



QQ-077-c-20/06.05.2020

Santiago, 25 MAY 2020

**Señora  
Yolanda Martínez  
Representante del BID en Chile  
Presente**

**Ref.:** Otorga No Objeción a CTNR del BID.

**Ant.:** Correo electrónico de fecha 04.05.2020, de BID.

De mi consideración:

Mediante correo electrónico del Antecedente, se ha solicitado la No Objeción a una CTNR de ese Banco por un monto de USD 400.000, destinada a apoyar la continuidad de la atención en salud, con énfasis en la gestión de listas de espera y en la priorización de la atención de pacientes crónicos, en el marco de la crisis COVID19.

En atención a lo anterior, se otorga la No Objeción a la operación en cuestión, en el entendido que no presentará impacto en el Presupuesto del Sector Público.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,

  
**MATÍAS ACEVEDO FERRER**  
Director de Presupuestos



- cc.:
- Sector Crédito Público, DFP, DIPRES
  - Sr. Jefe Subdepartamento de Estudios, DIPRES
  - Sr. Subsecretario de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud



## **Carmen Gloria Lucero R.**

---

**Asunto:** RV: CH-L1149 - PBP equidad social y fiscal - (CTNR-BID- SALUD)

**Importancia:** Alta

**De:** Alaimo, Veronica <valaimo@iadb.org>

**Enviado el:** lunes, 4 de mayo de 2020 12:31

**Para:** Clelia Beltrán G. <CBeltran@Dipres.gob.cl>; Jose Pablo Gomez M. <jgomez@Dipres.gob.cl>

**CC:** Martinez Mancilla, Yolanda <YOLANDAMA@IADB.ORG>; Montenegro, Fernando M. <FERNANDOMN@iadb.org>;

Jara Males, Patricia Carolina <PJARAMALES@iadb.org>; Robles Alzamora, Paola A. <PAOLAR@iadb.org>; Natalio

Pellerano M <Npellerano@dipres.gob.cl>; Gabriela Guzman A <gguzman@dipres.gob.cl>

**Asunto:** RE: CH-L1149 - PBP equidad social y fiscal - (DONACIÓN SALUD)

Estimada Clelia,

Espero usted y su familia se encuentren muy bien.

En seguimiento a su correo del 21 de abril, adjunto la propuesta borrador de asistencia técnica, elaborada por Patricia Jara, a quien copio.

Un cordial saludo

Verónica





## Abstract

### Proyecto de Cooperación Técnica no reembolsable

#### I. Identificación del proyecto

Apoyo a la continuidad de la atención esencial en salud con énfasis en gestión de listas de espera y priorización de la atención a pacientes crónicos en el marco de la crisis COVID-19.

#### II. Beneficiario

Gobierno de Chile a través del Ministerio de Salud.

#### III. Justificación<sup>1</sup>

Chile destaca por contar con un sistema de salud que cuenta con una arquitectura institucional robusta que ha permitido implementar importantes iniciativas relacionadas con el cuidado de la población (OCDE, 2018). Sin embargo, el sistema enfrenta actualmente importantes desafíos, tanto en prevención como en resolutivez. En el caso de Chile, los efectos de la crisis sanitaria generada por el COVID-19 para la red asistencial se vinculan con la discontinuidad de la atención esencial que afecta a los pacientes crónicos y la agudización de los tiempos de espera por la postergación de consultas de especialidad y cirugías.

**La alta incidencia de enfermedades crónicas.** Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, casi 11 millones de personas de 15 o más años tienen 2 o más enfermedades crónicas y 2 millones 400 mil de ellos viven con cinco o más de esas enfermedades simultáneamente. Esta alta prevalencia de enfermedades crónicas implica una fuerte presión sobre el sistema de atención en salud pues se trata de personas que, por la naturaleza de su patología, requerirán ser atendidas por un médico al menos una o dos veces por año y de por vida, pues además de requerir monitoreo y control para lograr su compensación, necesitan prescripción y supervisión farmacológica, tratamientos y terapias de larga duración.

**El problema de las listas de espera en salud.** En términos de la provisión de la atención en salud, el tiempo de espera equivale al periodo que transcurre entre la primera consulta realizada con el médico de la atención primaria y la atención con el especialista, o bien entre la indicación de cirugía y la intervención quirúrgica. Cuando la demanda por atención es mayor a la respuesta que entregan los servicios, los pacientes pasan a formar parte de la lista de personas que deben aguardar por tratamiento (o lista de espera).

A pesar del alto nivel de aseguramiento del seguro público de salud en Chile, algunas ineficiencias operacionales de la red podrían estar generando importantes congestiones en la atención en salud. Si bien para las prestaciones que forman parte del Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES) hay alto nivel de cumplimiento de la garantía de oportunidad, según la CASEN 2017, un importante 13,1% de personas en tratamiento por condiciones de salud garantizadas por el GES no fue cubierto, siendo las principales razones de no cobertura la preferencia de un médico o establecimiento distinto al asignado y la decisión de no esperar la activación de la garantía y solucionar su problema de salud con mayor rapidez.

Pero fuera del régimen de garantías GES la espera es mucho mayor: según la Comisión Nacional de la Productividad, por cada 1.000 casos de la lista en prestaciones sin garantía, existen cinco casos GES, y por cada día de retraso en una garantía GES, en la lista no GES

<sup>1</sup> El Anexo al final del documento incluye una descripción más detallada del contexto y antecedentes.

la espera es 4 veces más. Sólo considerando la espera por consulta de especialidad, se estima que 1,7 millones de personas están en esa condición, con un promedio de espera de 363 días. El tiempo de espera para una cirugía electiva es de 15 meses en promedio y se estima que actualmente 275.000 personas se encuentran en esa condición (CNP, 2020).

#### **El impacto de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 en la red asistencial.**

Mediante la promulgación de los decretos supremos N° 4, 6 y 10, todos de 2020, del Ministerio de Salud, se declaró alerta sanitaria en todo el territorio nacional para enfrentar la amenaza a la salud pública, por la propagación a nivel mundial del Covid-19, actualmente en Fase 4 de acuerdo con las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las circunstancias generadas por la pandemia han obligado a que la red asistencial concentre sus recursos en las acciones de confirmación diagnóstica y tratamiento de la población contagiada con el Covid-19.

Con el objetivo de mejorar la capacidad de provisión de servicios de la red asistencial para asegurar la continuidad de la atención esencial en salud y al mismo tiempo priorizar la destinación de los recursos a la respuesta sanitaria motivada por el COVID-19, se han adoptado medidas como permitir a los establecimientos de la red asistencial:

- (i) postergar todas las cirugías electivas cuyo retraso no signifique un riesgo grave para la salud de los pacientes (Resolución Exenta N°208 del 25 de marzo de 2020).
- (ii) flexibilizar la norma sobre cumplimiento de plazos máximos para procedimientos con garantía de oportunidad que no representen riesgos para la salud de los pacientes (Decreto N°11 del 30 de marzo de 2020).

Un efecto colateral de estas medidas es el aumento de las listas de espera: desde la declaración de la emergencia sanitaria y la suspensión de las cirugías electivas, se calcula que se han dejado de hacer más de 70.000 procedimientos de ese tipo.

Procurando mantener la adecuada atención sanitaria de las personas que tienen otras patologías distintas de las que provoca el Covid-19, el Ministerio de Salud está valorando la recuperación progresiva de la capacidad de producción del sistema. Sin embargo, se prevé que el manejo de las esperas en salud y la priorización de los pacientes para consultas de especialidad o cirugías va a tomar varios meses hasta lograr un punto de equilibrio equivalente al menos al desempeño histórico promedio anterior a la crisis social del 2019. En consecuencia, el manejo de las listas de espera requerirá una modernización del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera para que incorpore los tableros de control para que provea la información necesaria para una gestión más eficiente de las listas. En la actualidad, este repositorio nacional de información registra poca información, se actualiza solo cada 45 días, no se conecta con ninguno de los otros sistemas con los que cuenta el Ministerio de Salud y cuya interacción es condición esencial para aportar a la toma de decisiones con inteligencia sanitaria.

#### **IV. Objetivo del proyecto.**

Aportar al mejoramiento de la capacidad de provisión de servicios de la red asistencial con estrategias que permitan un mejor manejo de casos y contribuyan a la continuidad de la atención esencial de poblaciones prioritarias durante y después de la emergencia.

#### **V. Componentes del proyecto.**

**Componente 1: Apoyo a la modernización del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera en salud (SIGTE).** El objetivo específico de este componente es desarrollar



soluciones tecnológicas que le den dinamismo al SIGTE para que contribuya a una mejor priorización de la atención en salud, con un repositorio dinámico de información que aporte datos útiles a la toma de decisiones. En este componente se financiará: (i) asesoría de firma para interoperar el SIGTE con repositorios de datos relativos a uso de camas en la red asistencial, información sobre capacidad de uso y producción de pabellones e información clínica sobre complejidad de pacientes; (ii) asesoría de firma para diseño e implementación de tableros de control que permitan generar reportes automatizados con cruce de variables críticas para la priorización de las listas de espera y para el monitoreo y asignación de recursos de la red asistencial; (iii) asesoría de firma para la actualización de los algoritmos de priorización que incorporen variables clínicas nuevas que mejoren la calidad de las recomendaciones de organización de las listas y la organización de la tabla quirúrgica a nivel de establecimientos de salud; (iv) asistencia técnica para la implementación de estrategias de contactabilidad con usuarios que se encuentran en listas de espera por procedimientos de alta complejidad o cirugías, que faciliten la priorización de los establecimientos y la mejor preparación de los pacientes previo al evento clínico de interés.

**Componente 2: Desarrollo de estrategias innovadoras para la atención de personas con enfermedades crónicas en el sistema público de salud.** El objetivo específico de este componente es desarrollar experiencias demostrativas en servicios de salud que permitan asegurar la continuidad en la atención a pacientes con enfermedades crónicas con uso de alternativas tecnológicas que permitan disminuir la concurrencia presencial a establecimientos de pacientes de alto riesgo en la coyuntura COVID-19. En este componente se financiará: (i) asesoría para la implementación de una modalidad experimental de teleconsulta para el control y seguimiento de pacientes adscritos al Programa de Salud Cardiovascular de establecimientos de la Atención Primaria; (ii) asesoría de firma para incorporar un gestor digital de casos que permita a los centros de salud familiar priorizar la atención clínica de sus pacientes y diversificar mecanismos de atención mediante uso de herramientas telemáticas.

## VI. Agencia ejecutora y estructura de ejecución

La CT será ejecutada por el Banco, por intermedio de la División de Protección Social y Salud. Como contraparte técnica del proyecto, actuará la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) del Ministerio de Salud a través de su Departamento de Inteligencia Hospitalaria. Este actuará en coordinación con el Departamento de Salud Digital, todos dependientes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales de ese ministerio. Por el lado de la Dirección de Presupuestos, será contraparte permanente del proyecto un(a) especialista del Departamento de Estudios de la DIPRES. La Unidad Responsable de contrataciones y desembolsos será la Representación del Banco en Chile (CSC/CCH).

## VII. Riesgos importantes

- 1) Las oportunidades de mejora del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) corresponden en su mayoría a rediseños o ajustes a la arquitectura de información que maneja el Ministerio de Salud a nivel central. Sin embargo, el módulo de gestión del SIGTE requerirá algunas modificaciones en la interfaz y procedimientos de registro de eventos clínicos de interés que son clave para la trazabilidad de los pacientes en el repositorio dinámico que se busca generar. Si bien estos cambios son promisorios en cuanto a la utilidad que podrán representar para los usuarios a nivel de servicios de salud y sus establecimientos, puede generar resistencias que pueden afectar la periodicidad y la calidad de los registros. Para mitigar este riesgo, se conformará un Consejo Técnico Asesor para la mejora del SIGTE que incluirá a jefes de servicio y directores de diversas unidades hospitalarias del país. Estos miembros tendrán la tarea de validar decisiones

sobre funcionamiento del nuevo módulo de registro y hacer pruebas de usuario para acreditar la funcionalidad de las soluciones propuestas.

- 2) Todas las soluciones tecnológicas que se van a desarrollar para modernizar el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) utilizarán recursos de tipo *open source*. Sin embargo, para que se puedan integrar correctamente a los sistemas informáticos y la arquitectura tecnológica del Ministerio de Salud, éste deberá tener debidamente actualizadas las licencias de esos sistemas, de manera que no se generen interrupciones en el funcionamiento de aquellos repositorios con los cuales el nuevo SIGTE espera conectar. Para mitigar este riesgo, se monitoreará que la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) del Ministerio de Salud haga las coordinaciones necesarias para que esas licencias sean adquiridas oportunamente según está previsto en el plan de adquisiciones del MINSAL.
- 3) Para que las soluciones que se van a desarrollar sean factibles de implementar y su uso se sostenga más allá del proyecto, es necesario contar con servicios y establecimientos de salud que se apropien de las herramientas y las hagan parte de sus modelos de gestión de servicios. Para evitar que estos desarrollos tengan un uso limitado por parte de los establecimientos, se solicitará como requisito de entrada para participar en el proyecto una carta de compromiso del jefe de servicio y del director del establecimiento respectivo, dejando sentadas las responsabilidades que les corresponden tanto en el proceso de construcción de las soluciones como en su aplicación a escala dentro de sus ámbitos de actuación.

#### **VIII. Monto del proyecto**

El costo total de la CT es de US\$400.000 que serán financiados por el Programa Estratégico para el Desarrollo Social Financiado con Capital Ordinario (SOC) del BID.



## **ANEXO. Antecedentes y justificación (versión extendida).**

Chile destaca por contar con un sistema de salud que cuenta con una arquitectura institucional robusta que ha permitido implementar importantes iniciativas relacionadas con el cuidado de la población (OCDE, 2018). La buena organización de este sistema ha permitido una cobertura extendida de la población (el 74,6% de la población nacional se atiende en el sistema público de salud) y con importantes mecanismos de protección financiera que mediante una canasta de beneficios que incluyen atención para los problemas de mayor prevalencia, así como patologías con tratamientos de alto costo y cuyo acceso está regulado mediante un sistema de garantías explícitas.

Sin embargo, el sistema enfrenta actualmente importantes desafíos, tanto en prevención como en resolutiveidad. El rápido aumento de casos viene ejerciendo presión sobre los sistemas de salud, lo que podría comprometer su capacidad de responder de manera oportuna y con calidad a la pandemia, así como de sostener la atención esencial de otros padecimientos. En el caso de Chile, los efectos de la crisis sanitaria generada por el COVID-19 para la red asistencial se vinculan con la discontinuidad de la atención esencial que afecta a los pacientes crónicos y la agudización de los tiempos de espera por la postergación de consultas de especialidad y cirugías.

**La alta incidencia de enfermedades crónicas.** Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, casi 11 millones de personas de 15 o más años tienen 2 o más enfermedades crónicas y 2 millones 400 mil de ellos viven con cinco o más de esas enfermedades simultáneamente. Esta alta prevalencia de enfermedades crónicas implica una fuerte presión sobre el sistema de atención en salud pues se trata de personas que, por la naturaleza de su patología, requerirán ser atendidas por un médico al menos una o dos veces por año y de por vida, pues además de requerir monitoreo y control para lograr su compensación, necesitan prescripción y supervisión farmacológica, tratamientos y terapias de larga duración. En cuanto a las prevalencias específicas, la encuesta da cuenta de un 46% de dislipidemia HDL, un 27,6% de hipertensión, un 25,5% de riesgo cardiovascular alto y un 12,3% de diabetes. Se agregan a estos indicadores, las muy altas prevalencias de los principales factores de riesgo identificados: 39,8% de población con sobrepeso y 34,4% de obesidad (de los más altos valores registrados en países de la OCDE), 33,4% de tabaquismo y 87% de sedentarismo<sup>2</sup>.

Los 29 Servicios de Salud desplegados en el territorio nacional son los responsables de organizar y proveer la oferta en atención sanitaria a través de diferentes establecimientos que conforman la red asistencial de su territorio, siendo uno de los mayores desafíos el lograr una coordinación eficiente entre la atención primaria, secundaria o de especialidad y terciaria, hospitalaria o de mayor complejidad. La mayoría de los establecimientos de la Atención Primaria están sujetos al régimen de administración municipal, lo cual dificulta que las políticas y programas que la autoridad sanitaria define a nivel nacional se puedan implementar de acuerdo a estándares similares. Esto se ve agravado por la fragmentación generada por la especialización de distintos espacios y niveles de atención, incluso dentro del mismo territorio, lo que muchas veces dificulta una respuesta oportuna y más resolutive. Esta organización y funcionamiento del sistema en silos, genera dificultades para lograr la continuidad de los procesos asistenciales, desde la atención clínica ambulatoria y su referencia a otros establecimientos de mayor capacidad resolutive y el retorno del paciente y su información clínica al establecimiento de origen (Fuente: MINSAL, 2018).

**El problema de las listas de espera en salud.** En términos de la provisión de la atención en salud, el tiempo de espera equivale al periodo que transcurre entre la primera consulta realizada con el médico de la atención primaria y la atención con el especialista, o bien entre la indicación de cirugía y la intervención quirúrgica. Desde el punto de vista de la producción

<sup>2</sup> Para información complementaria sobre la ENS, ver:  
<http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1354/1184>



de servicios y el desempeño de los sistemas, los tiempos de espera por atención en salud y el número de personas esperando por atención típicamente se incrementan cuando se produce un desequilibrio entre demanda y oferta de servicios de salud. Cuando la demanda por atención es mayor a la respuesta que entregan los servicios, los pacientes pasan a formar parte de la lista de personas que deben aguardar por tratamiento. Los tiempos de espera pueden influir sobre el comportamiento de la demanda como ocurre cuando los tiempos prolongados de espera llevan a los pacientes a optar por comprar servicios privados y desembolsar recursos adicionales para obtener tratamiento (OCDE, 2013).

La estimación de la prioridad de la atención está dada principalmente por la necesidad del cuidado, siendo los más apremiantes los procedimientos que se deben aplicar sobre una condición crítica de emergencia y los menos urgentes, aquellos que se pueden programar o postergar sin riesgo de empeoramiento de condiciones clínicas. En el caso de Chile, la definición de procedimientos electivos – aquellos que se realizan de manera programada, no forzado por la existencia de una complicación o evolución de la patología que obligue a anticipar su ejecución –, se extiende también a aquellos relativos a las patologías no incluidas en el Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES), que sí cuentan con plazos máximos de ejecución en virtud de la prioridad que se les ha otorgado para su abordaje y resolución en el sistema de salud. Los problemas de salud acogidos a este régimen fueron seleccionados en función de la carga de enfermedad y la preferencia social, y consumen la gran mayoría de la capacidad instalada, lo que resulta en tiempos de espera prolongados para los problemas de salud restantes "no priorizados". Cabe considerar que las listas de espera más largas en Chile son aquellas para condiciones no priorizadas por el GES (Martínez et al, 2019). Con todo, cuando la demanda por procedimientos electivos es mayor a la oferta disponible para su atención, se produce un remanente de pacientes que deben esperar hasta que el sistema les dé respuesta.

El hecho de la espera es parte de la gestión de soluciones en salud y es parte constitutiva de cualquier sistema de salud. La inevitabilidad de ciertos niveles de espera puede deberse tanto a la naturaleza de algunas prestaciones y procedimientos que solo se pueden practicar bajo ciertas condiciones clínicas o también por la limitación de recursos para llevar a cabo los procedimientos requeridos, como equipos clínicos específicos, recintos habilitados o personal entrenado en la manipulación de tecnología y manejo de pacientes.

Los sistemas que se ven más exigidos, por ejemplo, durante crisis estacionales donde se producen más casos requiriendo simultáneamente atención en los centros asistenciales, pueden presentar esperas incluso para la resolución de motivos de consulta en unidades de emergencia. Para lo demás, es parte del proceso de la atención que sucede a la evaluación de condiciones clínicas, la referencia a otras citas médicas y procedimientos que requieren programación y llevan asociado algún tiempo de espera. El problema se produce cuando se extiende el tiempo que dura la espera. Las externalidades de una espera prolongada se resumen en dos: empeoramiento de la condición clínica que justificó inicialmente la prescripción del procedimiento, por resolución tardía o por abandono del tratamiento; y, el incremento de costos para el usuario que debe pagar por servicios comprados en el sistema privado.

Hay evidencia de que los tiempos de espera pueden conducir a peores resultados en la salud de las personas. Un estudio realizado a una cohorte de pacientes en lista de espera de tres servicios de salud en Chile encontró una asociación estadísticamente significativa entre la alta variabilidad del tiempo de espera en cada centro médico y su índice de riesgo asociado de muerte (Martínez et al, 2019). El estudio encontró una fuerte correlación entre el tiempo de espera y la mortalidad controlando los factores geográficos y del propio paciente. Esto sugiere que, si el único objetivo es reducir el riesgo de mortalidad en las listas de espera no priorizadas por el GES, el tiempo que los pacientes esperan y la variabilidad de este tiempo de espera en cada centro médico debería influir en el sistema de gestión de la lista de espera. Otro hallazgo significativo fue que el tiempo prolongado de espera está fuertemente asociado



con un mayor riesgo de muerte. Además, los pacientes incluidos en la lista de especialidades de alta mortalidad (cardiología, cirugía cardiovascular, gastroenterología, nefrología, neurología y urología) tienen un riesgo aún mayor cuando se exponen a una espera prolongada. Estos hallazgos sugieren que se debería otorgar aún más prioridad a los pacientes más riesgosos para reducir su tiempo de espera que el que prevaleció durante el período de estudio (Martínez et al. 2019).

A pesar del alto nivel de aseguramiento del seguro público de salud, algunas ineficiencias operacionales de la red podrían estar generando importantes congestiones en la atención en salud. Si bien para las prestaciones GES hay alto nivel de cumplimiento de la garantía de oportunidad, según la CASEN 2017, un importante 13,1% de personas en tratamiento por condiciones de salud garantizadas por el GES no fue cubierto, siendo las principales razones de no cobertura la preferencia de un médico o establecimiento distinto al asignado y la decisión de no esperar la activación de la garantía y solucionar su problema de salud con mayor rapidez.

Pero fuera del régimen de garantías GES la espera es mucho mayor: según la Comisión Nacional de la Productividad, por cada 1.000 casos de la lista en prestaciones sin garantía, existen cinco casos GES, y por cada día de retraso en una garantía GES, en la lista no GES la espera es 4 veces más. Sólo considerando la espera por consulta de especialidad, se estima que 1,7 millones de personas están en esa condición, con un promedio de espera de 363 días. El tiempo de espera para una cirugía electiva es de 15 meses en promedio y se estima que actualmente 275.000 personas se encuentran en esa condición (CNP, 2020).

Chile es uno de los países de América Latina y El Caribe donde más afecta a los hogares un evento hospitalario. La contribución financiera del gasto en salud puede llegar a crecer 5 veces por ese concepto. Los análisis de composición de gastos familiares muestran que el nivel de gasto extra es hasta 4,5 veces más cuando existe un evento hospitalario, sobre los hogares sin evento hospitalario. Los gastos en medicamentos y prestaciones de servicios hospitalarios – además de los servicios dentales – en conjunto representan la mitad del gasto de bolsillo de la población que enfrenta gastos catastróficos en salud, es decir, que deben enfrentar gastos que superan el 40% de los ingresos del hogar (MINSAL, 2019).

Los tiempos de espera prolongados son en buena medida generados en el segundo y tercer nivel de atención y se producen cuando la capacidad resolutive instalada en estos niveles no es suficiente para responder a la demanda generada. Aunque hay varios determinantes de la espera, destacan especialmente la ausencia de un mecanismo de priorización y la falta de instrumentos adecuados para gestionar casos no GES, así como el poco uso de inteligencia sanitaria para favorecer un trabajo integrado de la red (Cuadrado et al., 2018).

#### **El impacto de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 en la red asistencial.**

Mediante la promulgación de los decretos supremos N° 4, 6 y 10, todos de 2020, del Ministerio de Salud, se declaró alerta sanitaria en todo el territorio nacional para enfrentar la amenaza a la salud pública, por la propagación a nivel mundial del Covid-19, actualmente en Fase 4 de acuerdo con las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las circunstancias generadas por la pandemia han obligado a que la red asistencial concentre sus recursos en las acciones de confirmación diagnóstica y tratamiento de la población contagiada con el Covid-19, procurando mantener la adecuada atención sanitaria de las personas, con otras patologías distintas de las que provoca el Covid-19, e intentando mantenerlas temporalmente apartadas de los recintos asistenciales, para prevenir eventuales contagios de Covid-19 que pudieran contraer en dichos prestadores de salud.

Con el objetivo de mejorar la capacidad de provisión de servicios de la red asistencial para asegurar la continuidad de la atención esencial en salud y al mismo tiempo priorizar la destinación de los recursos a la respuesta sanitaria motivada por el COVID-19, se han adoptado medidas como permitir a los establecimientos de la red asistencial postergar todas



las cirugías electivas cuyo retraso no signifique un riesgo grave para la salud de los pacientes (Resolución Exenta N°208 del 25 de marzo de 2020).

Asimismo, con el fin de centrar los esfuerzos en las acciones de confirmación diagnóstica y tratamiento de la población contagiada con el Covid-19, se procedió a flexibilizar la norma sobre cumplimiento de plazos máximos para procedimientos con garantía de oportunidad que no representen riesgos para la salud de los pacientes (Decreto N°11 del 30 de marzo de 2020). Hay que recordar que, a partir del establecimiento del Régimen de Garantías en Salud, se incluyó la Garantía Explícita de Oportunidad, definida como el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas. El Código Sanitario contempla la posibilidad de suspender esta garantía ante situaciones excepcionales entre las cuales se menciona la ocurrencia de un brote epidémico o por aumento notable de alguna enfermedad y, en general, por cualquier emergencia que implique grave riesgo para la salud o la vida de las personas.

Sin embargo, para descongestionar la demanda sobre la red asistencial en todos sus niveles y también para mantener apartadas a las poblaciones de riesgo de los establecimientos asistenciales para prevenir eventuales contagios de Covid-19, se suspendió la obligatoriedad para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional del cumplimiento de la Garantía Explícita de Oportunidad fijada para cada uno de los problemas de salud descritos en el decreto N° 22, de 2019, del Ministerio de Salud, por el plazo de un mes, susceptible de prórroga si se mantienen las condiciones epidemiológicas que justificaron esta medida.

Sin embargo, un efecto colateral de estas medidas de suspensión de consultas de especialidad, tratamientos y cirugías ha disminuido la capacidad de producción: del las cerca de 400 cirugías realizadas en promedio diariamente, en la actualidad y bajo este régimen excepcional sólo se está haciendo un promedio de 92, lo cual representa una caída de 77%. Por otro lado, y para tener un punto adicional de comparación, se ha estimado que producto de la contingencia social sufrida en el país el último trimestre de 2019, se dejaron de realizar 18.000 cirugías. Ahora desde la declaración de la emergencia sanitaria y la suspensión de las cirugías electivas, se calcula que se han dejado de hacer más de 70.000 procedimientos de ese tipo.

Procurando mantener la adecuada atención sanitaria de las personas que tienen otras patologías distintas de las que provoca el Covid-19, y con el propósito de no acumular atenciones que en el largo plazo pueden resultar perjudiciales tanto para la salud de las personas como para la red asistencial que se verá presionada por mostrar mayor resolutivez en el corto plazo, el Ministerio de Salud está valorando la recuperación progresiva de la capacidad de producción del sistema. Sin embargo, se prevé que el manejo de las esperas en salud y la priorización de los pacientes para consultas de especialidad o cirugías va a tomar varios meses hasta lograr un punto de equilibrio equivalente al menos al desempeño histórico promedio anterior a la crisis social del 2019. En consecuencia, el manejo de las listas de espera requerirá una modernización del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera para que incorpore los tableros de control para que provea la información necesaria para una gestión más eficiente de las listas. En la actualidad, este repositorio nacional de información registra poca información, se actualiza solo cada 45 días, no se conecta con ninguno de los otros sistemas con los que cuenta el Ministerio de Salud y cuya interacción es condición esencial para aportar a la toma de decisiones con inteligencia sanitaria.

Adicionalmente, la autoridad en salud ha llamado la atención sobre un tema adicional: producto del temor al contagio en centros de atención al público, incluidos los establecimientos de salud, y las medidas de confinamiento recomendadas o asumidas como medida de prevención, se ha producido una caída dramática en las citas médicas en la Atención Primaria de las que depende el control de los pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo hipertensos, diabéticos, personas con patologías cardiovasculares y pacientes con condiciones basales de riesgo, principalmente sobrepeso y obesidad. Dada la

susceptibilidad de estas personas al riesgo de sufrir cuadros clínicos de mayor gravedad por la infección del CORONAVIRUS en virtud de esas condiciones crónicas, resulta fundamental retomar la práctica de control periódico de los pacientes crónicos para evitar descompensaciones y eventuales hospitalizaciones. Por esta razón, constituye un desafío mayor para los Servicios de Salud y sus redes de establecimientos de todos los niveles de atención, el generar nuevas estrategias que permitan mejorar la periodicidad y cobertura del monitoreo y seguimiento clínico de estos casos prioritarios.

