



ANTECEDENTE: Oficio N°017 de fecha 23 de enero de 2025, de la Comisión especial Investigadora encargada de reunir antecedentes sobre la gestión de las listas de espera en el sistema público de Salud (CEI 63 y 64).

MATERIA: Informa sobre interrogantes, planteadas por las Diputadas y los Diputados integrantes de la Comisión CEI 63 y 64, durante la sesión celebrada el día 21 de enero de 2025.

SANTIAGO, 05 de Mayo de 2025

DE : SRA. MINISTRA DE SALUD

A : H. COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA ENCARGADA DE REUNIR ANTECEDENTES SOBRE LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD (CEI 63 Y 64)

Junto con saludar, hemos recibido el oficio de antecedente mediante el cual, la Comisión CEI 63 y 64 solicita, se le informe sobre las interrogantes, planteadas por las diputadas y los diputados integrantes de la Comisión durante la sesión celebrada el día 21 de enero de 2025, en cuya instancia se recibió a la Jefa de la División de Gestión de la Redes Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Dra. Andrea Solís Aguirre.

En cuanto a las interrogantes planteadas en la sesión citada, podemos señalar respecto de cada una de ellas, lo siguiente:

1.- Indique su opinión respecto a la decisión de desconcentrar el Sistema SIGTE, en el año 2018, señalando el impacto que aquello generó y si se ha podido cuantificar cómo ha aumentado la brecha de las listas de espera en función de nuevas consultas.

Es importante precisar que lo que se descentralizó fueron los sistemas locales, mediante la estrategia SIDRA (sistemas de información de redes asistenciales) registrando su información, de acuerdo con la necesidad de cada uno de los 29 Servicios de Salud. En contraste, lo que se centralizó fue el sistema de registro nacional SIGTE, donde toda la información local (que es descentralizada) respecto de listas de espera debe ser reportada e informada en calidad y oportunidad, según la normativa vigente. Asimismo, permanentemente se han realizado diversas mejoras, incluyendo la actualización de definiciones en normativas y otros documentos, desarrollo de un nuevo sistema SIGTE 2.0 y en el avance en la interoperabilidad entre sistemas, para la captura del dato desde la fuente primaria.

2.- Individualice a las personas encargadas de adoptar la decisión de dicha desconcentración, sin haber suscrito contratos de mantenimiento.

Como se mencionó anteriormente, SIGTE desde su génesis se implementó como un sistema desconcentrado, en donde la fuente primaria de información son los sistemas locales, cuya gobernanza fue delegada a los Servicios de Salud desde el año 2020 por las Autoridades del momento.

3.- Considerando que los datos entre el sistema de información nacional y el sistema de información local no coinciden, explique cuál de ellos entregaría mayor credibilidad.

Los sistemas locales de información deben dar cuenta de los procesos asistenciales que ocurren en los establecimientos, permitiendo la gestión y trazabilidad del proceso de atención de los pacientes. Por lo tanto, dentro de la información contenida en ellos, se incluyen los eventos administrativos asociados a solicitudes de interconsulta a especialidades médicas y odontológicas, como también, las órdenes de atención para intervenciones quirúrgicas, que son la fuente de información que debe ser tributada en el SIGTE. En este contexto, ambos sistemas (local y centralizado SIGTE) cumplen objetivos diferentes, el primero que permite la trazabilidad y gestión local de los usuarios, y el segundo, que permite el análisis y la reportabilidad de los datos de LE a nivel nacional, por lo tanto, son complementarios. La mejoría de cada uno dependerá de asegurar que los datos sean completos en oportunidad y calidad.

Además de lo anterior, existen auditorías anuales y auditorías de contingencia solicitadas por el nivel central. Si bien, aún no es posible corregir inconsistencias en tiempo real, existe un periodo para la carga de registros y ediciones por parte del nivel local, para asegurar completitud de los datos previo a las cargas en SIGTE. Además, se está trabajando en un plan de mejora de registros para el año 2025, de manera de fortalecer este ámbito y evitar registros poco consistentes.

4.- Informe si es posible – y cómo- que el paciente acceda al sistema en línea y pueda revisar y constatar el estado en que actualmente se encuentra en la lista de espera, pues ello permitiría un grado de control ciudadano.

El Ministerio de Salud, en el marco de la implementación de medidas que aumenten la transparencia con la ciudadanía, a partir de mayo de 2023 dispuso para la consulta por parte de los usuarios el "Portal Paciente" (<https://portalpaciente.minsal.cl/>) al que se accede utilizando clave única, pudiendo consultar información personal de lista de espera de consultas de especialidades médicas y odontológicas, como también las de intervenciones quirúrgicas. Los datos que ahí se encuentran disponibles corresponden al tipo de prestación en espera, establecimiento de salud al cual se derivó y la mediana de tiempos de espera para la respectiva lista de espera. En este mismo portal los usuarios pueden actualizar sus datos de contactos en caso de haberlos cambiado, así dando cumplimiento a sus deberes de forma telemática.

Adicional a lo anterior, el Ministerio de Salud puso a disposición de la ciudadanía en su página web, el Visor Ciudadano, el que presenta el estado de lista de espera de forma agregada (estadísticas) por tipo de prestación en espera, establecimiento responsable de atender lo solicitado, Servicio de Salud al que pertenece el establecimiento y la estadística a nivel nacional de cantidad de casos y su tiempo de espera en mediana de días. A continuación, se adjunta enlace de acceso al mencionado portal. (<https://public.tableau.com/app/profile/tableau.minsal/viz/PortadaLE/PortadaLE>)

5.- Especifique las medidas que se adoptan, desde un punto de vista estratégico, respecto a la situación que afecta, históricamente, a la atención primaria de un déficit de profesionales médicos especialistas, lo que genera derivaciones al nivel mayor de complejidad.

La Atención Primaria de Salud (APS) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, siendo su objetivo otorgar una atención de salud equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, centrado en las personas, familia y comunidad.

La alta capacidad resolutive de la Atención Primaria de Salud (91,6% de las atenciones son resueltas sin necesidad de derivación en 2024) se logra gracias a un equipo multidisciplinario que coordina y atiende de manera integral a la población. Esto implica que la resolución de las necesidades de salud no recae únicamente en la atención médica especializada, sino en la sinergia de la red asistencial.

Por lo tanto, los especialistas se insertan en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), cuyo objetivo es maximizar la eficacia y asegurar una atención coherente y eficiente en la Red Integrada de Servicios de Salud. Esta estrategia fortalece el vínculo entre la atención primaria y los niveles de mayor complejidad.

Desde un punto de vista estratégico, se han adoptado las siguientes medidas para abordar la retención e inserción de especialistas en la atención primaria:

- **Asignación por competencias profesionales (Ley 20.816).** Desde 2015 se genera un estímulo económico a especialidades consideradas relevantes o de interés nacional, como medicina familiar, medicina interna, ginecología, pediatría, psiquiatría del niño y del adulto, y salud pública. Cabe señalar que hasta el año 2024 se realizaba el pago de esta asignación únicamente a Medicina Familiar y que a contar de julio de 2025 se incorporarán las otras especialidades.
- **Desarrollo de lineamientos técnicos para la inserción planificada de especialistas durante 2025.** La Subsecretaría de Redes Asistenciales está trabajando en orientaciones que favorezcan la integración de especialistas mediante la incorporación de tecnologías sanitarias, la definición de roles organizacionales y el establecimiento de comunidades de práctica de especialidad. Esto permitirá una inserción más estructurada y coordinada dentro de la red asistencial. Se espera tener desarrolladas estas orientaciones durante 2025.
- **El fortalecimiento del mecanismo de referencia y contrarreferencia** permite consolidar redes asistenciales integradas, promoviendo la resolutive en el primer nivel de atención y reduciendo la fragmentación del sistema. Esto contribuye a mejorar la equidad en el acceso a especialidades médicas y odontológicas, optimizando tiempos de atención y asegurando la trazabilidad de la información clínica para una atención más efectiva y centrada en la persona. Mecanismos tales como consultorías, gestión de casos y creación de protocolos clínicos y administrativos de referencia y contrarreferencia en red para una especialidad o necesidad de salud específica, fortalece la integración y eficiencia del sistema de salud.
- **Programa de reforzamiento de la Atención Primaria de Salud.** Esta estrategia apunta a mejorar la capacidad de resolución y coordinación de la APS, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, brindando atenciones médicas de especialidad en el nivel primario tales como oftalmología y otorrinolaringología (en las unidades UAPO y UAPORRINOS respectivamente), compras de canasta integrales para las especialidades de Dermatología y Ginecología para los problemas de salud asociados a climaterio, en Gastroenterología canastas que incluyen procedimientos de apoyo diagnóstico, en Endodoncia, Periodoncia y Rehabilitación Odontológica para endoprótesis removibles; adicionalmente existe el programa de imágenes diagnósticas principalmente para generar diagnósticos preventivos y derivar a la especialidad según corresponda, de acuerdo con los protocolos de derivación tales como: Radiografía, ecotomografía abdominal, mamografía entre otras.

La tendencia positiva se evidencia en el incremento del 16,2% en el número de especialistas totales durante el periodo 2021-2024, lo que respalda la eficacia de las medidas implementadas y su impacto en el fortalecimiento de la atención primaria. La tabla contenida en el Anexo N°1, resume el crecimiento neto de especialistas en APS y su desagregación por especialidad

6.- Especifique las medidas que se han adoptado con el objeto de agilizar la gestión de las listas de espera y la resolución de los problemas asociados a ellas.

En el ámbito de proceso de atención ambulatoria de especialidad, durante el año 2024 se desarrolló una estrategia de gestión a nivel nacional para abordar la reducción de la lista de espera de Consulta Nueva de Especialidad (CNE) médica y odontológica, a través de la puesta en marcha de un "Plan de abordaje Lista de Espera para Consulta Nueva de Especialidad Médica y Odontológica 2024", con la finalidad de maximizar la capacidad resolutive de la red asistencial mediante una metodología estandarizada y acciones concretas. Dentro de sus principales puntos de acción, se encuentran los siguientes:

1. Enfoque clave a través de la priorización por antigüedad: resolución inicial de casos anteriores al año 2017, avanzando hacia el 2018 y 2019 con plazo al 31 de diciembre del año 2024.
2. Centrado en el usuario(a) para mejorar la experiencia y percepción de oportunidad de las atenciones en espera.
3. Decisiones basadas en datos oficiales a través del Sistema de Información de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) para identificar y caracterizar los casos.

Este plan de abordaje cuenta con las siguientes estrategias implementadas y/o en implementación en los Servicios de Salud del país:

- **Navegadores en Red:** Equipos compuestos por profesionales, técnicos y administrativos que actúan como enlaces entre usuarios y los niveles de atención, mejorando la contactabilidad y gestión de casos. La meta es instalar estos equipos en 22 hospitales para 2025 y aumentar en 56.584 las CNE realizadas con acompañamiento de navegadores para marzo de 2026. Esta estrategia es un hito dentro del proceso de rediseño de los procesos ambulatorios, contribuyendo a la gestión eficiente de la lista de espera, asegurando una comunicación efectiva con los pacientes.
- **Consulta en Acto Único (CAU):** Estrategia de alta resolución que permite diagnósticos y planes terapéuticos en un máximo de dos jornadas, reduciendo tiempos de espera, aumentando la satisfacción usuaria y contribuyendo a la eficiencia del proceso de atención. Se espera alcanzar 5.592 atenciones en CAU para marzo de 2026.
- **Mejoramiento de la Contactabilidad:** Implementación de orientaciones técnicas para la gestión de la contactabilidad en establecimientos de mediana y alta complejidad de la red, la cual tiene como objetivo establecer con los/as usuarios/as procesos de contactabilidad eficientes, permanentes, dinámicos y bidireccionales. Se implementarán canales multicanal (mensajería instantánea, correo electrónico, llamadas) en 22 hospitales y se utilizará el Portal Paciente en 15 hospitales para mejorar la vinculación bidireccional con los usuarios, reduciendo la desactualización de información y aumentando la eficiencia del sistema.
- **Optimización de la programación médica y otros profesionales:** Se ha ido aumentando progresivamente la distribución eficiente de horas clínicas y no clínicas, priorizando el aumento de las horas de atención ambulatoria y monitoreando el cumplimiento de la programación. Este año se ha establecido la meta de que el 40% del total de consultas sean destinadas a consultas nuevas de especialidad (CNE) en especialidades de alto volumen (oftalmología, otorrinolaringología, ginecología, etc.) para marzo de 2026.
- **Aumento de la resolutivez de APS:** Plan de trabajo que abordó la reducción de los tiempos de espera por cirugías menores dermatológicas durante el año 2024. Este plan contempló resolver 35.524 casos en los 29 Servicios de Salud, con una antigüedad de entrada al 31 de diciembre del 2023.
- **Incorporación de Nuevos Fármacos en APS.** Los medicamentos de la familia iSGLT2, han sido una demanda de las sociedades científicas de nuestro país, quienes trabajaron de manera conjunta para publicar el "Consenso multidisciplinario sobre el uso de inhibidores de SGLT-2" (iSGLT-2) en la práctica clínica chilena mediante metodología GRADE", debido a la evidencia disponible que muestra la reducción de riesgo de diálisis. Estos fármacos serán incorporados a la APS para un grupo priorizado de personas, a través del PRAPS, Continuidad de los Cuidados y Tratamiento en APS y la consulta de especialista en diabetología en HD.
- **Incorporación de la Auto-toma de VPH:** En el programa de salud sexual y reproductiva se logró incorporar el examen de auto toma de VPH, aumentando el tamizaje de la patología cervicouterina, lo que permitirá ofrecer tratamientos precoces y disminuir la morbimortalidad asociada.
- **Gestión Territorial de Fármacos:** Se trabaja en un sistema eficiente de distribución de fármacos desde los hospitales hacia la APS. Además, para personas compensadas de sus condiciones crónicas de salud, bajo tratamiento que no forma parte de la canasta de APS, se espera la contra derivación de la canasta farmacológica para ser dispensada en los establecimientos de APS (farmacia descentralizada de los hospitales, botiquín contra entrega de recetas o cambios en el financiamiento de la canasta), lo que permitirá impactar positivamente en los tiempos de espera para nuevos ingresos a especialidad y reducir los traslados innecesarios para la repetición de recetas, favoreciendo una atención centrada en la persona.
- **Delegación de Funciones en la Iniciativa HEARTS:** La iniciativa HEARTS ha sido integrada en APS mediante la delegación de funciones a profesionales no médicos (enfermeros y químicos farmacéuticos), capacitados para la intensificación de tratamiento de Hipertensión Arterial bajo protocolos estrictos.
- **Implementación de Tamizaje de Retinopatía Diabética (RD) por Tecnólogos médicos mención en oftalmología y optometría (TMO):** El tamizaje de la RD es un desafío de salud pública, que incide en el diagnóstico precoz de esta patología, evitando la progresión a ceguera. Desde hace varios años, la APS ha incorporado unidades de atención primaria oftalmológica (UAPOs) que incluye a los TMO y equipamiento que acerca la atención de oftalmología al territorio. El desafío actual es alcanzar un 80% de cobertura de tamizaje de RD anual, mediante la delegación de funciones a estos profesionales capacitados.

En el ámbito de proceso de atención quirúrgico, se han desarrollado diversas estrategias, las cuales se agrupan en los siguientes componentes:

- **Componente 1: "Fortalecimiento de la gestión clínica hospitalaria a través de la formalización de la instalación de las**

Unidades de gestión del paciente prequirúrgico” (UPPQ) tiene el rol de mejorar la calidad de atención de los pacientes y aumentar la eficiencia del proceso quirúrgico. En su implementación, se realizó en 4 establecimientos un piloto durante el año 2022, para posteriormente llevar a cabo la implementación formal de 40 UPPQ a nivel nacional en 2023. A diciembre del 2024 se encuentran implementadas las 40 UPPQ comprometidas a nivel nacional. Se espera que, con la implementación de equipos prequirúrgicos en Hospitales de alta y mediana complejidad, se produzca un aumento de productividad de 10%.

- **Componente 2: considera la “Implementación de Centros Regionales de Resolución para Cirugía Ambulatoria” (CRR)** basado en un modelo de alta resolutivez, especializado, eficiente y centrado en cirugías frecuentes en la lista de espera. Su objetivo es resolver la lista de espera mediante resolución de CMA paquetizados, frecuentes y de bajo riesgo de reintervención. Se contempla el uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones para la coordinación, facilitar los procesos y el monitoreo de indicadores de productividad quirúrgica, satisfacción usuaria y uso eficiente de recursos. Se implementaron quirófanos bajo este modelo en 4 establecimientos durante el 2022 y se agregaron 3 establecimientos en 2023. A diciembre del 2024 la estrategia se encuentra implementada en 23 establecimientos a nivel nacional.
- **Componente 3: considera la “Puesta en trabajo de pabellones en dotación que actualmente se encuentran sin dotación de recursos humanos y sin equipamiento”.** En 2022 existían 55 quirófanos que no estaban en trabajo por problemas de infraestructura y 79 por falta de recurso humano. Este componente contó con presupuesto para poner en trabajo 13 quirófanos pertenecientes a 6 Hospitales durante el 2023. A diciembre del 2024 se encuentran en trabajo los **13 quirófanos electivos a los que se les asignó presupuesto.**
- **Componente 4: “Aumento de la eficiencia en la atención odontológica, a través de mejoras del equipamiento de pabellones de cirugía menor en la red asistencial odontológica de la especialidad”.** El objetivo es agilizar la atención y aumentar la eficiencia a partir de la optimización de procesos clínicos y disminuir procedimientos que requieren múltiples sesiones para la resolución de casos, utilizando equipamiento de mayor tecnología, con la adquisición de equipo y equipamiento para 22 establecimientos del país.

Para finalizar, se describen las siguientes estrategias desarrolladas durante los años 2022 y 2023, y que contaron con apoyo financiero para su implementación en la red asistencial:

- Para la atención de los usuarios/as en lista de espera, la Subsecretaría de Redes Asistenciales estableció un “plan nacional de recuperación de cuidados y disminución de tiempos de espera” (plan LE), que tiene como objetivo principal disminuir los tiempos de espera y el número de garantías de oportunidad retrasadas de los usuarios que requieren una atención médica o quirúrgica. El referido Plan estuvo orientado a la reactivación de la Red Asistencial y a la generación de acciones concretas de recuperación de tiempos postergados, con foco en la criticidad de los problemas de salud y priorización de las personas con patologías oncológicas.
- **Año 2022: El Fondo Emergencia Transitorio (FET)**, formó parte de las estrategias de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y tuvo como objetivo contribuir con los Servicios de Salud (SS) y Establecimientos de Salud en el cumplimiento del Plan, es por ello, que a través del decreto N°930 del 16 de junio del año 2022, se distribuyó a los Servicios de Salud un monto de M\$ 44.366.276 y a través del oficio N°2704 del 11 de agosto del 2022, se informó sobre el “Plan de Resolución de Lista de Espera asociada a la reasignación Fondo de Emergencia Transitorio FONASA a transferencias corrientes PPI de los Servicios de Salud”, cuyo foco principal fue la resolución quirúrgica y la contactabilidad de las personas en la lista de espera con mayor tiempo de espera. Respecto de la producción, con cargo a dichos recursos se efectuaron 111.807 prestaciones en la red asistencial, distribuidas entre cirugías menores médicas y dentales, cirugías mayores, consultas de salud mental, operativos médicos, consultas en acto único y prestaciones asociadas a problemas de salud GES, con foco en oncología.
- **Año 2023:** Se implementó la estrategia de **Resolución de lista de espera (RELE)**, comunicada mediante el ordinario N°546 del 15 de febrero de 2023, con una asignación de M\$35.000.000 adicionales para su ejecución durante el primer cuatrimestre, cuyas prestaciones corresponden a Cirugía Mayor; Cirugías Menores; Consultas Nueva de Especialidad; Procedimientos No GES; Procedimientos GES. Respecto de la producción, con cargo a dichos recursos se efectuaron 117.917 prestaciones en la red asistencial, distribuidas en cirugías mayores ambulatorias, cirugías menores, consultas nuevas de especialidades médicas, procedimientos GES y no GES.

7.- Señale las causas que han generado retraso en las listas de espera.

Las listas de espera constituyen un instrumento de gestión para la administración sistemática de atenciones médicas no urgentes, siendo esta una práctica común en sistemas sanitarios donde la atención primaria funciona como punto de acceso inicial, como lo observado, por ejemplo, en países con desempeño destacado como Reino Unido, Países Bajos y España. Es importante señalar que la tendencia mundial

es poner el acento en la reducción de los tiempos de espera más que en el número de personas en espera. El objetivo sanitario no es necesariamente reducir las listas de espera, ya que, con el aumento de la población, el envejecimiento, la pesquisa oportuna de enfermedades y el aumento de carga de enfermedad es esperable que las solicitudes a especialidad aumenten y demanden más de su sistema de salud. En el caso chileno, la lista de espera No GES incluye todas las solicitudes de derivación o interconsulta, principalmente desde la atención primaria, para atenciones de especialistas o intervenciones quirúrgicas no urgentes, contabilizadas desde el día cero de solicitud. Cada día ingresan y egresan personas de esta lista de espera en todos los establecimientos del sistema asistencial. Por ello, la meta es atender las derivaciones en un tiempo menor y no eliminar las interconsultas a especialistas o la indicación de cirugías electivas (no urgentes).

La pandemia por COVID-19 y la crisis socioeconómica asociada, añadió un estresor a los sistemas sanitarios de todo el mundo, lo que ha generado la acumulación de demanda de atenciones que no fueron atendidas durante la pandemia (backlog), agregándose a los ya previamente en espera. La OMS ha reportado que, en Europa, el 92% de los países de la región sufrió interrupción de servicios y que en el 45% de ellos la suspensión fue completa. En Chile, muchas atenciones fueron postergadas durante el periodo de pandemia, lo que llevó a la descompensación o agravamiento de problemas de salud. A esto se suma, el incremento de los beneficiarios de Fonasa en un millón y medio de personas desde 2021, contribuyendo también a aumentar las necesidades que se expresan en la Red Pública de Salud. A consecuencia de esto, el periodo post pandemia se ha caracterizado por un aumento significativo de consultas postergadas por las medidas sanitarias, generando un incremento en las derivaciones a los niveles de especialidad cuando las patologías no son posibles de gestionar por los centros primarios, tensionando la capacidad operativa de los establecimientos con atención de especialidad. En el caso de la lista de espera para intervención quirúrgica, se relaciona estrechamente con el volumen de consultas nuevas de especialidad quirúrgicas realizadas y el ingreso a la lista de espera ocurre cuando el/la cirujano/a indica la cirugía.

La situación antes descrita, hizo necesario desarrollar estrategias de recuperación de la actividad asistencial de la red con el objetivo de dar respuesta a la demanda de consultas y controles de la atención primaria de salud y de especialidades médicas y odontológicas, así como la resolución quirúrgica de pacientes GES y No GES, postergados por la pandemia. Ante esta exigente situación, el Ministerio de Salud estableció una Estrategia Nacional de Recuperación de Cuidados y Disminución de Tiempos de Espera, que incluyen entre otras, el aumento de resolutivez en el nivel primario de atención mediante programas de apoyo de exámenes y especialistas médicos, el aumento de dotación de médicos especialistas, la recuperación de pabellones y camas que se encontraban fuera de uso, el aumento de la oferta de sillones para quimioterapia, el desarrollo de la estrategia de los Centros Regionales de Resolución (CRR), la implementación de unidades prequirúrgicas que facilitan la atención expedita de las personas para sus exámenes preoperatorios y los acompañan hasta que se realiza la cirugía, la habilitación de extensión de horario de funcionamiento en hospitales tanto para realizar consultas médicas como cirugías y procedimientos, la incorporación del Hospital Digital en las redes de salud como parte de los prestadores institucionales, el monitoreo de la actividad y utilización de pabellones, camas hospitalarias y atención consulta médica y otros profesionales y las compras de servicios para aumentar oferta asistencial de los hospitales.

Desde 2022, la estrategia implementada ha incrementado las prestaciones en todos los niveles de atención de la red pública. En 2024, la Atención Primaria alcanzó un récord histórico de 57 millones de atenciones, lo que ha aumentado el ingreso de interconsultas a la lista de espera, pero también ha mejorado la resolución de casos y reducido los tiempos de espera, debido a que al mismo tiempo se aumentó la producción de atenciones de especialistas (15,5 millones). Así, con respecto a 2021, en 2024 los controles médicos en Atención Primaria aumentaron un 36,6% (12.200.588 atenciones), las consultas de especialidad médica crecieron un 37,3% (9.066.891 atenciones), mientras las consultas odontológicas especializadas se incrementaron un 87,4% (1.518.597 atenciones). Las cirugías superaron este año el millón de intervenciones en toda la red, con un incremento del 57% en cirugías mayores electivas (528.196 cirugías) con respecto a 2021, 103,2% en intervenciones quirúrgicas electivas mayores ambulatorias (252.765 cirugías), 29,9% en intervenciones quirúrgicas electivas mayores no ambulatorias (275.431 cirugías) y 45,4% en cirugías menores (374.331 cirugías). El objetivo fundamental de la estrategia, por ende, es disminuir los tiempos de espera, y no la eliminación de las listas de espera, en concordancia con las tendencias internacionales.

En conclusión, el sistema de salud pública chileno enfrenta desafíos significativos en la gestión de listas de espera, con 2.5 millones de personas aguardando algún tipo de atención No GES y 74,740 personas con garantías GES retrasadas al cierre de 2024. Esta situación refleja una tensión entre el aumento en la demanda de servicios (incluyendo 1.5 millones de nuevos beneficiarios de Fonasa desde 2021 y secuelas de la pandemia) y las mejoras en la capacidad resolutivez del sistema, donde, a pesar de alcanzar récords históricos de 57 millones de atenciones primarias y más de un millón de cirugías anuales, las listas de espera mantienen volúmenes considerables. No obstante, hay avances importantes en la reducción de tiempos de espera, con una disminución de la mediana a 263 días para consultas de especialidad (90 días menos que en 2021) y 294 días para intervenciones quirúrgicas (367 días menos que en 2021). Estos logros se acompañan de un alto nivel de cumplimiento GES (97.9%) y una reducción en la proporción de personas que fallecen mientras esperan atención, evidenciando que la estrategia nacional implementada desde 2022 -centrada en aumentar la resolutivez en atención primaria, mejorar la productividad hospitalaria y transparentar sistemas de información- está generando resultados positivos, aunque persisten brechas, particularmente en especialidades como oftalmología, otorrinolaringología y traumatología.

8.- Señale las causas que inciden en la acumulación de intervenciones que no se han resuelto.

La respuesta a esta pregunta fue abordada en el punto número 7.

9.- Informe si el llamado sistema "SIGTE 2.0" cuenta con algún tipo de alerta en tiempo real, por patología, respecto al stock de insumos requeridos para cada enfermedad.

El nuevo sistema de registro de lista de espera (SIGTE 2.0) pretende mejorar la captura, procesamiento y entrega oportuna de cortes oficiales de lista de espera, sin intermitencias y con mejora de su rendimiento. Cuenta con una serie de reglas de validación de la información reportada en él, de manera de asegurar la calidad y completitud de los datos, evitando inconsistencias. SIGTE entrega solo información de prestaciones de consultas nuevas de especialidad o de prestaciones quirúrgicas, no se relaciona ni integra con los requerimientos de insumos o fármacos u otros de operación de los establecimientos.

10.- Indique si el sistema SIGTE 2.0 es de creación propia o si su desarrollo fue contratado a una empresa externa, y cuál es su soporte y detalle los avances que se han registrado desde el mes de septiembre de 2024 a la fecha.

SIGTE 2.0 es un desarrollo propio que se realizó dentro de la institución, por lo que su soporte recae en el equipo TIC MINSAL. Actualmente, está en elaboración un proceso de licitación pública para contratar el servicio de soporte y mantención del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera 2.0.

En cuanto a los avances, se ha realizado la migración desde SIGTE 1.0 a SIGTE 2.0 de 22.4 millones de registros. Esta carga incluye todos

los registros desde los inicios de la plataforma hasta el 31 de diciembre 2024. Durante el presente mes, se está realizando la carga del mes de marzo por parte de los distintos Servicios de Salud.

11.- Considerando los problemas y dificultades que se han detectado y los avances que se han logrado, indique las medidas que se podrían recomendar y que permitan mejorar el sistema.

El desarrollo de SIGTE 2.0, en reemplazo de la versión anterior, permite implementar diversas mejoras operativas, las cuales están presentadas en la siguiente tabla, y que vienen a resolver gran parte de las dificultades identificadas. Se destacan, entre otras, cómo SIGTE 2.0 optimiza los procesos y facilita la operación diaria al ofrecer tecnología moderna, mayor rapidez, escalabilidad, seguridad avanzada y una interfaz más intuitiva. Esto permitirá a los usuarios tomar decisiones más ágiles y contar con una herramienta adaptable a las necesidades actuales y futuras.

Aspecto	SIGTE 1.0 (Actual)	SIGTE 2.0
Tecnología	Usa herramientas obsoletas y menos flexibles.	Utiliza tecnología que mejora el rendimiento y facilita actualizaciones
Velocidad	Maneja grandes volúmenes de información de forma lenta.	Procesa la información rápidamente, permitiendo tomar decisiones más ágiles.
Procesamiento	Procesa archivo por archivo, lo que genera espera más largas de procesamiento de archivos.	Procesa varios archivos al mismo tiempo, reduciendo significativamente la espera de procesamiento de documentos.
Registros procesados por archivo	Hasta 300 registros por archivo.	Hasta 2.500 registros por archivo, con posibilidad de ajustar la cantidad según necesidades.
Conexión con otros sistemas	Tiene problemas para comunicarse con otras plataformas.	Incorpora el uso de APIs para el intercambio de información.,
Validaciones	No valida previamente los datos, lo que puede generar errores al cargar información incorrecta.	Realiza validaciones automáticas, alerta errores específicos de datos, campos obligatorios, valores que no corresponden.
Escalabilidad	Dada su infraestructura, es un sistema limitado y difícil de expandir.	Dada su infraestructura construida con tecnologías de contenedores, crece fácilmente con el tiempo, permitiendo agregar nuevas funciones o soportar más usuarios.
Seguridad	Ofrece una protección básica contra riesgos.	Incluye herramientas avanzadas que garantizan la seguridad de la información.
Mantenimiento	Es más complicado de actualizar y resolver problemas técnicos.	Tiene herramientas automáticas que detectan problemas y simplifican el mantenimiento.
Crecimiento	Tiene dificultades para manejar más usuarios o mayores volúmenes de información.	Soporta fácilmente el crecimiento en usuarios o datos, adaptándose a las demandas.
Adaptación	Es rígido y no se puede personalizar para necesidades específicas.	Permite personalizarlo según las necesidades de cada hospital o usuario.
Capacitación	Es más difícil de aprender a usar, lo que requiere más tiempo de formación para los usuarios.	Es intuitivo y fácil de usar, reduciendo el tiempo necesario para capacitar al personal.

Dentro de su plan de implementación, se encuentran ya operativas las siguientes mejoras:

- Migración a tecnologías con mayor rendimiento y flexibilidad. Hoy ya se encuentra en Nube con mayores capacidades a las que contaba SIGTE 1.0.
- La carga y procesamiento de múltiples archivos en paralelo.
- Incorporación de reglas de validación previas y durante la carga de datos.
- Ajuste de límites de procesamiento según las necesidades reales de los usuarios.
- Cumplimiento de estándares de ciberseguridad y normativas de protección de datos.

Para mejorar y avanzar hacia las capacidades de SIGTE 2.0, se pueden mencionar las siguientes medidas y/o desafíos:

- Implementación de arquitecturas basadas en microservicios para mejorar la modularidad y escalabilidad del sistema.
- Optimización de consultas a la base de datos y reducir latencias en la recuperación de datos.
- Implementación de algoritmos eficientes para reducir aún más el tiempo de procesamiento.

- Implementación de alertas y reportes de errores en tiempo real.

Al tratarse de un sistema en constante evolución, se continúa trabajando en su optimización, adaptación a nuevas necesidades y mejoras progresivas para garantizar su eficiencia y escalabilidad a corto, mediano y a largo plazo.

12.- Señale los motivos por los que se han suspendido tantas operaciones quirúrgicas en el Hospital Base San José de Osorno, y por los que no se ha entregado oportunamente la información correspondiente a las personas afectadas.

El Hospital Base San José de Osorno finalizó el año 2024 con un incremento en su producción de un 12% más que lo producido el año anterior, una ocupación de sus quirófanos por sobre el 80% y un nivel de suspensiones quirúrgicas de un 7,8%, un 5,33% menor que las suspensiones del año 2023.

El análisis detallado de las causas de suspensión, orientado a aportar eficiencia a la producción quirúrgica, ha permitido identificar con mayor precisión que las principales causas de suspensión a nivel local son: Administrativa, específicamente, no presentación del paciente, paciente presenta patología crónica descompensada y paciente rechaza la intervención.

A partir de este diagnóstico, es que las suspensiones administrativas se han posicionado como foco de trabajo del equipo quirúrgico del establecimiento, el cual se ha organizado para abordarlas mediante las siguientes medidas y estrategias:

- Creación, implementación y puesta en marcha de la Unidad Prequirúrgica, lo que ha permitido que los pacientes ingresen a la tabla quirúrgica mejor preparados, con exámenes actualizados y evaluados, en caso necesario.
- Implementación de reuniones diarias de tabla, en la que participan distintos actores relacionados con el proceso (U. Prequirúrgica, Pabellón, Esterilización, Post Operados, UCMA, Enfermera Encargada de Insumos, Enfermera Coordinadora de Pabellones) y, en conjunto, se evalúa la factibilidad de realizar las distintas cirugías electivas propuestas, considerando los puntos de vista de todos los que participan en el proceso quirúrgico. Posterior a esta reunión, las jefaturas de pabellón y anestesia evalúan a los pacientes más complejos para optimizar sus tratamientos y así evitar suspensiones.
- En la misma línea, se han implementado estrategias que permitan mejorar la programación de la tabla quirúrgica, considerando los tiempos quirúrgicos, tanto de cirugías como de anestesia.
- En agosto de 2024, se inicia la puesta en marcha de la estrategia CRR, optimizando el proceso prequirúrgico, la producción de cirugías y la ocupación de quirófanos.
- Además, desde el mes de febrero del presente año, se implementó la reunión semanal de análisis de suspensiones, dirigida por la Subdirección Médica y Jefatura de Pabellón. En esta instancia se analizan cada una de las suspensiones con su causal, realizando diagnósticos y mejoras a implementar para la no ocurrencia de estos casos.

En cuanto a la entrega de información al usuario, cuando se suspende una cirugía es el/la médico/a cirujano quien le comunica al usuario y le explica la causa de su suspensión.

Además, en el caso de los usuarios ambulatorios, la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria entrega información al paciente a través de su equipo profesionales, dejando constancia en la ficha clínica.

Para aquellos usuarios que se suspenden estando ya hospitalizados, son los profesionales que integran los equipos quirúrgicos quienes entregan la información de la suspensión al usuario.

Para aquellos que se suspenden porque no se presentan el día de su cirugía, la Unidad Prequirúrgica lo contacta para saber la causa por la cual no acudió al establecimiento.

En general, todas las instancias anteriores corresponden a la entrega de información de manera verbal, lo cual se realiza inmediatamente post ocurrencia de la suspensión.

13.- Indique las medidas que se adoptarán para enfrentar y dar solución a los resultados negativos de las auditorías realizadas, a los distintos Servicios de Salud del país, por la Contraloría General de la República.

En consideración a los hallazgos presentados en las diversas auditorías realizadas por la Contraloría General de la República, el Ministerio de Salud ha instruido la realización de múltiples medidas, que tiene por finalidad darles seguimiento a los compromisos emanados de dichos procesos de auditoría, instruir nuevos procesos de revisión, impartición de medidas generales a los Servicios de Salud del país, visitas en terreno, entre otras, las cuales se detallan a continuación.

- **Seguimiento al cumplimiento de los compromisos emanados de las auditorías impartidas por la Contraloría General de la República:** El 18 de junio de 2024, se solicitó a los Servicios de Salud auditados informar, a esta cartera, sobre el estado de cumplimiento de los compromisos, según el siguiente detalle:

Servicio de Salud	N° Ordinario
SERVICIO DE SALUD ATACAMA	N°1756 de 18/06/2024
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR/QUILLOTA	N°1757 de 18/06/2024

SERVICIO DE SALUD CONCEPCION	N°1759 de 18/06/2024
SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO	N°1758 de 18/06/2024
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE	N°1760 de 18/06/2024
SERVICIO DE SALUD RELONCAVÍ	N°1761 de 18/06/2024
SERVICIO DE SALUD METROP. NORTE	N°1762 de 18/06/2024
SERVICIO DE SALUD METROP. ORIENTE	N°1763 de 18/06/2024
SERVICIO DE SALUD METROP. OCCIDENTE	N°1782 de 18/06/2024
SERVICIO DE SALUD M. SUR ORIENTE	N°1764 de 18/06/2024

- **Inicio de auditoría en materia de Gestión de Lista de Espera, sus sistemas de información y mecanismos de supervisión y control para el segundo semestre del año 2024:** Con misma fecha anterior, se solicitó a los Servicios de Salud individualizados en la tabla a continuación, que inicien procesos de auditoría interna.

Servicio de Salud	N° Ordinario
SS. Antofagasta	N°1754 de 18/06/2024
SS. Viña del Mar - Quillota	N°1755 de 18/06/2024
SS. Araucanía Norte	N°1765 de 18/06/2024
SS. Arica	N°1781 de 18/06/2024
SS. Iquique	N°1781 de 18/06/2024
SS. Aconcagua	N°1781 de 18/06/2024
SS. Maule	N°1781 de 18/06/2024

SS. Bio Bio	N°1781 de 18/06/2024
SS. Araucanía Sur	N°1781 de 18/06/2024
SS. Los Ríos	N°1781 de 18/06/2024
SS. Aysén	N°1781 de 18/06/2024
SS. Magallanes	N°1781 de 18/06/2024
SS. Metropolitano Central	N°1781 de 18/06/2024

• **Impartición de medidas desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en relación con los informes emitidos por la Contraloría General de la República sobre la Investigación Especial de “Eventuales irregularidades a los egresos de lista de espera No GES y su coherencia con lo informados en la plataforma que se mantiene para el control de sus registros”:** Durante el mes de agosto del 2024, se instruyó a un grupo de establecimientos hospitalarios la adopción de las siguientes medidas:

- Elaborar plan de acción de regularización con plazo 30 de septiembre de 2024.
- Realizar la regularización de los registros en el sistema de información del Establecimiento Asistencial, al 30 de septiembre de 2024.
- Adoptar todas las medidas instruidas y responder en los plazos establecidos por la Contraloría General de la República.
- Responder en los plazos establecidos por la Contraloría General de la República.

Establecimiento	N° de Informe Final	ORD. Solicitud de Medidas
Hospital Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán	N°400	N°2310 de 19/08/2024
Hospital Regional de Talca	N°439	N°2311 de 19/08/2024
Hospital Dr. Franco Ravera Zunino	N°377	N°2347 de 22/08/2024
Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena	N°428	N°2348 de 22/08/2024

Hospital Carlos Van Buren	N°399	N°2345 de 22/08/2024
Hospital Dr. Gustavo Fricke	N°465	N°2346 de 22/08/2024
CRS Hospital Provincia Cordillera	N°470	N°2352 de 22/08/2024
Hospital Barros Luco Trudeau	N°477	N°2350 de 22/08/2024
Hospital Clínico San Borja Arriarán	N°492	N°2353 de 22/08/2024
Complejo Hospitalario San José	N°495	N°2349 de 22/08/2024
Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río	N°471	N°2351 de 22/08/2024

- **Visitas en terreno:** En base de lo antes mencionado, el Departamento de Auditoría del MINSAL realizó visitas a los Establecimientos auditados por la Contraloría General de la República (11), con la finalidad de realizar seguimiento a las acciones solicitadas por esta cartera y por la Contraloría en sus informes.

A finales del año 2024, se emitieron nuevos oficios con solicitud de medidas por nueva fiscalización de la Contraloría General de la República, sobre "Prestaciones quirúrgicas entregadas a pacientes de la lista de espera No GES", según el siguiente detalle:

Servicio de Salud	Establecimiento	N° de Informe Final	ORD. Solicitud de Medidas
Metropolitano Sur Oriente	Hospital Clínico La Florida	N°724/2024	N°3262 de 19.12.2024
Metropolitano Sur Oriente	Hospital Padre Alberto Hurtado	N°907/2024	N°3262 de 19.12.2024
Metropolitano Central	Hospital Clínico San Borja Arriarán	N°835/2024	N°3263 de 19.12.2024
Maule	Hospital San Juan de Dios de Curicó	N°581/2024	N°3264 de 19.12.2024
Los Ríos	Hospital Base Valdivia	N°589/2024	N°3265 de 19.12.2024
Coquimbo	Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús de Ovalle	N°555/2024	N°3267 de 19.12.2024
Maule	Hospital Regional de Talca	N°649/2024	N°3268 de 19.12.2024
Araucanía Norte	Hospital Dr. Mauricio Heyermann Torres, Angol	N°554/2024	N°3269 de 19.12.2024
Osorno	Hospital Base San José de Osorno	N°387/2024	N°3270 de 19.12.2024
Reloncaví	Hospital Regional de Puerto Montt	N°405/2024	N°3271 de 19.12.2024
Chiloé	Hospital de Ancud	N°396/2024	N°3272 de 19.12.2024

En este contexto, se instruyó la adopción de las siguientes medidas:

- Elaborar plan de acción de regularización con plazo 15 de enero de 2025.
- Realizar la regularización de los registros en el sistema de información del Establecimiento Asistencial, al 31 de enero de 2025, con estado de avance al 31 de diciembre de 2024.
- Remitir el respectivo acto administrativo solicitado por la Contraloría General de la República al 31 de diciembre de 2024.
- Adoptar todas las medidas instruidas y responder en los plazos establecidos por la Contraloría General de la República.
- **Medidas generales a los Servicios de Salud:** A continuación, se presentan las medidas generales instruidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales a los Servicios de Salud del país: Ordinario C/N°1103 de fecha 17 de abril de 2024 remitido a los directores de los 29 Servicios de Salud, dar revisión a los hallazgos y recomendaciones realizadas por CGR a nivel local, determinar sus riesgos y adoptar las medidas correctivas y preventivas que permitan la mejora de los procesos, en relación con Informe Final N°733/2023 de la CGR. Ordinario A15 N°1419 de fecha 16 de mayo de 2024, solicitó a los Servicios de Salud informar si existían movimientos anómalos de gestión y egresos de pacientes en los registros locales, así como la concordancia de los egresos con lo regulado en la Norma Técnica N°118/2011 para el registro de las listas de espera y las instrucciones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el

Ordinario C/N°1103.Oficio CP N°15783 de fecha 03 de septiembre de 2024, remitido a los Servicios de Salud sobre "Actualiza especificaciones respecto de registros que no pueden ser cargados en SIGTE".

14.- Considerando las debilidades que se han detectado en el sistema de listas de espera, informe los motivos por los cuáles la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) tardó tantos años para adoptar medidas, considerando que era conocido que el sistema informático fundamental para las personas que están esperando, no estaba funcionando adecuadamente.

Existen distintos avances desde el año 2020 enfocado en realizar mejoras parciales en el sistema SIGTE, los cuales, si bien resolvieron exitosamente algunos aspectos, no abordaron los problemas de base, asociados a la arquitectura con que se desarrolló el software, siendo extremadamente rígida y acoplada, además de carecer de documentación.

Por lo anteriormente descrito, a fines del año 2022 esta cartera toma la definición de realizar un cambio a un nuevo sistema informático, mientras se realizan gestiones para estabilizar el sistema existente, estas estrategias culminaron con el desarrollo del SIGTE 2.0, en donde el detalle de las mejoras implementadas es posible de consultar en la respuesta a la pregunta número 11 del presente oficio.

15.- Informe si todas las personas que han sido egresadas de las listas de espera sin una causal adecuada han sido reintegradas a los sistemas, y si existe alguna revisión periódica y oportuna de los procesos de egreso.

Los establecimientos de salud, ante el hallazgo de algún caso en lista de espera egresado erróneamente, tienen la obligación de reapertura del caso y dar continuidad al proceso de atención. La detección de esta situación se puede dar mediante procesos de auditoría interna o externa, o mediante la atención espontánea a usuarios que consultan sobre el estado de gestión de su caso en lista de espera directamente en sus establecimientos.

Desde el nivel central, se ha instruido la ocurrencia de auditorías anuales en todos los Servicios de Salud, con la finalidad de verificar la correcta aplicación de la normativa vigente en los registros de listas de espera, en concordancia con los medios de verificación que respalden los egresos.

En los planes remediales ante estos hallazgos los establecimientos han procedido a reingresar los casos erróneamente egresados.

16.- Especifique si hay algún método de revisión del sistema de listas de espera, y en caso de haberlo en qué consiste, para advertir los problemas asociados y corregirlos oportunamente.

En el nuevo SIGTE 2.0 existen más de 40 reglas automáticas de validación funcional, que permiten alertar sobre inconsistencias y problemas en la carga de los registros de lista de espera, para ser resueltos en el nivel que corresponda según su alcance. Algunas de estas validaciones corresponden a la verificación de identidad de los usuarios, fallecimientos, duplicados, adecuaciones a los estándares, entre otras.

17.- Señale si es efectivo que durante el año 2024 fallecieron, sin ser oportunamente atendidas, 34.000 personas que estaban en listas de espera.

La cuantificación de las personas que fallecieron mientras estaban en una lista de espera se realiza mediante un proceso que integra los registros de personas inscritas en lista de espera para recibir atención especializada o cirugía con el registro de defunciones. Este proceso permite identificar a aquellas personas que fallecieron antes de recibir esta atención.

El registro de defunciones de 2024 aún se encuentra en proceso de recolección, con un cierre del año estadístico en marzo del 2025. Asimismo, el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) es un registro dinámico, donde las interconsultas cambian de estado y existe una latencia entre la carga y actualización de los registros. Esta situación puede llevar a considerar como no atendidas a personas que, si lo están, o han sido egresadas por otra causa, sólo que el registro no se ha actualizado.

Por lo tanto, para contar con una actualización completa de ambos registros, el Ministerio de Salud reporta las personas que fallecieron mientras estaban en lista de espera con desfase de un año. Esto quiere decir que los fallecidos del año 2024 se reportarán en las glosas correspondientes del año 2025.

Es importante aclarar que la oportunidad en la atención y la causa de fallecimiento de una persona que se encontraba en lista de espera, no necesariamente se encuentra directamente relacionada, es por ello que se realiza una auditoría de casos para su revisión en detalle, la cual se informa una vez al año en el Informe de Glosa N°6 del IV trimestre 2024, el que se encuentra disponible en la página web del Ministerio de Salud y se envía a las comisiones de Salud de la cámara de diputados y del Senado.

18.- En relación con la suspensión de 23.000 cirugías, de las cuales sólo 3.000 se atribuyen a causas imputables a los pacientes, y las restantes 20.000 a razones catalogadas como "razones administrativas", indique si esos 23.000 casos se reagendan y bajo qué criterios, y describa qué se entiende en ese Ministerio por "razones administrativas".

Durante el periodo comprendido entre enero a septiembre del 2024, se presentaron 22.960 cirugías suspendidas, de las cuales 3.588 fueron por causales atribuibles a los usuarios, correspondiente al 15,6% de ellas, las restantes 19.372 suspensiones son atribuible a razones administrativas.

Se entenderá como suspensión de una intervención quirúrgica electiva a todo evento en el cual la persona que, estando en la tabla quirúrgica publicada, no es intervenida, independiente de la causa de suspensión. Estas causas, se clasifican de la siguiente manera:

- Atribuidas al paciente.
- Administrativas.
- Unidades de apoyo clínico.
- Unidades de apoyo logístico.
- Equipo quirúrgico.

- Infraestructura.
- Emergencias.
- Gremiales.

En el año 2023 se realiza un reordenamiento de las causas de suspensiones (aplicadas desde el 2024 en adelante) de manera de agrupar las causas gestionables en el grupo de administrativas, aunque tengan gran participación de la persona usuaria, de manera de abordar todos los espacios de mejora para evitar al máximo las suspensiones. Las causas administrativas son:

- Usuario no se presenta
- Usuario rechaza cirugía
- Patología crónica descompensada
- Falta de ayuno
- Sin suspensión de anticoagulantes u otras drogas proscritas
- Atraso al ingreso
- Patología no informada, no conocida (alergia al látex)
- Estudio incompleto
- Exámenes alterados no corregidos
- Falta de preparación de piel, intestinal, antibiótica u otra especificada
- Sin evaluación de especialista indicada
- Sin indicación quirúrgica
- Falta de disponibilidad de cama básica
- Falta de disponibilidad de cama media
- Falta de cama UTI (Cuidado Intermedio)
- Falta de cama UCI (Cuidado Intensivo)
- Sin cupo en recuperación
- Documentación incompleta
- Sin consentimiento informado firmado / Falta tutor legal consignado
- Falta coordinación con Unidad Imagenología
- Falta coordinación con Unidad Anatomía Patología (biopsia rápida)

Para influir en las causas de suspensión administrativa que tienen directamente relación con la persona usuaria, la unidad de paciente prequirúrgico (UPPQ) realiza la preparación y acompañamiento de las personas usuarias que enfrentarán una cirugía en forma integral e integrada para que se presente al quirófano en las mejores condiciones y con la mejor información. Este modelo ha contribuido a la mejora del indicador de suspensiones a nivel nacional durante los últimos 2 años, tal como lo muestra la siguiente tabla:

Año	Pacientes Programados	Pacientes Suspendidos	% Pacientes Suspendidos
2022	384.011	31.308	8,2%
2023	437.920	32.900	7,5%
2024	446.372	30.947	6,9%

Fuente DEIS REM.

Asimismo, las OOTT de Proceso Quirúrgico recomienda gestionar las cirugías suspendidas en las reuniones de tabla semanal para reprogramar en tabla con la mayor prioridad, una vez que son subsanadas las razones por las que se ha suspendido la cirugía.

Las UPPQ llevan un registro trimestral desde el año 2024 que reportan a MINSAL a través de una encuesta centralizada por plataforma, un índice de suspensiones y programaciones condicionales reprogramadas

19.- Finalmente indique si el sistema denominado SIGTE 2.0, o equivalente, está siendo utilizado en algún otro país extranjero.

Es de elaboración nacional, no se tiene antecedentes de que se haya replicado en otro país.

A la espera de haber cumplido el requerimiento de su solicitud, se despide afectuosamente,

XIMENA PAZ AGUILERA SANHUEZA

05-05-2025

MINISTRA DE SALUD

Ministerio de Salud



Nombre	Cargo	Fecha Visación
Bernardo Martorell Guerra	SUBSECRETARIO(A) DE REDES ASISTENCIALES	02/05/2025 11:58:37
Javiera Belén Menay Caballero	JEFE(A) DE GABINETE MINISTRO(A) DE SALUD	02/05/2025 14:45:25
Ximena Barros Rubio	JEFE(A) DE GABINETE SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES	02/05/2025 11:55:47
Vanessa Díaz Bravo	JEFE(A) DE UNIDAD	02/05/2025 11:46:35

Distribución:

- Gabinete Sra. Ministra.
- Gabinete Subsecretaría de Redes.
- DIGERA
- Departamento de Administración y Desarrollo Institucional.
- Dpto. de Atención a las Personas y Transparencia.
- Oficina de Partes.

Código: cXBPU1hGWg validar en <https://ceropapel.minsal.cl/validadoc-minsal>

OFICIO (GESTIÓN OFICIO) 008009/2025 - CREADO POR OFICINA DE PARTES