



DESDE EL CONFLICTO DE LISTAS
DE ESPERA, HACIA EL
FORTALECIMIENTO DE LOS
PRESTADORES PÚBLICOS DE SALUD
UNA PROPUESTA PARA CHILE

29 de septiembre de 2017

Departamento de Políticas de Salud y Estudios
Colegio Médico de Chile A.G.

AUTORES

Roberto Estay Miquel.

Médico Cirujano, Universidad de Chile
Especialista en Medicina Interna, Universidad de Chile

Cristóbal Cuadrado Nahum.

Médico Cirujano, Universidad de Chile
Magister en Salud Pública, Universidad de Chile

Francisca Crispi Galleguillos.

Médico Cirujano, Universidad de Chile
MSc Health, Population and Society, London School of Economics and Political Science.

Fernando González Escalona.

Médico Cirujano, Universidad de los Andes
Especialista en Pediatría, Universidad de los Andes

Francisco Alvarado Berrios.

Médico Cirujano, Universidad de Chile
Magister © Salud Pública, Universidad de Chile

Natalia Cabrera Salzmänn.

Cirujano Dentista, Universidad del Desarrollo

INDICE

1) Introducción	4
2) El problema de las listas de espera	5
i) ¿Qué es una lista de espera?	5
ii) ¿Qué sucede con las listas de espera en Chile?	5
iii) ¿Cuales son los determinantes de la lista de espera?	8
iv) ¿Es posible terminar con las listas de espera?.....	9
v) ¿Existe una espera aceptable?	9
3) En la ruta de las soluciones	10
i) Actuar sobre los determinantes estructurales de la lista de espera	10
a) Financiamiento en el Sistema de Salud Chileno	10
b) Promoción de salud	11
c) Enfoque preventivo	12
d) Salud en todas las políticas	12
ii) Actuar sobre la red pública para disminuir la lista de espera	13
a) Intervenciones desde la atención primaria de salud	13
b) Intervenciones desde el nivel secundario y terciario.....	15
c) Intervenciones desde el nivel central	17
d) El desafío de la integración y articulación de la red	18
iii) Medidas de corto plazo para mejorar la resolución	20
4) Conclusiones	21
Referencias	22

1 - INTRODUCCIÓN

En los últimos años, de manera recurrente ha surgido en la discusión pública la preocupación por las listas de espera en salud. Esta discusión se ha intensificado recientemente, luego de revelarse cifras de entre 16.625(1) y 25.000(2) personas fallecidas esperando atención durante el 2016. Sin bien no es posible establecer la relación causal entre el fallecimiento y el tiempo de espera, resulta inaceptable la sola posibilidad de que existan personas que puedan fallecer producto de limitaciones de acceso a atenciones de salud para las cuales en teoría existe cobertura del sistema. La urgencia de fortalecer la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, debe ocupar un lugar central en la discusión y las políticas que a partir de ella se implementen.

En la cercanía de unas elecciones presidenciales y parlamentarias, existe el riesgo que los conflictos de la salud pública sean utilizados en forma oportunista, desviando la atención de la discusión de fondo y largo plazo. La realidad es que las “listas de espera” emergen desde la insuficiencia del sector público para responder oportunamente a determinadas necesidades de salud de la población, insuficiencia a su vez explicada a partir de factores susceptibles de intervenir, en la medida que las acciones apropiadas sean adoptadas.

Tomando el desafío de enfrentar el problema desde la óptica de un sistema público de salud con limitaciones que deben superarse, desde el Departamento de Políticas Públicas del Colegio Médico de Chile, desarrollamos un trabajo que parte desde el análisis de las listas de espera, pero que incorpora aspectos del funcionamiento del sistema de salud que inciden en la generación de ellas. Creemos que enfrentar el conflicto de las listas de espera en forma segregada a los factores estructurales que la generan, puede llevar a un diagnóstico errado, con el riesgo de a su vez en prescribir un tratamiento equívoco. En este esfuerzo, se levantan propuestas a partir del análisis de la literatura relacionada y otras fuentes no publicadas, pero razonables de implementar a partir del conocimiento general de funcionamiento del sector.

De esta forma, este documento tiene por objetivo contribuir desde el Colegio Médico de Chile a esta importante discusión, aportando elementos que nos parecen relevantes para entender los mecanismos que terminan generando una lista de espera y difundiendo esta discusión con nuestros colegas y los equipos de salud en general. Tenemos el convencimiento de que un problema complejo y estructural como este, sólo puede abordarse si es que todos los actores nos involucramos. Los médicos y las médicas de Chile estamos y estaremos disponibles para apoyar el desarrollo de una mejor salud: digna, oportuna y de calidad para todas las personas.

2 - EL PROBLEMA DE LAS LISTAS DE ESPERA

i) ¿Qué es una lista de espera?

Una lista de espera es el registro de las personas esperando por la provisión de una determinada prestación o grupo de prestaciones de salud (por ejemplo, consulta médica, examen diagnóstico o cirugía). Las listas de espera representan por tanto, el equilibrio dinámico entre el número de casos nuevos que ingresan requiriendo una prestación y la capacidad instalada del sistema para resolverlos. Como discutiremos a lo largo de esta propuesta, estos dos elementos están condicionados por las decisiones que se toman dentro del sistema. La lista de espera es el resultado de procesos de priorización, implícitos o explícitos, del sistema de salud y la sociedad en su conjunto.

Aunque conceptualmente puede incluir todo tipo de prestaciones (electivas o urgentes), en general en la discusión pública suele hablarse de listas de espera en el contexto de tratamientos electivos, sean estos quirúrgicos o no quirúrgicos. Habitualmente, la lista de espera es sistematizada en algún tipo de registro administrativo, en la cual se incorporan los nuevos casos en espera y se eliminan aquellos casos resueltos. Debe destacarse a este respecto, que el sector privado no cuenta con un sistema de registro público que permita analizar las listas de espera, lo cual no significa necesariamente que no existan personas esperando una consulta o intervención quirúrgica dentro del sector privado.

ii) ¿Qué sucede con las listas de espera en Chile?

El Ministerio de Salud informa regularmente al Congreso de la situación de las listas de espera en el país a través del documento "Glosa 06 - Lista de espera no GES y garantías de oportunidad GES retrasadas". En su versión más reciente disponible(3), se da cuenta de información del número de casos esperando a mayo de 2017, presentando resultados del Registro Nacional de Listas de Espera en determinados grupos de prestaciones: garantías explícitas en salud (GES), consultas de primera especialidad no GES y cirugías no GES. Dicha información resulta útil para dimensionar la magnitud del problema. A modo de ejemplo, es evidente que la mayor parte de los problemas GES no resueltos corresponden a patologías del área oftalmológica.

Respecto a las prestaciones GES impresiona un alto cumplimiento de los tiempos de las garantías de oportunidad, ubicándose todos los Servicios de Salud por sobre el 97%. Sin embargo, las garantías retrasadas han aumentado desde 7.216 en abril de 2014 a 11.622 en mayo de 2017.

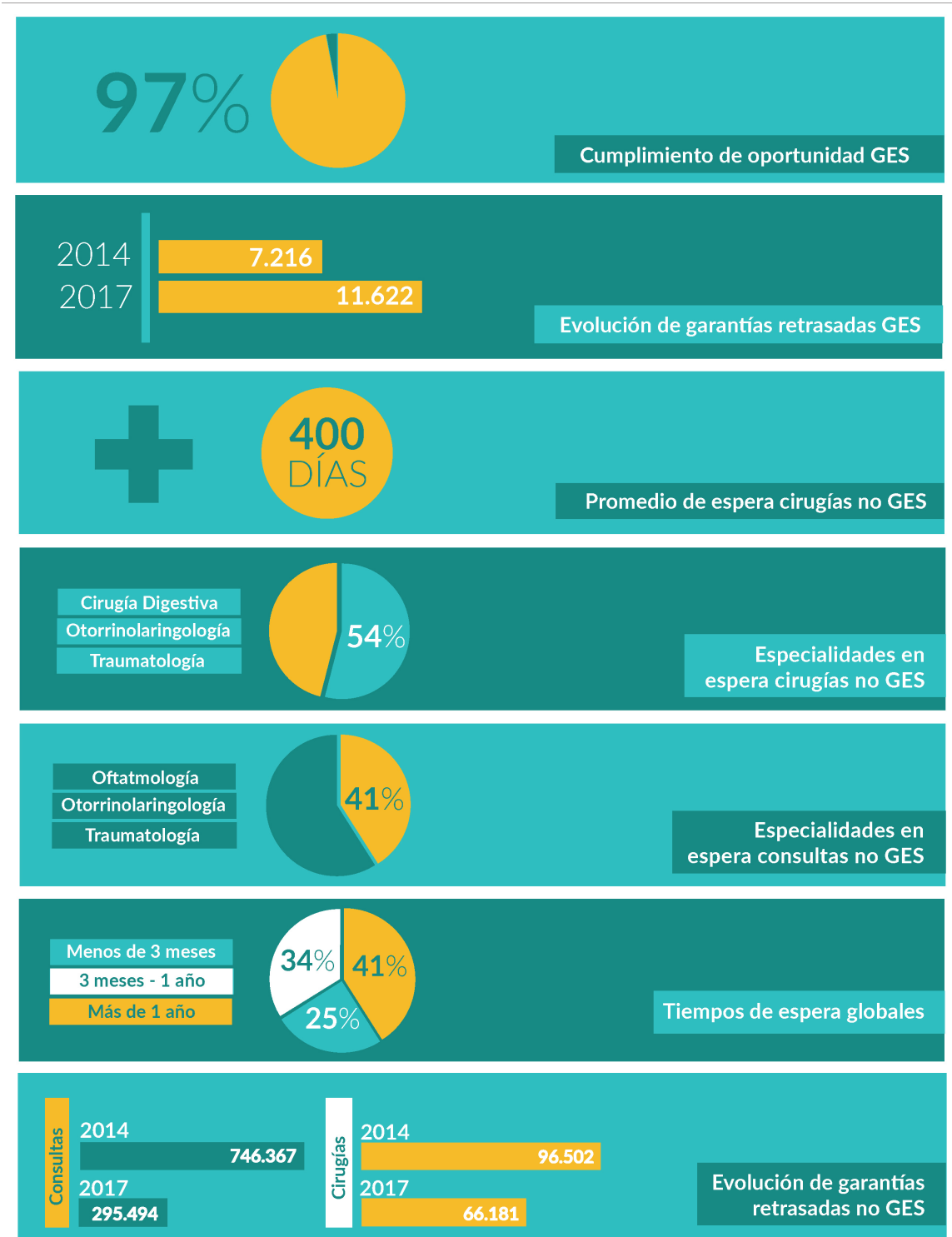
Por su parte, las intervenciones quirúrgicas no GES parecen ser una de las áreas de mayor conflicto, con tiempos de espera promedio superiores a 400 días. Si analizamos las especialidades con mayor concentración de atenciones en espera, se observa en el informe que tres especialidades, cirugía digestiva, traumatología y otorrinolaringología concentran el 54% de los casos en espera quirúrgica no GES.

En tanto, en las nuevas consultas de especialidad no GES, es claro que hay una deuda enorme con la respuesta oportuna del nivel hospitalario a las solicitudes generadas en la APS. Si consideramos las esperas totales tenemos 1.661.826 atenciones en espera, de las cuales 1.239.214 corresponden a especialidades médicas. Tres especialidades, oftalmología, otorrinolaringología y traumatología concentran el 40,7% del total de las solicitudes. Del total de los casos en espera de atención, 506.251 llevan más de un año esperando, correspondientes al 40,9% del total. En contraste, 303.793 casos llevan menos de tres meses en espera de atención, correspondientes al 24,5% del total de casos en espera. A modo de referencia, en los países de la OCDE el porcentaje de los pacientes que esperan más de 6 meses es 6-7% en Reino Unido, un 15-18% en Nueva Zelanda y Finlandia, y 28% en Portugal (5).

En términos de la evolución de la lista de espera no GES en el tiempo, en la glosa 6 se menciona que los casos con mayor retraso en su resolución (más de dos años) ha disminuido en los últimos 3 años de 746.367 a 295.494 casos para las consultas y de 96.502 a 66.181 en las cirugías, lo que sin duda es un avance.

CIFRAS DE LAS LISTAS DE ESPERA :

En la figura 1 se resumen los indicadores antes mencionados.



Un elemento que dificulta un análisis de los datos disponibles, para comparar el desempeño de diversos servicios de salud y hospitales, es la falta de una estandarización de la lista de espera por la población beneficiaria de cada servicio de salud y/o hospital centro de derivación. Idealmente, otros factores tales como recursos disponibles, deberían ser incorporados en el análisis para poder identificar aquellos lugares donde la gestión de la lista de espera está siendo comparativamente más o menos eficiente en términos relativos. En el cuadro resumen 1 se identifican algunos de los datos necesarios para un análisis acabado.

Cuadro resumen 1: Datos mínimos necesarios para un análisis de la eficiencia productiva de los distintos Servicios de Salud y Hospitales en relación a Listas de Espera.

POBLACIÓN BENEFICIARIA:

1. Población FONASA inscrita en cada Servicio de Salud.
2. Población FONASA inscrita en cada CESFAM.
3. Población FONASA inscrita en cada comuna.
4. Redes de derivación por especialidad dentro de cada Servicio de Salud.

CASOS EN ESPERA:

Base de datos anonimizada de casos esperando resolución a una derivación que incluya los siguientes campos: código que permita identificar casos de interconsultas repetidos para un mismo individuo, sexo, edad, comuna de residencia, región de residencia, servicio de salud de origen de la derivación, diagnóstico, fecha de derivación, institución derivadora, centro receptor de la interconsulta, especialidad a la que se deriva, clasificación como interconsulta GES o no GES, identificación de interconsulta como quirúrgica o no quirúrgica.

RECURSOS HUMANOS MÉDICOS:

1. Dotación de médicos generales y especialistas (especificando especialidad y sub especialidad) por cada hospital y servicio clínico en términos de número de horas e individuos (número de médicos) por modalidad de contratación (planta, contrata, honorarios).
2. Dotación de médicos generales y especialistas (especificando especialidad y sub especialidad) por cada centro de APS en términos de número de horas e individuos (número de médicos) por modalidad de contratación (planta, contrata, honorarios).

Una particularidad relevante en el caso chileno, es que un porcentaje de la población es capaz de saltarse la lista de espera, debido a su capacidad de pago, la existencia de prestadores privados en paralelo a la oferta pública además del desarrollo de incentivos por parte de FONASA a que la población opte por saltar la espera pública (bonos PAD por ej.). Esto ha sido descrito en la literatura internacional como un problema con importantes implicancias desde el punto de vista de la equidad (4). Así mismo, la posibilidad de saltarse la lista de espera debido a la capacidad de pago puede conllevar a una modificación de lo que es considerado aceptable como espera.

Como se ha evidenciado, las listas de espera mencionadas en la Glosa 6, que se publican y discuten en los medios corresponden a tres situaciones de espera, pero no dan cuenta de todas las esperas en el sistema. Se especifican los casos de patologías GES en espera, las patologías no GES en espera de atención por primera vez en una especialidad y la espera quirúrgica no GES. Se quedan afuera aquellos pacientes que ya estando en conocimiento de los equipos de especialidad en el nivel secundario o terciario, esperan controles o nuevas atenciones necesarias por parte de especialistas. Este tipo de esperas pueden ser particularmente delicadas en el caso de quimioterapias, patologías crónicas descompensadas, entre otros casos, por lo tanto, la noción de atraso en atenciones de control también debiese ser un indicador a estudiar en futuros análisis.

iii) ¿Cuáles son los determinantes de la lista de espera?

Para poder gestionar una lista de espera es necesario entender que hay elementos del lado de la demanda (los nuevos casos en espera) y del lado de la oferta (la capacidad de resolución). Desde el lado de la demanda, el perfil demográfico, epidemiológico, las capacidades tecnológicas instaladas, las preferencias de los pacientes, los copagos y coberturas de los seguros influyen los casos nuevos que ingresan para ser resueltos. Desde el lado de la oferta, las capacidades productivas en los sectores público y privado representan los principales determinantes de la lista de espera. Tanto la demanda como la oferta pueden verse influenciadas por el tiempo de espera. En el lado de la demanda, tiempos de espera muy largos reducen la lista de espera en casos en los que los pacientes pueden buscar prestaciones en el sector privado a expensas de su gasto de bolsillo. En el lado de la oferta, tiempos de espera muy largos pueden inducir una mayor productividad en los prestadores públicos y/o la asignación de mayores recursos desde el Gobierno. Así mismo, los tiempos de espera pueden inducir el desarrollo de un sector privado que se beneficia de estas listas de espera, lo cual se ha observado con claridad en los últimos años en Chile. El flujo simplificado de las personas hacia la lista de espera se muestra en la Figura 2.

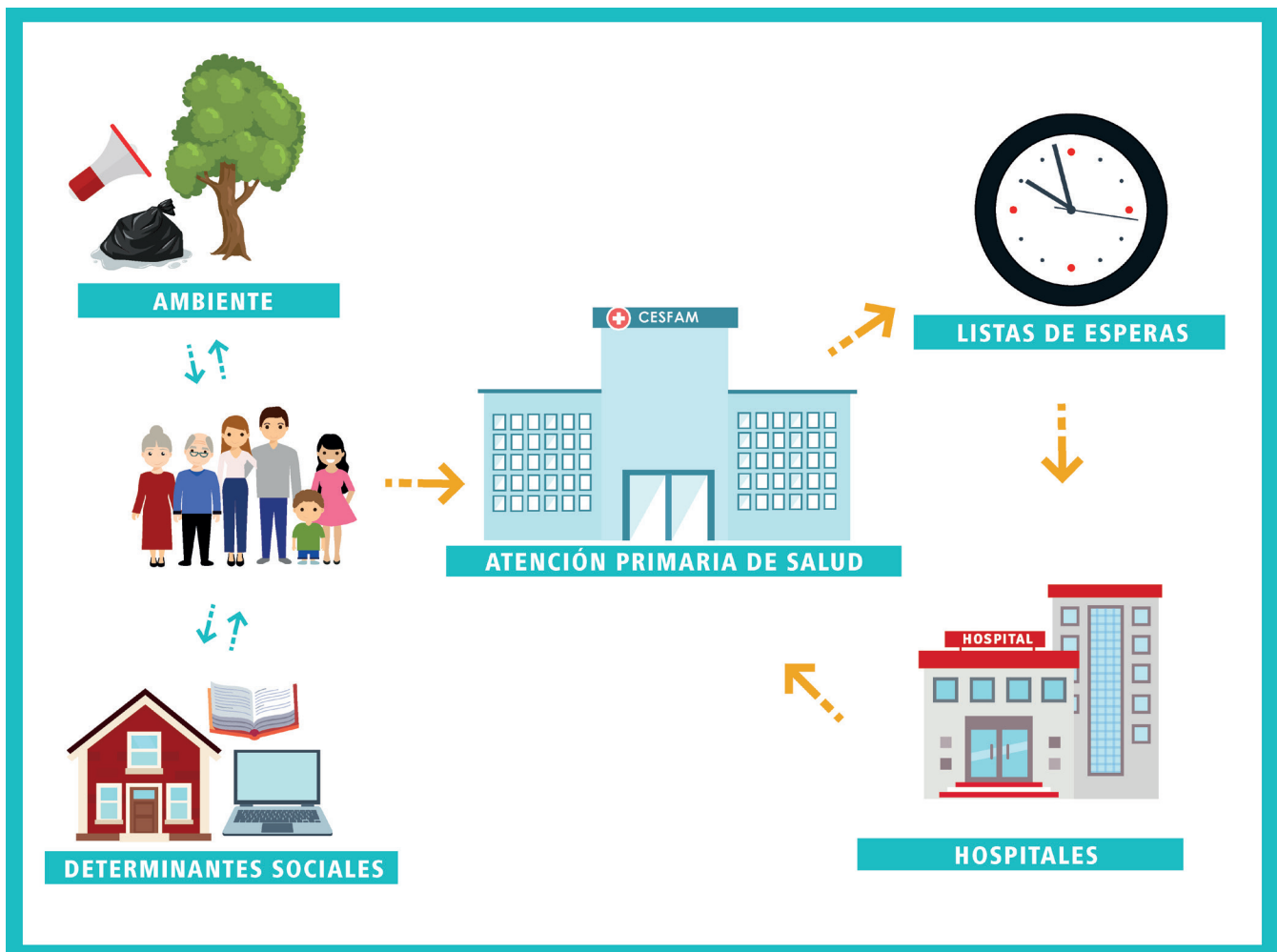


Figura 2: Flujos de demanda y oferta hacia la lista de espera

Esto debe aclarar que la lista de espera no es un problema puntual y aislado. Más bien, es parte de la permanente, dinámica y compleja relación entre niveles de atención de un sistema de salud en el tránsito del paciente entre distintos profesionales dependiendo de sus necesidades de atención.

iv) ¿Es posible terminar con las listas de espera?

La experiencia internacional indica que no. Esto es claro al observar la experiencia comparada de los países de la OECD (5). Los sistemas de salud, sean cuales sean sus formas de organización, siempre tienen una lista de espera compuesta por aquellas personas que están esperando una prestación de salud. Esto es enteramente intuitivo: no existen procesos complejos en que las cosas ocurran instantáneamente, sin tiempos de espera entre una y otra actividad. Incluso en un contexto de recursos infinitos, siempre hay tiempos involucrados entre una y otra actividad asistencial (por ejemplo entre la sospecha diagnóstica hasta la confirmación). Lo que sí es posible, es reducir los tiempos de espera entre estos pasos (4). Esto es lo que en definitiva lleva a una reducción de la lista de espera. Desde la perspectiva del paciente, es evidente que lo relevante es el tiempo esperado y no el tamaño de la lista.

v) ¿Existe una espera aceptable?

Cada sociedad, de manera implícita o explícita, define qué considera un tiempo de espera aceptable. La manera implícita se refleja, por ejemplo, en la asignación de recursos destinados a resolver determinados problemas de salud en los distintos niveles de la red asistencial. La manera explícita se puede observar en muchos países que definen tiempos máximos de espera para determinadas prestaciones, tal como sucede con la garantía de oportunidad del GES en Chile. En última instancia, los tiempos de espera son el resultado de un proceso de priorización de dos niveles: 1) cuantos recursos entrega la sociedad al sistema de salud para responder a las necesidades de la población; y, 2) la decisión de que servicios de salud deben entregarse, a quienes y en qué circunstancias (cobertura).

Estudios han demostrado que si bien los pacientes tienen expectativas de resolución de sus problemas de salud en plazos acotados, existen tiempos de espera considerados aceptables tanto desde la perspectiva de los pacientes, como de los médicos tratantes (6-7). Así mismo, hay consenso en considerar que los tiempos de espera aceptables son diferentes según el tipo de patología, grado de complicación, funcionalidad del paciente y el potencial de la prestación para cambiar el pronóstico del caso. Así mismo, la percepción por parte de los pacientes de que el orden de resolución es justo, ha demostrado aumentar la aceptabilidad de la espera (6). En la medida de que los procesos son justos, las personas están más dispuestas a aceptarlos.

Dicho esto, es más importante conocer cuál es el tiempo de espera de los pacientes para recibir determinados servicios, por sobre conocer el número de personas esperando alguna prestación. En la mayoría de los países, las personas solo ingresan formalmente a la lista de espera luego de superar un tiempo explícitamente definido esperando para una prestación. Así mismo, conocer los tiempos de espera según necesidad de salud, puede ayudar a definir más claramente si un paciente en particular está esperando más allá de lo aceptable.

3 - EN LA RUTA DE LAS SOLUCIONES

Enfrentar el problema desde una mirada estructural, requiere entonces abordar los determinantes de la lista de espera, resumidos en la figura 1, y a partir de ellos generar propuestas de mejoras que logren optimizar el funcionamiento y respuesta del sistema de salud en todos sus niveles.

Para efectos prácticos, dividimos esta sección en dos niveles. Por una parte están los determinantes estructurales del funcionamiento de nuestro sistema de salud, a los que también podríamos llamar medidas generales, aquellas que sin tocar directamente las causas mediatas de la generación de listas de espera, contribuyen a disminuir la demanda de atenciones o a mejorar la oferta.

Luego se describen medidas más específicas dirigidas a la red pública en sus distintos niveles e instancias de coordinación, las que consideramos propuestas específicas. Ellas se dirigen directamente a disminuir tiempos de espera, algunas con evidencia en la literatura publicada y otras pensadas según las condiciones particulares de nuestra red. La figura 3 muestra los distintos niveles a intervenir.

SÍNTESIS DE PROPUESTAS			
MEDIDAS ESTRUCTURALES	FORTALECIMIENTO RED PÚBLICA		
Promoción de salud	 APS	 COORDINACIÓN	 HOSPITAL
Prevención Secundaria	Identificar recursos para resolución	Recursos informáticos	Priorización
Salud en todas las políticas	Capacitación	Interlocutores Clínicos	Identificar recursos para resolución
 Financiamiento Solidario			

Figura 3: Síntesis de propuestas de medidas estructurales y fortalecimiento de la red pública.

i) Actuar sobre los determinantes estructurales de la lista de espera

a) Financiamiento en el Sistema de Salud Chileno

Un análisis del problema que constituye la Lista de Espera en el país no puede omitir las raíces estructurales en las que nacen las falencias del Sistema de Salud Público Chileno. El presente documento pretende describir algunos de los problemas en el Financiamiento del Sistema de Salud que contribuyen a la generación de la Lista de Espera.

En primer lugar, uno de los problemas fundamentales del sistema es la Selección de Riesgo. Esto se refiere a que las ISAPREs, mediante diversos mecanismos, seleccionan a las personas más sanas, menos riesgosas y con mayores recursos. Esto genera que las personas más riesgosas y de menores ingresos quedan concentradas en el Seguro Público (FONASA), provocando un sistema segmentado, que acaba con el

principio de solidaridad y el mancomunamiento de los recursos. Esto genera un sistema altamente inequitativo, en el cual el Seguro Público cuenta con un presupuesto por persona que es casi la mitad que en el Seguro Privado (8). A su vez, el Seguro Privado recauda sobre 1,4 billones de pesos al año, 46% del total de recursos recaudado por el sistema vía cotizaciones, para atender a sólo el 16,5% de la población (9).

El presupuesto desigual entre el sector público y privado genera distorsiones. Esto se expresa, por ejemplo, en términos de los recursos humanos. El sector privado puede costear sueldos más altos que el sector público, así como mejor infraestructura y comodidades para el personal. Esto contribuye a que la mayoría de las horas médicas se concentren en el sector privado. Alarmanamente, el sector público cuenta con solo un 43% de los médicos (trabajando con jornada completa o parcial), para atender a un 79% de la población (10, 11). Esto contribuye a la generación de un sector público con largas listas de espera y servicios de urgencia colapsados.

A lo anteriormente mencionado se suma que la selección de riesgo es altamente ineficiente: las ISAPRES han mostrado tener Gastos Administrativos 10 veces superiores a FONASA, lo que se debe, al menos en parte, a que los mecanismos de selección de riesgo son costosos (12). Por otro lado, esta práctica contribuye a las crecientes utilidades del sector privado. Estos hechos representan pérdidas de eficiencia para el sistema en conjunto. Vale la pena preguntarse si es que esos gastos podrían ser mejores utilizados al destinarse a cubrir necesidades de salud de la población.

Las incapacidades del sector público, en parte influidas por este déficit financiero, han generado un ciclo vicioso en el cuál para satisfacer la demanda incumplida, se generan enormes traspasos de recursos al sector privado, con precios que superan con creces a los costos de producción por parte de los prestadores públicos. Esto a su vez ha contribuido a un déficit de inversión, tanto en infraestructura como en generación de capacidades. Un ejemplo de esta práctica es el Bono AUGE, implementado el 2011 con el objetivo de reducir las garantías incumplidas GES a través de compras al sector privado. Este programa, con un gasto total de casi 5 mil millones de pesos solo en el 2011, aportó solo a un 1,9% a la reducción de la lista, pagando a los prestadores privados precios 74,7% mayores a los aranceles de referencia FONASA (13). Esto muestra cómo se prioriza la compra de servicios externos - a un precio mayor que en el público- en vez de invertir en la red pública, manteniendo los problemas estructurales que llevaron a generar la Lista de Espera. Cómo revisaremos luego, estas medidas basadas en la compra de servicios a privados han demostrado ser poco efectivas para resolver el problema de las listas de espera en el mundo.

En conclusión, el Sistema de Salud Público presenta un profundo desfinanciamiento, que nace desde la estructura de financiamiento del sistema de salud en su conjunto. Esta situación desventajosa es una de las causas estructurales que genera retrasos en la oportunidad de atención de las personas, lo que cotidianamente llamamos “listas de espera”.

Así, si se desea enfrentar la lista de espera con soluciones efectivas y sustentables en el tiempo, es necesario avanzar en mecanismos de financiamiento que se hagan cargo de las necesidades reales de la población, que aumenten la inversión en la red pública, incorporen lógicas de solidaridad en los aportes de los cotizantes y aseguren la administración eficiente de los recursos. Superar el déficit de financiamiento y capacidades de la red pública, es una tarea básica para lograr avanzar en la atención oportuna de las personas que requieren resolver problemas de salud.

b) Promoción de salud

La promoción de la salud tiene sin dudas un rol determinante en fomentar formas de vida sana que contribuyan a disminuir la carga de enfermedad de una población. Mejorar el desempeño como país en las condiciones de vida que pueden generar daños a la salud de nuestra población, es una tarea ineludible y urgente. En nuestro país las políticas de promoción de salud se organizan a nivel ministerial en el Departamento de

Promoción de la Salud (creado a finales de los años noventa) y se formulan a través del Plan Nacional de Promoción. Las áreas específicas que actualmente se desarrollan como prioritarias son Tabaco, Actividad física y Alimentación saludable, dejando como opcionales Salud sexual y reproductiva, Salud Bucal, Salud Mental, Alcohol y otras drogas, Participación y Gobernanza (14).

En los últimos años destacan a nivel legislativo políticas como la Ley de Etiquetado de los alimentos y la Ley de Tabaco, que se enmarcan en una estrategia de promoción. Si bien han significado un avance, las iniciativas actuales aún son insuficientes. A modo de ejemplo, un aspecto a mejorar de la Ley de tabaco es que no contempla cobertura a los tratamientos de cesación (15). En el caso de la Ley de Etiquetado, la gradualidad en su implementación conlleva el riesgo de que la ley no llegue de forma efectiva a la población. El aumento de la obesidad y el tabaquismo adolescente nos muestran que aún nos queda mucho por hacer (16, 17).

Necesitamos fomentar la vida saludable por todos los medios posibles. Para ello, las condiciones estructurales en que las personas viven deben ser modificadas. A modo de ejemplo, a nivel alimentario es necesario incorporar medidas fiscales (impuestos y subsidios), que desincentiven el consumo de alimentos ultra procesados y aumentar el acceso a alimentos saludables (18, 19).

Por otro lado, medidas que avancen en la información de la población y en la construcción de alianzas intersectoriales, particularmente con el sector educacional son altamente deseables en ciertos ámbitos donde existen intervenciones de demostrada efectividad, como programas de salud sexual y reproductiva o salud oral. Las iniciativas de promoción requieren de la incorporación permanente de la comunidad y sus organizaciones.

Finalmente, debe recalarse que es responsabilidad del Estado asegurar condiciones para que las personas puedan desarrollar una vida plena y saludable. Lograr esto excede las responsabilidades del sector salud, requiriéndose una mirada amplia que incluya educación, medio ambiente, transporte, vivienda, trabajo, pensiones, entre otros.

c) Enfoque preventivo

A nivel público se implementan diversos programas y actividades preventivas de nivel individual tales como el Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes o el Examen de Medicina Preventiva que contempla tamizajes en todas las etapas del ciclo vital (21). Detectar tempranamente algunas patologías permite su control precoz y disminuir la posibilidad de complicaciones, reduciendo la carga sobre el sistema de salud. Esta es una dimensión en la que nuestro sistema de salud se encuentra en deuda.

A modo de ejemplo para el año 2015 sólo un 58,3% de las mujeres mayores de 15 años se habían realizado un Papanicolau en los últimos 3 años, y cuando se observa por afiliación previsional nos encontramos con un 57,9% y 65,6% para FONASA e ISAPRE respectivamente (22), existiendo inequidades evidentes.

Al respecto es necesario mejorar la cobertura global de estas estrategias y dar seguimiento adecuado a todos quienes presentan resultados alterados en los tamizajes. Hoy se realizan tamizajes al tabaquismo y obesidad, con escasa capacidad de respuesta a estas patologías en el sector público, lo que se debe generar por medio de programas garantizados y adecuadamente evaluados.

d) Salud en todas las políticas

Las condiciones que contribuyen a enfermar, tienen un rol fundamental en la sobrecarga de los sistemas de salud. Esta sobrecarga evidentemente lleva a aumentar los tiempos de espera. Los llamados “determinantes sociales”, influyen en la salud de las poblaciones de manera incluso más relevante que la asistencia sanitaria(23). El menor nivel de salud asociado a la pobreza, las grandes desigualdades sanitarias

observadas dentro y entre países, están provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y la posibilidad de tener una existencia próspera (24).

A partir de varias experiencias de intervenciones, la OMS ha adoptado el enfoque de Salud en Todas las Políticas, como una forma de avanzar en tener una mirada sanitaria hacia las políticas públicas en general (20). El desarrollo de este enfoque en Chile es un desafío que excede este documento, pero es importante destacar al menos que este marco conceptual es una herramienta útil y necesaria para disminuir la carga de enfermedad de una población.

Cuadro resumen 2: Propuestas basadas en un enfoque estructural

1. Establecer mecanismos de solidaridad efectiva en el financiamiento de la salud en Chile y aumentar la inversión de recursos fiscales en el sector público.
2. Relevar la importancia de la promoción de salud con estrategias poblacionales, fortalecer e implementar nuevos programas de fomento a la vida sana intersectoriales, incorporando a la comunidad por medio de sus organizaciones en el trabajo de estas iniciativas.
3. Aumentar la carga impositiva de alimentos y sustancias de conocida nocividad, como alcohol, tabaco, bebidas azucaradas y alimentos ultra procesados. Dichas medidas deben ir de la mano de subsidios a alimentos saludables tales como frutas, verduras y otros alimentos de gran valor nutricional y libres de procesamiento.
4. Re-pensar un plan nacional de tamizaje en Chile a partir del Exámen de Medicina Preventiva actual, mejorando la cobertura, revisando los incentivos económicos, incorporando seguimientos a los individuos con patologías detectadas e incluyendo programas garantizados para el control de los problemas de salud estudiados.
5. Incorporar el enfoque de “Salud en todas las políticas” en la confección de políticas públicas que puedan influir en la salud de nuestra población.

ii) Actuar sobre la red pública para disminuir la lista de espera

a) Intervenciones desde la atención primaria de salud

Necesidad de un diagnóstico inicial:

En el nivel primario, tanto los profesionales clínicos, como los encargados de la gestión deben construir un diagnóstico local sobre las derivaciones. Este debiera incluir elementos que permitan realizar a partir de ellos intervenciones que busquen optimizar la resolución. Un espacio ideal para trabajar en esta dinámica es la reunión clínica de médicos de cada centro asistencial. El cuadro resumen 3 ilustra preguntas para orientar un diagnóstico de lista de espera en el nivel primario.

1) Estadísticas de las derivaciones:

¿cuántos casos de nuestro consultorio esperan atención y cuanto es el tiempo promedio para lograr una atención? ¿cuáles son los diagnósticos y especialidades más solicitadas?

2) Elementos relacionados a resolutiveidad:

¿existen exámenes y/o procedimientos susceptibles de realizar por médicos en el nivel primario, que permitan mejorar la resolutiveidad en diagnósticos donde se concentra un número importante de casos de derivación? ¿cuál sería el costo de implementar estas tecnologías en nuestro CES-FAM o comuna?

¿Contamos con un plan de capacitación relacionado a las necesidades locales de nuestra comunidad? ¿incluye estrategias dirigidas a los diagnósticos de mayor derivación/espera?

3) Información relacionada a la coordinación entre niveles:

¿Contamos con un médico contralor? ¿recibimos información periódica sobre nuestras derivaciones, pertinencia y espera por parte de los gestores de red? ¿existe comunicación entre el médico contralor y los especialistas del nivel secundario de nuestra red?

¿Cómo reducir la espera para acceder a la atención primaria?

Si bien no es parte de la discusión habitual sobre listas de espera y no existe un registro sistemático que permita conocer los tiempos de espera para el acceso a la atención primaria en el país, es importante reconocer que es un área donde existen brechas e inequidades importantes.

Existe evidencia que demuestra que ciertas medidas son efectivas para reducir los tiempos de espera para conseguir una consulta de atención primaria, las cuales podrían ser progresivamente implementadas en el país tales como: el acceso abierto al agendamiento, contacto telefónico como complemento a las consultas y uso de equipos multidisciplinares con transferencias de tareas. Estas intervenciones han demostrado reducir entre 2 y 32 días los tiempos de espera para una consulta, en diferentes contextos. Así mismo, el porcentaje de pacientes que no asistieron a las consultas disminuyó hasta en un 5% luego de la aplicación de estas intervenciones, permitiendo una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles (25).

¿Cómo reducir la lista de espera desde la atención primaria?

Necesidad de desarrollo técnico de la APS

En el contexto de una APS como un primer nivel de contacto institucional con un individuo en su proceso de atención, es necesario contar con el equipamiento adecuado para la resolución de la mayoría de los problemas de salud. La Reforma de Salud, si bien situó discursivamente a la APS como pilar fundamental del sistema sanitario, prácticamente no la consideró en el contexto de las 5 leyes en las que se basó la modificación legislativa. Esta omisión vino de la mano con el GES, de la cual la APS debía cargar con el 80% de las actividades generadas, sin considerar de manera concomitante modificaciones estructurales de infraestructura y recursos humanos. Tampoco consideraba los efectos negativos sobre la integralidad de la respuesta en el primer nivel de atención al verticalizar las prestaciones bajo garantías específicas. La OMS advierte que si bien las políticas sanitarias verticales ofrecen un alivio transitorio a una población determinada, resultan perjudiciales a largo plazo para todos los usuarios cuando estas medidas se prolongan

en el tiempo (26). Esto se debe a que los planes verticales tienden a atentar contra la integralidad de la respuesta de la atención primaria, priorizando ciertos servicios por sobre otros.

Es evidente, por tanto, que la atención primaria requiere un fortalecimiento estructural mediante un financiamiento per cápita superior al actual. Este aumento debe ir de la mano con la correspondiente planificación y contraloría del uso adecuado de estos recursos, en función de las necesidades de la población a atender.

Recursos humanos médicos en APS y el rol de los especialistas

Estudios recientes han demostrado que aún estamos lejos de contar con un estándar adecuado de número de médicos por habitante en la APS (27), lo que sin duda es requisito para resolver problemas de salud a tiempo y evitar que generen complicaciones a las personas que los padecen. Iniciativas recientes como la incorporación de médicos generales de zona urbanas, han ayudado disminuir esa brecha, y el aumento de número de egresados de facultades de medicina en el país también debiese contribuir a mejorar ese estándar. En relación a los médicos generales, considerar la capacitación de médicos del primer nivel de atención en motivos de derivación más frecuentes parece una estrategia razonable. Para simplificar esta tarea, podría crearse un plan de capacitación anual, debido a la alta rotación médica en la APS.

En el caso de los especialistas, su formación para la Atención Primaria ha tenido diferentes estrategias en el país(28). La especialidad de Medicina Familiar ha sido un aporte fundamental, pero el interés de los egresados por optar por esta especialidad aún es bajo. Se han intentado otras modalidades, como el Programa de Formación de Especialistas Básicos para la Atención primaria, con un modelo interesante de tránsito entre hospitales y consultorios durante la formación (29). También existe un concurso en que médicos generales de la APS postulan a programas de especialidades con posibilidad de retorno al nivel primario. Es necesario revisar estas estrategias y fomentar aquellas de demostrada mayor utilidad para fortalecer la APS. Una revisión sistemática(30), mostró que los especialistas en la APS pueden ser de utilidad, siempre que se incorporen a programas especiales con diferentes actividades, como atención directa, coordinación de recursos locales, formación entre colegas, entre otras.

En otras palabras, los especialistas de distinto tipo pueden ser útiles en la APS siempre que existan estrategias que utilicen de la mejor forma sus conocimientos en coordinación permanente con los equipos, y no solo como atención directa de pacientes. En el mismo sentido, también es importante dar incentivos económicos para que distintos especialistas quieran integrarse a la APS. Actualmente dichos incentivos sólo existen para aquellos que cuentan con la especialidad de Medicina Familiar, situación en la que está trabajando actualmente la Agrupación de Médicos de Atención Primaria del Colegio Médico de Chile (31).

Dentro de la experiencia nacional, la utilización de médicos contralores de interconsultas como mecanismo de control de protocolo de derivaciones ha sido evaluado positivamente por los gestores de la red con el potencial de aumentar la pertinencia de las derivaciones. Por ello, es relevante que la figura de médico contralor en APS reciba una adecuada capacitación para ejercer de mejor manera su labor administrativa y en base a conocimiento de patologías con mayor demanda. De preferencia este rol debiese ser adquirido tanto por un médico general con capacitación formal específica, por un especialista en medicina familiar u otro especialista idóneo según la disponibilidad local.

b) Intervenciones desde el nivel secundario y terciario

¿Cómo reducir la lista de espera desde los niveles secundario y terciario?

Como se ha mencionado previamente, la gestión de las listas de espera corresponde al proceso por el cual un sistema de salud da respuesta a un número dinámico o flujo de paciente. Basados en la estructura y organización de los sistemas de salud por niveles de atención, la gran mayoría de las necesidades de salud

pueden ser resueltos en el primer nivel de atención, sin embargo hay situaciones en que el paciente debe ser referido a un nivel de mayor complejidad y por tanto resolutiveidad. Los atochamientos o cuellos de botella del proceso ocurren en el segundo y tercer nivel de atención cuando la capacidad resolutive instalada en estos niveles, no es suficiente para responder a la demanda generada por los casos no resueltos en el primer nivel de salud.

En esta sección nos referiremos a la capacidad resolutive y gestión clínica de listas de espera del segundo y tercer nivel de atención. Entiéndase por segundo nivel de atención: CRS (Centro de Referencia de Salud), CAE (Centro Adosado de especialidades); CDT (Centro de Diagnósticos y Tratamientos) y Hospitales en su modalidad de atención cerrada como tercer nivel de atención.

Necesidad de un diagnóstico inicial

El primer paso para intervenir es la realización de un adecuado diagnóstico, en la cual se identifiquen las prestaciones con mayores tiempos de espera, por especialidad, tipo de procedimiento (por ej. quirúrgico - no quirúrgico) y nivel de prioridad (por ej. GES - no GES). En segundo lugar, es necesario analizar el origen del problema, distinguiendo elementos de la oferta y la demanda que estarán sujetas a ser intervenidas en grados variables. Se presentan en el cuadro 4 algunas preguntas que pueden resultar orientadoras para el profesional que se desempeña en esos niveles para avanzar en un diagnóstico inicial.

Cuadro resumen 4: Elementos para un diagnóstico en el nivel secundario - terciario

Demanda desde la atención primaria

- 1. Pertinencia de la derivación** ¿Son pertinentes las derivaciones recibidas en términos de su oportunidad y relevancia? ¿contamos con procesos que permitan evaluar esta pertinencia y retro-alimentar al nivel primario?
- 2. Recursos en APS** ¿hay prestaciones o casos que la atención primaria podría resolver de manera autónoma en caso de incrementar sus capacidades instaladas?
- 3. Perfil epidemiológico** ¿existen cambios relevantes en el perfil epidemiológico que puedan estar incrementando la demanda y/o puedan incrementarla a futuro?
- 4. Determinantes sociales** ¿cuales son las características en las que vive la población que pueden estar afectando su probabilidad de enfermar? ¿hay algunas de ellas que sean modificables?

Oferta desde los niveles secundario y terciario

- 1. Insumos** ¿Contamos con recursos de infraestructura, diagnóstico, terapéuticos y humanos suficientes para responder a la demanda de servicios? ¿Existen cuellos de botella o recursos críticos que al no estar presentes afectan la capacidad de responder a las necesidades de salud de la población?
- 2. Procesos** ¿Estamos utilizando de la manera más eficiente posible los recursos disponibles? ¿Cuales son nuestras tasas de consultas no realizadas, cirugías rechazadas o día-cama cerrados? ¿Cuales son las causas de dichas brechas de eficiencia?

Intervenciones para reducir la lista espera para acceder a la atención secundaria y terciaria

Si bien la evidencia es escasa, existen algunos estudios que pueden informar la implementación de intervenciones para reducir las listas de espera. En el caso de los procedimientos electivos (32):

- La priorización de la demanda en base a criterios clínicos explícitos demostró reducir el número de pacientes esperando por cirugía semi-urgente (entendida como aquella que debe resolverse < 90 días). Sin embargo, no mostró sin efectos en las cirugías urgentes (<30 días).
- Por otro lado, los procesos de reestructuración de los sistemas de referencia que incluyeron sistemas de acceso abierto, agendamiento directo o consultas a distancia (telemedicina) mostraron resultados inconsistentes o nulos en la reducción de los tiempos de espera.

En el caso de las listas de espera para consultas de especialidad, lo que ha demostrado ser efectivo como estrategia son (33, 34):

- Intervenciones basadas en la alineación de recursos, tales como la priorización de casos, sistemas de triage de pacientes y la auditoría de las listas de espera.
- Intervenciones enfocadas en incrementar la eficiencia operacional, tales como iniciativas de mejorar los sistemas y procesos de agendamiento y los sistemas de agendamiento abierto a los pacientes permiten alinear la oferta a la demanda.
- Desarrollo de sistemas integrados de referencia, el uso de telemedicina y el uso de mensajes de texto para asegurar la asistencia de pacientes.
- Identificación de cuellos de botella o fases en las que ocurre excesiva variabilidad en la práctica orientadas a instaurar estrategias clínicas y administrativas para mitigarlas.

Dentro de la evidencia nacional, se han propuesto estrategias para dar mayor eficiencia al modelo de gestión clínica de las listas de espera en el nivel hospitalario estableciendo un sistema inteligente que incorpora criterios clínicos a la gestión de listas de espera, permitiendo priorizar casos de acuerdo a complejidad, severidad, y otros criterios que exijan oportunidad, justicia y el incorporar expectativas de los pacientes (35). El impacto de la implementación de este modelo en la lista de espera no ha sido aún evaluado.

c) Intervenciones desde el nivel central

La OECD ha sintetizado las políticas más frecuentemente utilizadas en sus estados miembros, evaluando su potencial para reducir los tiempos de espera de los pacientes (4). De dicho análisis destaca que aquellas políticas que incluyen garantías de tiempos máximos de espera asociadas a mecanismos concretos para su cumplimiento (por ej. sanciones a los prestadores o el uso de segundos prestadores) son aquellas con un mayor efecto en reducir los tiempos de espera. En contraste, aquellas políticas enfocadas exclusivamente en la oferta tales como la contratación con el sector privado (compra de servicios) o el aumento transitorio de recursos públicos para incrementar la producción de forma focalizada tendrían escasos efectos en los tiempos de espera. Esto es importante de ser subrayado ya que representan las dos formas de respuesta más frecuentemente adoptadas por los gobiernos para abordar el problema: programas especiales para “resolver” las listas de espera y/o el incremento de compras de servicios a privados. Debe destacarse que el efecto de saltarse la lista de espera, sumado a la compra de servicios a privados, converge en un mecanismo estructural: fuertes incentivos al desarrollo del sector privado que, sin dar solución sistemática al problema, luego incrementa los incentivos a saltarse la lista y la compra de servicios.

La necesidad de incorporar mecanismos de transparencia en los tiempos de espera hacia los pacientes,

también puede ser una forma de lograr mayor preocupación por cumplir los estándares y generar conciencia sobre el funcionamiento del sistema en toda la población. La experiencia de garantías de oportunidad del GES en Chile son un punto de partida que podemos aprovechar para ello.

d) El desafío de la integración y articulación de la red

La red de salud debe funcionar en forma coordinada, no solo para derivar pacientes que requieren atención de un especialista, sino para modificar en forma dinámica el trabajo en equipo, las estrategias de capacitación e identificar los problemas de salud que van aumentando en frecuencia o complejidad.

Por otro lado, es importante mencionar la gestión en red como un componente fundamental en la reducción de listas de espera, tanto en la ya mencionada confección de protocolos de derivación, en la coordinación con el nivel secundario para el acceso a procedimientos diagnósticos, terapéuticos y farmacológicos adecuados, asegurar la generación de contra-referencia desde la atención secundaria hacia APS de manera de contar con información actualizada de las derivaciones y evitar interconsultas adicionales, potenciar los programas de telemedicina y establecer programas periódicos de consultoría en donde especialistas resuelvan casos y orienten sobre patologías con los médicos de APS.

Sistemas de información como apoyo a la gestión

La forma de relacionar personas y datos a través de los distintos niveles de la red pública, puede ser un factor relevante en la planificación de los procesos que determinan la generación de solicitudes de atención en la APS y su resolución. En este sentido, identificamos 3 componentes esenciales:

1) Registro de listas de espera: requerimos un sistema informático que reciba la solicitud de atención, y permita evaluar y dar seguimiento a las prioridades. Contar con un buen sistema de información en un requisito básico a la hora de hacer un diagnóstico adecuado de los tiempos de espera actuales, entrega de información a los pacientes y cualquier iniciativa de control y monitoreo (37). El actual Registro Nacional de Listas de Espera (RNLE) ha ido considerado insuficiente como instrumento de gestión y requiere ser perfeccionado de manera urgente (1).

2) Ficha electrónica: La mejor forma de unificar y hacer disponible la información de las atenciones médicas es por medio de una ficha electrónica pública única. Parece indispensable avanzar en el corto plazo en la integración de los sistemas de registros clínicos, a partir de las numerosas y heterogéneas experiencias que existen en la red pública(38). La interoperabilidad simple entre este instrumento y el sistema informático que administra las solicitudes de atención resulta crucial.

3) Contra-referencia: La correcta atención en red de un paciente evaluado por un especialista requiere del envío de una contra-referencia por cada atención realizada en un formato simple pero que dé cuenta de los campos relevantes como diagnóstico, necesidad de continuar atención en el nivel de especialidad, sugerencias de cambio en el tratamiento o plan de manejo o la necesidad de evaluación por otro especialista.

El rol clave de los clínicos: gestión clínica al servicio de una atención más oportuna.

Además de la labor de coordinación que realizan los gestores de red desde los servicios de salud y encargados de gestión de los hospitales, los clínicos deben involucrarse en esta tarea. En la atención primaria, el médico contralor juega un rol clave. Dentro de posibles propuestas a este nivel, cada médico contralor podría recibir un informe mensual de parte de la unidad de estadísticas respectiva, que incluya las derivaciones realizadas por su centro, pertenencia, tiempos de espera por grupos de especialidad, etc. A partir de ello, el equipo de APS podría planificar estrategias locales para la mejoría tanto en la resolución interna como en la forma de derivar. En esta línea, las reuniones clínicas pueden ser un aporte relevante para mejorar la capacidad de resolución a nivel local a través de la discusión de procesos y criterios clínicos.

Por otra parte, los especialistas del nivel que recibe derivación podría recibir un informe mensual de características similares incluyendo el número de pacientes en espera por cada prestación, tiempo de espera y datos sobre los diagnósticos y prioridad establecida.

A partir de estos dos referentes (derivador y especialista) se pueden generar una serie de ejercicios de derivación enfocados en optimizar el flujo de los pacientes:

1) Un mecanismo para establecer las prioridades: Una opción es acordar tiempos de espera a nivel local en base a la deliberación de tratantes, contralores, y referentes de la especialidad basándose en criterios sanitarios y de justicia(35). Estos tiempos de espera puede ir acompañados de compromisos de gestión acordados por las partes. Como ya se ha mencionado, la priorización también puede establecerse desde el nivel central según el diagnóstico, como ocurre hoy con las patologías GES.

2) Informe anual desde las especialidades a la APS: desarrollar un análisis del comportamiento de las derivaciones de los centros de APS, sugiriendo formas de mejorar la resolución local participando activamente para su implementación (ej. consultorías, formación, acceso a exámenes, etc). Para esto podría agendarse reuniones de teleconferencia entre especialistas del nivel hospitalario, contralores y médicos de APS. Se requieren tiempos protegidos para este trabajo.

3) Espacios de comunicación permanentes: para resolver las dudas desde la APS o informaciones requeridas por parte de los especialistas, que podría ser la presencia de un especialista que se traslade con cierta periodicidad al nivel primario o con quien se puedan contactar por la vía telefónica o mail contando también con horarios protegidos para esta tarea a modo de consultorías.

Estas solo constituyen un ejemplo de entre las múltiples acciones que podrían establecerse para mejorar la conexión asistencial, mejorando con ello la experiencia del paciente en su tránsito por la red. Es claro que en la actualidad múltiples iniciativas locales de este tipo han surgido dentro de las redes. Al respecto, resulta tremendamente valioso avanzar en su identificación, sistematización, evaluación y difusión para fortalecer el desarrollo de soluciones desde la experiencia clínica.

Cuadro resumen 5: Síntesis intervenciones específicas

1. Todos los niveles:

- i) Diagnóstico de derivaciones y listas de espera compartido con los equipos clínicos.
- ii) Revisión de casos en esperas inhabituales. Transparencia de los registros de espera.
- iii) Desarrollo de tiempos de espera máximos en base a criterios consensuados en un proceso de priorización justo y explícito (no sólo para GES).

2. Atención Primaria de salud:

- i) Acceso abierto a agendamiento de horas, contacto telefónico como complemento a las consultas y uso de equipos multidisciplinares con transferencias de tareas.
- ii) Estrategias de capacitación basada en necesidades locales incluyendo derivaciones.
- iii) Aumento de capacidades de resolución, exámenes y procedimientos, con recursos adecuados para ello, en patologías críticas.

3. Hospitales y centros de especialidades:

- i) Priorización de los casos, auditorías e intervenciones para mejorar la eficiencia operacional.
- ii) Identificación de cuellos de botella, recursos humanos, exámenes y/o procedimientos que limitan o enlentezcan la resolución de los casos.

4. Coordinación de la red

- i) Ficha clínica electrónica única, sistema de registro de derivaciones similar a SIGGES, mecanismos para asegurar la llegada de contra referencia y epicrisis a médicos de la APS.
- ii) Interlocutores clínicos disponibles para la resolución de casos e implementación de estrategias, médicos contralores en APS y especialistas encargados de derivaciones en hospitales. Tiempos protegidos para permitir este trabajo de gestión.

iii) Medidas de corto plazo para mejorar la resolución

En el contexto de las campañas presidenciales y parlamentarias de este año, y en función del marco de trabajo propuesto, proponemos 7 medidas factibles de implementar en el corto plazo. Estas se enfocan en mejorar la resolución del sector público, optimizar los mecanismos de coordinación entre los distintos niveles de la red y levantar estrategias de trabajo para mejorar la resolución de los casos en espera.

Cuadro resumen 6 : Medidas de corto plazo

1. Aumento del gasto público en salud: Incrementar el gasto público en salud para llegar al menos a estándares similares a los de los países de la OECD (71% del total del gasto en salud) y de esta forma contar con recursos adecuados para una red pública más resolutive.

2. Reajuste del per cápita para la APS: Aumento significativo del per cápita a \$6.500, mejorando su mecanismo de asignación para disminuir las inequidades en salud a nivel local.

3. Ficha electrónica y nuevo registro nacional de casos en espera: Implementación de una ficha clínica electrónica única a nivel nacional, con énfasis en la incorporación de herramientas que faciliten los procesos de referencia-contrarreferencia y la continuidad de la atención. Perfeccionar el sistema de información de listas de espera que permita entregar datos de manera oportuna para la gestión local. Debe incluir toda la información de casos de derivación, incluyendo Ges y no Ges. Su gestión debe incluir el informe mensual de estadísticas a cada centro implicado, que permita implementar estrategias de resolución y monitorizar los procesos.

4. Integración de la red: Instaurar mecanismos formales y estables para mejorar la comunicación entre los equipos clínicos de atención primaria, centros de especialidad y hospitales. Destinar tiempos protegidos para que los clínicos realicen esta coordinación de acuerdo a su realidad local (encuentros presenciales, telemedicina, consultorías, etc...).

5. Programa de capacitación enfocado en la resolución: Desarrollar espacios de reuniones clínicas, manejo de casos complejos y capacitación continua entre equipos de la red, particularmente en las especialidades con mayor espera de cada territorio. En la APS, asegurar reuniones clínicas semanales y capacitación anual de todos los médicos en especialidades deficitarias.

6. Gestión clínica desde el nivel hospitalario: Incluir en la programación la gestión de casos en espera por parte de los equipos de especialidades, con tiempos protegidos a los especialistas para esta labor y coordinación permanente con los médicos contralores de la APS.

7. Mesa de trabajo con especialidades: Iniciar una mesa de trabajo entre el MINSAL, Colegio Médico y las Sociedades de Especialistas con mayor concentración de casos en espera, para en un plazo de 3 meses realizar un diagnóstico y confeccionar un plan de intervenciones para mejorar la resolución.

4 - CONCLUSIONES

A partir del presente análisis, podemos concluir que las listas de espera no constituyen el problema per se, el foco no debe estar puesto en el número de personas esperando si no en los tiempos de espera y en la justicia a la hora de priorizar cuanto deben esperar. En esa línea nuestro país se encuentra retrasado en comparación a otros miembros de la OCDE.

Para disminuir los tiempos de espera, es necesario mejorar el funcionamiento general de nuestro sistema público de salud, implementando modificaciones en el sistema actual de financiamiento y en el modelo de atención, incorporando la dimensión de promoción y prevención de salud. Por otro lado, existen una serie de medidas más específicas posibles de implementar, muchas de ellas publicadas en la literatura, en los distintos niveles de la red.

La coordinación de los distintos niveles de la red también es un elemento relevante, donde el desarrollo de herramientas informáticas y el establecimiento de mecanismos de comunicación permanentes entre especialistas y médicos generales de los distintos niveles, con roles claros en torno a un proceso dinámico de tránsito de los pacientes, son requisitos básicos donde hoy nuestro sistema aún tiene un atraso considerable.

Es probable que muchas de estas iniciativas ya se encuentren en implementación a nivel local, pero la falta de difusión y comunicación de buenas prácticas en el sector público limita su replicabilidad. En ese sentido, es urgente el fortalecimiento de todo el sistema público no solo desde el punto de vista económico, sino también desde su relevancia cultural. Necesitamos que los actores del sector se encuentren, divulguen sus iniciativas, se coordinen para lograr avances conjuntos y puedan mostrar estos al resto de la población.

Finalmente, queremos destacar que el recurso humano médico tiene un rol relevante en participar de las soluciones a los tiempos prolongados de espera. En los distintos niveles del sistema nuestros colegas pueden intervenir y lograr mejoras significativas, hecho que se destaca en la literatura internacional. En el contexto local, existen múltiples experiencias que demuestran que cuando colegas se involucran en la gestión clínica, cambios importantes en la oportunidad y calidad de la atención de la población pueden conseguirse.

Esperamos que este documento sea una contribución en cambiar el foco desde una mirada parcial sobre la “crisis de las Listas de Espera”, hacia una mirada estructural basada en la necesidad de fortalecimiento integral de la red de salud pública. Este es un requisito indispensable para hacer frente a las necesidades de salud de la gran mayoría de la población, que se atiende en el sector público de salud. Los médicos y médicas de Chile podemos y debemos ser parte de la solución a estos problemas estructurales.

REFERENCIAS

- 1 Ministerio de Salud. Resumen Ejecutivo - Comisión Asesora Ministerial sobre listas de espera. 2017.
- 2 Cooperativa. Casi 25 mil personas en lista de espera murieron en 2016. Disponible en: <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/hospitales/casi-25-mil-personas-en-lista-de-espera-murieron-en-2016/2017-04-15/100343.html>
- 3 Ministerio de Salud. Quinto informe Glosa 06 - Lista de espera no GES y garantías de oportunidad GES retrasadas. 2017. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/07/Ord.-2525-Glosa-6-mes-de-Mayo_19072017_104944.pdf
- 4 Siciliani L, Borowitz M, Moran V (eds). 2013. *Waiting Time Policies in the Health Sector - What works*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>
- 5 Siciliani L, Moran V, Borowitz M. *Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries*. *Health Policy* 118 (2014) 292–303
- 6 Conner-Spady B, Johnston G, Sanmartin C, McGurran J, Noseworthy T. *Patient and Surgeon Views on Maximum Acceptable Waiting Times for Joint Replacement*. *Health Policy*. 2007 Nov; 3(2): 102–116.
- 7 Weingessel B, Wahl M, Vecsei-Marlvits P. *Patients' maximum acceptable waiting time for cataract surgery: a comparison at two time-points 7 years apart*. *Acta Ophthalmol*. 2017 Mar 30. doi: 10.1111/aos.13439. [Epub ahead of print]
- 8 Castillo-Laborde C, Aguilera-Sanhueza X, Hirmas-Adaury M, Matute I, Delgado-Becerra I, Nájera-De Ferrari M, et al. *Health insurance scheme performance and effects on health and health inequalities in Chile*. *MEDICC Rev*. 2017;19(2–3):57–64.
- 9 Cid C. *Diagnoses-Based Risk Adjusted Capitation Payments for Improving Solidarity and Efficiency in the Chilean Health Care System: Evaluation and Comparison with a Demographic Model*. Essen: Universität Duisburg-Essen Campus Essen; 2011.
- 10 Cid C, Aguilera X, Arteaga O, Barría S, Barría P, Castillo C, et al. *Informe Final Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta para un nuevo Régimen Jurídico para el sistema de salud privado*. Santiago, Chile: 2014.
- 11 Guillou M, Carabantes J, Bustos V. *Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile*. *Rev méd Chile*. 2011;139(5):559-70.
- 12 Nicolle E, Mathauer I. *Administrative costs of health insurance schemes: Exploring the reasons for their variability*. Geneva: WHO, 2010.
- 13 Bonilla, C. *Informe Final Evaluación del Bono AUGE de FONASA*. Santiago, Chile: 2013.
- 14 *Orientaciones para planes comunales de promoción de la salud 2014*, Departamento de Promoción de Salud, MINSAL. Diciembre, 2013.

15 Ley N° 20.660, Modifica Ley N° 19.419 en materia de ambientes libres de humo de tabaco. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 01-03-2013).

16 Promoción de la Salud en Chile, Rev. chil. nutr. v.29 supl.1 Santiago oct. 2002.

17 OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

18 OMS. Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública. Igarss 2014. 2014. 1-5 p.

19 Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? Geneva: World Health Organization; 2011.

20 World Health Organisation. Health in All Policies: training manual. 2015;1-271. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf

21 Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Examen de Medicina Preventiva Santiago: MINSAL, 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC%20Medicina%20Preventiva.pdf>

22 Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Ministerio de Desarrollo Social. 2015

23 Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Minist Natl Heal Welf. 1981;76.

24 Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, Comisión sobre Determinantes sociales de la salud, Resumen Analítico del Informe final, WHO, 2009

25 Ansell D, Grispo, Simard B, Bjerre L. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. BMC Health Services Research (2017) 17:295

26 Organización Mundial de la Salud (2017). Atención primaria de salud [online] Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es [Acceso 29 de agosto de 2017].

27 Arteaga O, Bass C, Silva N, Rebolledo C. Propuesta para Identificar la Brecha de Médicos en la Dotación de Atención Primaria de Salud Municipal. Informe final. 2014

28 Román O. Incorporación de médicos especialistas a la atención primaria ¿una paradoja nacional? Revista Médica de Chile 2008; Vol.136: 1073-1077.

29 Montoya C, Ipinza M, Vargas N, Lastra J. Culmina el primer ciclo de la formación de especialistas para la atención primaria y el sistema público de atención de salud. ¿qué hacer en adelante?. Revista Chilena de Salud Pública, 2014; Vol. 18(1): 25-32.

30 Gruen, R.L., Weeramanthri, T.S., Knight, S.S., Bailie, R.S, 2003. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No: CD003798.

31 Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria. “Publicada Ley que establece Asignación para Médicos Especialistas de Atención Primaria”. Disponible en <http://www.medicosaps.cl/Default.aspx?tabid=887&selectmoduleid=2712&ArticleID=2274>. Consultado el 10/04/2015

32 Ballini L, Negro A, Maltoni S, Vignatelli L, Flodgren G, Simera I, Holmes J, Grilli R. Interventions to reduce waiting times for elective procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 2. Art. No.: CD005610.

33 Naiker U, Fitzgerald G, Dulhunty J, Rosemann M. Time to wait: a systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. *Australian Health Review*. <http://dx.doi.org/10.1071/AH16275>

34 Rose K, Ross J, Horwitz L. Advanced access scheduling outcomes: A systematic review *Arch Intern Med*. 2011 July 11; 171(13): 1150–1159

35 Julio C, Wolff P, Vegoña Yarza M. [Waiting lists management model based on timeliness and justice]. *Rev Med Chil [Internet]*. 2016;144(6):781–7. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600014&lng=en&nrm=iso&tlng=en

36 CRITERIA. Breve 15: Listas de espera: un mecanismo de priorización del gasto en salud. 2016;16.

37 Estrategia Digital en Salud, disponible en: <http://www.salud-e.cl>, [acceso 20 de septiembre de 2017]