



FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
MAGÍSTER EN DIRECCIÓN DE EMPRESAS

TÍTULO:

**ESTRATEGIA PARA LA DISMINUCIÓN DE LISTA DE ESPERA NO
QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE SALUD ÑUBLE, PROVINCIA
DE ÑUBLE, REGIÓN DEL BIO BIO**

Tesis para optar al grado de Magister en Dirección de Empresas

Tesista:

Nadia Luisa Villagra Puentes

Profesor Guía:

Carolina Elena LeytonPavez

Chillán, 2015.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo tiene por objetivo diseñar una estrategia para disminuir la lista de espera no AUGE no quirúrgica en el Servicio de Salud Ñuble. Para ello se consideran los diferentes criterios de priorización de pacientes de lista de espera a partir de las políticas y normas que rigen en este aspecto a nivel internacional, luego nacional y local, además de plantear una mejora al sistema. Se mencionan adicionalmente los elementos claves a considerar en el desarrollo de criterios de priorización de lista de espera quirúrgica, logrando determinar principalmente los puntos críticos a considerar en la priorización de listas de espera no AUGE no quirúrgicas, la existencia de brechas, su análisis, estudio y desarrollo.

Es interesante también mencionar que aun cuando no es el propósito último de este estudio, se analiza la denominada Teoría de Colas, particularmente en el ámbito de la salud, analizando una realidad importante en el enfrentamiento de esta realidad y manejo acorde a las necesidades.

Posteriormente, se hace referencia a la experiencia regional en el abordaje de variabilidad de tiempos de espera no AUGE y no quirúrgica, entendiendo que la región del Bío Bío es pionera y se destaca en diversos aspectos, particularmente en materias de innovación y desarrollo en el área de salud.

Finalmente se concluye que existen problemas relacionados con la eficiencia en la gestión lo que hace necesario crear una instancia profesional que permita el fortalecimiento del proceso de derivación de la interconsulta a nivel secundario de salud, ello entendiendo que las principales falencias encontradas reflejaron problemas en la gestión a nivel primario de atención.

INDICE

Resumen Ejecutivo	3
Indice.....	4
CAPÍTULO I: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1 Planteamiento del problema y estado del arte	6
1.2 Objetivos de la Investigación.....	10
1.2.1 Objetivo General	10
1.2.2 Objetivo Especifico	10
Capítulo II: Marco Teórico	11
2.1 Lista de Espera no AUGE no quirúrgica.....	11
2.2 Criterios de Priorización de Pacientes de lista de espera	11
2.2.1 La necesidad de un sistema de priorización de lista de espera de atenciones no AUGE y no quirúrgica.	12
2.2.2 Elementos claves a considerar en el desarrollo de criterios de priorización de lista de espera quirúrgica	17
2.2.3 Priorización de Listas de Espera no AUGE y no Quirúrgicas, brecha y abordaje	19
2.3 Experiencia Internacional en el abordaje de variabilidad de tiempos de espera no AUGE y no Quirúrgica.	21
2.3.1 Estudio de la ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO (OECD) sobre Excesivos tiempos de espera en listas de espera no AUGE y no Quirúrgica.....	21
2.4 Experiencia Nacional en el abordaje de variabilidad de tiempos de espera no AUGE y no Quirúrgica.	22
2.5 Teoría de Colas en Salud.....	24
2.5.1 La Experiencia Canadiense	26

2.5.2	Experiencia Regional en el abordaje de variabilidad de tiempos de espera no AUGE y no Quirúrgica.....	31
2.5.3	Experiencia de la Provincia de Ñuble en el abordaje de variabilidad de tiempos de espera no AUGE y no Quirúrgica.	31
2.6	Norma Técnica para el Registro de las Listas de Espera.....	34
2.6.1	Definiciones Nominales y Operacionales	35
Capítulo III: Metodología de la Investigación.....		39
3.1	Metodología de análisis.....	39
3.1.1	Análisis preliminar univariado y bivariado	39
3.1.2	Medios de recolección de información.....	42
Capitulo IV: Análisis de Resultados.....		44
4.1	Diagnóstico de la situación actual	44
4.1.1	Análisis de datos de la Gestión de la Lista de Espera No Quirúrgica en el Servicio de Salud Ñuble.....	44
4.1.1.1	Lista de espera resuelta por especialidad, demanda y tiempo de espera. 44	
4.1.1.2	Lista de espera por especialidad, demanda y tiempo de espera....	61
4.1.1.3	Análisis de procesos y puntos críticos de la Gestión de la Lista de Espera No Quirúrgica en el Servicio de Salud Ñuble.....	65
4.2	Estrategias para disminuir Listas de espera No Quirúrgica No Auge en el Servicio de Salud Ñuble	67
4.2.1	Identificación de mejoras a la actual Gestión de Lista De Espera No Quirúrgica en el servicio de salud Ñuble	67
4.2.2	Estrategia de mejora al proceso de Lista de Espera No Quirúrgica.....	72
CONCLUSIONES		75
Bibliografía		78

CAPÍTULO I: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema y estado del arte

En el marco de la Gestión de la Salud Pública en Chile, no sólo resulta necesario aplicar la eficacia en el logro de los objetivos, sino además la eficiencia en la obtención de ellos teniendo como centro al usuario final, cual es el Paciente. Para lo anterior, resulta clave la visualización macro de la demanda que estos últimos hacen de prestaciones a los respectivos Servicios de Salud versus la satisfacción efectiva que estos logran de dicha demanda, con los recursos que la autoridad detenta.

A partir de la entrada en vigencia de la Ley 19.966, del año 2004, conocida como Ley AUGE, se implementó un sistema que puso en el centro de las prioridades a una serie de patologías, seleccionadas por la propia autoridad, lo que fue un avance significativo para aquellas, pero que a su vez desencadenó una realidad muy disímil con aquellas patologías, no consideradas dentro de dicha nómina, lo que hoy produce que la Lista de Espera no AUGE, detente números bastante complejos para la dirección de cualquier servicio de salud del país.

En el marco de la Lista de Espera no AUGE, se produce una clasificación en dos sectores claramente visualizables, cuales son aquellas Patologías que son Quirúrgicas y aquellas que no son Quirúrgicas, teniendo estas últimas una sensibilidad especial entre la población, por cuanto para estas nos encontramos ante un usuario que espera un Primera Consulta con un Especialista, es decir, no ha sido atendido aún por el Profesional que en el mejor de los casos será quien entregue un diagnóstico, tratamiento y posible solución al requerimiento del paciente, pero que eventualmente podría a su vez requerir exámenes u otra interconsulta, lo que en definitiva podría extender aún más el tiempo de solución para el problema del paciente.

Es, por lo anteriormente expuesto, que se ha determinado diseñar una Estrategia que permita Disminuir la Lista de Espera No Quirúrgica en el Servicio de Salud Ñuble, toda vez que para esta repartición pública, es de trascendental relevancia la visualización y análisis de este problema, por cuanto se encuentran en cuarto lugar a nivel nacional de Pacientes en Espera, en relación con la población que atienden, sólo detrás del SS. ARAUCANIA SUR, el que tienen un número de 131.864 pacientes en lista de espera de

los 595.876 beneficiarios, que de él dependen, lo que da un 22,13%; luego viene el SS. VALDIVIA, que tiene en espera a 70.130, de los 326.817 beneficiarios que le corresponde, por lo que un 21,46% de sus beneficiarios, se encuentran en esa situación; en tercer lugar se encuentra el SS. M. OCCIDENTE, que tiene a 171.223 de los 980.997 beneficiarios que atiende en espera de una atención, por lo que alcanza al 17,45%, del total, encontrándose el SS. ÑUBLE con un número de 66.259, de los 412.268 beneficiarios que atiende, en lista de espera, alcanzando un 16,07%, motivo por el cual se justifica la atención que para esta repartición representa esta cifra y su significación, ya que no es fácil entender porque Ñuble, se encuentra 4ª de 25 Servicio de Salud a lo largo de nuestro país, en este indicador.

El presente análisis, se encuentra además, en concordancia con la orientación que el MINSAL, ha pretendido dar, a partir de la disposición de que el Departamento de Gestión de la Información (DGI), deba trabajar para generar las definiciones normativas (Norma de Lista Espera, Abril 2011) asociadas a esta información, además de establecer una red de referentes expertos y responsables del proceso de gestión del registro y en la implementación de un Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE), además se debe tener claro que desde el año 2008 a la fecha se han desarrollado diferentes estrategias y modelos de gestión para resolver la problemática de la lista de espera.

En diciembre del año 2008 y en el marco del proceso de Gestión de Listas de Espera y por indicación de la autoridad vigente se realiza un catastro manual de todos los pacientes en espera de resolución quirúrgica por un problema de salud No Ges. Como resultado del catastro, se estableció un universo de 47.027 personas en espera de su cirugía con una antigüedad mayor a un año. A partir de lo anterior, se decidió ejecutar un plan que resolviera el 20% de este universo en un plazo máximo de 90 días. A finales de año 2009 se informa a la autoridad y a la opinión pública que el plan ha sido ejecutado en un 100%. Los egresos ejecutados fueron de 52.294 personas resueltas. En el año 2010, y considerando las dificultades catastróficas que se vivían a raíz del terremoto lo que provoca una disminución significativa de la capacidad resolutive de la Red, se continuó trabajando en la resolución de pacientes en espera dentro de lo que era factible en base a la infraestructura disponible. Se sumaron mejoras significativas en el ámbito de la Gestión de la Información de las listas de espera, donde los resultados obtenidos por el Compromiso de Gestión suscrito a ese año por los Directores de los diferentes Servicios

de Salud logró cumplir con 518 mil personas egresadas para Consulta Nueva de Especialidad con más de 120 días de espera.

Durante este año se actualizó la norma técnica de gestión del registro de listas de espera lo que constituyó el marco de estandarización necesario para el nuevo repositorio.

Los compromisos de Gestión del año 2011 consideraron:

- Aumento de la resolución de la lista de espera para Consulta Nueva de especialidad. La meta aumentar en un 10% respecto del año anterior el número de egresos de LE de Consulta Nueva de Especialidad con más de 120 días de espera acumulados al corte 2011. Se logró en un 126% con 501.616 personas egresadas con esa antigüedad.
- Aumento de la resolución de la lista de espera para Intervención Quirúrgica. La meta considerada incluía cumplir con el compromiso PPV asociado a listas de espera mayores a un año. El Número de egresos logrados fue de 50.009 personas mayores a un año.
- Porcentaje de Rotación de la Lista De Espera. Para el 2011 se ha incorporó el concepto de Rotación de la Lista de Espera, el cual pretendía asegurar la atención de las personas que están esperando por mucho tiempo y con ello, rejuvenecer la lista de espera. En Consulta nueva de especialidad el cumplimiento fue de un 75, 3% y en Intervención Quirúrgica fue de un 58,2%
- En el año 2012 la ejecución del plan de resolución de la lista espera NO GES y el compromiso de Gestión tuvo 4 ámbitos de evaluación:
- Aumento de la resolución de lista espera para Consulta Nueva de Especialidad. Se logró un cumplimiento de un 145% de la meta comprometida relacionada a aumentar en un 10% los egresos mayores a 120 días de la lista de espera por Consulta Nueva de Especialidad. La línea de base considerada fue al año anterior equivalente a 442.964 egresos. El resultado final evidenció 642.155 personas egresadas.
- Disminución de la Antigüedad de la espera para una Consulta Nueva de Especialidad. Se planteó el desafío de lograr como espera máxima el año 2010. El resultado obtenido permitió egresar 133.193 pacientes equivalente a un 75% de la meta.
- Lista espera cero de pacientes para Intervención Quirúrgica con fecha de entrada igual o anterior al año 2009. Si bien se contaba con un indicador focalizado en los pacientes en espera hasta marzo del 2010 catastrados en el año 2011, se definió que

para el año 2012 se trabajaría en dejar la antigüedad de toda la espera quirúrgica no mayor al año 2010. Esto permitió el egreso de durante el año 2012 de 44.438 personas que obedecían a esa antigüedad (equivalente al 75% de la meta propuesta)

- Avance del 60% en la resolución del Compromiso Presidencial. Del universo levantado para el Compromiso se logró cumplir con el 60.2 % de la meta. Durante este año, se evidencian actualizaciones del universo del Compromiso Presidencial asociada a hallazgos de nuevos casos no informados previamente, esto produce un aumento del universo de 89.631 pacientes originales a 114.335. La diferencia en el número de los registros fue reconocida por cada uno de los establecimientos que conforman la red asistencial y por lo tanto fue incluida como Compromisos de Gestión del año 2012. La mayoría de los establecimientos comprometió resolver como mínimo el 80% a diciembre de ese año.

El compromiso consideró operar a todos los pacientes que cumplieran con los requisitos clínicos para hacerlo o de lo contrario determinar las causales clínicas o administrativas que justificarán que el paciente ya no debía seguir en la lista de espera. El plazo definido para el cumplimiento del compromiso seguía siendo el 30 de junio del año 2013.

Durante el año 2013, los desafíos en lista de espera incorporados en los Compromisos de Gestión incluyeron sólo el ámbito quirúrgico, desde dos indicadores:

- Lista espera cero de pacientes para Intervención Quirúrgica con fecha de entrada igual o anterior al año 2010. Continuando con la línea de trabajo del año anterior, el compromiso de gestión consideró la resolución de los pacientes que aún permanecían en lista de espera anterior al año 2011, es decir, con una fecha de entrada hasta diciembre del año 2010. Se espera que la meta se logre casi totalmente. Este constante y arduo trabajo ha permitido disminuir las esperas de 10 a 3 años, significando un gran logro para nuestros servicios de salud.
- Termino en la resolución del Compromiso Presidencial. Del universo levantado para el Compromiso se espera cumplir con su resolución al 31 de diciembre del año 2013.

Durante el año 2014, se ha propuesto reincorporar la línea de Consulta nueva de especialidad abordando el concepto de egresos por antigüedad, según el comportamiento observado desde el RNLE se cree posible que la mayoría de los Servicios de Salud sean capaces de abordar este nuevo desafío reduciendo la espera a no más del año 2013.

En definitiva, y como se representa en este documento, se puede establecer que es una situación real, que preocupa y ocupa a la autoridad competente, pero que a nivel local se plantea de una forma aún más cruda, por lo que el presente análisis, tiene como trasfondo el acercar a nuestra realidad dicho asunto, apuntando a contribuir con la orientación de políticas públicas destinadas al mejoramiento de dicho indicador.

1.2 Objetivos de la Investigación

Se dará a conocer el objetivo general de la investigación

1.2.1 Objetivo General

Diseñar una Estrategia para la disminución de lista de espera no quirúrgica en el Servicio de Salud Ñuble, Provincia de Ñuble, Región del BioBio

1.2.2 Objetivo Especifico

1. Analizar los datos de la gestión de la lista de espera no quirúrgica
2. Analizar procesos y puntos críticos de la gestión de la lista de espera no Quirúrgica
3. Identificar mejora a la actual gestión de lista de espera no quirúrgica

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo, se detalla cual es el soporte teórico detrás del proyecto de tesis realizado. Para ello se han considerado una serie de conceptos que se consideran fundamentales a la hora de conceptualizar el presente trabajo. En relación con la lista de espera no perteneciente al Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), y no quirúrgica, se ha tenido a la vista una serie de experiencias de priorización que fueron destacadas en otros países, así como también metodologías e iniciativas a nivel internacional para estandarizar la priorización de pacientes en lista de espera no AUGE no quirúrgica.

2.1 Lista de Espera no AUGE no quirúrgica

La lista de espera de pacientes no AUGE y no quirúrgica, incluye a todos los pacientes que esperan por una atención programada, que se desarrolle con el objeto de diagnóstico y/o tratamiento, de una patología que el Gobierno no haya incluido en el listado de las enfermedades del sistema GES, y que, a criterio de los profesionales tratantes, no conlleve a una cirugía en el futuro. La atención puede revertir carácter de *ambulatoria*, en este caso se programa la atención de tal manera que el paciente asiste y es atendido el mismo día, u *hospitalizado*, cuando el paciente requiere hospitalización y tratamiento previo antes de ser diagnosticado y/o tratado, y en este caso se solicita cama para ser ingresado un día antes de su atención.

2.2 Criterios de Priorización de Pacientes de lista de espera

De conformidad a lo analizado hasta el momento, debemos mencionar que nos resulta de especial trascendencia los criterios de priorización que actualmente se utilizan para los pacientes de lista de espera, para lo cual plantearemos en el presente acápite una serie de puntos que nos permitirán visualizar y analizar dichos criterios de una manera más pedagógica.

2.2.1 La necesidad de un sistema de priorización de lista de espera de atenciones no AUGE y no quirúrgica.

De conformidad al planteamiento economicista de la sociedad actual, es genérico el hecho de que se considera que los recursos con los que se cuenta como limitados, ahora bien, no es que en este trabajo se pretenda contradecir este paradigma del sistema de mercado de estos tiempos, pero se debe considerar que dicha afirmación no resulta muy clara en todas las áreas, más aún, existen algunas donde los recursos, quizás al menos en apariencia, resultan suficientes para suplir ciertas necesidades básicas. En el punto específico de la salud, y muy particularmente en la atención pública de salud de la Provincia de Ñuble, los recursos más que limitados, son derechamente escasos, por lo que frente a la obligatoriedad de poder dar cumplimiento a la razón de ser del Servicio de Salud Ñuble, que consiste en brindar una atención no sólo de calidad, sino que también y principalmente oportuna, es que se debe entender que se detenta la necesidad de poder utilizarlos de la mejor manera posible en función de brindar dicha atención oportuna al paciente y obtener su máximo provecho, por lo que no basta eficacia, además eficiencia en nuestro trabajo; es en este punto que se vuelve un reto más grande cada día, el de la eficiencia en los servicios públicos, y especialmente en este que tiene un claro prisma social.

Se considera que en general en un sistema público la atención más inmediata la reciben los pacientes con enfermedades “urgentes”; sin embargo, los enfermos con problemas de salud menos urgentes han de esperar un período de tiempo y son los que sufren con mayor intensidad la limitación de recursos”. (Escribano, Villeta, Ruiz, Rodríguez, Landa y Jaurrieta, 2003).

En Chile de conformidad a lo expuesto en la Constitución Política del Estado, rige un sistema subsidiario, lo que no es ajeno al ámbito de la salud, por lo que coexiste hoy un sistema público con un sistema privado, que ofrecen cumplir con la obligación del Estado de asegurar el acceso a la salud por parte de su población, y que este acceso sea a un sistema de calidad, además de oportuno. Esto el Estado lo intenta cumplir a través de la construcción de nuevos centros asistenciales, la ampliación de centros asistenciales ya existentes, la contratación de más profesionales de la salud, la mejora de sus remuneraciones, pero además, y de forma muy constante en la compra de servicios al

mundo privado de la salud, lo que conlleva a una delegación a aquellas instituciones de actividades tan propias del sistema público nacional, en este aspecto y sin la finalidad de adelantar conjeturas es que se considera que el Estado debe trabajar en la implementación de más y mejores servicios de salud pública, y que si resulta necesaria la complementación de dichos servicios, ésta se haga de manera transparente y siempre con el objetivo claro de que lo que se busca en el fondo es dar cumplimiento a la obligación que tiene el Estado de Chile, de otorgar una atención eficiente al paciente, la que a todas luces debe ser oportuna, entendiendo que una de las formas de atacar la desigualdad es la mejora en el ámbito de la salud.

Una de las consecuencias más importantes de la limitación de recursos es la necesidad de establecer prioridades. Cuando no es posible satisfacer al mismo tiempo la demanda de todas las personas en lista de espera, se hace necesario establecer criterios sobre quiénes tienen preferencia antes que otros. Los sistemas de priorización de pacientes en espera pueden contribuir a promover el principio de justicia social. Escribano J., Villeta R., Ruiz P., Rodríguez E., Landa J., Jaurrieta E. (2003).

Hasta el momento la forma más común de tratar los pacientes en lista de espera en general es por su orden de llegada, sin embargo priorizar según criterios clínicos explícitos distintos del tiempo de permanencia en lista de espera permitiría no sólo evitar una carga innecesaria de sufrimiento a las personas y reducir la morbi-mortalidad asociada, sino también permitiría hacer una mejor gestión de la lista de espera. Ahora bien, muchas veces esos criterios clínicos explícitos son determinados efectivamente por el ministerio respectivo, pero implementados por profesionales o técnicos que carecen de las herramientas necesarias para la correcta aplicación de dichos criterios.

Los criterios que el Ministerio de Salud (MINSAL) de priorizar por orden de llegada a la atención, criterios clínicos explícitos como gravedad y efecto de la espera en el paciente, que actualmente se utilizan para la clasificación antes mencionada, se consideran como correctos, además del hecho de que se orientan efectivamente a lograr una atención más eficiente, es por ello que también en el presente estudio se hace alusión a realidades internacionales, con el propósito de poder visualizar quizás allí algunos tópicos que le permitan mejorar aquello que es perfectible en cuanto a las listas de espera.

Existe evidencia empírica de que los criterios que guían las decisiones de tratamientos o intervenciones no suelen ser homogéneas, esto se observa a diario en los hospitales públicos donde los criterios de un médico hacen que se le dé una indicación de tiempo máximo de espera a un paciente, y los criterios, experiencia y conocimientos de otro médico pueden causar que a otros pacientes con la misma situación le sea sugerido esperar más o menos tiempo para su tratamiento.

En Chile esta implementación de soluciones se ha realizado a nivel central con la creación de la política AUGE-GES, la que ha determinado como prioritarias ciertas garantías que deben ser cubiertas a la población, lo que a través del siguiente grafico demuestra que a primera vista los resultados obtenidos son los que se han buscado:

Ilustración 1: Comportamiento Acumulado De Las Garantías De Oportunidad

GOBIERNO DE CHILE		COMPORTAMIENTO ACUMULADO DE LA GARANTÍA DE OPORTUNIDAD				
Año	Nº Problema de Salud por Decreto	Garantías de Oportunidad Acumuladas				Total Acumulado
		Cumplidas	%	Retrasadas	%	
2005	25	1.263.254	91,34%	119.836	8,66%	1.383.090
2006	40	2.776.714	93,52%	192.414	6,48%	2.969.128
2007	56	4.434.328	93,79%	293.578	6,21%	4.727.906
2008	56	6.734.892	96,85%	219.247	3,15%	6.954.139
2009	56	8.964.065	97,05%	272.278	2,95%	9.236.343

Fuente: Información oficial, extraída de la página del MINSAL.

En cambio en la cotidianeidad, el usuario-paciente del servicio de atención público respectivo, manifiesta abiertamente que existen divergencias entre lo mencionado oficialmente y la realidad que él vive en el día a día, cuando requiere de una atención por parte de estos servicios, lo que se ve aún más patéticamente respecto de las atenciones no priorizadas a nivel central, o que consisten en consultas de seguimiento de los tratamientos ya implementados, y donde entra a jugar con suma trascendencia el profesional médico. Estas diferencias en los criterios y la no formalización de los mismos causa lo que es conocido como “variabilidad de la práctica médica”. Si además la variabilidad en los criterios médicos no se corresponde con diferencias en los patrones de morbilidad, se convierte en un problema mayor por las consecuencias que podría tener para el paciente.

Para ello, podemos mencionar las principales iniciativas del Ministerio de Salud (MINSAL) sobre las Especialidades Médicas 2007-2009. En este periodo se han realizado Estudios e Informes:

- Brecha de especialistas 2007
- Consultores de llamada 2008
- Tasa de contratación Becados MINSAL en los SS 1997-2008
- Distribución horas asistenciales y no asistenciales Médicos 2007
- Informe Antecedentes Internacionales sobre Planificación de RRHH 2009.
- Informe RRHH Metas Regionales Chile/ Región Andina - Estudio con Banco Mundial 2008-2009 Seminarios
- Grupos de trabajo - Seminario Especialidades Médicas 2008
- Grupo CONDAS Política de formación
- Grupos técnicos de certificación
- Grupo Interinstitucional CFPT Implementación de políticas
- Programa 500 Especialistas
- Incorporación de 1.019 profesionales EDF a Etapa Planta Superior
- Incremento de la Asignación de Reforzamiento Profesional diurno
- Incremento cupos de formación
- Acuerdo Minsal/Asofamech que es la asociación chilena de facultades de medicina sobre aumento aranceles Sistema de información Orientaciones técnicas "Homologación nomenclatura Especialidades Médicas en el SIRH".

Para lo anterior se tuvo en cuenta ciertos factores claves asociados:

- MINSAL: DIREC, Economía de la Salud, DEIS, DPTO de Inversión, DPTOs de Gestión y de Formación de la DIGEDEP
- FONASA, Superintendencia de Salud
- Ministerio de Hacienda: DIPRES
- Servicios de Salud (Región Metropolitana, Viña del Mar-Valparaíso, Concepción, Arauco, Bío-Bío, Atacama):

Directores, Subdirectores Médicos, Médicos Especialistas

- Universidades: Directores de Pre y Posgrado, Estudiantes de Pre y Posgrado
- Sociedades Científicas
- Servicio de Impuestos Internos: DPTO de Estudios

- Médicos Especialistas Privados
- ISAPRES
- Colegio Médico, CONFUSAM
- CONACEM
- Ministerio de Educación.

Todo lo anterior, se inició a partir de la estimación del universo de los médicos generales y especialistas en Chile, que se realizó al año 2008:

- 29.996 Médicos Públicos y Privados Fuente: SII 2007
- Potencial teórico de 1.319.824 horas en el país (base Jornadas de 44 Hrs)
- 22.822 Médicos Públicos y Privados nominalizados.
- 76 % del total país Distribuidos por Especialidad Región Promedio de renta por Tramo de Unidad Tributaria RM: 57,8 % V° Región: 9,5 % VIII° Región: 9,4 % Otras regiones: 2

El número de beneficiarios por Médico es de 276 en el segmento afiliado a una ISAPRE u otro seguro no FONASA, y de 920 para los beneficiarios de FONASA.

Es por todo esto que resulta clave la priorización, pero sobre todo detentar la información necesaria para realizar dicha priorización.

Ilustración 2: Distribución geográfica del total de los médicos en Chile.

Distribución geográfica⁵ del total de los médicos en Chile

Médicos por Área Geográfica				
Área Geográfica	Cantidad de médicos	%	Número de médicos por cada 100.000 habitantes	Número de habitantes por médico
Norte	2.418	8,1	119,5	837,0
Central	21.899	73,0	212,1	471,4
Centro Sur	4.415	14,7	132,2	756,5
Sur	1.264	4,2	117,5	851,0
PAÍS	29.996	100,0	178,9	558,9
Fuente: Servicio de Impuestos Internos e INE (Población 2008)				
Aspectos metodológicos: El Área Norte agrupa a las regiones I, II, III, IV y XV; el Área Central agrupa a las regiones V, VI, VII y XIII; el Área Centro-Sur agrupa a las regiones VIII, IX y XIV; y el Área Sur agrupa a las regiones X, XI y XII.				

Fuente: Información oficial, extraída de la página del MINSAL.

Por lo tanto las medidas destinadas a la estandarización de los criterios médicos que permitan definir pautas sobre la indicación de los tratamientos estudiados pueden traducirse no sólo en una mejor gestión de listas de espera sino también en mejoras en la salud de pacientes.

Un sistema de priorización contribuye a una mayor equidad en el acceso a la atención y a una mejora en la situación de los pacientes que están esperando, desde el momento en que se aplica racionalidad al momento de establecer tiempos máximos de espera, ejemplo de ello es que si se fijan tiempos máximos de espera, se reduce la probabilidad de que un paciente menos urgente que alcance su tiempo máximo establecido sea atendido antes que otros pacientes enfermos más graves pero con menor tiempo de espera, así como también permite no dejar pasar un tiempo adicional excedido del tiempo recomendado a pacientes menos graves sólo porque su condición no es tan urgente como la de otros y se piensa pueden seguir esperando más tiempo (Rodríguez E, Alvarez B, Abad P.,2008).

2.2.2 Elementos claves a considerar en el desarrollo de criterios de priorización de lista de espera quirúrgica

Definitivamente la permanencia o antigüedad de un paciente en una lista de espera no puede ni debe ser el único criterio para priorizar. “Esta espera puede ser especialmente traumática si implica un deterioro irrecuperable de la salud o en situaciones extremas la muerte” (Rodríguez, Álvarez y Abad, 2008). En este sentido con el ánimo de construir un sistema de priorización que tome en cuenta conceptos claves para valorar la prioridad relativa de un paciente respecto de otro, es necesario contar con la participación de los médicos especialistas para además de definir los diagnósticos que precisan cirugía definir también agravantes que incidan en que determinados pacientes deban esperar más o menos tiempo que el tiempo máximo establecido para cada diagnóstico.

Habitualmente los sistemas nacionales de salud establecen criterios de priorización generales basados en lo que es urgente y lo no urgente, pero es poco frecuente que se prioricen los pacientes no urgentes en base a su necesidad clínica o social.

Algunas pruebas de priorización internacionales muestran que tanto las variables clínicas como las variables sociales son importantes a la hora de priorizar pacientes que esperan un tratamiento (Romero, Álvarez, Rodríguez, 2006). Sin embargo entre los criterios clínicos que inciden en el tiempo de espera están la urgencia con que debería ser tratado (la inmediatez necesaria de la actuación asistencial), la gravedad (al grado de sufrimiento

del paciente, dolor, depresión, ansiedad...), como también el beneficio esperado del tratamiento.

Otros criterios también tomados en cuenta por algunos sistemas de priorización son criterios sociales como vivir solo, tener personas a cargo, habitar en zonas apartadas y/o lejanas, etc., éstos modulan la priorización realizada en función de criterios clínicos (Bernal, 2002). Si bien un sistema de priorización de lista de espera quirúrgica permite el ordenamiento de los pacientes que esperan por una intervención en función de sus necesidades clínicas y en algunos casos también sociales, el ordenamiento no tiene por qué implicar una reducción en el tiempo de espera pero sí garantiza que las intervenciones realizadas en primer lugar sean las que proporcionen una mayor ganancia total, entendida como nivel de satisfacción, output sanitario (Rodríguez E, Alvarez B, Abad P., 2008).

De acuerdo a los argumentos de los autores planteados anteriormente, la prioridad debe tomar en cuenta no solo criterios clínicos sino también criterios sociales, en busca de satisfacer el principio de justicia social.

Actualmente, en todo centro de atención hospitalaria de la red asistencial de la Provincia de Ñuble, se cuenta con un PROTOCOLO UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA, el que tiene como finalidad lograr una correcta categorización de urgencia, cuyo objetivo consiste en establecer un protocolo para la priorización de la atención, principalmente de urgencia. Así, se establece un procedimiento de categorización por niveles de gravedad de los pacientes que consultan en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) . Con ello se busca el entregar una atención oportuna, expedita y coordinada a usuarios que consultan en la UEH, tomando en consideración las prioridades establecidas de acuerdo a la gravedad y a la presencia de factores de riesgo. Entre sus objetivos específicos, normalmente se encuentra categorizar a los pacientes que ingresan a la UEH de acuerdo a la gravedad de los cuadros clínicos presentados, priorizar la atención de urgencia de acuerdo a la gravedad de los cuadros clínicos, realizar las intervenciones de enfermería consecuentes con la priorización.

El alcance de este protocolo resulta que sea aplicable a todos los funcionarios que participan en el procedimiento de categorización por niveles de gravedad en la UEH, sala

de categorización, en todos los turnos, y a todo el personal de la unidad de emergencia. La categorización es aplicable a todos los pacientes que consultan en el servicio de urgencia en la medida que su condición lo permita, y dicho protocolo normalmente maneja una categorización mediante siglas respectivas:

Categorización de Urgencia:

- SCT: Superficie corporal total
- PCR: Paro cardio respiratorio
- AVE: Accidente vascular encefálico
- AVC: Accidente vascular cerebral
- PAD: Presión arterial diastólica
- PAS: Presión arterial sistólica
- LPM: Latidos por minuto
- EEII: Extremidades inferiores
- IAM: Infarto agudo al miocardio
- SAT: Saturación
- TR^a: Temperatura rectal
- Tax: Temperatura axilar
- FR: Frecuencia respiratoria
- FID: Fosa iliaca derecha.

2.2.3 Priorización de Listas de Espera no AUGE y no Quirúrgicas, brecha y abordaje

Para definir la lógica que tendrá el proceso de priorización de pacientes en lista de espera no AUGE y no Quirúrgica, se requiere construir un marco teórico conceptual también a partir de las experiencias en priorización de listas de espera que han tenido otros países, sus metodologías, y casos de éxito en la priorización de pacientes en lista de espera, esto como parte de un proceso lógico encaminado a acotar el enfoque de sustentabilidad que registró esta tesis.

Hoy en día el problema de las listas de espera de no AUGE y no Quirúrgica electiva se encuentra entre los principales desafíos de los sistemas públicos de salud en el mundo. Es un tema que ha venido siendo abordado por diferentes gobiernos, además de

especialistas de hospitales y universidades desde inicio de los años 90 en países como Reino Unido, Nueva Zelanda, Canadá, Suecia, Irlanda, Dinamarca y España. Recientemente la atención se ha centrado en la definición de criterios de priorización explícitos para garantizar el rápido acceso a la cirugía electiva para los pacientes que están más necesitados y son más propensos a beneficiarse. Las reformas y leyes basadas en estos principios se han aplicado en países como Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia (Noseworthy, McGurran, Hadorn, 2003).

Uno de los métodos más empleados para la priorización pacientes que están en espera de cirugía electiva, está basado en un conjunto de criterios clínicos y sociales explícitos como el *progreso de la enfermedad, dolor o disfunción, discapacidad, la edad, la pérdida de la ocupación habitual y capacidad para trabajar*. Cada grupo se caracteriza por un tiempo recomendado de espera máxima, para determinar qué tan pronto debe ser ofrecido el tratamiento solicitado por el paciente. Priorizaciones basadas en estos criterios fueron probados en Canadá y Nueva Zelanda en pacientes en espera de operación de bypass de arteria coronaria (Naylor, C., Sykora, K., Jaglal, S., Jefferson, 1995).

Otro método propuesto por algunos autores es priorizar a través de sistemas que permiten la asignación de una “puntuación de prioridad” para cada paciente, que luego se utiliza como “un indicador para determinar la posición que tendrá en la lista para recibir su tratamiento” (Fordyce y Phillips, 1970). Si bien estudios sobre indicadores a nivel internacional pueden darnos referencias de cómo algunos países están abordando el problema de listas de espera de cirugía electiva, se hace necesario también conocer a fondo la experiencia de países que tomaron la iniciativa de priorización mucho tiempo atrás.

La administración de las listas de espera es una problemática particularmente compleja para el sistema de salud, y donde se pone en manifiesto el a veces complejo diálogo entre los niveles primario y secundario de atención. Los tiempos de espera prolongados para la atención de especialidad se convierten a su vez en un elemento de insatisfacción usuaria. Esto se enmarca directamente en uno de los elementos que el Modelo de Salud Familiar busca resolver, aumentando la satisfacción usuaria, mejorando la capacidad resolutive y controlando los costos de operación del sistema.

Para ello es de suma importancia la implementación de un buen Equipo Gestor de Listas de Espera, como en el caso del (Cesfam Pinares, Chiguayante: donde dicha Experiencia da cuenta de cómo la constitución y el funcionamiento de un equipo gestor de lista de espera, con el objetivo central de mejorar la resolutivez del dicho Cesfam, ha ido paulatinamente facilitando la oportunidad y continuidad en sus tratamientos y lograr de esta manera también una mejor coordinación con la red asistencial, a esto ha contribuido en sobre manera la utilización de tecnologías de la información y comunicación (TICS) aplicada en la Atención Primaria como por ejemplo en la Derivación electrónica por Galileo (Cesfam San Vicente, Talcahuano, toda vez que esta práctica consiste en la derivación de pacientes con enfermedades cardiovasculares complejas (cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca, valvulopatías y arritmias) al nivel terciario a través del programa de interconsultas electrónicas Galileo (plataforma electrónica).

2.3 Experiencia Internacional en el abordaje de variabilidad de tiempos de espera no AUGE y no Quirúrgica.

Nos resulta de especial conveniencia, para un mejor desarrollo del presente trabajo, observar la realidad internacional en cuanto a esta materia, toda vez que nuestro país tiene un especial interés en las comparaciones con otros países respecto de los cuales pretende igualarse en materias sanitarias; para lo anterior hemos hecho una selección de estas realidades, con el fin de contextualizar nuestro estudio.

2.3.1 Estudio de la ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO (OECD) sobre Excesivos tiempos de espera en listas de espera no AUGE y no Quirúrgica.

Un importante estudio sobre las razones de variabilidad en los tiempos de espera de para atenciones no AUGE y no Quirúrgicas de altos tiempos de espera a casos no reportados, fue realizado en el año 2003 por la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD). La organización incluye 32 países miembros a los cuales se ha sumado a partir de este año Chile, convertido en país miembro desde 7 de Mayo del 2010. El grupo de países que integra la OECD representan países con un mayor desarrollo a través del cual Chile se verá beneficiado por las relaciones de colaboración acordados a través de su integración a la organización. Siciliani L., Hurst J. (2003).

Entre los compromisos a los que Chile se compromete como nuevo miembro están “realizar un esfuerzo continuo por reformar su economía en un momento histórico en el que se trabaja en temas como la inequidad y los sistemas de pensiones” (Bachelet, 2010). La inequidad en la salud es uno de los puntos clave a los que propone una solución la priorización de pacientes en espera no AUGE y no Quirúrgica.

2.4 Experiencia Nacional en el abordaje de variabilidad de tiempos de espera no AUGE y no Quirúrgica.

La administración de las listas de espera en salud, en general, siempre ha sido un tema muy trascendente, y particularmente muy complejo de manejar, y es conocido entre los especialistas del ámbito, como la teoría de colas, y se ha tratado incontablemente de dilucidar cómo ella puede incidir en salud.

Se debe tener claro para partir, que la formación de listas de espera es, por supuesto, un fenómeno común que ocurre siempre que la demanda efectiva de un servicio excede a la oferta efectiva. Las colas son además parte de la vida moderna, se pueden encontrar continuamente en diversas actividades diarias. En la caja del supermercado, accediendo al metro, en los bancos, etc., el fenómeno de las colas surge cuando unos recursos compartidos necesitan ser accedidos para dar servicio a un elevado número de trabajos o clientes.

El origen de la Teoría de Colas está en el esfuerzo de AgnerKraupErlang (Dinamarca, 1878 - 1929) en 1909 para analizar la congestión de tráfico telefónico con el objetivo de cumplir la demanda incierta de servicios en el sistema telefónico de Copenhague. Sus investigaciones definieron una nueva teoría denominada teoría de colas o de líneas de espera. Esta teoría es ahora una herramienta de valor en administración de negocios debido a que un gran número de problemas pueden caracterizarse, como problemas de congestión llegada-salida. El estudio de las colas es importante porque proporciona tanto una base teórica del tipo de servicio que podemos esperar de un determinado recurso, como la forma en la cual dicho recurso puede ser diseñado para proporcionar un determinado grado de servicio a sus clientes. Debido a esto es útil el desarrollo de una

herramienta que sea capaz de dar una respuesta sobre las características que tiene un determinado modelo de colas. El estudio matemático del comportamiento de líneas de espera se puede aplicar cuando los “clientes” llegan a un “lugar” demandando un servicio a un “servidor”, el cual tiene una cierta capacidad de atención. Si el servidor no está disponible inmediatamente y el cliente decide esperar, entonces se forma la línea de espera. La teoría de colas es una colección de modelos matemáticos que describen sistemas de línea de espera particulares o sistemas de colas. Los modelos sirven para encontrar un equilibrio entre los costos del sistema y los tiempos promedio de la línea de espera para un sistema dado, pueden representar cualquier sistema en donde los trabajos o clientes llegan buscando un servicio de algún tipo y salen después de que dicho servicio haya sido atendido. Estos sistemas se pueden modelar tanto como colas sencillas o como un sistema de colas interconectadas formando una red de colas. El problema es determinar qué capacidad o tasa de servicio proporciona el balance correcto. Con frecuencia, las empresas deben tomar decisiones respecto al caudal de servicios que debe estar preparada para ofrecer (Teoría de colas, Matías Martínez, 2004,. Sin embargo, muchas veces es imposible predecir con exactitud cuándo llegarán los clientes que demandan el servicio y/o cuanto tiempo será necesario para dar ese servicio; es por eso que esas decisiones implican dilemas que hay que resolver con información escasa. Por un lado, estar preparados para ofrecer todo servicio que se nos solicite en cualquier momento puede implicar mantener recursos ociosos y costos excesivos. Por otro lado, carecer de la capacidad de servicio suficiente causa colas excesivamente largas en ciertos momentos. Cuando los clientes tienen que esperar en una cola para recibir los servicios buscados, están pagando un costo en tiempo, más alto del que esperaban. Las líneas de espera largas también son costosas para la empresa en tanto producen pérdida de prestigio y pérdida de clientes. La teoría de las colas en si no resuelve directamente el problema, pero contribuye con la información vital que se requiere para tomar las decisiones concernientes, prediciendo algunas características sobre la línea de espera: probabilidad de que se formen, el tiempo de espera promedio, etc.

La teoría de la formación de colas busca una solución al problema de la espera prediciendo primero el comportamiento del sistema. Pero una solución al problema de la espera consiste en no sólo en minimizar el tiempo que los clientes pasan en el sistema, sino también en minimizar los costos totales de aquellos que solicitan el servicio y de quienes lo prestan. Se debe lograr un balance económico entre el costo del servicio y el

costo asociado a la espera por ese servicio. Cabe destacar que la teoría de colas en sí no resuelve este problema, sólo proporciona información para la toma de decisiones. Los objetivos de la teoría de colas consisten en:

- Identificar el nivel óptimo de capacidad del sistema que minimiza el costo global del mismo.
- Evaluar el impacto que las posibles alternativas de modificación de la capacidad del sistema tendrían en el costo total del mismo.
- Establecer un balance equilibrado (“óptimo”) entre las consideraciones cuantitativas de costos y las cualitativas de servicio.
- Hay que prestar atención al tiempo de permanencia en el sistema o en la cola: la “paciencia” de los clientes depende del tipo de servicio específico considerado y eso puede hacer que un cliente “abandone” el sistema.

2.5 Teoría de Colas en Salud

Cada vez que un paciente requiere ayuda médica una elaborada cadena de médicos independientes, consultorios, clínicas, hospitales, laboratorios, farmacias, proveedores de insumos médicos, de productos farmacéuticos, etc., es llamada a ponerse en acción. Los sistemas de salud están entre las organizaciones más complejas que existen en las sociedades modernas. Y las alzas crecientes de los costos de la salud llevan los gastos de éste sector a ser cada vez más importante en términos de participación en la actividad económica.

Las colas o filas de espera son parte del funcionamiento normal de cualquier sistema de salud, especialmente cuando son financiados con fondos públicos. Existe una escasez de medios frente a las demandas. Ningún país tiene suficientes recursos para dar soluciones a todas las necesidades en salud. Por otra parte, en algunos casos, la espera por salud puede ser la mejor opción para un paciente, dependiendo de sus condiciones particulares y sus síntomas, puede ser adecuado esperar la evolución para definir si se requieren mayores cuidados médicos. A veces el problema se resuelve solo, otras, la intervención médica se hace más clara e incluso urgente. Son muchos los factores que intervienen en la definición de las colas en salud, lo primero son las políticas de acceso y universalidad vigentes, están los determinantes médicos de la salud y también los no médicos, los demográficos, los cambios tecnológicos, el surgimiento de nuevos patrones de

enfermedad y las expectativas de los pacientes. Por otra parte está la capacidad del sistema: tanto en recursos humanos como en recursos físicos, camas, pabellones, equipamientos, etc., y sin duda la administración, tanto clínica como operacional, de los recursos, de los protocolos, de la productividad, de los incentivos y desincentivos, entre otras cosas. Los servicios claves (servicios de primera línea, especialistas, servicios de diagnósticos especializados, servicios de cirugía, etc.) están interconectados por protocolos que definen que paciente debe pasar al siguiente nivel según el Departamento de Estudios y Desarrollo.

En la base están las funciones de medición, monitoreo y evaluación, que proveerán la evidencia para tomar decisiones sobre la capacidad y la administración del sistema. Hay un punto en el tiempo en el cual la espera por la resolución de un problema de salud se transforma en excesiva y potencialmente dañina para la salud y el bienestar del paciente. Una espera excesiva en la resolución de un problema de salud puede resultar de un impacto importante tanto en la salud como en términos económicos, con resultados post-operatorios empobrecidos (incluyendo el riesgo de muerte) y una baja en la calidad de vida del paciente durante la espera. El impacto económico tendrá que ver con un mayor gasto en salud, antes y después de la cirugía, gastos en medicamentos durante y después de la espera, incluso la pérdida del ingreso en algunos casos y de la capacidad social del enfermo. Los profesionales de la salud también experimentan pérdidas a raíz de las colas en salud, incluyendo una frustración creciente por no ser capaces de entregar la calidad de cuidados que ellos saben son requeridos.

Dependiendo del área desde donde se mire este dilema sobre las colas, se pueden obtener diferentes opiniones, los pacientes y sus familias querrán reducir las esperas al mínimo o en menor tiempo que lo que las guías clínicas proponen, los empleadores preocupados por recuperar a su fuerza de trabajo pueden querer tratamientos más urgentes para sus trabajadores incapacitados, los administradores públicos preocupados por la asignación de recursos en salud podrían querer resolver más urgencias en detrimento de las colas por cirugías electivas. La opinión pública preocupada por mantener bajos los impuestos podría querer mantener las colas de forma de no incrementar los gastos del sector y evitar alzas de impuestos, en tanto ellos no se vieran afectados por tales colas.

Desarrollar un entendimiento común sobre lo que es una cola apropiada versus una excesiva es crítico en sistema de salud financiado públicamente, con una capacidad restringida y muchas demandas que compiten por los recursos disponibles. Los pacientes se formarán un concepto de lo que es una espera aceptable desde las experiencias personales, los clínicos tendrán sus propias experiencias o mediciones disponibles en guías prácticas o en la literatura médica, el gobierno evaluará las colas pensando en los costos asociados y de acuerdo con las demandas por los recursos públicos en otros sectores. Sin un acuerdo en esto, será imposible determinar si el sistema tiene los recursos apropiados para proveer servicios oportunos.

2.5.1 La Experiencia Canadiense

La Asociación Médica Canadiense lleva años estudiando el tema de las listas de espera en salud y de cómo se puede optimizar su uso, el trabajo ha tomado años y, según ellos mismos lo plantean, no es para resolverlo de un día para otro. Se han realizado encuestas en pacientes y médicos desde comienzos de los 90's para conocer las percepciones y las actitudes hacia las listas de espera en Canadá. Aunque estos estudios no tienen la rigurosidad de bases de datos administrativas o de información estandarizada, aun así, proveen información relevante de cómo el sistema de salud estaría proporcionando sus servicios en términos de las esperas. Los expertos canadienses han concluido que uno de los aspectos centrales en esta búsqueda por administrar mejor las colas y asegurar a los pacientes acceso oportuno a las prestaciones es centrarse en optimizar la capacidad instalada mejorando la calidad de la administración de los recursos disponibles. Una coordinación potenciada y trabajo en equipo al interior de los prestadores de salud, ayudados por mejoras en tecnologías de información, permite evitar atrasos innecesarios entre las diferentes etapas de tratamiento de los pacientes.

Por otra parte, guías de prácticas clínicas y herramientas para establecer prioridades pueden ayudar a moderar la demanda por cuidados sanitarios garantizando que los recursos disponibles sean usados en forma apropiada. Los incentivos financieros tienen mucho que aportar, sin ellos el sistema de salud pierde su habilidad de enviar y recibir las señales que requiere para alinear la oferta y la demanda por servicios de salud. La planificación de soluciones de largo plazo para las listas de espera, según la Asociación de Médicos de Canadá, requiere los siguientes elementos claves: recursos sostenibles,

una planificación de la provisión de los servicios médicos basada en las necesidades y en medicina basada en la evidencia. Los médicos canadienses aseguran que, desde su experiencia, la resolución de crisis de colas en salud por medio de mayores recursos no ha probado ser una estrategia efectiva, así mismo aseguran que existe mucha experiencia internacional en países como Australia, EE.UU. y el Reino Unido, sobre iniciativas de aumentos de recursos que han fracasado en acortar las colas. Para garantizar una planificación adecuada, debe destinarse financiamiento sostenible de largo plazo para reducir las listas de espera.

El desafío en sistemas financiados con recursos públicos limitados y demandas crecientes es mantenerse comprometidos con garantizar un servicio imparcial y entregado a tiempo. La gran mayoría de los canadienses asegurarían que el acceso según orden de llegada a los centros de salud no garantiza este objetivo, ignorando además aspectos clínicos de urgencia. Los servicios pueden ser incluso entregados de acuerdo con las características de estatus social de los pacientes o de rango por sus cargos o trabajos y eso tampoco parece legítimo. La gente, sin duda, preferiría que los servicios médicos fueran entregados por medio de una asignación basada en las necesidades clínicas relativas. Implementar este objetivo es el desafío central en el manejo de las listas de espera.

Se plantea que para alcanzar este objetivo es necesario aplicar el siguiente plan, que bien podría aplicarse en varios de sus puntos al caso del sistema público chileno:

1. Establecer prioridades con un amplio asesoramiento con insumos desde los prestadores y del servicio público, priorizando las condiciones o los servicios que serán entregados, empezando con los de mayor importancia clínica que son aquellos que tienen largas listas de espera y expandiendo gradualmente el espectro para incluir a todos los servicios.
2. Manejar las expectativas de pacientes y del público mediante procesos comunicacionales transparentes. Informar a los pacientes y al público acerca del papel que las listas de espera y los tiempos de espera desempeñan en la gestión de los servicios de salud. Garantizar la transparencia y mejorar la confianza en el sistema de salud a través de informar a los pacientes cuánto tiempo tienen que esperar y cómo su prioridad se determina con respecto a otros pacientes en la lista.
3. Dirigir los esfuerzos hacia limitar las falencias en materia de personal de la salud y capacidad del sistema sanitario. Comprometerse con una estrategia agresiva de

contratación y de retención para llenar las lagunas cuando la escasez de recursos humanos de salud es el factor detrás de tiempos de espera excesivos. Adoptar una política de mayor autosuficiencia en la producción de profesionales de la salud en Canadá. Desarrollar un marco para la planificación basada en las necesidades para asegurar que las inversiones a largo plazo en capacidad física y de recursos humanos sean hechas donde más se necesitan.

4. Recopilación de datos mediante inversiones en sistemas de información. Continuar desarrollando posibles sistemas de recopilación a nivel provincial, utilizando datos normalizados. Combinar los datos de listas de espera sostenidas con los profesionales individuales de la salud y/o instituciones, en un más eficiente y centralizado sistema de reservas, de manera que pueda servir para todos. Trabajar con tecnologías de la información como un recurso para mejorar la coordinación entre proveedores de salud y de las instituciones.
5. En lo que a tiempo de espera se refiere, establecer estándares de referencia que incorporen criterios clínicos y que incluyan las preferencias del público. Para acelerar el desarrollo de herramientas para el establecimiento de prioridades y de puntos de referencia para acceso oportuno en una amplia gama de tratamientos, el gobierno federal podría aprovechar el éxito del Proyecto de Lista de Espera de Canadá Occidental y crear centros de excelencia en administración de listas de espera con nodos en todo el país.
6. Fortalecer la responsabilidad por medio de la información pública, informar públicamente sobre tiempos de espera de manera válida. En el plano nacional, comprometerse a una mayor información pública de comparaciones interprovincial de tiempos de espera mediante el Instituto Canadiense de la Información Sanitaria y el Consejo de Salud de Canadá. Ampliar el uso de registros online de listas de espera para proporcionar información actualizada sobre tiempos de espera en las distintas regiones e instituciones.
7. Maximizar la eficiencia por medio de alinear los incentivos correctamente. Aumento de la colaboración inter-provincial para compartir capacidad instalada y desarrollar centros de excelencia para atención altamente especializada, apoyados por redes de referencia canadienses. Reformular el financiamiento hospitalario avanzando hacia un financiamiento basado en la producción o en la actividad para garantizar que la prestación de servicios no esté limitada artificialmente por presupuesto tope y que

- puede ampliarse o contraerse cuando sea necesario. Garantizar que los médicos están conscientes de las guías de prácticas clínica.
8. Presionar por que se invierta en el continuo de la atención en salud. Abordar incluso puntos de presión en otras áreas del sistema de salud tomando al sistema en su conjunto. Apoyar al desarrollo estrategias de gestión en el manejo de enfermedades a nivel de la autoridad regional de salud para proveer un servicio coordinado en la entrega de prevención, atención primaria, cuidado intensivo, cuidados en el hogar, rehabilitación y cuidados a largo plazo.
 9. Ampliar las opciones de cuidados médicos entre jurisdicciones incentivando la portabilidad. Mejorar las opciones disponibles para los pacientes cuando la atención oportuna no esté disponible localmente. Volver a examinar las disposiciones sobre portabilidad en la Ley de Salud de Canadá, en los acuerdos interprovinciales de facturación recíproca y en la legislación provincial del seguro médico para agilizar el proceso por el cual los pacientes pueden buscar atención médica en otra jurisdicción cuando la atención oportuna no está disponible en su provincia de residencia.
 10. Comprometerse a la adopción de las mejores prácticas mediante una mayor investigación y evaluación. Comprometerse a un riguroso programa de investigaciones y evaluación a través del "Canadian Institute of HealthResearch", la "Canadian HealthServicesResearchFoundation" entre otros órganos. Aprender de "Western CanadaWaitingList Project: uno de los mejores ejemplos de enfoque multidimensional para mejorar la gestión de tiempos de espera en Canadá. Proyecto que comienza en 1998 con el acuerdo de autoridades sanitarias de varias regiones así como de asociaciones médicas, buscando mejorar la justicia y la imparcialidad en la entrega de los servicios médicos, priorizando tratamientos, incluyendo conceptos de urgencia en la atención y mejorando el manejo de las listas de espera. (Departamento de Estudios y Desarrollo, C. Copetta)

Como los datos son cada vez más sólidos para los servicios individuales, el ampliar la investigación para incluir la priorización de pacientes en los servicios públicos resulta mucho más simple, toda vez que se detentan datos más fortalecidos y de mejor manejo. La mayoría de estas recomendaciones están alineadas con la reciente reforma implementada en Chile, con los cambios que se esperan introducir próximamente como la implementación del bono AUGE. La Administración de Colas y las Garantías Explícitas en Salud Existen varios factores que llevan al gobierno del Presidente Lagos a plantear la

necesidad de introducir reformas en salud, entre ellos la urgencia por reducir las largas listas de espera que son inaceptables, se observa la necesidad de priorizar según costo-efectividad de los tratamientos y se requiere focalizar los recursos escasos del sector público en aquellos problemas de salud que permitan la recuperación de un mayor número de años de vida saludable y útil para la sociedad. Se plantea la necesidad de determinar prioridades en los servicios de atención de salud. Tradicionalmente, los médicos han jugado un rol principal en el acceso de los pacientes a determinados tratamientos generalmente haciendo priorizaciones implícitas. Los problemas de recursos y el aumento de las expectativas de los pacientes han cuestionado la priorización implícita, lo que ha llevado a que en muchos países se determinen prioridades en forma explícita, mediante la constitución de comités y grupos de expertos. Al mismo tiempo, el envejecimiento de la población, los avances en la medicina y los mayores niveles de educación de la población generan mayores demandas sobre los sistemas de atención de salud.

En los últimos años, la economía de la salud ha tenido un desarrollo importante que se asocia precisamente a la necesidad encontrar mecanismos que permitan lograr mayores niveles de eficiencia en salud. Las polémicas entre médicos y economistas se producen fundamentalmente porque las decisiones a nivel macro tensionan las bases del acto médico: el respeto al juramento hipocrático se ve amenazado por restricciones que están fuera del ámbito de la medicina. Existen diversos enfoques sobre priorización en salud y no existe consenso sobre cuál es el más apropiado o justo. Distintas teorías de justicia social llegan a distintos resultados. Los enfoques económicos son útiles, pero tienen limitaciones prácticas y enfatizan determinados valores, en especial la eficiencia, sobre lo cual tampoco hay consenso.

Establecer prioridades en salud es un proceso continuo y es indispensable incluir mecanismos para su continua revisión. Una priorización en salud será justa siempre que se establezca mediante un proceso justo. Esto se da cuando las decisiones y sus fundamentos son públicos; se basan en razones, en evidencia y en principios que las personas pueden aceptar como relevantes. Estas decisiones pueden ser sometidas a revisión y apelación y existe un mecanismo legal o normativo que asegura que las tres condiciones anteriores se cumplan. La idea es transformar las decisiones de las entidades de salud, públicas o privadas, en parte de procesos de discusión más amplios, sobre

cómo utilizar recursos limitados para proteger en forma justa la salud de una población con diversas necesidades.

2.5.2 Experiencia Regional en el abordaje de variabilidad de tiempos de espera no AUGE y no Quirúrgica.

La región del Biobío está subdividida en 5 Servicios de Salud los que en total lograron disminuir la lista de espera regional AUGE desde 11.066 casos en junio del año 2010 a 1.846 casos en junio del año 2011, lo que corresponde a una reducción del 83,3% en 12 meses. A nivel nacional la reducción fue de un 83,1%, desde 246.742 casos a 41.752 casos, en el mismo periodo.

En la región la Salud Pública es un tema de vital relevancia, la cual por medio de las medidas contenidas en el Plan de Gobierno se ha pretendido mejorar ostensiblemente. Para ello, se ha ampliado la cobertura de atención de la red asistencial, modernizándose la gestión de la salud pública, buscando de esta manera terminar con las listas de espera AUGE, y para ello se ha llevado a cabo diversas iniciativas de prevención y promoción de hábitos de vida saludable.

Un tema no menor en relación con este asunto fue el terremoto de 2010, puesto que en materia de Salud este hecho dejó una brecha de 893 camas, 50 de ellas camas críticas. En relación a pabellones, el terremoto generó un déficit de 47 unidades. Resultaron con graves daños varios centros de salud en la región, entre los que se cuenta Hospitales, CESFAMs y Servicios de Asistencia Pública. Particularmente dañado resultó el Hospital Herminda Martín de Chillán, el Hospital San Carlos, el Hospital de Curanilahue y el Hospital Guillermo Grantt en Concepción. El impacto en la Infraestructura de la región, producto del terremoto 27F fue muy importante.

2.5.3 Experiencia de la Provincia de Ñuble en el abordaje de variabilidad de tiempos de espera no AUGE y no Quirúrgica.

En cuanto a las listas de espera no AUGE y no Quirúrgicas de la Provincia de Ñuble, conviene mencionar que se han establecido Compromisos de Gestión Ministeriales 2014

que buscan y han permitido evaluar el cumplimiento de las metas de los Servicios de Salud, con el propósito de identificar y corregir cuestiones relativas a demoras y/o falta de eficiencia en la entrega de los servicios respectivos. Este proceso responde a la medición de los resultados de avance y finales para el logro de los objetivos estratégicos planteados en el período, los que implican la observación, análisis y corrección de los diversos recursos destinados a los Servicios de Salud. Estos acuerdos permiten que los recursos públicos maximicen su rentabilidad social y en definitiva se logre que la población reciba una mejor calidad de vida en el ámbito sanitario, para el caso en particular del estudio en comento, resulta importante destacar los siguientes, que están destinados directamente a reducir las listas de espera, a saber:

Ilustración 3: Compromisos de Gestión. Provincia de Ñuble.

Nº CG	Línea Temática	Nombre del Indicador	Hospitales	Especialidad
CG 01	Fortalecimiento de la Gestión de las Redes Asistenciales	Porcentaje de Especialidades nuevas comprometidas de establecimientos de Alta y Mediana Complejidad con registro de medición de Pertinencia (según protocolo) en la Referencia desde Atención Primaria hacia Atención de Especialidad.	-Hospital Clínico Herminda Martín-Hospital de San Carlos	Cirugía infantil / Traumatología / Ginecología. Traumatología / Otorrinolaringología / Neurología Infantil.
CG 2	Fortalecimiento de la Gestión de las Redes Asistenciales	Porcentaje de Pertinencia de acuerdo a protocolos en la referencia desde Atención Primaria hacia Atención de Especialidad, respecto de resultado obtenido a Septiembre de 2013, en la Especialidad comprometida durante el año 2013* por cada Establecimiento de Mediana y Mayor	-Hospital Clínico Herminda Martín-Hospital de San Carlos	Dermatología 62,5% Cirugía adulta 19,7%

		Complejidad.		
CG 04	Categorización	Porcentaje de pacientes hospitalizados categorizados como D2-D3 en establecimientos de Alta complejidad.	-Hospital Clínico Herminda Martín-Hospital de San Carlos	
CG 06	Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH)	Porcentaje de pacientes provenientes de la Unidad de Emergencia Hospitalaria(UEH), que se hospitalizan antes de 12 horas desde la indicación.	-Hospital Clínico Herminda Martín-Hospital de San Carlos	
CG 09	Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH)	-Porcentaje de pacientes categorizados en las Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) en los establecimientos de alta complejidad. -Porcentaje de pacientes categorizados al ingreso de la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH).	-Hospital Clínico Herminda Martín	
			-Hospital de San Carlos	
CG 15	Gestión de Lista de Espera.	Lista de espera o de intervención quirúrgica al 2011.	-Hospital Clínico Herminda Martín-Hospital de San Carlos	
CG 16		Planes de mejora del proceso de registro de lista de espera.	-Hospital Clínico Herminda Martín-Hospital de San Carlos	
CG 17		Lista de espera o de consulta nueva de especialidad al 2012.	-Hospital Clínico Herminda Martín-Hospital de San Carlos	
CG 31	Formación de Especialistas	Porcentaje de Médicos y Dentistas cursando programa de Especialización y Subespecialización,	Dirección Servicio Salud.	

		<p>Formación directa de los Servicios de Salud (Fordir) y Concurso Nacional de Formación de Especialistas), más profesionales en Etapa de Destinación y Formación (EDF) respecto a la plantilla total de médicos en formación al año 2014. Además de los profesionales EDF (médicos y dentistas) en destinación, estrategias de mantención y retención de profesionales especialistas.</p>		
--	--	--	--	--

En definitiva, se considera que el presente trabajo, se encuentra en la necesidad actual de nuestro Servicio de Salud Ñuble, de conocer su realidad, el manejo de los datos y las posibles soluciones que deban servir para lograr dicha meta.

2.6 Norma Técnica para el Registro de las Listas de Espera

En consideración al Modelo de Atención Integral de salud vigente y a los objetivos que el Ministerio de Salud ha definido como sus prioridades : el usuario como eje central del quehacer, Recursos humanos como pilares de la organización y Redes Asistenciales coordinadas para la atención, hemos asumido el compromiso de trabajar en promover el funcionamiento de un modelo que vele por brindar una atención en salud con cobertura, acceso y oportunidad que permita la erradicación de discriminaciones y exclusiones de todo tipo.

En dicho contexto, la disminución de los tiempos de espera, establece uno de los mejores escenarios para abordar y cumplir con estos fines, en el entendido que incluso los países más desarrollados, deben convivir con la brecha que se produce entre la oferta y la demanda de atenciones de salud.

Para ello, se ha desarrollado desde Diciembre del año 2008, un trabajo intenso y acucioso en conjunto con los servicios de salud, con el objetivo de lograr la instalación de un proceso de seguimiento de pacientes en espera de atención que nos permitiera más allá de determinar un volumen, poder individualizar los registros de pacientes y generar información clasificable por especialidad, establecimiento de origen, causales de salida, antigüedad de espera, establecimientos de destino, etc.

En apoyo fundamental a este proceso se ha trabajado con la norma técnica N°12, la que ha facilitado la instalación de sistemas de información confiables con estándares nacionales que permitan entre otras cosas que la información sea comparable, consistente y adecuada para cualquier tipo de consolidación; que facilite la toma de decisiones y la resolución de dichas listas, resguardando al máximo posible al paciente y las organizaciones.

2.6.1 Definiciones Nominales y Operacionales

Se establecen criterios comunes de los principales elementos que inciden en la configuración y medición de espera de atenciones, para la entrada y salida del registro.

2.6.1.1 Consulta Médica y Odontológica

“Es la atención otorgada por un médico especialista u odontólogo en forma ambulatoria, en un lugar destinado para estos fines, para diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un usuario. Este acto incluye anamnesis, examen físico, hipótesis y confirmación diagnóstica (con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas), control y seguimiento de indicaciones y evolución, respuesta a interconsultas, indicación de derivación o contra referencia a atención primaria y alta”.

2.6.1.2 Especialidades Médicas

Es la unidad de análisis de consultas médicas, para la comparación entre los servicios de salud; por lo que las subespecialidades se agregarán a nivel de especialidad troncal de acuerdo a las clasificadas en el REM 07.

2.6.1.3 Consulta Nueva

Es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución al problema de salud y es independiente de atenciones anteriores que se hayan efectuado al usuario en la misma especialidad, pero por otras causas.

2.6.1.4 Consulta Repetida o Consulta de Seguimiento

Es la atención de seguimiento del proceso iniciado por un primer episodio de enfermedad, realizada por médico especialista u odontólogo, en forma ambulatoria y en un lugar destinado para estos fines.

2.6.1.5 Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos

Se define como procedimiento, a toda prueba o exploración realizada en una consulta o sala especial que no corresponde a la anamnesis o exploración física básica y que requiere de tiempo distinto al de la propia consulta.

2.6.1.6 Intervención Quirúrgica

Es la actividad terapéutica efectuada preferentemente en pabellón quirúrgico y por personal calificado, que implica la incisión de la piel y otros planos, con el fin de extirpar, drenar, liberar o efectuar un aseo quirúrgico ante un cuadro patológico.

2.6.1.7 Intervención Quirúrgica Electiva

Es el procedimiento Quirúrgico que por las características del cuadro clínico del paciente, puede ser diferida su realización en el tiempo, sin riesgo de su estado de salud y que ha sido agendada previamente.

2.6.1.8 Intervención Quirúrgica de urgencia

Es el procedimiento quirúrgico que por las características del cuadro clínico del paciente, debe ser realizada en forma inmediata e impostergable.

2.6.1.9 Intervención Quirúrgica Compleja

Corresponde a procedimientos Quirúrgicos que implican manipulación de órganos vitales y/o cuya incisión permite acceder a grandes cavidades. Requiere de un equipo quirúrgico y de anestesista especializado, se realiza siempre en pabellón quirúrgico; demanda preparación pre-operatoria, sedación, anestesia general y/o regional, eventualmente local. Utiliza recuperación post quirúrgica y puede necesitar apoyo a funciones vitales.

2.6.1.10 Lista de Espera

Con carácter genérico se define como lista de espera al conjunto de personas que en un momento dado se encuentran en espera de ser atendidas para una consulta de especialidad médica u odontológica, para un procedimiento o prueba diagnóstica o para una intervención quirúrgica programada, solicitada por un profesional médico u odontólogo autorizado en la red y teniendo documentada tal petición.

Operacionalmente el concepto de lista de espera se entiende como el universo de registros que no poseen una causal de salida y aquellos identificados por la causal de salida N° 3, es decir, aquellos pacientes que se encuentran en re-evaluación para definición del diagnóstico.

La inclusión en el registro debe considerar, a todas las personas, aún cuando la atención requerida no forme parte de la cartera de servicios del establecimiento de referencia, en cuyo caso el gestor de red, debe resolver el caso a través de la oferta de su red y de las macrorredes.

No se deben ingresar pacientes que tengan criterio de inclusión para patología GES asociada al diagnóstico de la derivación o de la intervención, ya que poseen cobertura garantizada para dicha prestación; si durante su permanencia en lista de espera el paciente adquiere algún criterio de inclusión considerado en el Decreto GES vigente, que se encuentre asociado al diagnóstico que lo ingresó a la lista, debe ser egresado de ella e incorporado a la vía de cobertura garantizada de ese problema de salud GES.

2.6.1.11 Tiempo de Espera

El tiempo de espera de un paciente, en el contexto de esta Norma Técnica se define como el tiempo transcurrido entre la fecha de entrada a la lista y la fecha de salida de ella; en fórmula corresponde a la diferencia de días entre ambas fechas. Se deberá entender como fecha de entrada, a la fecha en la cual se indicó la realización de la atención, es decir, una evaluación de especialidad, una intervención quirúrgica o un determinado procedimiento; y como fecha de salida, aquélla en la cual se realizó la atención, o se identificó alguna de las otras causales de salida.

2.6.1.12 Lista de Espera de Consulta Nueva Especialidad

La Consulta Nueva de Especialidad corresponde a “La primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución al problema de salud” y es independiente de atenciones anteriores que se hayan efectuado al usuario en la misma especialidad.

Adicionalmente “la consulta odontológica, debe corresponder a la primera vez que el paciente, en el año calendario, ingresa a tratamiento por una determinada patología odontológica en el establecimiento (se excluyen las consultas de urgencia)”.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Este presente capítulo se dará a conocer metodología de investigación utilizada

3.1 Metodología de análisis

Con la finalidad de dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados en apartados precedentes, la siguiente investigación realiza en primera instancia un análisis preliminar que permite contextualizar el desarrollo de la investigación, tanto a nivel nacional e internacional, como una forma de realizar una “copia” mejorada en cuanto a la forma de abordar las temáticas referentes a listas de espera. En este contexto, se busca a través del análisis de información de las listas de espera de consulta de nueva especialidad de la provincia de Ñuble, a enero del 2015, obtener resultados que sean relevantes para entender cómo se presenta este tema en la provincia, sus puntos críticos y a partir de ello elaborar propuestas de mejora al sistema.

En el transcurso de la investigación se realiza tanto un análisis descriptivo como estadístico de los datos, en el que se establecen grados de asociación entre las variables. Para ello, se utiliza el programa estadístico SPSS, versión 18. Y Excel.

3.1.1 Análisis preliminar univariado y bivariado

El análisis univariado comprende el estudio de una variable a la vez y es utilizado como una forma de contextualizar las variables y conceptos claves de la investigación, dado que se caracteriza por ser básicamente un análisis de tipo descriptivo.

El análisis bivariado en tanto permite establecer niveles de asociación entre dos variables y para efectos de la investigación permite visualizar relaciones entre los factores que pueden tener alguna relación con las listas de espera.

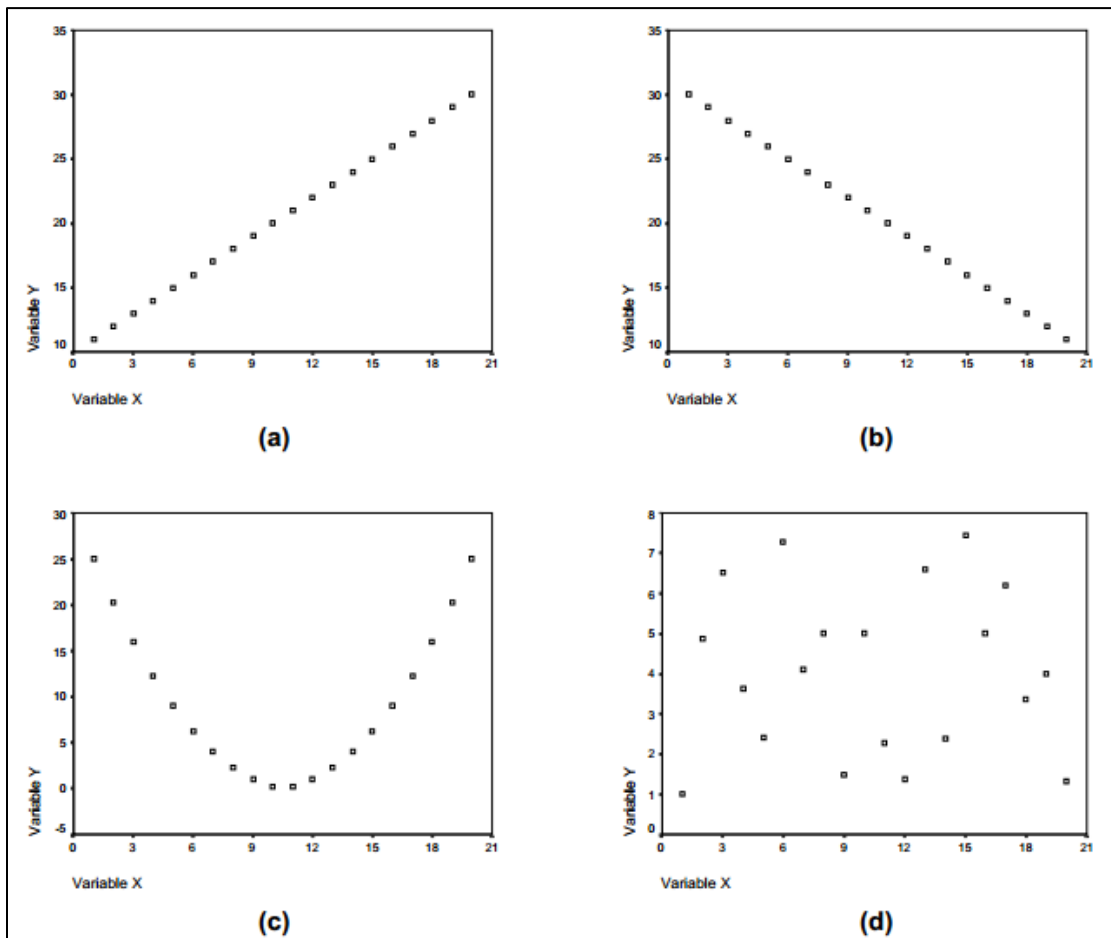
3.1.1.1 Análisis de correlación lineal simple

El concepto de relación o correlación se refiere al grado de variación conjunta existente entre dos o más variables. Para el caso del estudio, este se centra en una relación denominada lineal simple, dado que se consideran únicamente dos variables.

Una relación lineal positiva entre dos variables X e Y indica que los valores de las dos variables varían de forma parecida: los sujetos que puntúan alto en X tienen a puntuar alto en Y y aquellos que puntúan bajo en X tienden a puntuar bajo en Y. Una relación lineal negativa significa que los valores de las dos variables varían justamente al revés: los sujetos que puntúan alto en X tienden a puntuar bajo en Y y los que puntúan bajo en X tienden a puntuar alto en Y.

La forma directa e intuitiva de formar una primera impresión sobre el tipo de relación existente entre dos variables es a través de un diagrama de dispersión. Un diagrama de dispersión es un gráfico en el que una de las variables (X) se coloca en el eje de las abscisas, la otra (Y) en el de ordenadas y los pares (X, Y) se representan como una nube de puntos. La forma de la nube de puntos nos informa sobre el tipo de relación existente entre las variables. La siguiente figura muestra cuatro diagramas de dispersión que reflejan cuatro tipos de relación diferentes.

Ilustración 4: Diagramas de dispersión.



Fuente: Análisis datos multivariable. Universidad Católica del Maule.

La figura muestra una situación en la que cuantos mayores son los valores en una de las variables, mayores son también los valores en la otra; cuando esto acontece, los puntos forman una línea recta ascendente y se habla de relación lineal positiva. Por otra parte, la figura B representa aquella situación en la que, cuanto mayores son las puntuaciones en una de las variables, menores son las puntuaciones en la otra; cuando esto ocurre, los puntos se sitúan en una línea recta descendente y se habla de relación lineal negativa. En

la figura C se aprecia una pauta de variación, pero no es lineal, dado que los puntos no dibujan una línea recta. Y en la figura D no parece existir ninguna relación clara, lo que se refleja en una nube de puntos dispersa, distante de lo que es línea recta.

Sin embargo, utilizar un diagrama de dispersión como una forma de cuantificar la relación entre dos variables no es, en la práctica, tan útil como puede parecer a primera vista. Esto debido a que la relación entre dos variables no siempre es perfecta o nula, de allí la necesidad de usar algún índice numérico capaz de cuantificar el grado de ajuste con mayor precisión de lo que un diagrama de dispersión permite realizar.

Estos índices numéricos suelen denominarse coeficientes de correlación y sirven para cuantificar el grado de relación lineal existente entre dos variables cuantitativas. Por lo demás, al mismo tiempo que permiten cuantificar el grado de relación lineal que existe entre dos variables, también sirven para valorar el grado de ajuste de la nube de puntos a una línea recta.

El coeficiente de correlación de Pearson es catalogado como el mejor coeficiente y el más usado para estudiar el grado de relación lineal existente entre dos variables cuantitativas. Suele representarse por "r" y toma valores entre -1 y 1: un valor de 1 indica relación lineal perfecta positiva; un valor de -1 indica relación lineal perfecta negativa y un valor 0 indica relación lineal nula. Este coeficiente representa una medida simétrica, es decir, la correlación entre X e Y es la misma que entre Y y X.

Es importante mencionar que dada la investigación el nivel de significancia para el índice de correlación no es aplicable, dado que se trabaja sobre una población. Es decir, la relación que de los datos se obtenga reflejará lo que acontece al interior de la institución.

3.1.2 Medios de recolección de información

La información referente al diagnóstico de la situación actual y todo aquello que concierne a establecer mejoras al funcionamiento de listas de espera, entendiéndose por ello las problemáticas que le conciernen, fueron obtenidas mediante entrevistas a diversos entes participantes del proceso en cuestión. De esta forma, se recurrió a:

- Jefe de Sección SERGIE de Dirección de Servicio de Salud Ñuble: Sra. Bellaluz Espinoza, profesión Nutricionista. Proporciona antecedentes de la actual gestión de listas de espera.
- Jefe de Departamento Bioestadística de Dirección de Servicio de Salud Ñuble: Sra. Debora Figueroa, profesión Ingeniero en Administración de Empresas. Proporciona antecedentes de la actual gestión de listas de espera.
- Jefe de SOME Hospital Clínico Herminda Martin: Sra. Elizabeth Abarca, profesión Ingeniero Comercial. Proporciona antecedentes de la actual gestión de listas de espera.
- Jefa de SOME de Hospital San Carlos: Sra. Ivonne Guzmán, profesional enfermera. Proporciona antecedentes de la actual gestión de listas de espera.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este presente capítulo se dará a conocer el análisis de resultados de la investigación

4.1 Diagnóstico de la situación actual

En el siguiente apartado se estudiara la situación actual del Servicio de Salud Ñuble en lista de espera no quirúrgica

4.1.1 Análisis de datos de la Gestión de la Lista de Espera No Quirúrgica en el Servicio de Salud Ñuble

El siguiente apartado busca demostrar cómo es el comportamiento de las listas de espera en la provincia de Ñuble, en términos de tiempo de espera, grupos etarios, especialidades y establecimientos hospitalarios, rescatando aspectos críticos para el desarrollo de mejoras en el sistema.

En primera instancia se analiza la lista de espera resuelta desde el año 2006 hasta el 15 de enero de 2015, para posteriormente estudiar la lista de espera vigente desde el año 2007 hasta la misma fecha, con el objetivo de entender el proceso de seguimiento de los pacientes en espera de atención y que permitan, más allá de determinar la demanda por el servicio, poder entender el contexto individual de los registros de clasificación por especialidad, establecimiento de origen y destino, causales de salida, antigüedad de espera, etc.

4.1.1.1 Lista de espera resuelta por especialidad, demanda y tiempo de espera.

Tal como se ha mencionado en apartados precedentes, se entiende por lista de espera al conjunto de personas que en un momento dado se encuentran en espera de ser atendidas para una consulta de especialidad médica u odontológica, para un procedimiento o prueba diagnóstica o para una intervención quirúrgica programada, solicitada por un profesional médico u odontólogo autorizado en la red y teniendo documentada dicha petición.

En ese marco definitorio es importante considerar que cuando se hace alcance del concepto de lista de espera, en realidad se hace referencia al total de registros que no poseen una causal de salida, además de aquellos que se encuentran en reevaluación para definir su diagnóstico. Sin embargo, es importante hacer el alcance de que en primera instancia se realizará el análisis de la lista de espera resuelta en el SSÑ, para luego dar inicio al estudio de la lista de espera vigente en el servicio.

4.1.1.1 Causales de salida

De acuerdo a lo definido en la Norma Técnica para el Registro de Listas de Espera, la salida del registro ocurre cuando se presenta cualquier causal de salida que se menciona a continuación:

1. Ges: Corresponde a registros relacionados a pacientes para quienes esta prestación posee una cobertura garantizada.
2. Atención realizada: Corresponde a la consulta de especialidad mediante la cual el paciente es atendido por el especialista. Se aceptan tanto las prestaciones entregadas en los establecimientos públicos de la red del Servicio de Salud y privadas gestionadas por la misma entidad.
3. Procedimiento informado: Corresponde al procedimiento que requiere ser informado por el especialista para la lectura del profesional solicitante.
4. Indicación médica para reevaluación: Corresponde a la evaluación de antecedentes clínicos realizado por un médico. El usuario sale de la lista una vez reevaluado y atendido nuevamente en la especialidad solicitada.
5. Cambio de asegurador: Corresponde a la pérdida de calidad de beneficiario.
6. Renuncia o rechazo voluntario del usuario del usuario
7. Recuperación espontánea: Corresponde a la recuperación del usuario sin que haya recibido la atención solicitada.

8. Dos inasistencias efectivas sin previo aviso. No incluye pacientes que no pudieron ser contactados.
9. Fallecimiento
10. Solicitud de indicación duplicada: Corresponde al registro duplicado de indicación de atención o intervención, coincidentes en los datos del usuario, prestación solicitada, establecimiento de destino.
11. Contacto no corresponde: Corresponde a la imposibilidad de ubicar al usuario por error de los datos del contacto.
12. No corresponde realizar cirugía
13. Traslado coordinado: Aplica a aquellos usuarios que dan aviso de un traslado en forma permanente hacia otro servicio de salud. El establecimiento de destino deberá reconocer la antigüedad del ingreso a la lista de espera.
14. No pertinencia: Corresponde a la identificación de una interconsulta que no cumple con los protocolos de derivación validada que resguarde el nivel de atención bajo el cual el paciente debe ser resuelto, siendo el motivo de derivación factible de solucionar en la atención primaria donde el paciente debe ser reevaluado.

Entendiendo el conceptual de las causales de salida, la siguiente tabla muestra el listado de causales identificadas en la lista de espera resuelta a enero de este año. De acuerdo a esto, el 72% del registro de las salidas de espera corresponde a atención realizada, el 13% a no pertinencia, situación que implica que el usuario podría haber sido resuelto en su primera atención sin necesidad de haber sido derivado, y alrededor del 4% corresponde al rechazo o renuncia del usuario para recibir el servicio.

Tabla 1: Tiempo de espera por causal de salida

Causal de Salida	N° Prestaciones	% Del total
Atención Realizada	208.859	72,08%
No pertinencia	38.081	13,14%
Renuncia o Rechazo Voluntario	11.447	3,95%
Inasistencias	9.735	3,36%
Contacto no corresponde	7.640	2,64%
Fallecimiento	3.496	1,21%
Solicitud de Indicación Duplicada	3.338	1,15%
Atención otorgada en el extra sistema	2.309	0,80%
Recuperación Espontánea	1.021	0,35%
Traslado coordinado	927	0,32%
GES	901	0,31%
Atención realizada por resolutividad	779	0,27%
Procedimiento Informado	651	0,22%
No corresponde realizar cirugía	369	0,13%
Cambio de Asegurador	189	0,07%
Atención realizada por telemedicina	4	0,00%
Total general	289.746	100,00%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑ 2015.

Sin embargo, no por ser menores, deja de ser relevante el cuestionar motivos como el por qué existe un grupo de personas que deciden tomar la atención de atenderse en establecimientos del extra sistema, o por qué no asisten a las consultas o por qué rechazan la atención. El tiempo de espera de las causales de salida mencionadas puede, en algún aspecto, representar el motivo del por qué el usuario decide no continuar esperando su atención, situación que por lo demás genera una percepción negativa del sistema, desde el punto de vista del usuario.

La siguiente tabla muestra los días que esperan en promedio las personas que se agrupan en las tres causales de salida mencionadas en el ejemplo anterior. Una persona que decide atenderse en un establecimiento fuera del servicio, espera en promedio 432 días, lo que es equivalente a un aproximado de 14 meses, entendiendo que las personas tienen como fecha de salida del sistema el momento en que el establecimiento toma conocimiento de dicha atención, lo que puede o no coincidir con el momento en que la persona fue llamada para recibir su atención y manifestó entonces su situación. Situación similar ocurre con las inasistencias o los rechazos, cuyos tiempos de espera son mayores aún.

Tabla 2: Tiempo de espera por causal de salida

Causal de Salida	Promedio de Tiempo de Espera	Máximo Tiempo de Espera
Atención otorgada en el extra sistema	432	2.254
Inasistencias	508	2.512
Renuncia o Rechazo Voluntario	519	2.597
Total general	506	2.597

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑ 2015.

Ahora bien, si se realiza la división entre Especialidades Médicas v/s Especialidades Odontológicas por causal de salida, se observa que la cantidad de prestaciones realizadas son mayoritarias en ambas especialidades, pero para el caso de las odontológicas la preponderancia es bastante menor: para este caso el 56% corresponde a realizadas y el 29% corresponde a una atención que podría haber sido resuelta en la primera atención (Ver tabla 3).

Tabla 3: Tiempo de espera por causal de salida

Causal de Salida	Médicas	Odontológicas
Atención Realizada	75,31%	56,14%
No pertinencia	9,86%	29,35%
Renuncia o Rechazo Voluntario	4,05%	3,48%
Inasistencias	3,63%	2,03%
Contacto no corresponde	2,68%	2,44%
Fallecimiento	1,31%	0,70%
Solicitud de Indicación Duplicada	1,26%	0,62%
Atención otorgada en el extra sistema	0,62%	1,69%
Recuperación Espontánea	0,39%	0,15%
Traslado coordinado	0,26%	0,61%
GES	0,26%	0,56%
Atención realizada por resolutivez	0,25%	0,35%
Procedimiento Informado	0,03%	1,17%
No corresponde realizar cirugía	0,03%	0,63%
Cambio de Asegurador	0,06%	0,08%
Atención realizada por telemedicina	0,00%	0,00%
Total general	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑ 2015.

Por otra parte, a través del estudio de la causal “No pertinencia” se obtiene que existen 41 establecimientos que han realizado la derivación a interconsulta de algún usuario, siendo que el motivo de su derivación podría haber sido resuelto en la atención primaria. Por lo demás, la participación de esta causal como motivo de la salida de los usuarios de la lista de espera no es menor, con un 13% del total de prestaciones ingresadas al registro. El listado de establecimientos es el que se muestra a continuación, con la respectiva cantidad de personas derivadas a lista de espera: El Hospital Clínico Herminda Martín es el que tienen mayor importancia relativa en este ítem.

Tabla 4: Establecimientos que derivan usuarios que tienen por causal de salida “No pertinencia”

Causal de Salida	Nº Prestaciones	% Del total
Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	7.246	19%
Centro de Salud Familiar San Ramón Nonato	4.206	11%
Centro de Salud Familiar Violeta Parra	2.290	6%
Centro de Salud Familiar Los Volcanes	1.887	5%
Centro de Salud Familiar Coihueco	1.821	5%
Centro de Salud Familiar Dr. Federico Puga	1.591	4%
Centro de Salud Familiar Ultraestación	1.535	4%
Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme	1.340	4%
Hospital Comunitario de Salud Familiar de El Carmen	1.285	3%
Centro de Salud Familiar Dr. José Duran Trujillo	1.003	3%
Hospital C. de Salud Familiar Pedro Morales Campos (Yungay)	970	3%
Centro de Salud Familiar Teresa Baldechi	916	2%
Centro de Salud Familiar Pinto	905	2%
Centro de Salud Familiar Quillón	802	2%
Centro de Salud Familiar Pemuco	706	2%
Centro de Salud Familiar Quiriquina	700	2%
Hospital de San Carlos	694	2%
Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes	674	2%
Centro de Salud Familiar San Gregorio	602	2%
Centro de Salud Familiar Santa Clara	591	2%
Centro de Salud Familiar Luis Montecinos	565	1%
Centro de Salud Familiar San Ignacio	536	1%
Centro de Salud Familiar Campanario	535	1%
Hospital C. de Salud Familiar Dr. Eduardo Contreras Trabucco de Coelemu	518	1%
Centro de Salud Familiar Dra. Michelle Bachelet	459	1%
Centro de Salud Familiar Dr. David Benavente de Ninhue	449	1%
Posta de Salud Rural Trehualemu	410	1%
Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue	404	1%
Centro de Salud Familiar San Nicolás	389	1%
Centro de Salud Familiar Quinchamalí	287	1%
Centro de Salud Familiar Cobquecura	273	1%
Centro de Salud Familiar Portezuelo	265	1%
Centro de Salud Familiar Sol de Oriente	249	1%
Centro de Salud Familiar Ñipas	226	1%
Centro de Salud Familiar Treguaco	224	1%
Centro de Salud Familiar San Fabián	180	0%
SAPU-José Durán Trujillo	152	0%
Posta de Salud Rural Ranguelmo	100	0%
Centro Comunitario de Salud Familiar Valle Hondo	57	0%
Posta de Salud Rural Ñiquén	22	0%
Actividades gestionadas por la Dirección del Servicio	17	0%
Total general	38.081	100%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑ 2015.

4.1.1.1.2 Demanda y tiempo de espera

El estudio de la demanda por especialidad considera en adelante para el análisis de lista de espera resuelta sólo tres causales de salida: atención realizada, atención realizada por telemedicina y atención realizad por resolutiveidad.

Existe un listado de 45 especialidades que fueron ingresadas en la lista de espera resuelta del Servicio de Salud Ñuble, hasta el corte realizado el 15 de enero del año 2015. La Consulta Nueva de Especialidad corresponde a la primera atención generada de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución al problema de salud. Actualmente estas se clasifican en espacialidades médicas y odontológicas, las que tienen diferente demanda por los usuarios (Ver tabla 5).

Tabla 5: Demanda de prestaciones resueltas por tipo de especialidad en el SSÑ a enero de 2015.

Tipo de Especialidad	Demanda (N°)	Demanda (%)
Especialidades Médicas	182.102	86,86%
Especialidades Odontológicas	27.540	13,14%
Total General	209.642	100%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑ 2015.

Las especialidades médicas constituyen las prestaciones más requeridas por los usuarios, con un 87%, en tanto que las especialidades odontológicas sólo corresponden en un 13%. Ahora bien, es importante destacar que en el primer grupo y también mayoritario, se incorporan 35 especialidades, mientras que el grupo odontológicas sólo se agrupan 10 de estas.

En total las especialidades que forman parte de la lista de espera resuelta del SSÑ son 45 y de estas sólo 14 conforman el 80% de las prestaciones otorgadas por el MINSAL, entre las que se encuentran Oftalmología, Cirugía Adulto, Traumatología, Rehabilitación: Prótesis Removible, Otorrinolaringología, Neurología, Ginecología, Dermatología, Endodoncia, Cirugía Infantil, Cardiología, Gastroenterología, Urología y Medicina Interna (Ver tabla 6).

Tabla 6: Demanda de prestaciones en el SSÑÑ a enero de 2015.

N°	Prestación MINSAL	Demanda (N°)	Demanda (%)
1	Oftalmología	49.289	23,51%
2	Cirugía Adulto	14.518	6,93%
3	Traumatología	13.801	6,58%
4	Otorrinolaringología	13.313	6,35%
5	Ginecología	12.577	6,00%
6	Neurología	12.067	5,76%
7	Rehabilitación:Prótesis Removible	10.193	4,86%
8	Dermatología	9.555	4,56%
9	Endodoncia	7.594	3,62%
10	Cirugía Infantil	7.578	3,61%
11	Cardiología	5.361	2,56%
12	Medicina Interna	5.287	2,52%
13	Gastroenterología	5.054	2,41%
14	Urología	4.579	2,18%
15	Obstetricia	4.402	2,10%
16	Endocrinología	3.670	1,75%
17	Psiquiatría	3.406	1,62%
18	Pediatría	3.152	1,50%
19	Cirugía y Traumatología Máxilo Facial	3.034	1,45%
20	Cirugía de mama	2.492	1,19%
21	Neurocirugía	2.232	1,06%
22	Nfrología	1.843	0,88%
23	Odontopediatría	1.720	0,82%
24	Broncopulmonar	1.676	0,80%
25	Reumatología	1.568	0,75%
26	Ortodoncia	1.548	0,74%
27	Med. Física y Rehabilitación	1.277	0,61%
28	Periódoncia	1.052	0,50%
29	Rehabilitación: Prótesis Fija	924	0,44%
30	Cirugía Bucal	818	0,4%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

Tabla 6: Demanda de prestaciones en el SSÑÑ a enero de 2015. (Continuación)

N°	Prestación MINSAL	Demanda (N°)	Demanda (%)
31	Hematología	797	0,38%
32	Cirugía Máxilo Facial	648	0,31%
33	Cirugía Vascular Periférica	566	0,27%
34	Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial	560	0,27%
35	Oncología	522	0,25%
36	Neonatología	306	0,15%
37	Cirugía Plástica	182	0,09%
38	Genética	175	0,08%
39	Enf. Transmisión Sexual	106	0,05%
40	Odontología Indiferenciado	97	0,05%
41	Cirugía Tórax	41	0,02%
42	Cirugía Abdominal	39	0,02%
43	Cardiología	20	0,01%
44	Infectología	2	0,00%
45	Cirugía Protológica	1	0,00%
Total general		209.642	100%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

Sin embargo, más que por su demanda, cuando se hace referencia a listas de espera se busca entender cuál es el tiempo que el usuario demora en su atención. Para ello, es importante considerar que aquellas prestaciones que son mayormente demandas no son necesariamente las que más tiempo involucran en espera al usuario.

Es términos del tipo de especialidad al que se refiere, son las especialidades odontológicas las que involucran mayor tiempo de espera, con 10 meses en promedio, en tanto que las especialidades médicas, que resultan ser las más demandadas, sólo consideran 8 meses de espera en promedio (lo que no necesariamente implica ser “mejor”) (Ver tabla 7).

Tabla 7: Tiempo de espera por tipo de especialidad. SSÑÑ a enero de 2015.

Tipo de Especialidad	Tiempo Promedio (Días)	Tiempo Promedio (Meses)
Especialidades Odontológicas	303,3	10,1
Especialidades Médicas	235,8	7,9

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

Si se revisa el detalle por especialidad, en promedio el total de las prestaciones tienen un tiempo de espera de 8,2 meses: 20 se encuentran sobre ese tiempo y las 25 restantes bajo este. La siguiente tabla considera el tiempo promedio de espera por especialidad y el máximo tiempo al que se han visto expuestos los usuarios.

Tabla 8: Tiempo de espera por especialidad. SSÑÑ a enero de 2015.

Nº	Prestación MINSAL	Tiempo Espera Promedio (Mes)	Tiempo Espera Máximo (Mes)
1	Cirugía Vascul ar Periférica	19,5	47,0
2	Neurocirugía	17,0	62,5
3	Odontología Indiferenciado	16,2	50,6
4	Ortodoncia	16,1	81,7
5	Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial	15,9	78,1
6	Urología	14,0	44,0
7	Cirugía de mama	13,5	54,0
8	Rehabilitación:Prótesis Removible	13,1	87,8
9	Gastroenterología	12,3	61,6
10	Cirugía Bucal	12,2	80,5
11	Otorrinolaringología	12,0	65,8
12	Traumatología	11,9	76,1
13	Cirugía Adulto	10,6	52,0
14	Cardiología	9,5	50,0
15	Ginecología	8,9	69,1
16	Med. Física y Rehabilitación	8,9	43,6
17	Odontopediatría	8,8	75,9
18	Cirugía Plástica	8,7	33,8
19	Cirugía y Traumatología Máxilo Facial	8,4	62,6
20	Dermatología	8,3	56,5
21	Rehabilitación: Prótesis Fija	7,9	71,9
22	Neurología	7,8	46,8
23	Periódoncia	7,4	84,6
24	Hematología	6,6	36,9
25	Cirugía Protológica	6,4	6,4

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

Tabla 8: Tiempo de espera por especialidad. SSÑÑ a enero de 2015. (Continuación)

Nº	Prestación MINSAL	Tiempo Espera Promedio (Mes)	Tiempo Espera Máximo (Mes)
26	Reumatología	6,4	35,9
27	Psiquiatría	6,3	40,1
28	Cirugía Infantil	6,2	52,2
29	Endodoncia	5,8	63,4
30	Cirugía Máxilo Facial	5,6	37,0
31	Oftalmología	5,2	74,6
32	Nefrología	5,0	45,5
33	Endocrinología	4,6	40,8
34	Genética	4,1	14,3
35	Medicina Interna	3,2	32,1
36	Broncopulmonar	2,7	21,5
37	Cardiología	2,1	8,9
38	Cirugía Tórax	1,9	8,5
39	Infectología	1,7	3,0
40	Enf. Transmisión Sexual	1,2	5,0
41	Pediatría	1,1	62,6
42	Oncología	1,0	16,2
43	Cirugía Abdominal	0,8	6,1
44	Neonatología	0,7	8,5
45	Obstetricia	0,4	11,9
Total general		8,2	87,8

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

4.1.1.1.3 Asociación entre demanda y tiempo de espera por especialidad

Anteriormente se mencionaron aquellas especialidades que más fueron demandadas y también aquellas que involucran mayor tiempo de espera. Preliminarmente se observa que aquellas que más esperan no son necesariamente las que más se demandan.

A través de una prueba de correlación, en la que se asocia el tiempo de espera y la demanda de cada prestación, se busca entender desde un punto de vista estadístico cuál es la relación entre ambas variables: demanda y tiempo de espera.

El resultado de la prueba demuestra que el grado de asociación entre la demanda por las prestaciones y el tiempo de espera de cada una es positivo, pero muy leve. Es decir, en la medida que aumenta la demanda también lo hace el tiempo de espera asociado a ello,

pero dicha relación es muy débil, lo que también se demuestra con el coeficiente de determinación, que con un 0,3% refleja una debilidad en la relación lineal (Ver tabla 9).

Tabla 9: Análisis de correlación: demanda y tiempo de espera de las prestaciones.

Coeficiente de correlación	0,0507549
Coeficiente de determinación	0,258%

Fuente: Elaboración propia

4.1.1.1.4 Establecimientos que más derivan y más resuelven

Existe un listado de 43 establecimientos que realizan la primera atención del usuario y lo derivan a través de interconsulta. El 80% de las derivaciones son realizadas por 20 establecimientos, en donde el Hospital Clínico Herminda Martín abarca el 14%, seguido con un 7% por el Centro de Salud Familiar Violeta Parra.

Tabla 10: Establecimiento de origen. Lista de espera resuelta.

N°	Establecimiento	N° Prestaciones	% Prestaciones
1	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	29.948	14,29%
2	Centro de Salud Familiar Violeta Parra	15.271	7,28%
3	Centro de Salud Familiar Teresa Baldechi	14.482	6,91%
4	Centro de Salud Familiar Dr. José Duran Trujillo	13.073	6,24%
5	Centro de Salud Familiar San Ramón Nonato	12.616	6,02%
6	Hospital de San Carlos	9.701	4,63%
7	Centro de Salud Familiar Coihueco	7.362	3,51%
8	Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme	6.623	3,16%
9	Centro de Salud Familiar Los Volcanes	6.339	3,02%
10	Centro de Salud Familiar Quillón	6.286	3,00%
11	Centro de Salud Familiar Ultraestación	6.221	2,97%
12	Centro de Salud Familiar San Nicolás	6.157	2,94%
13	Centro de Salud Familiar Dr. Federico Puga	5.516	2,63%
14	Centro de Salud Familiar San Gregorio	5.374	2,56%
15	Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes	4.850	2,31%
16	Centro de Salud Familiar Pinto	4.372	2,09%
17	Hospital Comunitario de Salud Familiar de El Carmen	3.965	1,89%
18	Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue	3.932	1,88%
19	Centro de Salud Familiar Santa Clara	3.565	1,70%
20	Hospital Comunitario de Salud Familiar Pedro Morales Campos (Yungay)	3.527	1,68%
21	Hospital C. de Salud Familiar Dr. Eduardo Contreras Trabucco de Coelemu	3.322	1,58%
22	Centro de Salud Familiar Pemuco	3.301	1,57%
23	Centro de Salud Familiar San Ignacio	3.274	1,56%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

Tabla 1011: Establecimiento de origen. Lista de espera resuelta. (Continuación).

Nº	Establecimiento	Nº Prestaciones	% Prestaciones
24	Centro de Salud Familiar Dr. David Benavente de Ninhue	3.009	1,44%
25	Centro de Salud Familiar Quiriquina	2.981	1,42%
26	Centro de Salud Familiar San Fabián	2.530	1,21%
27	Centro de Salud Familiar Sol de Oriente	2.522	1,20%
28	Centro de Salud Familiar Cobquecura	2.495	1,19%
29	Centro de Salud Familiar Portezuelo	2.311	1,10%
30	Centro de Salud Familiar Campanario	2.264	1,08%
31	Centro de Salud Familiar Dra. Michelle Bachelet	2.133	1,02%
32	Centro de Salud Familiar Ñipas	2.123	1,01%
33	Centro de Salud Familiar Treguaco	2.080	0,99%
34	Centro de Salud Familiar Luis Montecinos	1.900	0,91%
35	Centro de Salud Familiar Quinchamalí	1.522	0,73%
36	Posta de Salud Rural Trehualemu	850	0,41%
37	Centro Comunitario de Salud Familiar Valle Hondo	826	0,39%
38	Posta de Salud Rural Ranguelmo	370	0,18%
39	SAPU-José Durán Trujillo	354	0,17%
40	Posta de Salud Rural Ñiquén	211	0,10%
41	Actividades gestionadas por la Dirección del Servicio	82	0,04%
42	Posta de Salud Rural Pedregal de Zapallar	1	0,00%
43	COSAM San Carlos	1	0,00%
Total general		209.642	100%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

Por otra parte, es también el Hospital Clínico Herminda Martín el establecimiento que más resuelve, seguido por el Hospital de San Carlos. Sólo entre estos dos centros se responde al 84% de la demanda por prestaciones, y el restante 16% se parcializa en 40 establecimientos, entre los que se consideran Cesfam y hospitales.

Tabla 11: Establecimiento de destino. Lista de espera resuelta.

Nº	Establecimiento	Nº Prestaciones	% Prestaciones
1	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	129.780	61,91%
2	Hospital de San Carlos	46.668	22,26%
3	Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes	3.888	1,85%
4	Centro de Salud Familiar Ultraestación	2.655	1,27%
5	Centro de Salud Familiar Violeta Parra	2.618	1,25%
6	Centro de Salud Familiar San Ramón Nonato	2.216	1,06%
7	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)	2.176	1,04%
8	Centro de Salud Familiar Coihueco	1.738	0,83%
9	Centro de Salud Familiar Dra. Michelle Bachelet	1.559	0,74%
10	Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme	1.450	0,69%
11	Hospital C. de Salud Familiar Dr. Eduardo Contreras Trabucco de Coelemu	1.333	0,64%
12	Centro de Salud Familiar Santa Clara	1.140	0,54%
13	Centro de Salud Familiar Los Volcanes	1.120	0,53%
14	Centro de Salud Familiar Dr. David Benavente de Ninhue	928	0,44%
15	Centro de Salud Familiar Pinto	915	0,44%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

Tabla 12: Establecimiento de destino. Lista de espera resuelta. (Continuación).

N°	Establecimiento	N° Prestaciones	% Prestaciones
16	Centro de Salud Familiar Quillón	886	0,42%
17	Centro de Salud Familiar Ñipas	885	0,42%
18	Centro de Salud Familiar San Ignacio	799	0,38%
19	Centro de Salud Familiar Treguaco	727	0,35%
20	Centro de Salud Familiar Campanario	675	0,32%
21	Centro de Salud Familiar Cobquecura	673	0,32%
22	Centro de Salud Familiar Quiriquina	667	0,32%
23	Centro de Salud Familiar Dr. Federico Puga	601	0,29%
24	Centro de Salud Familiar Portezuelo	588	0,28%
25	Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue	553	0,26%
26	Centro de Salud Familiar Sol de Oriente	492	0,23%
27	Hospital Comunitario de Salud Familiar Pedro Morales Campos (Yungay)	376	0,18%
28	Hospital Comunitario de Salud Familiar de El Carmen	347	0,17%
29	Centro de Salud Familiar Luis Montecinos	332	0,16%
30	Centro de Salud Familiar Pemuco	327	0,16%
31	COSAM Chillán	202	0,10%
32	Posta de Salud Rural Trehualemu	113	0,05%
33	Posta de Salud Rural Ranguelmo	94	0,04%
34	Centro de Salud Familiar San Fabián	68	0,03%
35	Centro Comunitario de Salud Familiar Los Alpes	24	0,01%
36	Centro de Salud Familiar San Gregorio	12	0,01%
37	Hospital Traumatólogo (Concepción)	6	0,00%
38	Centro de Salud Familiar Quinchamalí	5	0,00%
39	Hospital de Tomé	2	0,00%
40	Centro de Salud Familiar Teresa Baldechi	2	0,00%
41	Centro de Salud Familiar San Nicolás	1	0,00%
42	Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	1	0,00%
Total general		209.642	100%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

4.1.1.1.5 Grupo etario

Para el desarrollo de este apartado se calcula la edad del individuo al momento de ingresar a la lista de espera, para posteriormente clasificarlos en 5 grupos: 0 a 9 años, 10 a 19 años, 20 a 44 años, 45 a 64 años y 65 y más.

El grupo etario que más ingresa a la lista de espera corresponde a personas de entre 45 a 64 años con un 37% de la demanda por servicios, seguido por el grupo de 20 a 44 años y 65 años y más, con un 36% y 15% respectivamente (Ver tabla 13).

Tabla 13: Demanda de prestaciones por grupo etario.

Grupo Etario	N° Prestaciones	% Prestaciones
45 a 64 años	76.982	36,72%
20 a 44 años	54.033	25,77%
65 años y más	31.610	15,08%
0 a 9 años	25.548	12,19%
10 a 19 años	21.469	10,24%
Total general	209.642	100%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

Por otro lado, del total de prestaciones otorgadas, en el grupo etario más demandante en las especialidades médicas corresponde en un 38% a personas entre 45 a 64 años, seguido por el tramo de edad entre 20 y 44 años. En lo que se refiere a las especialidades odontológicas, el 33% de estas son demandadas por usuarios entre 20 y 44 años, seguida con un 27% por el grupo entre 45 a 64 años.

Tabla 14: Demanda de prestaciones por tipo de especialidad y grupo etario.

Tipo de Especialidad	Tramos de Edad					Total general
	0 a 9 años	10 a 19 años	20 a 44 años	45 a 64 años	65 años y más	
Especialidades Médicas	12,39%	9,76%	24,65%	38,17%	15,03%	100,00%
Especialidades Odontológicas	10,86%	13,40%	33,20%	27,16%	15,38%	100,00%
Total general	12,19%	10,24%	25,77%	36,72%	15,08%	100,00%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

En lo que se refiere al tiempo de espera, son las especialidades odontológicas a las que se le asocia tanto un mayor tiempo promedio como el máximo involucrado. Las especialidades médicas esperan en promedio, total grupo etario, 7,9 meses con un máximo de 76, en tanto que las especialidades odontológicas esperan en promedio 10 meses, con un máximo de 87,8. (Ver tabla 15).

El grupo etario que más espera en la clasificación de las especialidades médicas corresponde a personas entre 45 a 64 años de edad, fuertemente asociado a la cirugía vascular periférica, cirugía infantil y neurocirugía, con tiempos de espera superiores a 18 meses. Por su parte, de las especialidades odontológicas, el grupo etario que más tiempo espera, en promedio, son las personas entre 0 y 9 años y con edad superior a 65 años. En el primer grupo el mayor tiempo viene asociado a las prestaciones odontología

indiferenciado, trastornos temporomandibulares y dolor orofacial y ortodoncia, con promedios de espera superiores a los 15 meses.

Tabla 15: Tiempo de espera (meses) por tipo de especialidad y grupo etario.

Tramos de Edad	Especialidades Médicas		Especialidades Odontológicas	
	Promedio de Tiempo de Espera	Máximo Tiempo de Espera	Promedio de Tiempo de Espera	Máximo Tiempo de Espera
0 a 9 años	6,8	62,6	11,3	81,7
10 a 19 años	6,9	64,7	9,7	78,1
20 a 44 años	7,8	74,6	8,7	86,5
45 a 64 años	8,5	76,1	10,9	87,8
65 años y más	7,9	68,9	11,3	85,6
Total general	7,9	76,1	10,1	87,8

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

4.1.1.2 Lista de espera por especialidad, demanda y tiempo de espera.

La lista de espera vigente en el SSÑ al 15 de enero de este año es de 66.259, de las que el 76% corresponde a especialidades médicas y el 24% restante a odontológicas, tal como se indica en el siguiente recuadro.

Tabla 16: Demanda de prestaciones por tipo de especialidad en el SSÑ a enero de 2015.

Tipo de Especialidad	Demanda (N°)	Demanda (%)
Especialidades Médicas	50.218	75,79%
Especialidades Odontológicas	16.041	24,21%
Total General	66.259	100%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

Del total de especialidades, oftalmología continúa siendo la prestación más demandada, con un 15%, seguida por rehabilitación: prótesis removible con un 9,5%. La siguiente tabla muestra en orden decreciente la demanda por cada prestación.

Tabla 17: Demanda de prestaciones en el SSÑÑ a enero de 2015.

Nº	Prestación MINSAL	Demanda (Nº)	Demanda (%)
1	Oftalmología	9.983	15,07%
2	Rehabilitación: Prótesis Removible	6.313	9,53%
3	Cirugía Adulto	5.620	8,48%
4	Otorrinolaringología	4.566	6,89%
5	Ginecología	4.292	6,48%
6	Neurología Adulto	3.948	5,96%
7	Endodoncia	2.859	4,31%
8	Urología	2.839	4,28%
9	Traumatología	2.723	4,11%
10	Ortodoncia	2.478	3,74%
11	Dermatología	2.331	3,52%
12	Cardiología	2.136	3,22%
13	Gastroenterología Adulto	1.930	2,91%
14	Cirugía Infantil	1.570	2,37%
15	Cirugía y Traumatología MáxiloFacial	1.520	2,29%
16	Cirugía de mama	1.103	1,66%
17	Neurología Infantil	1.050	1,58%
18	Medicina Interna	1.036	1,56%
19	Neurocirugía	1.020	1,54%
20	Psiquiatría Adulto	906	1,37%
21	Odontopediatría	849	1,28%
22	Reumatología Adulto	755	1,14%
23	Rehabilitación: Prótesis Fija	574	0,87%
24	Periódontia	529	0,80%
25	Pediatría	513	0,77%
26	Cirugía Bucal	469	0,71%
27	Trastornos Temporomandibulares y Dolor Oro	449	0,68%
28	Nefrología Adulto	419	0,63%
29	Med.Física y Rehabilitación	397	0,60%
30	Endocrinología	311	0,47%
31	Hematología Adulto	284	0,43%
32	Psiquiatría Infantil	195	0,29%
33	Obstetricia	106	0,16%
34	Gastroenterología Infantil	71	0,11%
35	Hematología Infantil	30	0,05%
36	Nefrología Infantil	26	0,04%
37	Oncología	24	0,04%
38	Broncopulmonar adulto	21	0,03%
39	Reumatología Infantil	13	0,02%
40	Odontología indiferenciado	1	0,00%
Total general		66.259	100%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑ 2015.

Por lo demás, en lo que se refiere a tiempos de espera por especialidad, se considera como efecto de cálculo la diferencia entre la fecha de entrada del usuario a la lista de espera versus la fecha de corte, es decir el 15 de enero de 2015.

La prestación que más tiempo ha tomado en el registro corresponde a odontología indiferenciado. En esta especialidad se encuentra un individuo que tiene como fecha de registro de ingreso a la lista de espera el 03 de octubre del año 2008, lo que implica una permanencia de 77 meses en ella (Ver tabla 18).

Tabla 18: Tiempo de espera por especialidad. SSÑÑ a enero de 2015.

Nº	Prestación MINSAL	Tiempo Espera Promedio (Mes)	Tiempo Espera Máximo (Mes)
1	Odontología indiferenciado	77	77
2	Rehabilitación: Prótesis Removible	16	98
3	Dermatología	14	73
4	Cirugía Bucal	13	72
5	Psiquiatría Infantil	13	49
6	Oftalmología	13	88
7	Ginecología	12	73
8	Oncología	12	23
9	Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial	12	87
10	Neurología Adulto	12	67
11	Cirugía de mama	12	54
12	Otorrinolaringología	12	73
13	Cirugía Adulto	12	72
14	Reumatología Infantil	12	24
15	Neurocirugía	11	71
16	Periódontia	11	66
17	Urología	11	25
18	Odontopediatría	11	82
19	Nefrología Adulto	11	56
20	Hematología Infantil	11	25

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

Tabla 18: Tiempo de espera por especialidad. SSÑÑ a enero de 2015. (Continuación)

Nº	Prestación MINSAL	Tiempo Espera Promedio (Mes)	Tiempo Espera Máximo (Mes)
21	Cardiología	11	25
22	Traumatología	11	75
23	Ortodoncia	11	91
24	Nefrología Infantil	10	21
25	Gastroenterología Adulto	10	34
26	Endodoncia	10	74
27	Hematología Adulto	10	25
28	Psiquiatría Adulto	10	45
29	Cirugía Infantil	10	31
30	Cirugía y Traumatología MáxiloFacial	9	68
31	Neurología Infantil	9	25
32	Med.Física y Rehabilitación	9	54
33	Reumatología Adulto	9	25
34	Medicina Interna	9	48
35	Pediatría	8	39
36	Rehabilitación: Prótesis Fija	8	66
37	Endocrinología	6	71
38	Gastroenterología Infantil	6	24
39	Broncopulmonar adulto	4	18
40	Obstetricia	4	25
Total general		12	98

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

Posteriormente le sigue rehabilitación: prótesis removible y dermatología con un promedio de espera de 16 y 14 meses, respectivamente. El promedio de espera del total de especialidades para las personas que aún continúan en la lista es de 12 meses y el máximo alcanzado es de 98 meses, por un individuo que ingresó al registro el 09 de enero del año 2007.

Ahora bien, dado que aún existen en la lista personas que llevan años esperando, es importante entender cuántos individuos han ingresado cada año y permanecen todavía en el registro, sin considerar ninguna causal de salida.

Tabla 19: Ingresos por año a la lista de espera. SSÑÑ a enero de 2015.

Año ingreso	Demanda (N°)	Demanda (%)
2014	42.319	63,87%
2013	20.026	30,22%
2012	1.547	2,33%
2011	1.070	1,61%
2010	625	0,94%
2009	466	0,70%
2008	145	0,22%
2007	61	0,09%
Total general	66.259	100%

Fuente: Elaboración propia. Información proporcionada por SSÑÑ 2015.

De total de personas que conforman hoy la lista de espera en el SSÑ, el 94% ingresó entre los años 2013 y 2014. Sin embargo, existen personas que aún permanecen en lista de espera y cuya fecha de ingreso varía entre los años 2007 y 2010.

4.1.1.3 Análisis de procesos y puntos críticos de la Gestión de la Lista de Espera No Quirúrgica en el Servicio de Salud Ñuble.

Considerando como base el análisis explicado en el apartado precedente, se diagnostica la existencia tres puntos críticos sobre los que se centrará la atención de los resultados, buscando a través de estos sentar las bases para proponer y generar mejoras al sistema. Los puntos críticos en cuestión son los siguientes:

1. Exceso de causales de salida derivadas de la “No Pertenencia”

El 13% de las causales de salida de la lista de espera resuelta al 15 de enero de 2015 corresponden a “No pertinencia”. Es decir, de los 289.746 casos registrados en lista de espera, 38.081 corresponde a individuos que fueron derivados a través de interconsulta, siendo que su situación podría haber sido resuelta en la primera atención. Dado esto, el principal problema que se vislumbra es referente a la falta de rigurosidad en la revisión del paciente, lo que no sólo trae consigo una pérdida de recursos, sino también problemas psicológicos eventuales a los pacientes, quienes creen adolecer una patología de mayor complejidad.

Por lo demás, esta situación refleja un claro problema de eficiencia en la gestión por parte del personal que desempeña su cargo en la atención primaria, es decir, existe una problemática derivada probablemente de la falta de profesionalización del personal, ya sea médicos, enfermeras o personal administrativo. A modo de ejemplo, es válido pensar que los médicos que derivan a pacientes de modo injustificado, carecen de las capacidades y/o conocimientos necesarios para dar solución a un problema de salud de carácter primario, lo que también se puede respaldar considerando que el 0,4% de los usuarios registrados en lista de espera son extraídos de esta porque “se recuperan espontáneamente”.

Por otra parte, resulta también interesante de estudiar los establecimientos que más derivan a pacientes por causas injustificadas, más aun si se tiene en cuenta que el Hospital Clínico Herminda Martín ocupa el 19% de este ítem, siendo que es también unos de los establecimientos que más resuelve, y por ende los profesionales debieran, en estricto rigor, conocer a cabalidad los motivos por los que un paciente puede/debe o no ser derivado a través de interconsulta.

2. Causales de salida derivadas del rechazo del paciente para obtener la atención a través del sistema actual de salud pública.

De acuerdo a los datos revisados, el 4% (11.447 casos) del total de registros de la lista de espera fueron “resueltos” puesto que los usuarios manifestaron su rechazo o renuncia de la atención, una vez habiéndose validado su atención por interconsulta. Resultaría interesante entender el motivo por el que todos esos usuarios no quisieron recibir su atención por este sistema, y así también estudiar las razones del por qué alrededor del 1% de las personas registradas toma su atención en el extra-sistema. A partir de allí se deriva entonces la hipótesis de que los usuarios entienden los efectos para su salud de esperar un tiempo prolongado por la atención y prefieren, probablemente, pagar por ello. Además, ello puede estar muy relacionado con la mala o baja percepción que tienen los usuarios del sistema de salud público, entendiéndose por ello los tiempos de espera, profesionales, baja capacidad instalada, exceso de demanda, entre otras.

3. Superior participación en las especialidades odontológicas de la causal de salida “No pertinencia”.

Considerando el análisis planteado en los apartados inmediatamente anteriores, es importante entender que es en las especialidades odontológicas donde se presenta con mayor preponderancia la causal referente a la no pertinencia en la derivación de los usuarios. Es decir, un punto crítico necesario a estudiar es el personal de las especialidades odontológicas que hoy se encuentran brindando la atención primaria.

4.2 Estrategias para disminuir Listas de espera No Quirúrgica No Auge en el Servicio de Salud Ñuble

En este punto se inicia un proceso a partir del cual se mencionarán estrategias que permitan vislumbrar el camino que contribuyan a la disminución de las listas de espera, a través de la identificación de problemas que presente el actual sistema de salud en Chile.

4.2.1 Identificación de mejoras a la actual Gestión de Lista De Espera No Quirúrgica en el servicio de salud Ñuble

Tal como se menciona en el capítulo I de la investigación, la administración de las Listas de Espera en Salud en general siempre se ha considerado un tema trascendental, y particularmente muy complejo de manejar. En el área de la salud este tema es conocido entre los especialistas como la teoría de colas, y se ha tratado incontablemente de dilucidar cómo ella puede incidir en salud.

La teoría de la formación de colas busca una solución al problema de la espera prediciendo primero el comportamiento del sistema. Pero una solución al problema de la espera consiste no sólo en minimizar el tiempo que los clientes pasan en el sistema, sino también en minimizar los costos totales de aquellos que solicitan el servicio y de quienes lo prestan. Se debe lograr un balance económico entre el costo del servicio y el costo asociado a la espera por ese servicio. Los objetivos de la teoría de colas buscan precisamente permitir una mejora en la toma de decisiones, que por defecto generará mejoras en la entrega del servicio.

A través de la presente investigación se logra resolver al menos uno de los puntos que la teoría de colas plantea como fundamentales: evaluar la situación actual del servicio, las problemáticas que lo aquejan y generar en torno a ella una serie de estrategias que permitan minimizar el costo del servicio. Un aspecto clave que considera la teoría de colas es la necesidad de “prestar atención al tiempo de permanencia en el sistema o en la cola: la “paciencia” de los clientes depende del tipo de servicio específico considerado y eso puede hacer que un cliente “abandone” el sistema”. Situación que actualmente ocurre en el Servicio de Salud Ñuble, y muy probablemente se presente en otros servicios a nivel nacional.

En ese contexto y también en el marco de la Gestión de la Salud Pública en Chile, no sólo resulta necesario aplicar la eficacia en el logro de los objetivos, sino además la eficiencia en la obtención de ellos teniendo como centro al usuario final, vale decir: el paciente. Para lo anterior, resulta clave la visualización macro de la demanda que estos últimos hacen de prestaciones a los respectivos Servicios de Salud versus la satisfacción efectiva que estos logran de dicha demanda, con los recursos que la autoridad detenta. En esa línea, se han expuesto anteriormente aquellos puntos que, a través de un exhaustivo análisis al registro de listas de espera del SSÑ, se determinan como críticos y forman parte del “traumático” resultado que conforma parte de la medición de los servicios de salud en general.

Hoy el Servicio de Salud Ñuble se encuentra en cuarto lugar (de 25 servicios de Salud) a nivel nacional de pacientes en espera, en relación con la población que atienden (16,07%), y se presume, en base a dichos resultados, que un gran porcentaje de ese número se deba a problemas relacionados con la gestión en el registro de las listas de espera y/o la derivación errónea de los usuarios.

Tomando en cuenta lo anterior se considera como una estrategia que permita mejorar la situación actual del registro y manejo de listas de espera, la creación de una instancia profesional que permita el fortalecimiento del proceso de derivación de la interconsulta a nivel secundario de salud, ello entendiendo que las principales falencias encontradas reflejaron problemas en la gestión a nivel primario de atención.

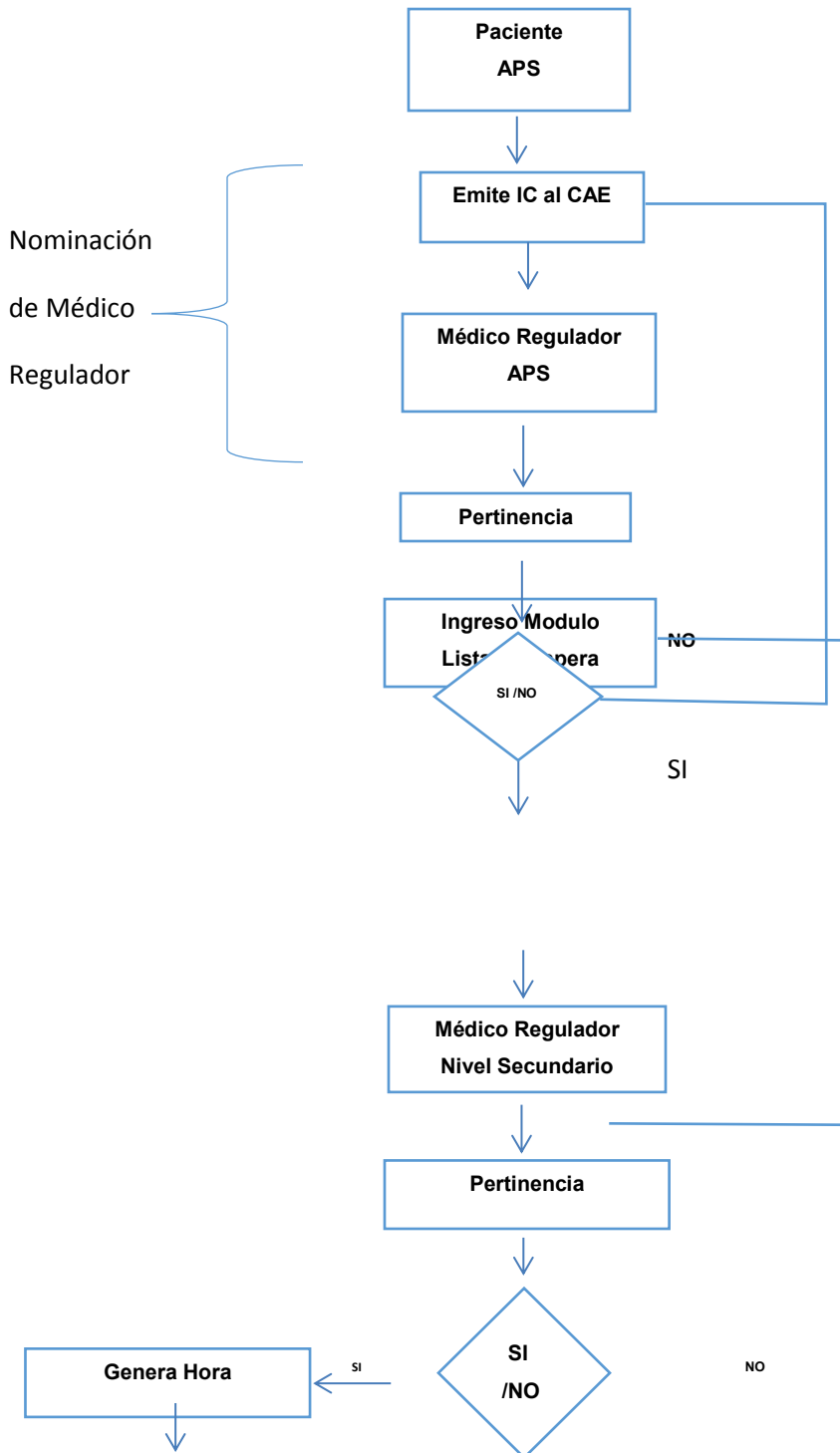
Es importante destacar que el resultado de la presente investigación contempla la base para iniciar un proceso de mejora continua al servicio de salud, partiendo de la premisa

que son los individuos los que dan vida a una organización, y que de ellos también depende el manejo excelente de la misma. Se debe prestar al usuario un servicio que le permita mejorar su problemática de salud, no empeorarla con elevados tiempos de espera o gastos excesivos derivados de tener que tomar la atención en el extra-sistema. Con ello, se lograrán mejores indicadores internos, una evaluación positiva por parte de los usuarios, menor número de causas registradas en lista de espera y también menores tiempos de espera. Es necesario entonces profesionalizar en primera instancia al personal que realiza el nivel primario de atención, para posteriormente dar cabida a problemas de capacidad reales que permitan disminuir la brecha entre la oferta y demanda por el servicio.

Al realizar un análisis de flujo del proceso de derivación de la interconsulta desde el nivel primario de atención se puede reflejar el no cumplimiento de filtro establecido de derivación mediante un médico regulador de atención primaria debido principalmente por lo no existencia de un óptimo de profesionales médicos en la Atención Primaria, frente a ello no se respeta las horas administrativas del médico regular, primando la atención asistencial.

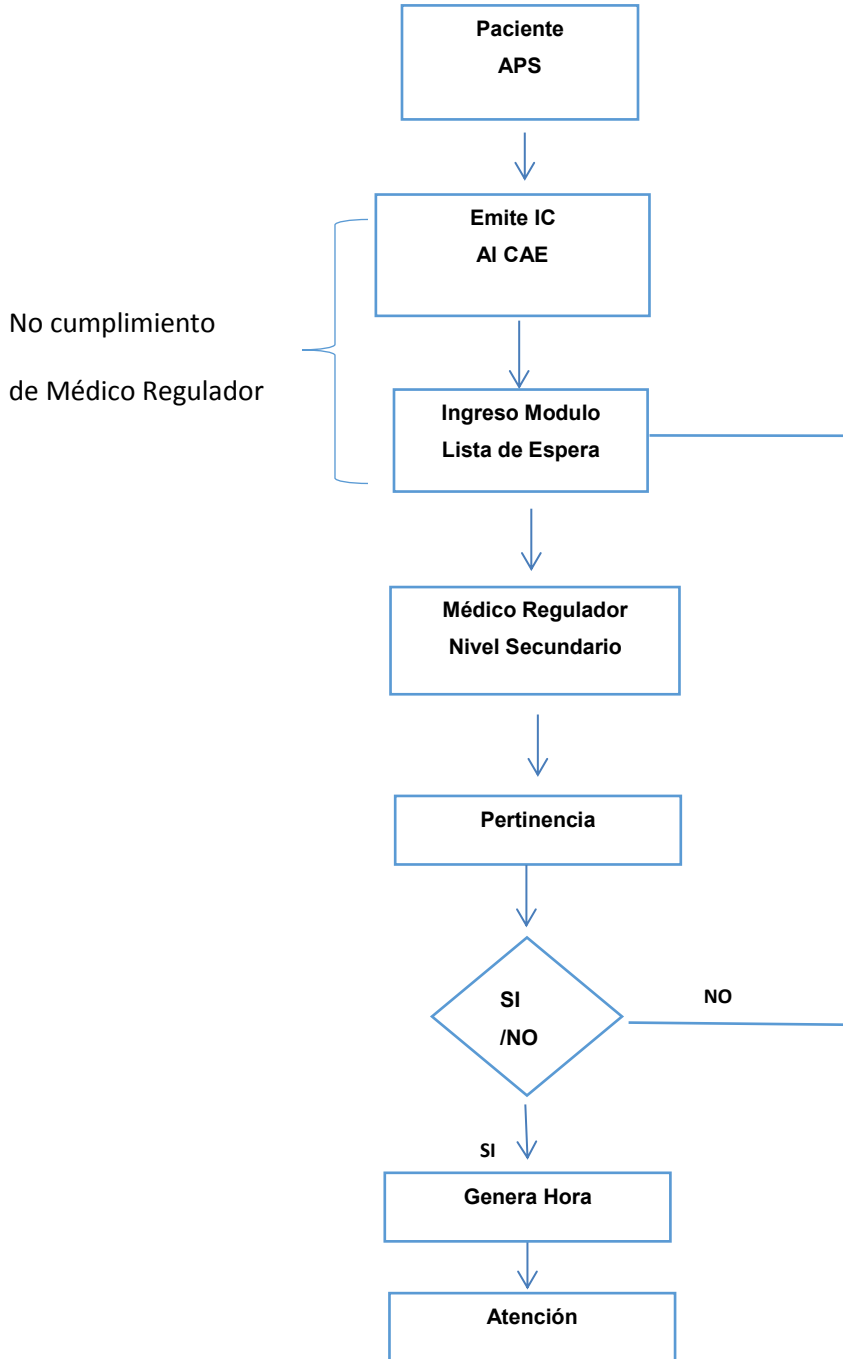
Es por ello que es necesario buscar una estrategia sustentable efectiva para hacer más eficiente el primer eslabón de atención, la puerta de entrada del usuario con atenciones oportunas, efectivas y principalmente resolutivas.

Diagrama flujo situación Esperada



Atención

Diagrama de Flujo situación Actual



4.2.2 Estrategia de mejora al proceso de Lista de Espera No Quirúrgica

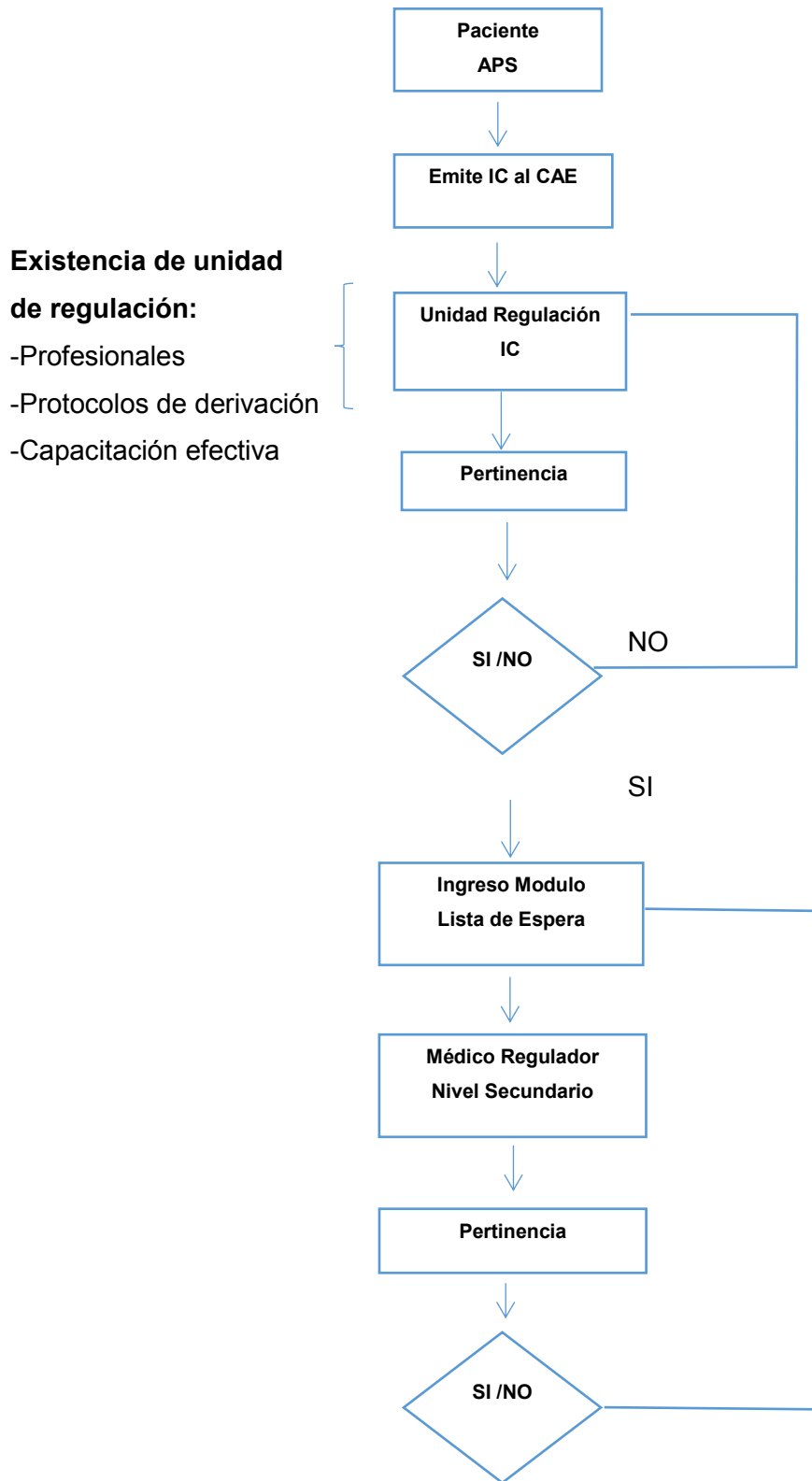
Estrategia principal: “Creación de una Unidad de Regulación de Atención Primaria de Salud (APS)”.

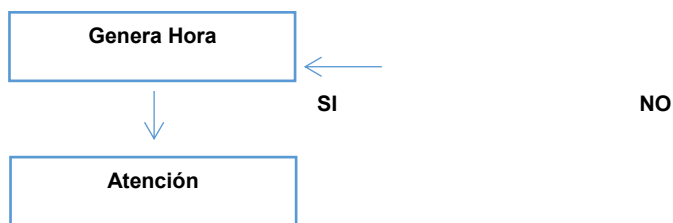
Esta unidad que se pretende crear deberá contar con la participación de un equipo multidisciplinario, que permita una visión omniabarcante de la realidad y necesidad de la creación de la lista de espera, por lo que se estima se requerirá la participación de no sólo el médico regulador sino de los demás profesionales de la Salud, tales como Matronas, Odontólogos, Enfermeras, Fonoaudiólogos, entre otros. Buscando de esta manera aumentar la dotación efectiva de profesionales intervinientes en dicha lista, que detentan una correcta capacitación, con el fin de conocer, entender y aplicar de manera correcta los protocolos de funcionamiento, llegando a cumplir a cabalidad las normas establecidas para la reducción de las listas de espera.

Esto se logrará mediante la Inducción de todos los médicos nuevos en los protocolos establecidos de la atención secundaria, para ello resulta de necesario que todos los eventuales intervinientes del sistema le conozcan, lo que sólo se logrará al mantener disponibles los protocolos en la página web del Servicio de Salud Ñuble. A nivel interno de los servicios de atención de salud, se deberá realizar una depuración periódica de las listas de espera para saber el número real de pacientes de espera, y no agotar medios en recursos en tratar de cubrir una demanda irreal del sistema que se produce a partir de no contar con esta depuración, además de poder implementar un sistema informático integrado en la atención primaria y secundaria mediante Ficha Electrónica e Interconsulta electrónica, lo que permitirá disminuir el % de error en las interconsultas, logrando también dicha disminución a partir de la comunicación directa entre los profesionales que intervienen en la cadena productiva de esta lista de espera, lo que logrará al contar con un foro de comunicación directa entre el médico de atención primaria y el médico especialista de la atención secundaria, el cual permitirá una interiorización y una retroalimentación entre ambas áreas, lo que deberá iniciarse a través de un CESFAM Piloto que permita verificar en terreno las dificultades de su implementación.

Por lo que concluimos en cuanto a las estrategias, que sí bien la implementación de la principal estrategia obliga a un aumento de la dotación del Recurso Humano y por ende coetáneamente aumentan los costos, es a mediano y largo plazo que se verán los frutos importantes de esta propuesta, al verse una clara disminución de las listas de espera de los pacientes.

Diagrama de Flujo con estrategia





CONCLUSIONES

La formación de listas de espera es un fenómeno común que ocurre siempre que la demanda efectiva de un servicio excede a la oferta efectiva, que es precisamente la situación que aqueja al SSÑ, cómo a otros a nivel nacional, y más aún, tema frecuente y recurrente de abordar a nivel internacional.

El análisis de información concerniente al servicio de salud de la provincia de Ñuble ha permitido entender o dilucidar las principales problemáticas que tiene hoy el registro de listas de espera, las que se resumen en tres grandes puntos.

Primero, existe falta de rigurosidad en la revisión del paciente a nivel primario, situación que da origen al 13% de causas extraídas de la lista de espera por motivos de no pertinencia, vale decir, el usuario pudo haber resuelto su problema en el nivel de atención primario. Lo anterior no sólo trae consigo una pérdida de recursos al sistema, sino también problemas psicológicos eventuales a los pacientes, quienes creen adolecer una patología de mayor complejidad. Por lo demás, esta situación refleja un claro problema de eficiencia en la gestión por parte del personal que desempeña su cargo en la atención primaria, es decir, existe una problemática derivada probablemente de la falta de profesionalización del personal, ya sea médicos, enfermeras o personal administrativo.

Segundo, existencia de causales de salida derivadas del rechazo del paciente para obtener la atención a través del sistema actual de salud pública; sería interesante entender por qué alrededor del 4% de las personas registradas en la lista de espera rechazan la atención. Ello puede entonces llevar a la hipótesis de que los usuarios entienden los efectos para su salud de esperar un tiempo prolongado por la atención y prefieren, probablemente, pagar por ello. Además, ello puede estar muy relacionado con la mala o baja percepción que tienen los usuarios del sistema de salud público,

entendiendo por ello los tiempos de espera, profesionales, baja capacidad instalada, exceso de demanda, entre otras.

Y tercero, son las especialidades odontológicas las que mayor participación tienen en la causal de salida “No pertinencia”. Es decir, un punto crítico necesario a estudiar es el personal de las especialidades odontológicas que hoy se encuentran brindando la atención primaria.

Considerando las tres grandes problemáticas encontradas en el registro de listas de espera, se plantea necesario crear una instancia profesional que permita el fortalecimiento del proceso de derivación de la interconsulta a nivel secundario de salud, ello entendiendo que las principales falencias encontradas reflejan problemas en la gestión a nivel primario de atención. Ello permitirá una mejora a la base del sistema, que permita por un lado, una disminución de costos, y por otro, una mejora en la percepción por parte del usuario.

Para ello, se presentó una Estrategia Principal, que consiste en la “Creación de una Unidad de Regulación de Atención Primaria de Salud (APS)”. Buscándose a través de dicha creación contar con la participación de un equipo multidisciplinario en aquel ámbito, para ello no bastará la participación de sólo el médico regulador sino de los demás profesionales de la Salud, pretendiendo de esta manera aumentar la dotación efectiva de profesionales intervinientes en dicha lista, que detentan una correcta capacitación, con el fin de conocer, entender y aplicar de manera correcta los protocolos de funcionamiento, llegando a cumplir a cabalidad las normas establecidas para la reducción de las listas de espera.

Se evoca, que esto se logrará mediante la Inducción de todos los médicos nuevos en los protocolos establecidos de la atención secundaria, la disponibilidad de los protocolos en la página web del Servicio de Salud Ñuble, y a nivel interno de los servicios de atención de salud, se deberá realizar una depuración periódica de las listas de espera para saber el número real de pacientes de espera, y no agotar medios en recursos en tratar de cubrir una demanda irreal del sistema que se produce a partir de no contar con está depuración, además de poder implementar un sistema informático integrado en la atención primaria y secundaria mediante Ficha Electrónica e Interconsulta electrónica, lo que permitirá disminuir el % de error en las interconsultas, logrando también dicha disminución a partir

de la comunicación directa entre los profesionales que intervienen en la cadena productiva de esta lista de espera, lo que logrará al contar con un foro de comunicación directa entre el médico de atención primaria y el médico especialista de la atención secundaria, el cual permitirá una interiorización y una retroalimentación entre ambas áreas, lo que deberá iniciarse a través de un CESFAM Piloto que permita verificar en terreno las dificultades de su implementación.

Por lo que concluimos en cuanto a las estrategias, que sí bien la implementación de la principal estrategia obliga a un aumento de la dotación del Recurso Humano y por ende coetáneamente aumentan los costos, es a mediano y largo plazo que se verán los frutos importantes de esta propuesta, al verse una clara disminución de las listas de espera de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Antonio, E., Gonzalez, N., & Quintana, J. M. (2005). *Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes*. GacSanit 2005, Vol. 19, n.5, PP. 379-385. ISSN 0213-9111.

Bustos Peñailillo, C. (2011). *Cambios en el comportamiento del sector salud tras la implementación del AUGE*. Santiago : Universidad de Chile.

Calero, M. d. (2010). *Priorización de listas de espera de cirugía para la gestión de pabellones quirúrgicos del hospital pediátrico Dr. Exequiel González Cortés* . Santiago: Universidad de Chile.

Cano Montoro JG, M. F. (2004). *Impacto de una intervención sobre la lista de espera de especialidades médicas en área de salud. Atención Primaria*. Anales de medicina interna version impresa ISSN 0212-7199 .

Castells, X. (2002). *Las necesidades de profundizar en el debate y análisis de las listas de espera*. Gaceta sanitaria versión impresa ISSN 0213-911.

E., B. (2002). *¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera?* Gaceta sanitaria 2002; 16 (5) 436-9.

Garcia Moratalla, B. y. (2002). *Ausencia en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado*. Esp. Neuropsiq.

Gorigoitía Alamos, M. J. (2013). *Análisis y gestión de capacidad del servicio de pabellones en el hospital Dr. Exequiel González Cortés*. Santiago : Universidad de Chile .

Jorge, s. (2014). *Lista de espera no quirurgica*. Chillán: Servicio de salud ñuble .

Martin-Garcia, M. y.-B. (2004). *Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades*. Gaceta sanitaria version impresa ISSN 0213-9111.

Otero J, L. A. (2001). *Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas*. Actas Psiq.

Oturomuro, d. y. (2013). *Diseño y construcción del proceso de priorización de pacientes en lista de espera ambulatoria, Hospital exequiel González Cortés*. Rev. Méd. Chile 2013, vol.141, n,3 pp. 361-366 ISSN 0034-9887.

Quezada Verdugo, a. A. (2013). *Diseño y construcción de proceso de priorización de pacientes en lista de espera ambulatoria, Hospital Exequiel González Cortéz*. Santiago: Universidad de Chile.

Salud, M. d. (2014). *Compromisos de gestión*. Santiago: MINSAL.

Social, M. d. (2012). *Informe de política social*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social.

Torras, J. M.-V. (2006). *Resultado de un plan de gestión de espera quirurgica de protesis articulares*. Gaceta Sanitaria versión impresa ISSN 0213-911.

Villalón Calderón, M. (2007). *Desigualdad en salud en la población chilena: determinantes sociogenéticos*. Santiago : Universidad de Chile.

Antonio, E., Gonzalez, N., & Quintana, J. M. (2005). *Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes*. GacSanit 2005, Vol. 19, n.5, PP. 379-385. ISSN 0213-9111.

Bustos Peñailillo, C. (2011). *Cambios en el comportamiento del sector salud tras la implantación del AUGE*. Santiago : Universidad de Chile.

Calero, M. d. (2010). *Priorización de listas de espera de cirugía para la gestión de pabellones quirúrgicos del hospital pediátrico Dr. Exequiel González Cortés*. Santiago: Universidad de Chile.

Cano Montoro JG, M. F. (2004). *Impacto de una intervención sobre la lista de espera de especialidades médicas en área de salud. Atención Primaria*. Anales de medicina interna version impresa ISSN 0212-7199 .

Castells, X. (2002). *Las necesidades de profundizar en el debate y análisis de las listas de espera*. Gaceta sanitaria versión impresa ISSN 0213-911.

E., B. (2002). *¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera?* Gaceta sanitaria 2002; 16 (5) 436-9.

Garcia Moratalla, B. y. (2002). *Ausencia en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado*. Esp. Neuropsiq.

Gorigoitía Alamos, M. J. (2013). *Análisis y gestión de capacidad del servicio de pabellones en el hospital Dr. Exequiel González Cortés*. Santiago : Universidad de Chile .

Jorge, s. (2014). *Lista de espera no quirurgica*. Chillán: Servicio de salud ñuble .

Martin-Garcia, M. y.-B. (2004). *Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades* . Gaceta sanitaria version impresa ISSN 0213-9111.

Otero J, L. A. (2001). *Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas*. Actas Psiq.

Oturomuro, d. y. (2013). *Diseño y construcción del proceso de priorización de pacientes en lista de espera ambulatoria, Hospital exequiel González Cortés*. Rev. Méd. Chile 2013, vol.141, n,3 pp. 361-366 ISSN 0034-9887.

Quezada Verdugo, a. A. (2013). *Diseño y construcción de proceso de priorización de pacientes en lista de espera ambulatoria, Hospital Exequiel González Cortés*. Santiago: Universidad de Chile.

Salud, M. d. (2014). *Compromisos de gestión*. Santiago: MINSAL.

Social, M. d. (2012). *Informe de política social*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social.

Torras, J. M.-V. (2006). *Resultado de un plan de gestión de espera quirurgica de protesis articulares* . Gaceta Sanitaria versión impresa ISSN 0213-911.

Villalón Calderón, M. (2007). *Desigualdad en salud en la población chilena: determinantes sociogenéticos*. Santiago : Universidad de Chile.

Antonio, E., Gonzalez, N., & Quintana, J. M. (2005). *Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes*. GacSanit 2005, Vol. 19, n.5, PP. 379-385. ISSN 0213-9111.

Bustos Peñailillo, C. (2011). *Cambios en el comportamiento del sector salud tras la implementación del AUGE*. Santiago : Universidad de Chile.

Calero, M. d. (2010). *Priorización de listas de espera de cirugía para la gestión de pabellones quirúrgicos del hospital pediátrico Dr. Exequiel González Cortés* . Santiago: Universidad de Chile.

Cano Montoro JG, M. F. (2004). *Impacto de una intervención sobre la lista de espera de especialidades médicas en área de salud. Atención Primaria*. Anales de medicina interna version impresa ISSN 0212-7199 .

Castells, X. (2002). *Las necesidades de profundizar en el debate y análisis de las listas de espera*. Gaceta sanitaria versión impresa ISSN 0213-911.

E., B. (2002). *¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera?* Gaceta sanitaria 2002; 16 (5) 436-9.

Garcia Moratalla, B. y. (2002). *Ausencia en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado*. Esp. Neuropsiq.

Gorigoitía Alamos, M. J. (2013). *Análisis y gestión de capacidad del servicio de pabellones en el hospital Dr. Exequiel González Cortés*. Santiago : Universidad de Chile .

Jorge, s. (2014). *Lista de espera no quirúrgica*. Chillán: Servicio de salud ñuble .

Martin-Garcia, M. y.-B. (2004). *Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades* . Gaceta sanitaria version impresa ISSN 0213-9111.

Otero J, L. A. (2001). *Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas*. Actas Psiq.

Oturomuro, d. y. (2013). *Diseño y construcción del proceso de priorización de pacientes en lista de espera ambulatoria, Hospital exequiel González Cortés*. Rev. Méd. Chile 2013, vol.141, n,3 pp. 361-366 ISSN 0034-9887.

Quezada Verdugo, a. A. (2013). *Diseño y construcción de proceso de priorización de pacientes en lista de espera ambulatoria, Hospital Exequiel González Cortés*. Santiago: Universidad de Chile.

Salud, M. d. (2014). *Compromisos de gestión*. Santiago: MINSAL.

Social, M. d. (2012). *Informe de política social*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social.

Torras, J. M.-V. (2006). *Resultado de un plan de gestión de espera quirúrgica de prótesis articulares*. Gaceta Sanitaria versión impresa ISSN 0213-911.

Villalón Calderón, M. (2007). *Desigualdad en salud en la población chilena: determinantes sociogenéticos*. Santiago : Universidad de Chile.