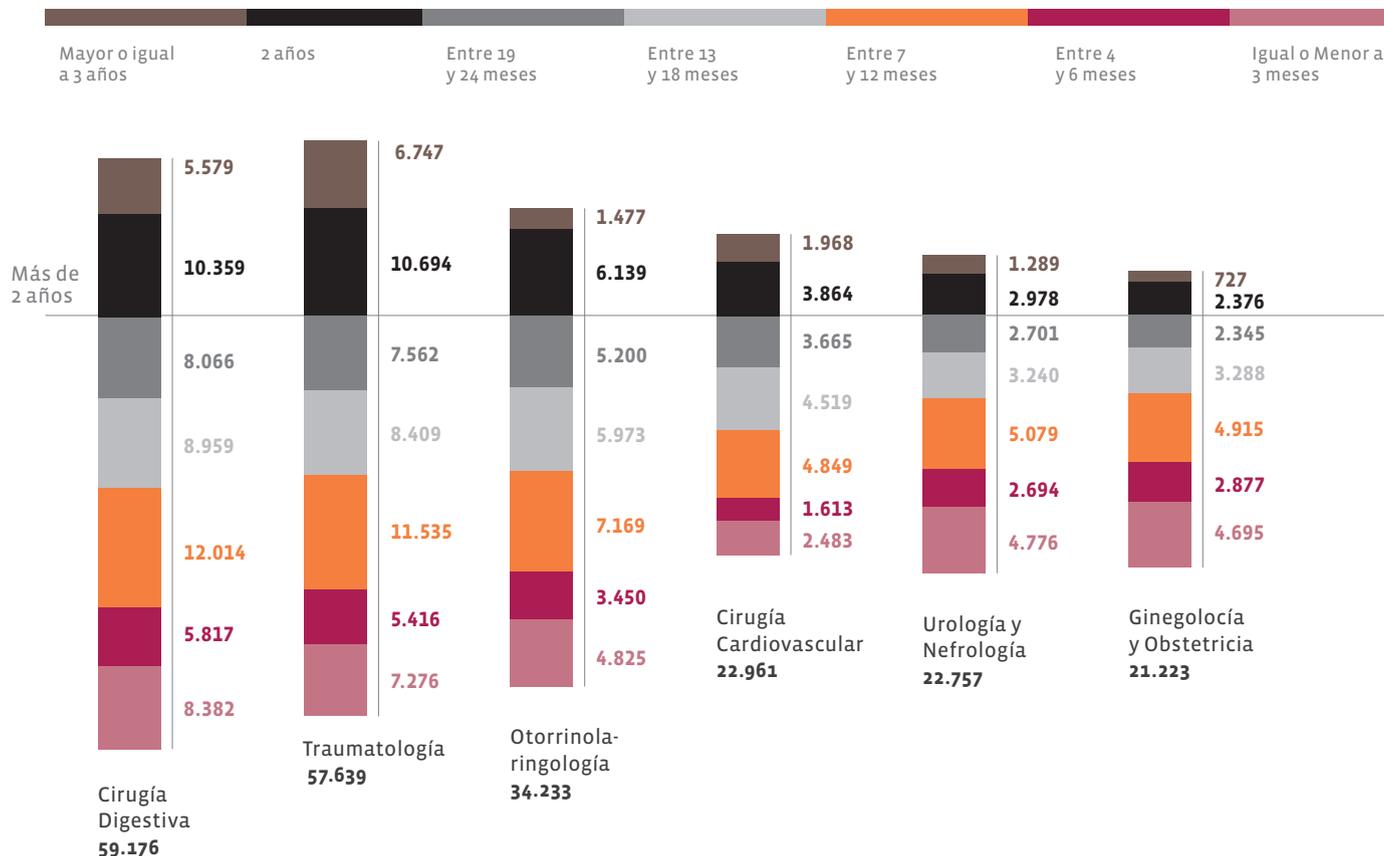
La cirugía traumatológica y la cirugía digestiva son las que presentan mayor número de personas en espera por un tiempo igual o mayor a tres años. En el primer caso, son 6.747 personas las que llevan esperando ese tiempo y en el caso de la cirugía digestiva son 5.579.

13 La cirugía electiva es el nombre que se le da a toda aquella cirugía que no sea de emergencia y que pueda ser demorada al menos por 24 horas. Cuando una persona requiera cirugía electiva, el médico especialista le determinará una categoría clínica de acuerdo a la evaluación que le haya efectuado.



NÚMERO DE PERSONAS EN LISTA DE ESPERA NO GES PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ELECTIVA, SEGÚN ESPECIALIDAD MÉDICA Y TIEMPO DE ESPERA

Fuente: Minsal, 2017.



En este sentido, el Informe de la Comisión ministerial para el estudio de muertes en listas de espera (Minsal, Agosto 2017)¹⁴ señalaba que existe gran variabilidad en los tiempos de espera por tipo de derivación (nueva especialidad, cirugía y procedimientos) y gran variabilidad entre los distintos servicios de salud del país. Además, en dicho informe se indicaba que no eran las consultas por nueva especialidad o por cirugía las que presentaban los tiempos más prolongados de espera, sino que eran los procedimientos.¹⁵ Se indicaba que estos tienen la mediana¹⁶ más alta de tiempo de espera, llegando a 526 días a nivel país, con un rango que va desde 159 a 2.040 días en diferentes servicios de salud. De acuerdo

a la distribución por servicio de salud se observa que en Valparaíso-San Antonio llega a 2.040 días; los servicios de salud Metropolitano Sur, Talcahuano y Maule tienen una mediana de más de 1.000 días de espera. Los procedimientos que tienen la mediana más alta de espera, superior a 765 días, son la Radiografía de Pelvis y la Ecografía renal; para los procedimientos más frecuentes, gastroduodenoscopia, mamografía bilateral, colonoscopia, ecografía mamaria, la mediana de espera supera los 365 días.

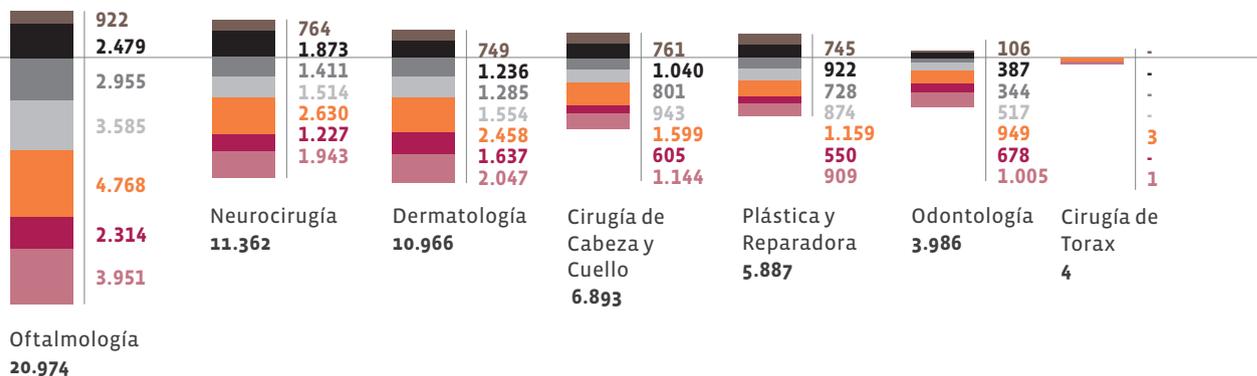
Las cirugías son las que siguen en tiempos de espera, con una mediana de 381 días, con rangos que varían de 207 a más de 500 días en diferentes servicios de salud. Los servicios de salud de Arica, Viña del Mar-Quillota y Metropolitano Norte tienen las medianas más altas, que superan los 500 días.

Por último, las Consultas Nuevas de Especialidad con una mediana de 302 días, con rango de 144 a 550 días en diferentes servicios de salud. El Servicio de Salud Metropolitano Norte tiene la mediana más alta, que supera los 550 días; los servicios de salud de Iquique y Metropolitano Central superan los 400 días. El servicio de salud con la mediana más baja es Osorno con 144 días.

14 El Informe de la Comisión ministerial para el estudio de muertes en listas de espera fue solicitado por el INDH, vía oficio en diciembre de 2017.

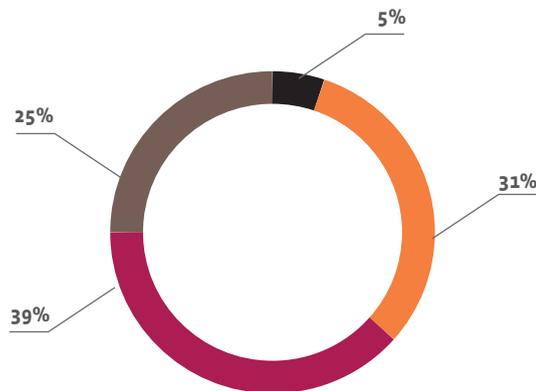
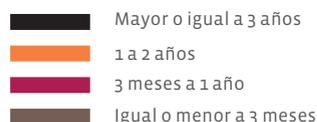
15 Los procedimientos médicos son prestaciones de salud que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos, implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente.

16 La mediana refiere a que, en un grupo ordenado de datos cuantitativos, es el valor central que acumula el 50% de los casos.



TIEMPOS DE ESPERA EN PACIENTES NO GES, 2017

Fuente: Minsal, 2017.



De manera resumida, esta situación implica que:

En el caso de las consultas de especialidad, el 48% de las personas espera más de 2 años por una atención (5 de cada 10 personas).

En el caso de las intervenciones quirúrgicas, el 50% de las personas espera más de 2 años por una atención (5 de cada 10 personas).

El informe indicaba que eran muy preocupantes los prolongados tiempos de espera, dado que vulneran el concepto de una atención oportuna. Podría agregarse que, de una forma implícita, hay una denegación del derecho al acceso a la salud, el cual está ciertamente siendo vulnerado cuando se pueden llegar a esperar 2.040 días (casi 5 años) por una atención.

Al respecto tres de las integrantes de la Comisión para el estudio de muertes en listas de espera señalaban en entrevista al INDH:¹⁷ “[...] en definitiva es una denegación del derecho de atención, si te dicen que en 500 días te van a hacer una ecografía, qué es lo que sucede, la gente finalmente recurre al sistema privado”.

Por otra parte, en el marco de la gestión y el registro de las listas de espera NO GES, la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Minsal implementó un Repositorio Nacional de Lista de Espera, RNLE (junio de 2011) que se publica cada año, incluyendo el estado de situación del universo de personas que esperan por una atención de salud NO GES. Al analizar las características de las per-

17 Entrevista realizada en junio de 2018.

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

La siguiente infografía muestra los servicios de salud con mayores tiempos de espera. Específicamente, indica cómo se distribuyen las 120.716 personas que presentaban, a abril del presente año, un tiempo igual o superior a tres años en lista de espera.

En este sentido, la Comisión ministerial indicaba que al revisar el RNLE, la definición de tiempo de espera utilizada constituía un obstáculo para la generación de sistemas de alerta que permitieran reconocer las situaciones de mayor atraso en la atención, según la gravedad o urgencia de la patología, ya que en el actual registro se entiende que el día de espera se inicia desde el día (día en que el médico deriva al especialista). Sin embargo, ello no se condice con las recomendaciones internacionales de considerar un tiempo de espera razonable para atender una determinada patología. Esto implica centralmente que el sistema no puede incorporar alertas de

cumplimiento de tiempos de resolución según gravedad o urgencia que ayuden a mejorar la oportunidad de la atención para los tipos diferentes de derivaciones.

Concordantemente, el Colegio Médico de Chile (2017) señala: “Un elemento que dificulta un análisis de los datos disponibles, para comparar el desempeño de diversos servicios de salud y hospitales, es la falta de una estandarización de la lista de espera por la población beneficiaria de cada servicio de salud y/o hospital centro de derivación” (p. 7).

Es importante reseñar además una serie de irregularidades en las listas de espera NO GES, que fueron presentadas en el informe de la auditoría de la CGR a 23 hospitales (2017).¹⁸ De las situaciones detectadas por esa entidad, cabe destacar tres.

En primer lugar, la Contraloría detecta 5.920 casos en la lista de espera, con fecha igual o anterior al 31 de diciembre de 2012, que no habían sido egresados de esta, pese al compromiso de gestión adquirido por el Minsal de resolver estos casos al 31 de diciembre de 2015 (en 17 hospitales del total de 23 auditados).

¹⁸ Informe 659 de 2017. El periodo que auditó la CGR fue, tanto para GES como NO GES, listas de espera al 31 de diciembre de 2015.

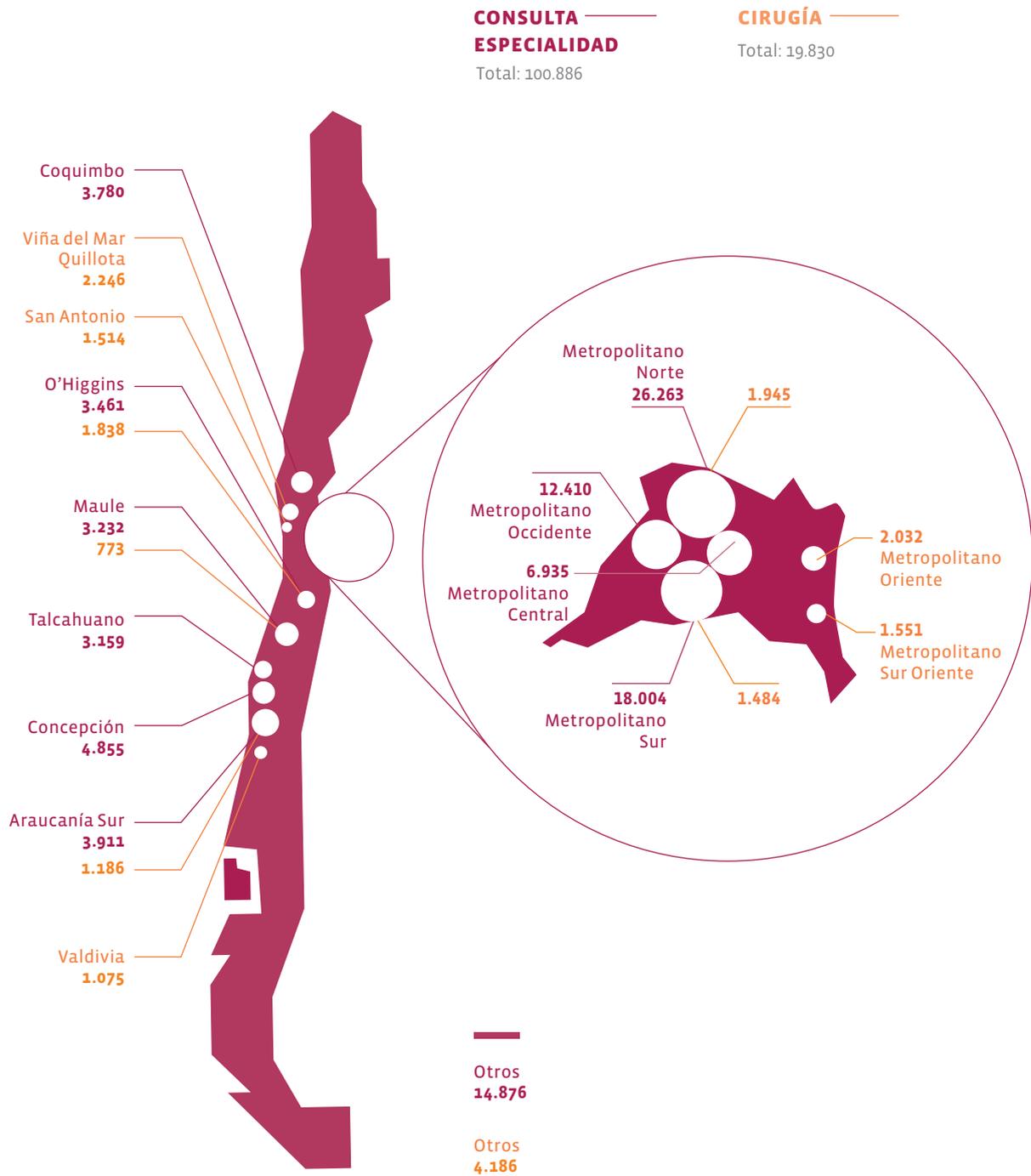


NÚMERO DE PERSONAS EN LISTA DE ESPERA POR MÁS DE 3 AÑOS

120.176 personas aguardaban por más de tres años una cirugía o consulta de especialidad (abril, 2018).

Fuente: Minsal 2018.

CASOS POR SERVICIOS DE SALUD



Esto significa que en esos 5.920 casos las personas llevan —a lo menos— esperando 5 años por una atención de salud.

En segundo lugar, la Contraloría detectó un aumento del promedio de días de espera para una atención quirúrgica, en el año 2015 en comparación con 2014. En algunos casos más de 100 días de aumento (10 hospitales).

Finalmente, se detectaron 336 egresos no justificados de la lista de espera de pacientes NO GES para intervenciones quirúrgicas (20 hospitales)

Además, de acuerdo a la investigación que lleva a cabo el fiscal Emiliano Arias, en razón de las irregularidades detectadas en el Hospital de Rancagua sobre atenciones de salud GES y NO GES, encontró que 38.942 pacientes no se encontraban ingresados al RNLE.¹⁹ Cabe destacar que, de acuerdo a lo informado por este fiscal, las fichas de estos pacientes se encontraban “escondidas” en dependencias del citado hospital.

Garantías GES retrasadas o Listas de espera GES

Las Garantías de Oportunidad GES Retrasadas son aquellos casos donde luego de transcurrido el plazo garantizado para la resolución de la prestación, no existe evidencia que permita corroborar la concreción de la atención y/o la postergación por condiciones propias del paciente (Minsal, Glosa 06, 2017).

La información presentada por el Minsal, en la Glosa 06, refiere al acumulado de situaciones de retraso en las atenciones GES desde 2014 a mayo de 2017, lo que acumula un total de 11.622 garantías retrasadas.

La siguiente infografía muestra, por servicio de salud del país, el total de garantías retrasadas que presentaba a mayo de 2017. El Servicio de Salud Metropolitano Norte es el que presenta mayor número de personas con garantías de salud retrasadas con un total de 2.565 y el Servicio de Salud O’Higgins, con 1.335 garantías no cumplidas.

En la misma infografía, en la parte inferior, es posible ver las garantías GES retrasadas según sexo, servicio de salud y días promedio de retraso en las garantías GES. Al analizar las características de la población que tiene retraso en su atención, un 67,14% de las personas con esta condición corresponden al sexo femenino y el 32,83% al masculino. Por otra parte, el promedio nacional de re-

traso son 94,1 días. Sin embargo, este promedio esconde diferencias muy significativas de retraso entre los 29 servicios de salud del país. Es así como el Servicio de Salud de Arica tiene un promedio de 626 días de retraso en las garantías GES y el Servicio de Salud Metropolitano Norte un promedio de 208,8 días. El Servicio de Salud de Osorno es el que presenta menor retraso en las atenciones GES con un retraso promedio de 5,8 días. Cabe recordar que los plazos de cumplimiento de las atenciones de las patologías GES están garantizados por ley, por lo que estos retrasos en las atenciones resultan graves, particularmente en aquellos servicios de salud con mayores tiempos de espera.

Por otra parte, las 15 patologías con mayor retaso en la atención son: 1) cataratas, 2) cáncer cérvico-uterino, 3) vicios de refracción,²⁰ 4) retinopatía diabética,²¹ 5) salud oral integral de la embarazada, 6) prevención secundaria IRCT,²² 7) colecistectomía preventiva,²³ 9) ortesis, 10) cáncer de mamas, 11) cáncer colorectal, 12) hiperplasia de próstata, 13) marcapaso, 14) cáncer gástrico, 15) enfermedad renal crónica etapas 4 y 5.

De acuerdo a estos datos, es posible afirmar que del total de las 80 patologías que componen el GES, las cinco primeras de este listado concentran el 52,5% del total de Garantías de Oportunidad GES Retrasadas, con un total de 6.099 garantías sin cumplir.

20 Un vicio de refracción es la consecuencia de una relación inarmónica entre los elementos ópticos (córnea y cristalino) y el largo axial del ojo (diámetro anteroposterior), o una falta de acomodación. Se denomina ametropía a los vicios de refracción que pueden corregirse con lentes correctores y corresponden a hipermetropía, miopía y astigmatismo. Es decir, se refiere a la entrega de lentes para las personas que tienen problemas de visión.

21 La retinopatía diabética es una complicación de la diabetes y una de las causas principales de la ceguera. Ocurre cuando la diabetes daña a los pequeños vasos sanguíneos de la retina, que es el tejido sensible a la luz situado en la parte posterior del ojo.

22 Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal. La evidencia disponible indica que las consecuencias asociadas a la Enfermedad Renal Crónica (ERC) pueden ser prevenidas o postergadas a través de intervenciones en etapas más precoces de la enfermedad, independientemente de su causa. En la mayor parte del mundo industrializado se ha constatado que la ERC está subdiagnosticada e insuficientemente tratada.

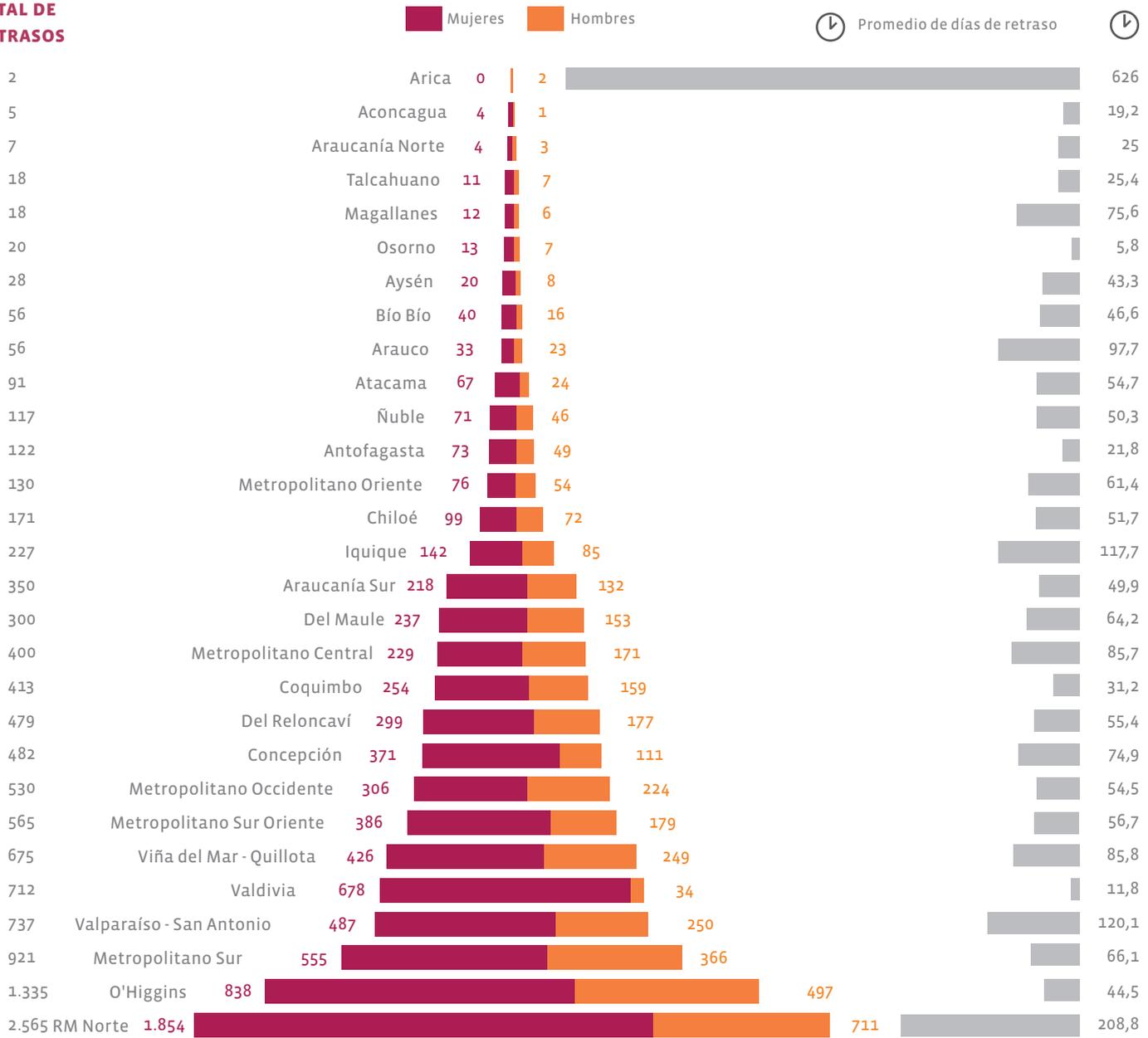
23 La colecistectomía es la extirpación de la vesícula en personas con cálculos vesiculares y de vías biliares, principal factor de riesgo del cáncer vesicular en Chile, la cual realizada en forma preventiva disminuye la mortalidad por esta causa.

19 Esta información fue obtenida de una presentación que realizó el fiscal Arias en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Disponible en la página web del Congreso Nacional.

PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES CON RETRASO

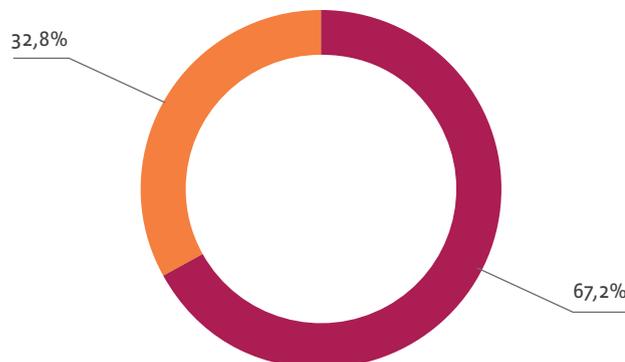
Fuente: Minsal, 2018.

TOTAL DE RETRASOS



PROMEDIO TOTAL DISTRIBUCIÓN DE RETRASOS

Fuente: elaboración INDH, con datos Minsal, 2017.



Tiempo promedio de retraso a nivel nacional:

94,1 días

Es interesante notar que las enfermedades relacionadas con la visión son la principal causa de retraso, seguidas de algunos cánceres y tumores (mama, cáncer vesicular, cérvico-uterino, próstata, gástrico, colorectal, tumor del sistema nervioso central y linfoma). Así el 39,5% corresponde a problemas de salud oftalmológicos (principalmente, cataratas y vicios de refracción), seguidos por un 22,8 por problemas de salud oncológicos.

En este sentido, la oferta actual —en el sistema público— de oncólogos médicos, cirujano-oncólogos, radioterapeutas, médicos nucleares, entre otros, pareciera que no da cuenta de la demanda existente, donde casi uno de cada cuatro retrasos GES es un problema de salud oncológico.

Al respecto, un informe de la Superintendencia de Salud,²⁴ indica que en agosto del presente año eran 9.209 los casos de personas que no recibieron alguna prestación que forma parte de las 80 patologías incluidas en el programa AUGE/GES. De estas, el 39,5% corresponden a diagnósticos considerados como “de riesgo”, de los cuales 1.971 son estimados “de mayor criticidad”: en total, 1.465 cánceres, del tipo colorrectal (542), de mamas (503) y cérvico-uterino (420). A ellos se suman 506 incumplimientos en la enfermedad retinopatía diabética.

En esta última patología, los mayores retrasos se detectaron en el tratamiento (315 casos), seguidos por la confirmación diagnóstica (191). En este caso, la oportunidad de la atención que dispone el beneficio es clave, por el riesgo de perder parcial o totalmente la visión que pueden acarrear las demoras de tratamiento para los pacientes.

En el cáncer de mamas, las fallas de atención, mayoritariamente, también se registraron en la confirmación diagnóstica y etapificación²⁵ de los pacientes (314 casos), además del tratamiento (183) y seguimiento (1). Y en el cáncer cervicouterino, se hallaron 320 faltas de diagnóstico y evaluación de avance, otros 95 incumplimientos en el tratamiento y otros cinco en el seguimiento de la enfermedad.

De acuerdo al último informe sobre incumplimientos AUGE/GES que se entregó al Congreso, algunos de los retrasos para cumplir con estas garantías son considerables. Por ejemplo, en el caso del cáncer colorrectal, el Minsal admite 153 días, es decir, más de cinco meses, como promedio, para atender a los pacientes posterga-

dos. Con un plazo muy similar, en la retinopatía diabética la demora es de 144 días.

Mientras, en el cáncer de mamas el retraso promedio es inferior a dos meses (52 días), seguido por el cervicouterino (49,9 días).

Para los expertos en salud, los incumplimientos de los plazos de atención en estas enfermedades son particularmente graves, especialmente, considerando que el cáncer es la segunda enfermedad que causa más muertes en el país y que, en el caso de las mujeres, esta patología ya es la primera causa de fallecimientos en seis regiones.

Al respecto, Jorge Jiménez de la Jara,²⁶ presidente de la Fundación Foro Nacional del Cáncer, planteó que “[...] se falla en las garantías AUGE/GES, y ¿por qué? Porque faltan especialistas, no hay mamógrafos, no hay horas médicas, entonces, hay que redistribuir los recursos para poder cumplir con las garantías”.²⁷

Cabe recordar la preocupación que manifestó el Banco Mundial (2017) en su informe sobre retrasos en la detección de enfermedades graves, que repercutían en una disminuida supervivencia, donde daba como ejemplos los cánceres de mamas, cuello del útero y colorectal. Cabe destacar que la segunda patología con mayor retraso en la atención es el cáncer cérvico-uterino y la décima es el cáncer de mamas. Entre las mujeres chilenas, los tumores malignos son la segunda causa de muerte y los cánceres de mamas y cervico-uterinos corresponden a los de mayor mortalidad. Además, el impacto del cáncer vesicular para la salud de la población chilena es muy significativo pues representa una de las principales causas de muerte por cáncer en la mujer chilena, el cual es dos a tres veces más frecuente en la población femenina.

Además, de acuerdo a datos de salud de los países miembros de la OCDE, Chile tiene la más baja supervivencia a 5 años para el cáncer cervico-uterino; es decir, todos los países de la OCDE han alcanzado supervivencia neta al cáncer cérvico-uterino de 5 años en un 80%, excepto Chile, la República Eslovaca y Polonia. Así también, ocupa el antepenúltimo lugar en supervivencia a 5 años del cáncer de mamas (Instituto de Políticas Públicas en Salud. Universidad San Sebastián, 2015, Informe OCDE, 2018). Para la OCDE, la supervivencia al cáncer de mamas y al cáncer cérvico-uterino refleja el diagnóstico oportuno, así como los avances en los tratamientos.

24 La información relativa al informe de la Superintendencia de Salud fue publicada en el diario *La Tercera*, 22 octubre 2018.

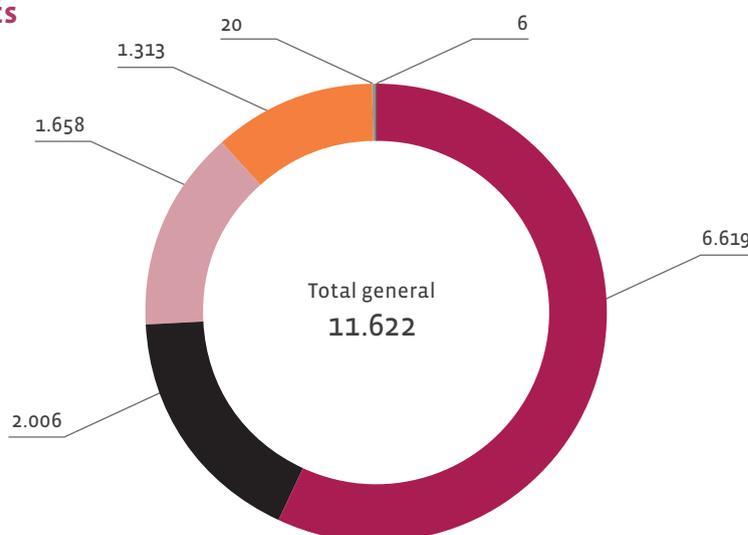
25 Etapificación implica clasificar según la etapa de evolución en la que se encuentra el cáncer.

26 Jorge Jiménez de la Jara, fue ministro de Salud durante el gobierno del presidente Patricio Aylwin.

27 En entrevista al diario *La Tercera*, 22 octubre 2018.

NÚMERO DE PERSONAS CON GARANTÍAS GES RETRASADAS SEGÚN TRAMO DE FONASA

Fuente: Minsal, 2017.



Por otra parte, si las garantías de oportunidad retrasadas son desglosadas por tramo Fonasa²⁸ de los beneficiarios del sistema de salud, es posible apreciar grandes diferencias de acuerdo al tramo de pertenencia y, mayores diferencias aun cuando se trata de beneficiarios pertenecientes a Isapres.

El mayor número de retrasos se concentra en las personas del tramo Fonasa B, que corresponde a personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a 276.000 pesos, seguido del tramo Fonasa A que corresponde a personas más afectadas son aquellas con mayores niveles de vulnerabilidad social, dado que no tienen capacidad de asumir de forma personal el gasto de una atención de salud. Adicionalmente, los beneficiarios del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS), es decir los afectados por violaciones a los derechos humanos, también se ven afectados por retrasos en su atención de salud.

Los 29 servicios de salud del país tienen un altísimo cumplimiento de las metas, lo que significa que a nivel nacional el promedio de cumplimiento alcanza al 99,3%.

Sin embargo, este reporte de cumplimiento de metas GES no se condice con los datos de retrasos en las atenciones GES ya descritos.

De acuerdo a la Comisión investigadora de muertes en listas de espera,²⁹ se sabe que en algunos servicios de salud se retrasa el ingreso de los casos y su garantía de oportunidad al SIGGES (Sistema de Información y Monitoreo para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud) con el fin de no aparecer con garantías retrasadas para poder cumplir con las metas y compromisos de gestión negociados con el Ministerio de Salud. Esto último solo se descubre una vez que se contrasta la fecha del ingreso a los registros con la fecha de diagnóstico en ficha clínica.

Además, la CGR realizó una auditoría en 23 hospitales (correspondientes a 22 servicios de salud del país) para verificar el cumplimiento de las garantías explícitas en salud y la lista de espera quirúrgica NO GES. Con fecha 22 de agosto de 2017, la Contraloría emitió el informe con los resultados de dicha auditoría.

Los hallazgos que comprometían a la mayoría de los hospitales fueron denominados “transversales”. En este sentido, caben destacar los siguientes “hallazgos transversales”: en 22 de los 23 hospitales la contraloría detectó “ausencia de elaboración de formulario de constancia e información al paciente GES”, tras la confirmación que diagnostica una patología garantizada; en 17 hospitales detectó “falta de registro en la ficha clínica que justifique

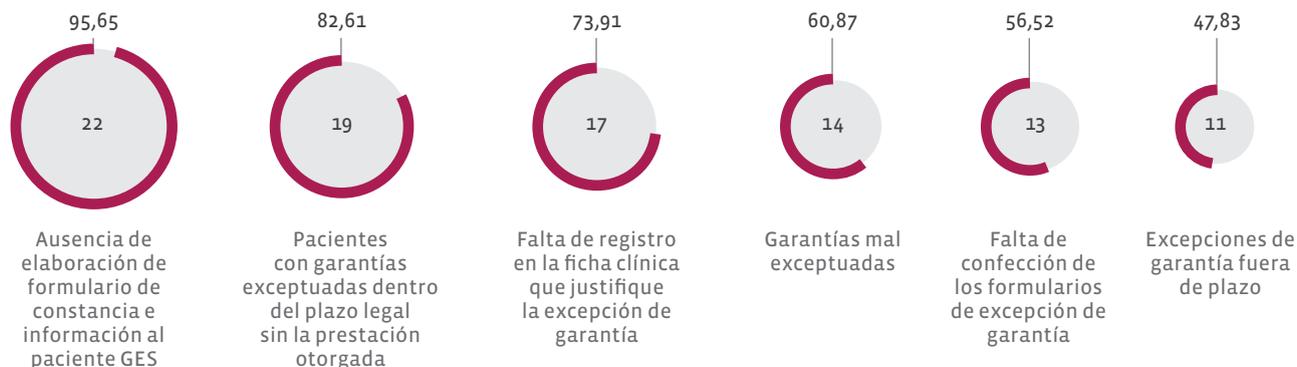
28 Existen en Fonasa cuatro tramos, definidos a partir del ingreso económico del beneficiario: tramo A: beneficiarios carentes de recursos para cotizar en salud, o en condición de indigencia (no cotizantes); tramo B: beneficiarios con ingresos menores a 276.000 pesos al mes (cotizantes); tramo C: beneficiarios con ingresos de entre 276.001 y 402.960 pesos al mes (cotizantes) y tramo D: beneficiarios con ingresos de 402.961 y más pesos al mes (cotizantes).

29 En mayo de 2017, Minsal generó una Comisión asesora ministerial por muertes en listas de espera cuyo objetivo fue definido como “analizar la situación de personas que fallecen habiendo estado en una Lista de Espera o con una Garantía de Oportunidad GES retrasada, así como proponer la forma de validar los antecedentes y entregar la información, desempeñando un rol consultivo y de asesoría a la función Ministerial de disminuir los tiempos de espera para Consulta nueva de Especialidad y para Cirugía Electiva”.

NÚMERO DE HOSPITALES DONDE LA CONTRALORÍA CONSTATÓ INCUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS GES Y NO GES

● Frecuencia observada
○ % del total de establecimientos fiscalizados

Fuente: CGR, 2017.



la excepción de garantía³⁰ y en 14 hospitales se encontraron “Garantías mal exceptuadas”.

Estas situaciones reportadas por la Contraloría comprometen seriamente el mandato legal que se establece en relación a la atención de salud de las 80 patologías GES que se encuentran aseguradas por ley.

El informe de la Contraloría supone situaciones que afectan el derecho a la salud. Si analizamos la “ausencia de elaboración de formulario de constancia e información al paciente GES”, tras la confirmación que diagnostica una patología garantizada, significa que al paciente no se le informó de cuál fue el diagnóstico de su enfermedad³¹ y, por lo tanto, tampoco fue informado que correspondía a una patología garantizada por el Programa Auge (GES) y, probablemente, tampoco fue atendido.

Así también, “la falta de registro en la ficha clínica que justifique la excepción de garantía”, implica que no hay información que permita conocer la causa de la excepción de la atención de salud. La excepción de una garantía GES sigue un protocolo claramente establecido, que asegura que el servicio de salud hizo todos los intentos por contactar al paciente a fin de que recibiera tratamiento o que el paciente deniega la atención de salud voluntariamente o que esta atención debe postergarse por la situación de salud del paciente hasta un momento en

que se encuentre en condiciones de recibirla. Si no existe registro de cualquiera de estas razones, se desconoce la justificación de la excepción, lo que resulta particularmente grave en el caso que al paciente se le haya postergado su atención de salud hasta un momento en que se encuentre en condiciones de recibirla.

Además, de acuerdo a la ya citada investigación llevada a cabo por el fiscal Emiliano Arias en el Hospital de Rancagua, se encontraron 2 mil fichas clínicas escondidas en gavetas del hospital, lo que implica que estas personas fueron eliminadas de los registros y no se les brindó atención. En palabras del fiscal Arias: “[...] son personas que nunca existieron para los registros mensuales de listas de espera”.³² Así también, este fiscal detectó las siguientes situaciones:³³

- ~ 97 personas a las que se les exceptuó la atención el mismo día del vencimiento de su garantía GES.
- ~ 274 casos con causal de excepción mal aplicada.
- ~ 310 casos exceptuados sin la prestación otorgada.
- ~ 61 casos exceptuados por inasistencia del paciente sin cumplir requisitos.³⁴

30 Garantías exceptuadas: son garantías que de acuerdo a los criterios de excepción (inasistencia, rechazo, fuerza mayor por estado de salud, exclusión de la prestación) han debido ser postergadas para un momento en que el paciente pueda estar en condiciones de recibir la prestación, o definitivamente no se le va a realizar la prestación por razones médicas y que se encuentre dentro del periodo garantizado.

31 Si no se consigna en el formulario correspondiente no hay como constatar que se le informó al paciente.

32 Declaraciones del fiscal Arias para el programa “Informe Especial” de TVN, julio de 2018.

33 Datos obtenidos de la presentación del fiscal Emiliano Arias a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados del Congreso Nacional.

34 Para que se exceptuó por inasistencia, el paciente debe faltar a lo menos a dos citaciones. El servicio de salud está obligado, de acuerdo a la normativa, a efectuar llamadas telefónicas a la persona y/o visitarlo en el domicilio para tratar de que asista a sus controles de salud. Después de haber cumplido todas estas acciones, el servicio de salud puede recién exceptuar una atención GES.

- ~ 189 casos exceptuados son patología cáncer.
- ~ 328 exceptuados por indicación médica, sin el detalle requerido en el registro.
- ~ 96 casos mal exceptuados por otras razones.
- ~ 16 pacientes con cáncer en listado de exceptuados fallecidos.

Cada una de las situaciones descritas en este listado es gravísima, dado que implican una acción intencionada de denegar una atención de salud. Ciertamente, los 189 casos exceptuados de personas a las que se les había diagnosticado cáncer y los 16 pacientes fallecidos con cáncer, constituyen hechos de tal magnitud que se acusa a los responsables de estos hechos de prevaricación administrativa,³⁵ cuasi delito de homicidio y fraude al fisco.

Esta última acusación se desprende de los bonos económicos por incentivos al cumplimiento de las metas GES, que reciben los directivos (y funcionarios) de los servicios de salud cuando su servicio alcanza las metas determinadas por el Minsal.

En esta misma línea, un reportaje de “Ahora Noticias” del 23 de septiembre del presente año, reveló que más de seis mil pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) han sido eliminados de las listas con garantías GES, las cuales entregan los medicamentos necesarios para el tratamiento; entre estos pacientes “desaparecidos” se encuentran mujeres con VIH embarazadas.³⁶ Estas personas fueron borradas en etapa de diagnóstico en la atención primaria. Entre las causales de su exceptuación de la atención las que más se repiten son la inasistencia, los contactos erróneos y personas postergadas por el mismo sistema de salud.

Al respecto, el doctor Carlos Beltrán de la Corporación Sida Chile y Asesor del Minsal en VIH, señala: “Seis mil casos son muchos para pensar en domicilios falsos y en teléfonos que no corresponden. Claro, uno no puede negar

que puede haber habido también una motivación de no figurar con garantías vencidas o con garantías no cumplidas. Por eso es que esta situación requiere una investigación caso a caso para determinar si, en definitiva, la excepción de la garantía GES tuvo alguna consecuencia para la salud de la persona que sea imputable a una falta de diligencia por parte del personal clínico o administrativo del sistema”.³⁷ En septiembre del presente año la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados se reunió con autoridades del Minsal, incluido el ministro, y personas con VIH afectadas por esta situación, para recabar antecedentes.

Además, a principios de este año, se conoció la información que nuestro país, es en América Latina el que incrementó más la población con contagio de VIH/SIDA superando a otros ocho, según el informe de ONUSIDA de 2017. Este informe se refiere al periodo 2010-2016 y muestra una prevalencia mayor en la población entre 20 y 29 años.

Muertes en listas de espera GES y NO GES

Como se ha señalado, desde el año 2011, se emite el ya citado informe “Glosa 06” al Congreso. Desde el año 2016 dicha Glosa pide informar sobre el número de personas fallecidas en espera de una atención NO GES o con una garantía GES retrasada. En esta Glosa, en diciembre de 2016 se hicieron públicos datos de más de 25 mil fallecidos en espera de una atención NO GES y, por otra parte, se difundió la existencia de más de 11 mil fallecidos con garantías retrasadas GES entre los años 2005 y 2016.

Dada la alarma pública que esta situación generó, la ministra de Salud de la época, Dra. Carmen Castillo, ordenó una comisión asesora ministerial (mayo de 2017) cuyo objetivo fue definido como “analizar la situación de personas que fallecen habiendo estado en una Lista de Espera o con una Garantía de Oportunidad GES retrasada, así como proponer la forma de validar los antecedentes y entregar la información, desempeñando un rol consultivo y de asesoría a la función Ministerial de disminuir los tiempos de espera para Consulta nueva de Especialidad y para Cirugía Electiva”.

Uno de los primeros resultados del trabajo de dicha Comisión fue detectar, del análisis de las personas fallecidas en el RNLE, que la información contenía errores; las personas fallecidas mientras estaban en espera de atención, no eran 25 mil, sino 15.625. Estas representan

35 Prevaricación administrativa (art. 228 Código Penal): “El que, desempeñando un empleo público no perteneciente al orden judicial, dictare a sabiendas providencia o resolución manifiestamente injusta en negocio contencioso-administrativo o meramente administrativo, incurrirá en las penas de suspensión del empleo en su grado medio y multa de once a quince unidades tributarias mensuales. Si la resolución o providencia manifiestamente injusta la diere por negligencia o ignorancia inexcusables, las penas serán suspensión en su grado mínimo y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales”.

36 La información sobre estos pacientes fue obtenida en Minsal, vía transparencia.

37 Declaración entregada en el citado reportaje del canal de televisión MEGA.

el 0,7% del total de personas que estuvieron en el RNLE durante el año 2016 y el 15% de todos los fallecidos a nivel nacional ese año.

En el caso de las garantías retrasadas GES, desde el 1 de julio de 2005 al 31 de diciembre de 2016 han fallecido 11.507 personas. Los fallecidos GES en el año 2016 fueron 993 personas, que representan el 0,9% de fallecidos a nivel nacional ese año.

Conjuntamente con conocer el número exacto de personas fallecidas en lista de espera GES y NO GES, resultaba central determinar si en las personas fallecidas, su causa de deceso tenía una relación directa con encontrarse en lista de espera por una atención de salud.

Dada la calidad de los datos y el registro incompleto de los mismos, para la Comisión no fue posible establecer una relación causal entre el fallecimiento de las personas y el que estuvieran esperando una atención de salud. Sin embargo, la Comisión decidió explorar, mediante la revisión de casos y el juicio de expertos, la factibilidad de “asociación potencial” entre la derivación en espera y el fallecimiento.

Para el caso de las listas de espera NO GES se definieron dos subgrupos de análisis, uno que consideró todos los fallecidos menores de 40 años (572 personas) y otro, sobre la base de una muestra tomada al azar, de mil personas fallecidas del grupo de 40 y más años (del total de 15.053 personas).

Los resultados arrojaron que, en el 37,8% (206 personas) de todos los fallecidos menores de 40 años y en el 43,8% (427 personas) de la muestra representativa de 40 y más años, fue posible plantear una hipótesis de asociación potencial entre la derivación en espera y el fallecimiento. Dada la representatividad de esta muestra, en el grupo de 40 y más años se pudo extrapolar el resultado al total de fallecidos de esta edad (15.053 personas) con lo cual podría haber hasta 6.593 fallecidos en los que se puede plantear esta hipótesis de asociación potencial.

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

En relación a las causas de muertes de personas que se encontraban en lista de espera NO GES, el informe de la Comisión consigna lo siguiente:

En los menores de 15 años: las malformaciones congénitas constituyen la causa de muerte más frecuente, se-

guida de las enfermedades del sistema nervioso central, cáncer y enfermedades del sistema respiratorio.

En las personas de 15 a 39 años: el cáncer es la causa de muerte más frecuente, le siguen las causas externas (suicidio)³⁸ y las enfermedades del aparato circulatorio.

En las personas de 40 a 64 años y 65 y más, para ambos grupos lo más frecuente es el cáncer y las enfermedades del aparato circulatorio, seguidos de las enfermedades del aparato digestivo, enfermedades endocrinas y causas externas. Cabe señalar que en el grupo de 65 y más años, las enfermedades respiratorias ocupan el tercer lugar de importancia.

Respecto de las personas fallecidas con Garantías de Oportunidad GES retrasadas, un 53,5% eran hombres y 46,5% eran mujeres, y el 72% tenía 65 o más años de edad.

Al desglosar a las personas fallecidas por grupos etarios y causa de la muerte, el estudio consignó lo siguiente:

En el grupo de menores de un año, una sola persona fallecida tenía garantía retrasada por disrafia espinal.³⁹

En menores de 40 años, 41,7% de las defunciones fueron causadas por tumores malignos (cáncer), 12,1% por patologías del hígado y 8,7% por enfermedades del sistema circulatorio. Cabe señalar que en este grupo las defunciones por causas externas (suicidio), aun cuando representan solo el 1% de las defunciones, son especialmente relevantes por encontrarse en espera de atención por psiquiatra.

En personas de 40 o más años, 53,4% de las defunciones fueron causadas por tumores malignos (cáncer), 13,8% por enfermedades cardiovasculares y 11,9% por enfermedades del hígado. Estas patologías fueron más prevalentes en los grupos de edad más avanzados (65 en adelante).

Para la Comisión asesora ministerial que investigó las muertes en listas de espera, estos resultados permiten identificar grupos de mayor riesgo: hombres y mujeres entre 20 y 45 años de edad derivados por sospecha diagnóstica de tumor maligno; hombres y mujeres entre 20 y 45 años de edad con sospecha diagnóstica de enfermedad del hígado; hombres y mujeres entre 45 y más años

38 En el caso del suicidio la persona estaba en espera de una atención psiquiátrica.

39 La disrafia espinal (más conocida como espina bífida) es una malformación congénita en la que existe un cierre incompleto del tubo neural; eso de traduce en un cierre incompleto de las vértebras del recién nacido.

de edad con sospecha diagnóstica de enfermedades cardiovasculares y hombres y mujeres entre 15 y 30 años de edad con sospecha de ideación suicida. Para la Comisión estos hallazgos relevan la necesidad de establecer protocolos específicos para poblaciones en riesgo de morir con base en el estudio epidemiológico aplicado a listas de espera, corrigiendo el modelo de gestión y el sistema de información actual.

A partir de los resultados informados por esta Comisión, el Minsal realizó una nueva investigación relativa a las personas en listas de espera NO GES fallecidas por cáncer menores de 40 años,⁴⁰ entre los años 2011 y 2016. De

manera resumida los resultados de este estudio son los siguientes:

El universo de personas fallecidas analizadas correspondió a 443 pacientes, correspondiente a 28 de los 29 servicios de salud del país. A estas personas se los clasificó en dos categorías:

- ~ Personas atendidas por especialidad relacionada con la causa de fallecimiento
- ~ Personas no atendidas por especialidad relacionada con la causa de fallecimiento

De las 443 personas fallecidas, 417 personas (94%) se encontraban con atenciones en la especialidad médica correspondiente y relacionada con su causa de muerte. A partir de este resultado, la Comisión investigadora concluye que no existe relación de causalidad entre el

40 Informe de resultados obtenidos de la revisión de fichas clínicas con hipótesis de asociación positiva en lista de espera NO GES de personas fallecidas por causa oncológica menores de 40 años. Minsal, enero de 2018.



CANTIDAD DE PERSONAS FALLECIDAS SEGÚN TIPOS DE ATENCIONES EN CANTIDAD Y PORCENTAJES

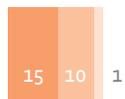
Fuente: Minsal, 2018.

Personas **atendidas** por especialidad relacionada con la causa de fallecimiento



- Por oncología, hematología y/o cuidados paliativos
- Por otras especialidades pertinentes

Personas **no atendidas** por especialidad relacionada con la causa de fallecimiento



- Excluidos del análisis
- No se presentan a la citación
- Rechaza la atención



fallecimiento y la permanencia en lista de espera en los pacientes menores de 40 años con causa de defunción oncológica, registrados entre los años 2011 y 2016, en los que se planteó una hipótesis de asociación.

Si bien este resultado resulta positivo, pues establece que las personas enfermas de cáncer estaban siendo atendidas al momento de su fallecimiento, la investigación del fiscal Emiliano Arias muestra otras aristas de las muertes por cáncer de personas en listas de espera.

Como ya lo habíamos indicado en un acápite anterior, la investigación del fiscal en el Hospital de Rancagua encontró 189 casos exceptuados con patología cáncer y 16 pacientes con cáncer en listado de exceptuados fallecidos. En todos estos casos, las personas a las que se les diagnosticó cáncer correspondían a una patología que estaba cubierta por el programa AUGÉ (GES), y no recibieron atención de salud, pese a la gravedad de su enfermedad, falleciendo 16 de ellas.

Por otra parte, un grupo de oncólogos del Hospital San Borja Arriarán hizo llegar al director de dicho hospital, el doctor Patricio Vera, una carta⁴¹ (con fecha 22 de mayo de 2018) en la que planteaban que todos los días los pacientes ven atrasadas sus terapias, tanto en el primer ciclo, como en los intervalos entre ciclos (definidos por protocolo para seguridad y eficacia) debido al déficit de enfermeras, de sillones disponibles, falta de medicamentos oncológicos en la farmacia, falta de camas disponibles y falta de horas de control médico oportunas (las agendas están saturadas). Señalaban, además, que las horas de extensión horaria (programadas por propia voluntad de los equipos médicos) están colapsadas y ocupadas por pacientes ya retrasados en su tratamiento. La atención a los pacientes ambulatorios se retrasan en cuatro días y a los hospitalizados a veces 10 días, todo lo cual afecta la

⁴¹ La carta estaba firmada por el jefe de oncología del citado hospital, doctor César del Castillo y otros 16 especialistas.

eficacia de las terapias. En este sentido los médicos manifestaban su preocupación: “[N]os hemos cuestionado como oncólogos cuántos de los que han recaído de estas terapias retrasadas son realmente producto de la agresividad biológica de su tumor o la ineficacia creada por la tardanza en los intervalos de su quimioterapia, todo lo anterior causado por la demanda que ha colapsado nuestro frágil y pequeña infraestructura”; así también, en otro párrafo de la carta indicaban: “[E]ste volumen de pacientes nuevos se ha traducido en escasez y quiebre de stock de fármacos básicos por el aumento de la demanda y actualmente hay pacientes sin sus terapias GES”.

Además de lo manifestado en esta carta de mayo de 2018, en octubre de 2017,⁴² algunos médicos del Hospital San Borja Arriarán se dieron cuenta de que la forma de administrar la quimioterapia de sus pacientes no se ajustaba a lo que pedía el protocolo AUGE (aunque el medicamento es el mismo en cuanto a cantidad o dosis) e intentaron que la situación fuera indagada.

En el protocolo AUGE para la atención del cáncer de mamas, se indica que la administración de medicamentos du-

rante la quimioterapia debe ser con un catéter con reservorio;⁴³ sin embargo, en el citado hospital en lugar de eso se está utilizando el catéter periférico.⁴⁴ En oncología se ha establecido que el catéter venoso central es más seguro, es más cómodo (menos doloroso) y tiene menos complicaciones. En el sector privado se usa en cerca del 100% de los casos. Además, el catéter periférico tiene un problema técnico: los pacientes se deben hospitalizar para cada ciclo, debiendo esperar por un nuevo cupo de hospitalización.

La explicación que dan las autoridades del hospital y el jefe de Oncología es que el servicio tiene el catéter con reservorio, pero lo que no hay es la capacidad humana para instalarlos y horas de pabellón. Los médicos del Hospital San Borja Arriarán que solicitaron la investigación se manifestaban preocupados por la repercusión que podría tener esta situación en la sobrevida de las pacientes.

42 *El Desconcierto*, “Las irregularidades del Hospital San Borja en el tratamiento de pacientes AUGE con cáncer”, 13 julio 2018, <http://www.eldesconcierto.cl/2018/07/13/las-irregularidades-del-hospital-san-borja-en-el-tratamiento-de-pacientes-auge-con-cancer/>

43 Un reservorio es un disco de unos 20 centímetros que se pone bajo la piel y el catéter es un tubo delgado que se conecta al reservorio, el cual permite traspasar los medicamentos por una vena de mayor tamaño, más apta para resistir la bomba de químicos que significa el tratamiento.

44 Catéter periférico: dispositivo que se usa para extraer sangre y administrar tratamientos, como líquidos intravenosos, medicamentos o transfusiones de sangre. Se introduce en una vena un tubo delgado y flexible; por lo general, en el dorso de la mano, la parte inferior del brazo o el pie.

Nos hemos cuestionado como oncólogos cuántos de los que han recaído de estas terapias retrasadas son realmente producto de la agresividad biológica de su tumor o la ineficacia creada por la tardanza en los intervalos de su quimioterapia, todo lo anterior causado por la demanda que ha colapsado nuestro frágil y pequeña infraestructura [...] Este volumen de pacientes nuevos se ha traducido en escasez y quiebre de stock de fármacos básicos por el aumento de la demanda y actualmente hay pacientes sin sus terapias GES.

Factores explicativos de las listas de espera

Los factores que explican los prolongados tiempos de espera por una atención de salud —particularmente en las NO GES— son variados, partiendo por políticas de prevención en salud que no han resultado efectivas para que las personas disminuyan sus consultas en razón de prácticas de autocuidado en salud.

Sin embargo, en el presente acápite se abordarán tres de ellos que pueden ser considerados centrales al analizar la situación de las tardías y a veces inexistentes atenciones de salud.

Brechas de médicos especialistas y generales

Como se indicó en la introducción, Chile tiene hoy necesidades diferentes en materia de salud de las que tenía hace 20 años: un mayor envejecimiento poblacional y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Esto implica mayor necesidad de contar con médicos y equipos de salud especializados, así como servicios de salud capaces de responder a estas nuevas y más complejas demandas (Minsal, 2015).

En el Informe Anual de la Situación de los Derechos Humanos en Chile 2016 del INDH se analizó la creciente falta de médicos especialistas a nivel nacional. Allí se indicaba que las carencias se focalizan en las especialidades de oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, cirugía adulto y neurología. Estas carencias de profesionales eran y son concordantes con los mayores tiempos de espera en el RNLE.

En 2017, el Ministerio de Salud publicó los resultados de un nuevo estudio cuyo objetivo era determinar las brechas de médicos generales y especialistas en el país. Este estudio se realizó utilizando una metodología que se basaba en las tasas de uso de prestaciones de salud, es decir, cuántas veces los chilenos acudimos a una atención de salud pública en un año. Este enfoque considera esencialmente tasas observadas de la utilización de los servicios de salud, permitiendo distinguir el uso de los servicios de salud que tienen los distintos grupos etarios y, consecuentemente, proyectar más adecuadamente las brechas de médicos especialistas y generales. Además, en este estudio las brechas de médicos están calculadas a partir de jornadas de trabajo (de 44 horas) que se requieren y no en número de profesionales médicos faltantes (Minsal, 2017).

De manera muy resumida, los resultados de este estudio proyectaron las brechas de médicos generales y especialistas al año 2020, considerando dos escenarios posibles, de acuerdo a la continuidad o no del Plan de Gobierno 2014-2018, que incluye un incremento de 370 plazas anuales de ingreso de Médicos en Etapa de Destinación y Formación (EDF) y un Plan de Formación de mil especialistas por año. Así, como se verá a continuación, el escenario N° 1 supone la no continuación del plan para el cálculo de las brechas y el escenario N° 2 supone que el plan continúa siendo aplicado.

~ **Escenario 1, al año 2020.** La brecha de jornadas médicas a nivel nacional corresponde a 677,9 jornadas. Las macrozonas que presentan las principales brechas son la Macrozona⁴⁵ Centro con 166,5 jornadas, la Macrozona Sur con 111,5 jornadas y la Macrozona Centro-Sur con 88 jornadas. En el caso de los médicos especialistas, la brecha es de 344,7 jornadas. Dentro de las especialidades, aquellas que presentan los mayores déficits se encuentra oncología médica con 88,6 jornadas, psiquiatría adultos con 57,5 jornadas y medicina intensiva adultos con 55,1 jornadas.

~ **Escenario 2, al año 2020.** La brecha de jornadas médicas a nivel nacional corresponde a 236,8 jornadas. Las macrozonas que presentan las principales brechas son la Macrozona Centro con 89,7 jornadas, la Macrozona Sur con 46,9 jornadas y la Macrozona Centro-Sur con 31,9 jornadas. En el caso de los médicos especialistas, la brecha es de 128,8 jornadas. Dentro de las especialidades, aquellas que presentan los mayores déficits se encuentra oncología médica con 78,3 jornadas y medicina intensiva adultos con 49,6 jornadas.

Estos datos muestran que aun cuando se continuara con el plan que incluye un incremento de 370 plazas anuales de ingreso de Médicos en EDF y un Plan de Formación de mil especialistas por año, el país mantendría un déficit no menor en médicos generales y especialistas.

45 Las macro zonas son definidas por el Minsal de acuerdo a una agrupación de los 29 servicios de salud del país. **Macrozona Norte:** Arica, Iquique, Antofagasta y Atacama; **Macrozona Centro Norte:** Coquimbo, Aconcagua, Valparaíso San Antonio y Viña del Mar Quillota; **Macrozona Centro:** Metropolitano Central, Metropolitano Norte, Metropolitano Occidente, Metropolitano Oriente, Metropolitano Sur y Metropolitano Sur Oriente; **Macrozona Centro Sur:** Del Libertador B. O'Higgins y Del Maule; **Sur:** Ñuble, Concepción, Arauco, Talcahuano, Biobío y Araucanía Norte; **Macrozona Sur Extremo:** Araucanía Sur, Valdivia, Osorno, Del Reloncaví, Chiloé, Aysén y Magallanes.

Atomización e irresolutividad de la Atención Primaria en Salud

Desde el año 1978, cuando se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre APS de Alma-Ata, la estrategia de atención primaria se convirtió en la política con mayor nivel de consenso a nivel internacional en orden a garantizar el derecho a la salud.

La Atención Primaria representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud. El objetivo de la APS es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, es decir, anticipándose a la enfermedad (Minsal, 2017). En este contexto, la APS debe contar con el equipamiento adecuado para la resolución de la mayoría de los problemas de salud (Colegio Médico, 2017).

Sin embargo, hace más de una década que la atención primaria en nuestro país viene siendo cuestionada en su capacidad de resolver los principales problemas de salud de la comunidad. Es así como el Minsal realizó el año 2003 un análisis del Modelo de Atención de Salud, donde se evidenciaron las deficiencias en la oportunidad de la atención, afectando su confiabilidad para la población. Así también, en un estudio realizado por Blass (2012), se indicaba que dadas las deficiencias de atención de la APS esto se traduciría en “una gran demanda de la comunidad hacia los servicios de urgencia hospitalarios (aproximadamente 50% de las consultas totales) y la derivación excesiva desde el consultorio al nivel secundario, con un nivel de resolución menor del esperado para el nivel primario de atención” (p. 3). Es decir, los servicios de atención primaria han perdido su capacidad resolutoria en relación con los problemas de salud de la población que atienden, y no habría disponibilidad suficiente de exámenes, procedimientos simples y medicamentos (Blass, 2012).

Así también, en un estudio del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica (2014) se indicaba que a pesar de que la atención primaria fue concebida como el pilar central en el diseño del nuevo sistema sanitario, al momento de la implementación de la reforma, esta no fue debidamente considerada. Si bien el Plan AUGE tuvo una ley explícita, el fortalecimiento de la APS no contó con un marco normativo, dificultando su real concreción.

En este estudio se indicaban que los principales problemas que enfrentaba el nivel primario son: 1) la insuficiencia de los recursos asignados a través del per cápita en

relación a las necesidades que se presentan en la APS; 2) la no consideración del perfil epidemiológico de la población local a la hora de realizar las asignaciones; 3) la existencia de incentivos contrapuestos a la eficiencia y efectividad en la atención y al fortalecimiento de la APS; 4) una evidente falta de médicos; 5) los médicos existentes tienen insuficientes competencias para resolver en forma efectiva los problemas que enfrentan y muchas veces no están preparados para el trabajo con equipos multidisciplinarios; 6) bajo reconocimiento del trabajo en el nivel primario, lo que se expresa en políticas públicas reflejadas en los bajos sueldos; y 7) la insuficiente importancia asignada a la APS en la formación profesional y de especialidad.

Indicaban, además que, en Chile, si bien ha habido un progreso importante en la APS, el eje de su sistema de atención sigue estando basado en el ámbito hospitalario. Esto ha traído al menos tres consecuencias: en primer lugar, una sobrecarga por interconsultas a causa de la falta de capacidad de resolución a nivel primario; en segundo lugar, una sobrecarga en la atención de los servicios de urgencia; y, tercero, una fragmentación de la atención a las personas dada la poca integralidad del sistema de salud.

Lo señalado en este estudio de la Universidad Católica resulta central para entender, al menos en parte, el problema de las extensas listas de espera. Pese a que la APS de nuestro país ha sido definida como un nivel estratégico en la atención de salud, no cuenta ni con los recursos, ni con los profesionales, ni con el equipamiento que le permita resolver un número significativo de los problemas de salud que llegan a este nivel. Dada esta situación, la mayoría de estos deben ser derivados al nivel secundario de salud, generándose así altas demandas por atención en este nivel que resultan en el problema de las listas de espera NO GES y GES.

Financiamiento del sistema de salud chileno

En 2017, Chile gastó el 8,1% de su PIB en salud, ubicándose en el puesto 23 de los 34 países que conforman la OCDE.

Así también, aunque Chile incrementó su gasto en salud per cápita, desde 1.892 dólares en 2016 a 1.915 dólares en 2017, se sitúa como el cuarto país de menor gasto en ese ítem durante el año pasado. En esa categoría, nuestro país solo superó a Letonia, Turquía y México. El promedio de gasto en salud per cápita de la OCDE asciende a 4.069 dólares, es decir, 2.154 dólares más de los recursos comprometidos por Chile (OCDE, 2018). Hay que destacar que

el aporte fiscal corresponde a 47,1% del gasto total de salud. En la mayoría de los países pertenecientes a la OCDE el sector público es la principal fuente de financiamiento del gasto en salud (72,0% en promedio).

Estas cifras revelan que, comparado con sus pares de la OCDE, Chile tiene un gasto en salud significativamente menor y que, como se analiza más adelante, ello repercute en que el servicio de salud pública de nuestro país no posea la capacidad para hacerse cargo de las necesidades de la mayoría de su población.

En este sentido, en un estudio del Departamento de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico (2017) se describen algunos de los problemas en el financiamiento del sistema de salud que contribuyen a la generación de la lista de espera.

Para el Colegio Médico, uno de los problemas fundamentales del sistema es la Selección de Riesgo. Esto se refiere a que las Isapres, mediante diversos mecanismos, seleccionan a las personas más sanas, menos riesgosas y con mayores recursos. Esto genera que las personas más riesgosas y de menores ingresos quedan concentradas en el seguro público (Fonasa), provocando un sistema segmentado (y no solidario desde el punto de vista financiero), donde el sector público de salud atiende al 80,3% de la población del país (13.468.265) y las Isapres al 16,5% (3.308.927). Así también, del total de beneficiarios de Fonasa el 52,7% son mujeres y el 47,3% son hombres.

Además, el sistema público de salud cuenta con un presupuesto por persona que es casi la mitad que el sistema privado. El sistema público recibió una financiación mensual promedio de 50,94 dólares por beneficiario y gastó 51,43 dólares, mientras que las Isapres, en promedio, recaudaron 94,79 dólares mensuales por beneficiario, y gastaron 69,63 dólares en servicios de salud (excluidos los beneficios por licencia médica). Esto genera un sistema altamente inequitativo, en el que las personas, de acuerdo al sistema de salud del que son beneficiarios, tendrán mayores o menores posibilidades de acceder a una atención de salud. Así, por ejemplo, los beneficiarios de Isapres tienen mayores oportunidades que sus contrapartes de Fonasa para acceder a atenciones médicas especializadas (18,3% vs. 9,3%), dentistas (11,2% vs. 5,9%), exámenes de laboratorio (18,1% vs. 4,8%), y de someterse a una cirugía (7,8% vs. 5,9%) (2017).

Todos estos elementos descritos podrían resumirse señalando que, si un sistema tiene recursos acotados, pero atiende a más del 80% de la población —que además es

la de mayor edad, la con mayores riesgos de salud y la más pobre—, no es extraño que las personas enfrenen tiempos de espera muy prolongados antes de recibir una atención de salud.

Además, el presupuesto desigual entre el sector público y privado genera distorsiones en términos de los recursos humanos. El sector privado puede costear sueldos más altos que el sector público, así como mejor infraestructura y condiciones de trabajo. Esto contribuye a que la mayoría de las horas médicas se concentren en el sector privado. Como ya señalamos, el sector público cuenta con solo un 43% de los médicos, para atender a más de un 80% de la población. Esto contribuye a la generación de un sector público con largas listas de espera y servicios de urgencia colapsados (Colegio Médico, 2017).

Así también, las incapacidades del sector público, en parte influidas por este déficit financiero, han generado un ciclo vicioso en el cual para satisfacer la demanda incumplida, se generan enormes traspasos de recursos al sector privado, con precios que superan con creces a los costos de las prestaciones por parte de los profesionales de salud públicos. Esto a su vez ha contribuido a un déficit de inversión, tanto en infraestructura como en generación de capacidades técnicas y profesionales. Un ejemplo de esta práctica es el Bono AUGE, implementado el 2011 con el objetivo de reducir las garantías incumplidas GES a través de compras al sector privado. Este programa, con un gasto total de casi 5 mil millones de pesos el año 2011, aportó solo a un 1,9% a la reducción de la lista, pagando a los prestadores privados precios 74,7% mayores a los aranceles de referencia Fonasa (Colegio Médico, 2017).

CONCLUSIONES

Como fue señalado en este capítulo, en todo sistema de salud es inevitable la existencia de espera, debido a que los recursos disponibles son insuficientes frente a las necesidades de atención de la población.

Sin embargo, en nuestro país, particularmente en el caso de las patologías NO GES, los tiempos de espera son excesivamente prolongados y no se cuenta con sistemas de alerta que permitan detectar los pacientes con patologías más graves y/o urgentes. En este contexto, las personas arriesgan un deterioro en su salud, se prolonga su sufrimiento y se erosiona la legitimidad del mismo sistema de salud pues, implícitamente, hay una denegación del derecho al acceso a la salud.

En el caso de las patologías GES, garantizadas por el Programa AUGÉ, los registros del Ministerio de Salud indican que a nivel nacional los servicios de salud alcanzaban en 2017, 99,3% de cumplimiento de las metas GES. Es decir, las atenciones se cumplen en tiempo y se otorgan las prestaciones garantizadas en la canasta de cada una de las patologías GES. Sin embargo, las irregularidades detectadas por la CGR en la auditoría realizada a 23 hospitales del país y los hallazgos en las investigaciones llevadas a cabo por el fiscal Arias, son especialmente preocupantes. Además, como lo indicó la Comisión investigadora de muertes en listas de espera se sabe que, en algunos servicios de salud se retrasa el ingreso de los casos y su garantía de oportunidad al SIGGES (Sistema de Información y Monitoreo para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud) con el fin de no aparecer con garantías retrasadas para poder cumplir con las metas y compromisos de gestión acordados con el Minsal.

Por otra parte, existe un importante número de mujeres en listas de espera GES (67,14%) a lo que se agrega lo preocupante que resulta que patologías como el cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mamas estén entre las que presentan mayores retrasos en la atención, particularmente por las malas tasas de sobrevivencia a 5 años que tienen estas patologías en nuestro país. Recordemos que para ambos cánceres Chile se ubica entre los con peores cifras respecto del conjunto de países que integran la OCDE.

En este sentido, el INDH en su informe anual 2017 señalaba al respecto: “Al presentar estos datos, no se puede concluir que Fonasa esté realizando acciones discriminatorias o que tenga políticas que discriminen a la mujer con relación a la atención de salud. Sin embargo, en la práctica la población femenina es una de las más afectadas por las listas de espera GES”.

Así también, es importante destacar las conclusiones a las que llegó la Comisión ministerial que investigó las muertes de personas en listas de espera GES y NO GES. Para el caso de muertes en listas de espera NO GES esta Comisión logró establecer una asociación potencial en el 37,8% de los fallecidos menores de 40 años y en el 43,8% de los mayores de 40 años, entre la derivación en espera y el fallecimiento.

Respecto a los fallecidos con garantías retrasadas GES, se logró establecer una asociación potencial en el 15% de las personas fallecidas en 2016 que esperaban una atención de salud.

Desde una perspectiva de derechos humanos, resulta inaceptable la sola posibilidad de que existan personas

que puedan fallecer producto de limitaciones de acceso a atenciones de salud para las cuales en teoría existe cobertura del sistema.

En este sentido, una encuesta llevada a cabo por el PNUD, revela que el ámbito de la atención de salud pública es percibido como un espacio donde las personas reciben un trato indigno. La espera constituye un punto fundamental de este malestar con el sistema de salud pública, al producir angustia e indignación cuando está en juego la integridad y salud de la persona (PNUD, 2017).

Por otra parte, al analizar los factores que están a la base de las listas de espera, se vislumbran situaciones en que el Estado, a través del Minsal, debe hacerse cargo. En primer lugar, la APS, por las diferentes razones expuestas, no es resolutoria de los problemas de salud de la población, hecho que contribuye en gran medida a elevar las listas de espera GES y NO GES. En este contexto, la APS debe contar con el equipamiento, la dotación de profesionales de la salud y el financiamiento adecuados para la resolución de la mayoría de los problemas de salud de la población.

En segundo lugar, las necesidades de profesionales médicos especialistas en el sistema público para resolver las nuevas y mayores necesidades de salud de la población, requiere no solo una mayor inversión en la preparación de nuevos especialistas, sino también la generación de estrategias que permitan retenerlos en el sistema público de salud.

En tercer lugar, como ya señalamos, para satisfacer la demanda incumplida se generan enormes trasposos de recursos financieros al sector privado, con precios que superan con creces a los costos de las prestaciones por parte de los profesionales de salud públicos. Esta solución ha demostrado no ser eficiente en términos de su capacidad de resolver el tema de los tiempos de espera pese a la enorme inversión financiera que ha implicado.

Finalmente, lo que cabe destacar, a partir de la información analizada en este capítulo, es que el derecho al acceso a la salud no está siendo garantizado de manera oportuna y eficaz por el Estado de Chile, lo cual vulnera un derecho básico de los y las ciudadanas de nuestro país.

RECOMENDACIONES

1. El INDH recomienda al Estado adoptar medidas económicas, técnicas y legislativas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente la plena efectividad del derecho a la salud, garantizando de manera oportuna y eficaz el acceso a prestaciones de salud, sin discriminación.
2. El INDH recomienda al Ministerio de Salud, generar un sistema de alerta en relación a pacientes con graves y/o urgentes enfermedades, así como pacientes con prolongados tiempos de espera.
3. El INDH recomienda al Ministerio de Salud, desarrollar un mecanismo de fiscalización eficaz y oportuno respecto del cumplimiento de la gestión GES y sus metas asociadas en los 29 servicios de salud del país.
4. El INDH recomienda al Ministerio de Salud revisar los convenios existentes y diseñar nuevas herramientas que permitan evitar incentivos inadecuados para el cumplimiento de la atención en plazos estipulados que mejoren la calidad del servicio.
5. El INDH recomienda al Ministerio de Salud desarrollar el marco normativo y de gestión que permita a la Atención Primaria en Salud fortalecer los planes preventivos en la población y mejorar su capacidad resolutive en la atención de los problemas de salud de la comunidad.
6. El INDH recomienda al Ministerio de Salud, elaborar programas de Formación Permanente a los profesionales que trabajan en Atención Primaria en Salud, capacitándolos en resolver de manera efectiva la atención a nivel primario.
7. El INDH recomienda a los poderes colegisladores otorgar mayores recursos en salud pública con una mejor gestión y mecanismos de evaluación, dado el alto porcentaje de la población que se atiende en el sistema público de salud, y las deficiencias del sistema para dar respuesta a las demandas de atención de la población, que se traducen en largas listas de espera, que atentan en contra del derecho al acceso a la salud garantizado en la constitución de nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (2017). Informe Banco Mundial. Obtenido de <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/27986/211119SP.pdf>
- Becerill et al. (2011). Sistema de Salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(2), 132-143.
- Blass del Campo, C. (2012). Modelo de Salud familiar en Chile y mayor resolutive de la atención primaria en salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*.
- Centro de Políticas Públicas - Universidad Católica de Chile (2014). *Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Temas de la Agenda Pública*, 67. Año 9. Santiago.
- Colegio Médico de Chile (2017). *Desde el conflicto de Listas de Espera, hacia el fortalecimiento de los prestadores públicos de salud*. Santiago.
- INDH (2016). *Informe Anual 2016. Situación de los Derechos Humanos en Chile*. Santiago: INDH - Instituto de Políticas Públicas en Salud. Universidad San Sebastián (2015). Health and Glance 2105. OECD indicators. Santiago.
- Minsal (2015). Minsal. Obtenido de Minsal (2015). <http://www.minsal.cl/medicosespecialistas/>
- Minsal (2016). *Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud*. Santiago.
- Minsal (2017). *Estudio determinación de brecha de médicos generales y especialistas según metodología de tasas de uso de prestaciones médicas y especializadas en Chile*. Santiago.
- Minsal (Agosto 2017). *Informe de la Comisión Ministerial para el estudio de muertes en listas de espera*. Santiago.
- OCDE (2018). *Estadísticas de Salud de la OCDE*.
- PNUD. (2017). *Desiguales: Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*.

