

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN CLÍNICA ENTRE
DIAGNÓSTICO DE INGRESO Y CAUSA DE
FALLECIMIENTO REGISTRADO EN PACIENTES EN
LISTAS DE ESPERA DEL SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO CENTRAL DURANTE EL AÑO 2016**

TYRON JAQUE VILLASECA

**ACTIVIDAD FORMATIVA EQUIVALENTE PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

PROFESOR GUIA DE AFE: DR. ÓSCAR ARTEAGA HERRERA.

Santiago, MAYO 2023

AGRADECIMIENTOS

Este AFE es la conclusión de años de esfuerzo y dedicación, entre los que no faltaron los problemas, inseguridades y frustraciones, los que, gracias a Esteban, mi compañero de vida, han sido más fáciles de llevar y ha sido él quien me ha impulsado a seguir adelante. También agradezco a mi madre, quien siempre me inculcó el valor del esfuerzo y el estudio para salir adelante en la vida y también a mis amigos del alma, Alexis y Natacha, quienes me han apoyado y acompañado desde nuestros años de pregrado en odontología.

Indudablemente, también agradezco al hermoso grupo humano de compañeras y compañeros que conocí durante el desarrollo del Magíster, quienes me han demostrado que el mundo salubrista está lleno de personas hermosas y comprometidas con la salud de la población de nuestro país, así como muchos otros valores, como la amistad a toda prueba.

Agradezco infinitamente a mi profesor guía, el Dr. Óscar Arteaga, quien siempre demostró una enorme capacidad de ver lo que yo no podía y mejorar así el presente AFE, además de que su calidad humana se evidenció cada vez que yo me encontraba en problemas y no veía soluciones, él plantaba propuestas para poder seguir con este proyecto, el que en gran parte se lo debo a él.

Finalmente, dejo un mensaje para mí mismo:

¡Siempre cree en ti, ya ves que puedes hacer todo lo que te propongas!

ÍNDICE

1- RESUMEN.....	4
2- SUMMARY	5
3- INTRODUCCIÓN.....	6
4- MARCO TEÓRICO.....	9
2.1- CONSTRUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA	12
2.2- PRIORIZACIÓN DE LOS PACIENTES EN LISTAS DE ESPERA	17
2.3- MORTALIDAD DE PERSONAS EN LISTAS DE ESPERA.....	22
2.4- CERTIFICACIÓN DE LAS DEFUNCIONES.....	26
5- OBJETIVOS	30
3.1- OBJETIVO GENERAL.....	30
3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4. MARCO METODOLÓGICO.....	31
4.1- DISEÑO METODOLÓGICO	31
4.2- POBLACIÓN DE ESTUDIO	31
4.3- VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	32
4.4- TÉCNICAS DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN.....	36
4.5- RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	37
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
6. RESULTADOS.....	41
6.1- CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE PERSONAS FALLECIDAS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	41
6.2- REGISTRO DE CAUSAS DE MUERTE INDICADAS EN CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN.....	48
6.3- EVALUACIÓN DEL GRADO DE COINCIDENCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE INGRESO A LISTA DE ESPERA Y LA O LAS CAUSAS DE MUERTE INDICADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.	56
6.4- AUDITORÍA DE REGISTROS CLÍNICOS DE CASOS SELECCIONADOS.....	58
7. DISCUSIÓN.....	67
8. CONCLUSIONES.....	73
9. REFERENCIAS	79
10. ANEXOS	96
10.1- ANEXO 1: INSTRUMENTO AD HOC PARA RECOLECCIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	96

1- RESUMEN

Objetivo: Determinar si el diagnóstico de ingreso a la lista de espera quirúrgica del Servicio de Salud Metropolitano Central de los pacientes que fallecieron durante el año 2016 se asocia clínicamente con la causa de deceso registrado en el certificado de defunción de dichos pacientes.

Método: auditoría, que explota la base de datos de pacientes fallecidos durante el año 2016 estando en Lista de Espera Quirúrgica del SSMC, descargada del Repositorio Nacional de Listas de Espera, complementada con el análisis de los registros clínicos de los pacientes y los certificados de defunción de cada uno de ellos. Se realizó un análisis descriptivo inicial de variables sociodemográficas y posteriormente se procedió con la comparación de variables categóricas y medidas de tendencia central para variables como edad y tiempo de espera, en los que se determinó la desviación estándar. Se clasificaron los casos de acuerdo con el grado de coincidencia del diagnóstico de ingreso a LE y las causas de muerte expresadas en los certificados de defunción. Finalmente, se realizó auditoría de los registros clínicos de los pacientes que tenían relación entre diagnóstico de ingreso a Lista de Espera y causa de fallecimiento y en aquellos casos en los que esta relación no se pudo determinar por falta de antecedentes.

Resultados: En 21 casos (22,3%) el diagnóstico de ingreso a Lista de Espera se relacionaba con una o más de las causas de fallecimiento expresadas en los certificados de defunción, siendo los diagnósticos oncológicos la gran mayoría de éstos (n=19, 90,1%). Su tiempo de espera promedio fue de $193 \pm 186,4$ días (rango 13-579), mientras que entre los que no tuvieron relación fue de $457 \pm 344,6$ días de espera promedio (rango 67-1090). Mujeres (n=20, 54%), hombres (n=17, 46%), predominio de mayores de 65 años en hombres (n=12, 70,6%) y en mujeres (n=12, 60%). La edad promedio fue 69 años. Hospital San Borja Arriarán (n=32, 86,5%), HEC (n=5, 13,5%). Gastroenterología fue la especialidad con más casos en espera (n=14, 37,8%). Predominan las patologías bajo control, pero descompensadas.

Conclusiones: en 21 casos (22,3%) se pudo determinar que hubo relación entre el diagnóstico de ingreso a Lista de Espera y alguna de las causas de muerte expresadas en los certificados de defunción. En el grupo auditado, la mayoría de los fallecidos fueron mujeres, con predominio del grupo etario de mayores de 65 años. El HCSBA tuvo la mayoría de los casos a cargo, gastroenterología fue la especialidad con mayor número de casos en espera y predominan los diagnósticos oncológicos. Hay una amplia utilización de diagnósticos poco específicos o mal definidos en certificados de defunción. El tiempo de espera fue considerablemente menor en el grupo con relación entre las causas de muerte que entre los que sin relación y la mayoría de los usuarios estaba en control en el hospital, pero casi la totalidad de las patologías estaban descompensadas.

2- SUMMARY

Aim: Determinate if the diagnostic of enter to the surgical waiting list of the Central Metropolitan Health Service of the patients who died during 2016 is clinically associated with the cause of the death registered in the death certificates of that patients.

Methods: Auditory that uses the database of patients who died during 2016 while being in the surgical waiting list of the Central Metropolitan Health Service, downloaded from the National Repository of Waiting Lists, complemented with the analysis of the clinical records and death certificates of every one of them. A descriptive analysis of sociodemographic variables was initially conducted and afterwards we proceeded to compare categoric variables and central tendency for variables like age and waiting time, in which it was determined the standard deviation. Cases were separated based in the grade of coincidence or approximation of the diagnostic of admission to the waiting list and the death causes expressed in the death certificates. Finally, an auditory of the clinical records was performed in the case of the patients with relation between diagnostics and those in which cases it couldn't been determined because of the lack of information available.

Results: In 21 cases (22,3%) the diagnosis of admission to the waiting list was related with one or more of the death causes registered in the death certificates, with the oncologic diagnostics being the most frequent (n=19, 90,1%). The mean waiting time was $193 \pm 186,4$ (range 13-579), while those in which cases there were no relation or it couldn't be determined was a mean of $457 \pm 344,6$ days (range 67-1090). Women (n=20, 54%), men (n=17, 46%), mainly older than 65 years in men (n=12, 70,6%) and women (n=12, 60%). The mean age was 69 years. HCSBA (n=32, 86,5%), HEC (n=5, 13,5%). Gastroenterology was the speciality with more waiting cases (n=14, 37,8%). Most of the pathologies are under control, but mainly not compensated.

Conclusions: in 21 cases (22.3%) it was possible to determine that there was a relationship between the diagnosis of admission to the Waiting List and any of the causes of death expressed in the death certificates. In the audited group, most of the deceased were women, with a predominance of the age group over 65 years. The HCSBA was in charge of most of the cases, gastroenterology was the specialty with the highest number of cases awaiting and oncological diagnoses predominate. There is a wide use of diagnoses that are not very specific or poorly defined in death certificates. The waiting time was considerably shorter in the group with a relationship between the causes of death than among those without a relationship and most of the users were under control in the hospital, but almost all the pathologies were decompensated.

3- INTRODUCCIÓN

Las Listas de Espera de usuarios que requieren atención médica u odontológica de especialidad, procedimientos de apoyo diagnóstico o una intervención quirúrgica, se han convertido en uno de los principales temas de campañas políticas y demandas ciudadanas, siendo un tópico infaltable en la agenda política de cualquiera que esté interesado en postular a algún cargo de elección popular(1)(2)(3).

A partir del año 2009 se comienzan a implementar en Chile los Compromisos de Gestión relacionados con las Listas de Espera, cuyos principales objetivos eran disminuir la cantidad de personas en espera por atención de salud, así como el tiempo que transcurre desde que se ingresa a la Lista de Espera hasta que se recibe la atención por un especialista, se entrega el informe del procedimiento o se realiza la intervención quirúrgica, según corresponda.

Se estableció una Norma Técnica de Registro de las Listas de Espera, con una primera versión del año 2009, la que posteriormente fue actualizada el 2011, acompañada de la puesta en marcha del Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE), plataforma web con la finalidad de ser una "herramienta que permita obtener información en línea para realizar gestión en los diferentes niveles y consolidar datos nacionales para la tributación a otros sistemas o entidades de gobierno" (4).

La Norma Técnica, entre otros procedimientos, describe los criterios y datos mínimos necesarios para ingresar a las diferentes Listas de Espera, así como las causales que permiten egresar un registro de ellas, los que pueden ser de tipo clínico o administrativo, además de los respaldos necesarios para la aplicación de cada una de ellas. En el "Manual proceso de registro lista de espera no GES" se

consideraban 16 causales de egreso (5), mientras que en el año 2017 éstas llegaron a 19.

La aplicación de causales administrativas para el egreso de usuarios puede resultar difícil de comprender para aquellos que no están familiarizados con los procedimientos de gestión de Listas de Espera, lo que además se ve potenciado por episodios en los que se ha abusado en la aplicación de este tipo de causales (6).

La causal de egreso número 9 (fallecimiento) - una de las causales administrativas - es la que ha causado más polémica mediática y política, ya que en declaraciones sobre el tema se ha planteado la idea de que los fallecimientos se relacionan con el hecho de haber estado en espera de algún tipo de atención médica sin recibirla de forma oportuna (7), lo que llevó a la creación de una Comisión Investigadora en la Cámara de Diputados para indagar sobre la responsabilidad de la entonces Ministra de Salud, Dra. Carmen Castillo, en dichas cifras (8).

Durante el año 2016, según datos obtenidos del RNLE, en el SSMC se registraron 2.024 egresos de lista de espera de consulta nueva de especialidad por fallecimiento, mientras que de la lista de espera para intervención quirúrgica hubo 106 egresos por la misma causal y solo uno en la lista de espera para intervención quirúrgica compleja (9), los que forman parte de las cerca de 25.000 personas que habrían muerto durante el mismo periodo en todo Chile mientras estaban en alguna lista de espera por atención de salud (8).

A nivel internacional, si bien ha habido investigaciones que intentan caracterizar la mortalidad de usuarios en listas de espera (10), éstas se realizan en contextos que no son comparables a la realidad chilena en general, y a la del SSMC en particular, siendo la evidencia existente en relación al tema mayoritariamente enfocada en especialidades o procedimientos específicos más que en un análisis global (11–13).

La comisión investigadora de la Cámara de Diputados de Chile concluyó que podría haber alguna relación entre los usuarios que fallecieron mientras estaban en alguna lista de espera y el diagnóstico por el que ingresaron a ellas, pero no se realizó auditoría de fichas clínicas para respaldar dicha tesis (14), mientras que un informe del MINSAL, que realiza una descripción por edad de los fallecidos que se encontraban en Lista de Espera durante el año 2016, tampoco aporta más antecedentes para establecer o descartar una asociación entre ambos factores (15), lo que se suma a que, luego del impacto de la pandemia por COVID-19, la que ha generado un aumento en los tiempos de espera, ya de por sí extensos, se podría incluso agravar la situación de personas que fallecen mientras están esperando por una atención sanitaria.

Debido a lo anteriormente descrito, aún no se ha podido conocer si existe relación entre haber permanecido en Lista de Espera sin recibir la atención de salud requerida y la muerte de los pacientes en espera. En este contexto, surge la necesidad de investigar, tomando a uno de los Servicios de Salud más grandes del país como muestra de la realidad nacional sobre el tema.

4- MARCO TEÓRICO

En un contexto en el que la demanda por atención sanitaria aumenta a la par con las expectativas de los usuarios, se hace imprescindible contar con estrategias que permitan coordinar a los distintos niveles del sistema de salud involucrados en satisfacer dichas necesidades de atención.

Según la definición de Cuadrado et al., “las Listas de Espera son registros de personas esperando por la provisión de una determinada prestación o grupo de prestaciones de salud”, como las consultas médicas, exámenes diagnósticos o intervenciones quirúrgicas, y por lo tanto, representan un equilibrio dinámico entre los casos nuevos que ingresan con la necesidad de una prestación y la capacidad instalada del sistema de salud para resolverlos (16).

Según Siciliani et al, en su reporte del año 2013 para la OECD, las Listas de Espera se generan debido a un desbalance entre la oferta (insuficiente) y la demanda por servicios sanitarios (mayor que la oferta), siendo una problemática de complejo abordaje incluso en los países de mayores ingresos como los de la OECD, donde las políticas establecidas para su resolución son variadas y con disímiles resultados, ya que, debido al envejecimiento de su población, presentan mayor demanda de atención en salud (17), una realidad similar a la chilena, que presenta un avanzado estado de envejecimiento poblacional que ya en el año 2015 rondaba el 10% de la población, mientras que se proyecta que para el 2050 será de un 24% (18) .

Si bien se trata de una problemática que afecta directamente la salud y la vida de la gran mayoría de la población de Chile que está asegurada por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), cercana al 78%, y que se atiende principalmente en los Hospitales pertenecientes al Sistema de Servicios de Salud (19), también es uno de los principales focos de atención de los Sistemas Sanitarios a nivel mundial, en el que los recursos disponibles siempre son menores que la demanda generada, pudiendo, además, el acceso a atención sanitaria ser uno de los factores que

disminuyen o potencien las desigualdades previamente existentes en la sociedad e impactan en la calidad de vida de la población, así como en la percepción de la calidad de atención de los Sistemas de Salud (20–26).

La pandemia por COVID-19 ha significado un enorme impacto en la capacidad los Sistemas Sanitarios para resolver las patologías y condiciones de salud no urgentes, debido a la transformación de las horas de profesionales, camas, pabellones y otros recursos hacia la atención de personas contagiadas con COVID-19, lo que ya ha demostrado tener un impacto en las Listas de Espera por atenciones de consulta con especialistas o para intervenciones quirúrgicas electivas, con casos como el del *National Health System* (NHS) británico, donde el número de personas en Lista de Espera Quirúrgica con más de un año de antigüedad aumentó en más de 200 veces respecto a las cifras pre pandemia (26–30).

La construcción de Listas de Espera por atención de salud es una estrategia utilizada de forma extendida para canalizar el flujo de derivaciones, generalmente desde el nivel primario de atención hacia el secundario o de especialidad. Una vez construidas las Listas de Espera surge una nueva problemática: ¿cómo se prioriza la atención de aquellos que aguardan por prestaciones sanitarias? Para resolver este problema existen diversos enfoques, como la priorización por antigüedad en lista de espera, por severidad de las patologías o una combinación de ambas (32). Los criterios antes mencionados u otros que se pudieran determinar pueden ser definidos y aplicados mediante criterios explícitos o implícitos, dependiendo de cómo lo determine el sistema de salud y la sociedad en su conjunto (33).

Sin embargo, en ocasiones se puede observar que, contra toda lógica sanitaria y asociado a diferentes factores, la atención de usuarios en lista de espera se rige por motivaciones diferentes, como preferencias de los profesionales, facilidad para contactar a los usuarios con ingreso más reciente a la Lista de Espera, incentivos para la atención de ciertos diagnósticos, etcétera. Esto genera que los usuarios más antiguos de la Lista de Espera se presenten en condiciones cada vez más complejas al momento de ser contactados, lo que se relaciona con empeoramiento de la patología que originó la derivación, exámenes de laboratorio o imagenológicos desactualizados, así como prolongados tiempos con licencia médica. Además, se agregan efectos en el entorno social, efectos psicológicos o diversos grados de discapacidad (34).

En algunos casos, los pacientes nunca llegan a recibir la atención por la que ingresaron a las Listas de Espera, pudiendo esto deberse a causas que van desde la recuperación espontánea de la patología hasta el fallecimiento del usuario en espera de la atención requerida. Este último escenario requiere de especial atención, ya que puede abarcar desde causas sin ninguna relación con el diagnóstico de derivación hasta una muerte asociada directamente a la falta de atención médica oportuna de éste.

En el presente capítulo de Marco Teórico, se presenta una revisión del estado del arte en relación con el tema de las Listas de Espera. Con este propósito, considerando la complejidad del mismo, el capítulo se ha organizado en torno a tres ejes temáticos que se relacionan con la construcción de las listas de espera, la forma en la que se prioriza la atención de los usuarios que se encuentran en ellas, y las consecuencias de la priorización sobre las personas en estas listas.

2.1- CONSTRUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

Una demanda por atención de salud mayor a la oferta es una constante en todas las sociedades modernas, siendo el acceso al sistema sanitario un reflejo de las inequidades presentes en muchos países, como lo manifiesta el informe del año 2013 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que agrupa a los países de mayor desarrollo económico a nivel mundial. En este se indica que las personas con mayores estudios (e ingresos) tienden a utilizar más los servicios de salud, tanto de especialidad como de nivel primario, lo que se ve atenuado en aquellas naciones con un Sistema Nacional de Salud más fuerte (35).

Debido a lo anteriormente descrito y dado que Chile presenta un sistema de salud mixto - con participación de aseguradores de salud privados (ISAPRES) que prestan servicios a la población más joven, sana y de mayores recursos; y de un seguro público (FONASA) que cubre a aproximadamente al 78% de la población del país, mayoritariamente de bajos ingresos y con mayor carga de enfermedad – (19), en el área privada se producen listas de espera para atenciones de especialidad que en promedio no superan el mes (36), mientras que en el Sistema Público la mediana de espera por una consulta de especialidad, durante el año 2016, fue de 302 días, los que suben a 381 días para intervenciones quirúrgicas y a 526 para procedimientos como endoscopías, mamografías u otros (37).

Hasta comienzos del año 2018, la información sobre las listas de espera se cargaba en el Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE), plataforma web supervisada centralizadamente por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL y gestionada por cada uno de los 29 Servicios de Salud del país. Una vez cargada la información de los usuarios en Listas de Espera, esta plataforma permitía realizar la revisión del estado de los casos (abiertos o cerrados), además de ser un registro histórico de las derivaciones a consultas de especialidad, consultas repetidas o controles, procedimientos, intervenciones quirúrgicas e intervenciones quirúrgicas

complejas que pudieran haber tenido los usuarios, pudiendo además generar reportes de diversos tipos relacionados con el estado de sus registros (4) .

En el año 2018, producto de las polémicas generadas por la cantidad de usuarios que fallecen estando en Listas de Espera y que no recibieron la atención que estaban esperando, siguiendo las recomendaciones de una Comisión Asesora, se generó un nuevo modelo de gestión que además incorporaba variables sanitarias (severidad de los diagnósticos) y sociales (impacto en la calidad de vida de los usuarios o que éstos fueran cuidadores de otros, por ejemplo) (14,38), mediante la centralización de las Listas de Espera en la Plataforma de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), lo que se suma a los Compromisos de Gestión que cada establecimiento hospitalario debe cumplir como parte de la evaluación de la gestión de sus directivos.

La Lista de Espera para consulta nueva de especialidad del Sistema Público de Salud chileno se genera mayoritariamente en la atención primaria, aunque existe una fracción de interconsultas que son indicadas por los propios especialistas hacia otras especialidades del nivel hospitalario. La Lista de Espera para procedimientos es más variable en su origen y depende del procedimiento indicado, mientras que la Lista de Espera para intervención quirúrgica solo se construye con las indicaciones de cirugía que hacen los médicos especialistas, quienes confirman los diagnósticos quirúrgicos presuntivos realizados por los médicos de atención primaria, o bien ellos mismos efectúan la sospecha y posterior confirmación diagnóstica, momento en el que emiten la “orden de intervención quirúrgica”, documento clave en la generación de la “Lista de Espera para intervenciones quirúrgicas” (4).

La “Norma Técnica Para el Registro de Listas de Espera” del MINSAL, que regula la forma en la que se gestiona el registro de las Listas de Espera en Chile, define “Intervención Quirúrgica” como “la actividad terapéutica que implica la incisión de la piel u otros planos, con el fin de extirpar, drenar, liberar o efectuar un aseo quirúrgico

ante un cuadro patológico”, aclarando además que se trata de procedimientos que requieren del uso de quirófano, pudiendo o no necesitar hospitalización e independiente del tipo de anestesia que se utilice (4).

Es importante destacar que cuando se menciona el concepto de “Lista de Espera para intervenciones quirúrgicas” se trata de las cirugías No GES (que no forman parte de las Garantías Explícitas de Salud) y que, por lo tanto, no tienen un tiempo de espera que haya que cumplir obligatoriamente, y que, además, existen otros criterios que excluyen de la incorporación a la Lista de Espera de cirugías en los siguientes casos (4):

- Intervenciones quirúrgicas que se realizan durante una hospitalización
- Cirugías menores que se realizan en box de consulta o sala de procedimientos
- Cirugías de urgencia diferidas (en las que se espera por la evolución o estabilización del paciente para realizar la intervención)

La Lista de Espera para intervenciones quirúrgicas de cada establecimiento hospitalario se genera, entonces, mediante la información contenida en cada una de las “órdenes de intervención quirúrgica” emitidas en ellos, la que se envía según la periodicidad acordada con el Servicio de Salud correspondiente, donde se consolidan los registros enviados por cada establecimiento hospitalario bajo su supervisión, y eran, hasta enero del 2018, cargados en el RNLE y actualmente en el SIGTE (4,39).

Según la misma Norma Técnica antes mencionada, la entrada al registro de Lista de Espera “corresponde a la fecha de la indicación de la cirugía, realizada por el médico especialista quirúrgico (sin perjuicio de las excepciones que existan dentro de las redes locales al respecto) incluidos los estudios preoperatorios o diagnósticos, para cuya realización el hospital debe considerar la utilización de pabellón” (4).

En el punto anteriormente descrito tenemos uno de los primeros problemas en la generación de la lista de espera para intervenciones quirúrgicas, ya que en la práctica ha provocado la existencia de dos criterios contrapuestos para incluir a un paciente en este listado:

- i) El paciente se incorpora a la lista de espera para intervención quirúrgica inmediatamente al recibir la indicación de realización de una cirugía.
- ii) El paciente es incorporado a la lista de espera para intervención quirúrgica luego de recibir la indicación de cirugía, pero siempre y cuando se realicen los estudios diagnósticos pertinentes y se confirme que se encuentra en condiciones de someterse al procedimiento quirúrgico, es decir, que no tiene contraindicación del procedimiento por cualquier causa.

Esta diferencia de criterios ha producido que, al apegarse al primero mencionado, se incorpora en la Lista de Espera a pacientes que, por motivos de salud concomitantes a su diagnóstico para intervención quirúrgica, es necesario postergar o incluso descartar la realización del procedimiento quirúrgico. Esto queda claramente reflejado, por ejemplo, en pacientes obesos mórbidos que son incorporados a lista de espera para reemplazo de rodilla o cadera, quienes no pueden someterse al procedimiento a menos que normalicen su peso, por lo que pueden pasar varios años en espera sin poder ser operados.

La situación antes descrita u otra atribuible a la condición de salud del propio paciente, se aborda mediante la aplicación de la causal N°3 de salida de Lista de Espera, "Indicación Médica Para Reevaluación", la que no es una verdadera causal de salida de la Lista de Espera, sino que constituye una postergación en la resolución del paciente hasta que se encuentre en condiciones de salud que permitan la realización de la cirugía o hasta que se decida que definitivamente no puede ser intervenido, en cuyo caso, y según el criterio aplicado desde hace un tiempo por el MINSAL, se acude a la causal de egreso N°12, "No corresponde

realizar cirugía”, la que según la Norma Técnica “Corresponde a la pérdida de manera permanente de la indicación quirúrgica según decisión médica, cuando por motivos clínicos no se requiera la intervención” (MINSAL, 2011; MINSAL, 2013).

Sin embargo, en la práctica se observa que la aplicación de la causal N°12 de egreso de lista de espera para intervención quirúrgica podría ser controversial entre los equipos médicos, ya que algunos de ellos considerarían que el que el paciente no cuente con las condiciones de salud adecuadas para someterse a una intervención quirúrgica no quiere decir que no la necesite. Esto se evidencia en algunos casos en los que los usuarios permanecen con la causal de egreso transitorio N°3 año tras año, ya que no resuelven o compensan la o las patologías concomitantes a su diagnóstico de indicación quirúrgica. Lo anterior produce que, siendo evidente que su condición de salud difícilmente permitirá que el riesgo de someterse a una cirugía sea menor que el posible beneficio que se obtenga de ella, los cirujanos no aplican la causal de egreso N°12.

Si bien tanto la “Norma Técnica Para el Registro de las Listas de Espera” como el “Manual Proceso de Registro de Lista de Espera No GES” abarcan gran parte del proceso de generación y gestión de las Listas de Espera, así como las causales que permiten el egreso de los pacientes incluidos en ellas, ninguno de estos documentos entrega criterios de priorización explícitos para ordenar a los usuarios incluidos en ellas. Esto significa, entonces, que el único criterio de priorización (implícito) es el tiempo de espera que acumula cada uno de los pacientes desde que se le indicó el procedimiento quirúrgico (MINSAL, 2011; MINSAL, 2013) y, por lo tanto, se requiere de la gestión y organización particular de cada establecimiento hospitalario para definir sus propios criterios y la forma de aplicarlos. Este es, justamente, el tema que será abordado en la siguiente sección del presente capítulo de Marco Teórico, en conjunto con parte de la evidencia en relación con la problemática de la priorización de pacientes en espera de un procedimiento quirúrgico.

2.2- PRIORIZACIÓN DE LOS PACIENTES EN LISTAS DE ESPERA

Como se describió en la sección anterior, hasta el año 2018, al momento de la construcción de las Listas de Espera no se aplicaba ningún criterio de priorización explícito, por lo menos para la construcción de las Listas de Espera oficiales del país. Por lo anterior, se asumía que cada establecimiento contaba con sus propios criterios para definir a quién intervendría primero y quiénes deberían seguir esperando para resolver sus patologías, teniendo en consideración que todas las intervenciones quirúrgicas que ingresan a Lista de Espera se suponen “electivas”.

En países con sistema de salud financiado a través de fondos públicos, se considera al tiempo de espera como un mecanismo de racionamiento en el acceso a los servicios sanitarios, en donde los pacientes debieran esperar de acuerdo con sus necesidades, independiente de su estatus socioeconómico. A pesar de esto, frecuentemente se observa que aquellos con un nivel educacional y de ingresos menor, esperan de manera significativamente más prolongada que aquellos con mayores ingresos (40).

En relación con lo anterior, una de las recomendaciones de la Comisión médica asesora de Listas de Espera fue “establecer protocolos y criterios de priorización para la atención de las personas derivadas, basados en criterios de riesgo”, los que permitirían monitorizar y gestionar los tiempos de espera (14). Sin embargo, la forma en la que se realiza la priorización y, por lo tanto, la distribución de los siempre escasos recursos de que se dispone en el sistema de salud, requiere de un análisis que permita racionalizar la forma en que se destinan dichos recursos, de modo de obtener los mejores resultados posibles (41).

En este contexto, se suele considerar que la provisión de salud tiene, por su naturaleza, un trasfondo ético y, por consecuencia, cualquier estrategia que involucre su racionamiento tendría también que tener este concepto en consideración, en donde los conceptos de *‘justicia’*, *‘autonomía’* y *‘beneficencia y no*

maleficencia’ deben estar siempre presentes. De los tres conceptos mencionados anteriormente, justicia es el más importante cuando estamos abordando la asignación de recursos, en donde la salud, al igual que la alimentación o la vivienda, puede ser considerada como un derecho básico. (42).

Se ha descrito que las políticas relacionadas con la gestión de listas de espera pueden tener cinco posibles objetivos, a saber (3):

- Reducción del número de personas en Lista de Espera
- Reducción de los Tiempos de Espera promedio
- Mejora en el nivel de salud de aquellos que se encuentran en Lista de Espera
- Asegurar igual posibilidad de acceso para un mismo nivel de necesidad
- Asegurar un acceso más rápido para aquellos con mayor necesidad

Siendo fundamentales los dos últimos objetivos, ya que pueden facilitar la mejora en los Tiempos de Espera y en el estado de salud de los usuarios, por lo que debieran ser considerados como parte de los cimientos para el desarrollo del sistema. Con relación a estos dos últimos puntos, la revisión sistemática de Martínez et al, sobre modelos de gestión de Listas de Espera para tratamientos quirúrgicos electivos, la igualdad en la posibilidad de acceso para un mismo nivel de necesidad se corresponde con el concepto de “equidad horizontal”, mientras que un acceso más rápido para aquellos con mayor necesidad representa la “equidad vertical” dentro del sistema (43).

Según Curtis et al, el sistema ideal de priorización para cirugías electivas debiera considerar (3):

- Equidad:
 - Captura de todos los criterios relevantes para la prioridad del paciente (p.ej.: factores relacionados con el paciente en el ámbito clínico, psicológico, social y factores del sistema de salud).

- Un conjunto estándar de criterios definidos, usados para priorizar a los pacientes.
- Proceso de apelación para usuarios que impugnen las decisiones de priorización.
- **Transparencia:**
 - Tomadores de decisión y el público involucrados en el desarrollo del proceso de decisión.
 - Revisión del proceso de priorización a la luz de nueva evidencia.
 - Proceso de auditoría, incluyendo la medición y evaluación de los resultados en los pacientes.
- **Certeza:**
 - Puesta en agenda programada para cirugías.
- **Herramientas de priorización validadas científicamente:**
 - Evaluación real de la prioridad quirúrgica.
 - Son simples de utilizar.
 - Toman en cuenta todos los criterios importantes que contribuyen a la prioridad quirúrgica.
 - Coinciden con la opinión clínica.
 - Entregan puntaje similar al ser utilizadas por evaluadores independientes.
 - Dan puntaje similar cuando se repiten por el mismo evaluador.

Los criterios antes mencionados han evidenciado ser difíciles de llevar a la práctica, lo que se manifiesta en que en la misma revisión sistemática de Martínez et al, donde se menciona que la mayoría de los instrumentos de priorización validados y utilizados en otros países permiten priorizar solo a pacientes que tienen indicada una misma intervención quirúrgica o que pertenecen a una misma especialidad médica, pero que existen algunos instrumentos que permiten a los prestadores de salud efectuar la priorización de pacientes con distintos diagnósticos, asociados a cirugía general, como en un caso de Australia (43).

Martínez et al también abordan en su revisión cuáles son los criterios que en la práctica cotidiana son considerados como los más importantes cuando se prioriza cualquier problema de salud. Entre ellos se menciona que la gravedad del problema de salud, el costo de la intervención y el tiempo de espera serían los criterios más relevantes en el momento de realizar la priorizar la atención de los pacientes, con una concordancia entre médicos y usuarios a la hora de clasificar al dolor y la discapacidad como dos de los criterios más significativos, mencionándose en un lugar secundario la habilidad para vivir y trabajar de forma independiente (43).

Considerar la opinión de los pacientes también se alza como una etapa imprescindible del proceso de priorización, la que debe estar presente en todo el transcurso del tratamiento. Por ejemplo, llegado el momento de realizar la programación de un procedimiento quirúrgico es también importante considerar la disponibilidad de los pacientes, ya que hay casos en las que ellos requieren un tiempo mínimo de antelación para poder programar o reacomodar sus compromisos previos, como el trabajo, vacaciones o incluso, quién cuidará de ellos cuando se encuentren en recuperación (44).

Un tópico importante mencionado en la revisión de Martínez et al, es que el concepto de “máximo tiempo de espera” no se considera dentro de las herramientas utilizadas para la priorización (43). A pesar de ello, es una de las que se utiliza en Chile, aunque de manera implícita, a través de los “Compromisos de Gestión” relacionados con tiempos de espera para intervención quirúrgica, en donde desde el Nivel Central se solicita a los Servicios de Salud y a sus establecimientos hospitalarios la resolución completa de los pacientes en Listas de Espera con ingreso hasta un año determinado (45).

Con relación a la aplicación de las estrategias que se consideran útiles en el proceso de priorización, en la práctica se evidencia que, al depender de la decisión final del personal de salud, la aplicación de criterios explícitos de priorización, a través de una guía clínica de priorización, no necesariamente produce el efecto deseado en

la construcción de una Lista de Espera de procedimientos quirúrgicos. Un ejemplo de ello se evidencia en un estudio realizado en Australia, donde ocurrió una reducción de casos clasificados como urgentes cuando en realidad lo eran, demostrándose además que otros factores, como la capacidad de pago de los usuarios, puede favorecer el que sean clasificados como prioritarios (46).

Como resultado del Tiempo en Espera de cirugía electiva para resolver sus patologías, muchos pacientes pueden presentar diversos grados de dolor o incomodidad, cuadros de ansiedad o depresión, así como la afectación de las actividades sociales y laborales. Por ejemplo, los pacientes en espera de cirugía ortopédica son significativamente más propensos a presentar dolor, problemas de movilidad e incapacidad para realizar sus actividades cotidianas, mientras que los pacientes de neurocirugía tendrían una mayor tendencia a reportar cuadros más significativos y severos de depresión (47,48).

En la presente sección del capítulo hemos podido apreciar que la priorización de pacientes en espera de una intervención quirúrgica electiva es una problemática que se repite en prácticamente en todos los sistemas sanitarios a nivel internacional, sin importar su nivel de desarrollo y los recursos disponibles. Todos ellos utilizan diferentes estrategias para su abordaje, con resultados variables. Sin embargo, lo que sin duda se repite en cada uno de ellos son las posibles consecuencias de la falta de priorización adecuada, las que pueden ir desde la complicación de las patologías, secuelas permanentes que disminuyan la calidad de vida de los usuarios o, en el peor de los escenarios, la muerte del paciente. Este desenlace, sin embargo, puede o no estar relacionado con la patología por la que el paciente espera ser intervenido. Sobre esta base, entonces, en la siguiente sección del capítulo se evaluará la evidencia disponible acerca de esta problemática.

2.3- MORTALIDAD DE PERSONAS EN LISTAS DE ESPERA

Como se abordó en la sección anterior, la forma en que se priorizan los pacientes en espera por una cirugía electiva puede tener consecuencias positivas si se realiza adecuadamente, como la limitación de los efectos negativos de una patología, hasta consecuencias fatales, si es que no se aplican correctamente los criterios definidos o, en algunos casos, si es que éstos no existen en absoluto.

En el sistema público de salud chileno, desde que un usuario recibe la indicación de intervención quirúrgica electiva y hasta que ésta efectivamente se realiza, pueden transcurrir varios años, como evidencia el estado de la lista de espera quirúrgica del RNLE a junio de 2017, la que presentaba una mediana de 389 días de espera, lo que quiere decir que el 50% de los usuarios lleva más de un año en esperando por su cirugía (14).

Dependiendo de la patología a intervenir y de las condiciones propias de cada individuo, durante el tiempo que cada uno de ellos pasa en espera de la realización de su cirugía se puede producir un aumento de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs). Esto es provocado por el empeoramiento de la patología misma (49), así como un riesgo incrementado de complicaciones a medida que transcurre el tiempo en espera, especialmente en aquellos pacientes con comorbilidades como obesidad (12).

En el caso de los pacientes en espera de intervenciones delicadas, pero no consideradas urgentes, como reemplazo de válvulas cardíacas (11) o la realización de un bypass de arterias coronarias (50) el riesgo de discapacidad se transforma en riesgo de muerte. Sin embargo, el riesgo de mortalidad aumentado mientras se espera un procedimiento quirúrgico tendría alguna relación con la gravedad de la patología de base, dado que la mayoría de los pacientes que no reciben de forma oportuna las intervenciones quirúrgicas que requieren tienen baja probabilidad de morir, a pesar de ver disminuido su estado de salud y calidad de vida. Esto se

evidencia en la similitud de las tasas de mortalidad de países con listas de espera quirúrgicas y aquellos que nos las presentan, por poseer un sistema sanitario más resolutivo (51).

Con respecto a la evidencia disponible acerca de “Mortalidad en Lista de Espera Quirúrgica Electiva”, al realizar la búsqueda en Pubmed de los términos “*mortality waiting list [title]*”, la gran mayoría de los 270 estudios obtenidos están relacionados con investigaciones sobre listas espera para trasplante de órganos (52). Esto evidenciaría que el foco de la investigación en relación con la temática de mortalidad de pacientes en listas de espera quirúrgica se concentra en esa línea. De los 27 estudios restantes obtenidos al filtrar mediante los criterios de búsqueda “*mortality waiting list [Title] NOT transplant*”, tenemos que la mayor parte de la investigación se centra en las listas de espera para cirugías cardíacas o vasculares, como se puede observar en la tabla N°1(11,32,35,36–42,43–52,53–59):

Tabla N°1: Resultado de búsqueda en Pubmed de términos “*mortality waiting list [Title] NOT transplant*”

Lista de Espera	N
Cirugía cardíaca o vascular	16
No quirúrgica	5
Cirugía bariátrica	1
Trasplante	1
Cirugía traumatológica	1
Cirugía urológica	1
Cirugía paratiroides	1
Artículo no trata de mortalidad	1
Total	27

Fuente: elaboración propia, con datos de Pubmed

Al utilizar una variación de la búsqueda, mediante los términos “*mortality wait list [Title]*”, se obtuvo 49 resultados, de igual forma con una mayoría de ellos relacionados con lista de espera de trasplante de órganos, según se detalla en la tabla N°2 (60,61,62,63,64,65–69,70–79,80–89,90–99,100–108):

Tabla N°2: Resultado de búsqueda en Pubmed de términos “mortality wait list [Title]”

Lista de Espera	N
Trasplante	41
Atresia biliar	3
Cirugía cardíaca o vascular	2
Artículo no trata de mortalidad	2
Cirugía urológica	1
Total	49

Fuente: elaboración propia, con datos de Pubmed

En el caso de las Listas de Espera para intervención quirúrgica electiva en Chile, éstas no consideran a los usuarios en espera de trasplante de órganos, por lo tanto, entre los pacientes egresados de lista de espera quirúrgica por causal 9 (fallecimiento) no se contabilizan las defunciones de este grupo de usuarios (4).

Dentro de los estudios disponibles respecto a mortalidad general en lista de espera quirúrgica electiva, el estudio de Barrasa-Villar et al. compararon a pacientes intervenidos y fallecidos de la Lista de Espera Quirúrgica del Hospital Clínico de Zaragoza, entre los años 1999 y 2002, en el que, de un total de 31.396 pacientes analizados, 134 de ellos, correspondiente a un 0,43%, habían fallecido mientras esperaban por una intervención. Dentro de los principales resultados de este estudio se tiene que los pacientes fallecidos ($74,5 \pm 9,6$ años) eran de más edad que los intervenidos ($57,1 \pm 19,5$ años; $p < 0,000$) y mayoritariamente varones (70%; $p < 0,000$). De los fallecidos, el 65% tenía una indicación quirúrgica de carácter preferente ($p = 0,02$), sin diferencias en el tiempo de espera medio entre ambos grupos. Los diagnósticos más frecuentes entre los fallecidos eran de tipo oftalmológico (40,2%), neoplásico (17,9%) y genitourinario (14,1%). Del total de 134 pacientes fallecidos, 68 (50,7%) lo hicieron en el mismo hospital y de estos, en un 22% de los casos (15 fallecidos), los diagnósticos de incorporación a la lista de espera y el de alta estaban relacionados (10).

La información antes mencionada es solo una muestra de la falta de evidencia disponible con relación a la mortalidad general de personas en listas de espera para cirugía electiva, lo que a su vez remarca la importancia de profundizar en esa línea de investigación, tanto en Chile como en el contexto internacional.

2.4- CERTIFICACIÓN DE LAS DEFUNCIONES

Contar con sistemas de registro de causas de mortalidad confiables y siempre disponibles es uno de los requisitos básicos para que un sistema de Salud Pública pueda realizar su planificación, implementación de políticas y evaluación de estas. Esto es una realidad en la mayoría de los países de ingresos altos y muchos de los de ingresos medios, en los que la mayoría de las muertes son certificadas por un profesional médico (127). Sin embargo, al analizar los niveles y las tendencias en las causas de muerte registradas, incluso en los países con sistemas de registro de buen desempeño, permanece un número de certificados de defunción que no siguen los procesos internacionales estandarizados para su registro (128).

El análisis de los datos de causa de muerte está íntimamente relacionado con la evolución de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (conocida como CIE en español e ICD por sus siglas en inglés), nombrada originalmente como Lista internacional de causas de muerte. Esta nueva clasificación estableció un estándar internacional en terminología y criterios médicos para asignar nombres a las enfermedades y clasificar patologías. La adopción de la CIE por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) también incluyó el compromiso de que sus Estados miembros hicieran sus reportes de estadísticas nacionales basados en la nueva clasificación, lo que incluía la adopción de un certificado médico internacional de Causa de Muerte, un acuerdo internacional acerca de la causa subyacente de muerte como la causa principal que debía ser tabulada, así como las reglas para asignarla (128).

Con cada actualización de la CIE se va haciendo más difícil realizar una comparación de las causas de muerte a través del tiempo, debido a que se van agregando nuevas causas de enfermedad y muerte. Lo anterior se refleja, por ejemplo, en que entre el CIE-9 y el CIE-10 casi se duplicó la cantidad de códigos disponibles (127), lo que ha producido que se usen diagnósticos que no debieran utilizarse como causa subyacente de muerte. Este tema fue abordado por la OMS,

emitiendo un la “Lista de condiciones poco probables como causa de muerte” en el apéndice del Volumen 2 de la segunda edición del CIE, pero a pesar de estas recomendaciones la utilización de estos códigos sigue siendo frecuente (128).

Como se mencionó anteriormente, en la mayoría de los países de ingresos altos y medios, la certificación de las defunciones es realizada por un profesional médico, que puede no haber tenido contacto previo con el paciente o con sus registros clínicos relevantes. También se da la problemática de subreporte de diagnósticos de naturaleza sensible, como el suicidio o el VIH/SIDA, además de la dificultad de llegar a una causa de muerte en pacientes añosos y con múltiples patologías crónicas de base que pueden, en su conjunto, haber conducido al deceso (127).

La proporción de muertes listadas dentro de los códigos CIE-10 para “síntomas, signos y condiciones mal definidas” (R00 a R 99) puede ser usada como un indicador de la calidad del sistema de registro. Sin embargo, hay otros códigos que no aportan utilidad desde una perspectiva de Políticas Públicas, debido a su sobre uso. Estos “códigos basura” incluyen muertes por lesiones donde no se determina la intención; enfermedad cardiovascular con falta de significado diagnóstico, como paro cardíaco y falla cardíaca, así como muertes por cáncer sin especificar el tipo (127)

La clasificación de Naghavi et al. del año 2014, modificada por la OPS/OMS, agrupa los diferentes tipos de causas de muerte poco útiles en los siguientes grupos:

1. Códigos que no pueden o no deben ser utilizados para indicar la causa básica de defunción, los que surgen al usar códigos CIE-10 que no han sido creados para identificar causas subyacentes de muerte, sino hallazgos médicos referidos a factores de riesgo y secuelas a largo plazo de una enfermedad o de las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, por ejemplo: hipertensión primaria o aterosclerosis en los primeros y paraplejia o tetraplejia en los segundos.

2. Causas “intermedias” de muerte, incluyendo entidades clínicas definidas que en principio precipitan la cadena de eventos que finalizan en la defunción, pero no son la causa primaria de ésta, como, por ejemplo: insuficiencia cardiaca, peritonitis, embolia pulmonar o septicemia.
3. Causas “inmediatas” de defunción, que representan las fases finales de una enfermedad que conduce a la muerte. Por ejemplo: paro cardíaco, insuficiencia respiratoria no incluida en otra parte o coagulación intravascular diseminada.
4. Causas “no especificadas” dentro de un grupo mayor de causas de fallecimiento. Por ejemplo: neoplasia “sitio no especificado” o lesiones relacionadas con factores o intenciones “no especificadas”.
5. Causas de muerte “mal definidas”, correspondiente a aquellos casos en los que se utilizan los códigos CIE-10 que identifican hallazgos médicos, pero que no implican necesariamente la causa de muerte (R00 a R99) (129).

Según el estudio realizado por Mathers et al., en el año 2005 Chile se ubicaba en el rango medio de entre los países que entregaban información de causas de muerte a la OMS, con respecto a la calidad de los datos de causa de fallecimientos, considerando como criterio para figurar en este rango la completitud y uso de códigos CIE entre el 70% al 90% o 10-20% de aparición de códigos mal definidos o que no utilizan códigos CIE, aunque la completitud de los datos sea mayor al 90% y los códigos mal definidos aparezcan en menos del 10% de los registros de fallecimiento (127).

Dentro del contexto latinoamericano, Chile se considera como un país con relativamente buenas estadísticas vitales, con una cobertura, en el año 2003, de un 99% de certificación médica de las defunciones, dentro de las cuales un 2,8% resultó estar dentro de las causas “mal definidas”, lo que es bastante bajo si se compara con el estudio mencionado en el párrafo anterior, lo que se explicaría porque ésta cifra considera los datos de mortalidad ya procesados por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de

Salud, donde se recurre al médico que certificó el deceso o a los registros clínicos, egresos hospitalarios, informes de autopsias u otras fuentes de información que permitan precisar la causa de muerte, cuando ésta se encuentra mal definida (130).

Si bien se ha demostrado que programas de capacitación a los médicos mejoran la calidad de los certificados de defunción que emiten (131), aún es un tema que dificulta la investigación relacionada con causas de muerte, así como la elaboración de las estadísticas vitales de los países que las realizan, contexto al el que Chile no está ajeno.

5- OBJETIVOS

3.1- OBJETIVO GENERAL

Determinar si el diagnóstico de ingreso a la lista de espera quirúrgica del Servicio de Salud Metropolitano Central de los pacientes que fallecieron durante el año 2016 se asocia clínicamente con la causa de deceso registrado en el certificado de defunción de dichos pacientes.

3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Caracterizar los casos de personas fallecidas en lista de espera quirúrgica según grupo etario, especialidad, diagnóstico, tiempo de espera, hospital a cargo y género.
- b. Identificar el porcentaje de casos en los que el certificado de defunción registra causas de muertes consideradas como poco específicas o mal definidas.
- c. Seleccionar entre las personas que estaban en lista de espera quirúrgica y fallecieron, aquellas en las que existiera coincidencia entre el diagnóstico de ingreso a la lista de espera y el diagnóstico de deceso registrado en el certificado de defunción.
- d. Determinar, mediante auditoría de registros clínicos de las personas seleccionadas de la lista de espera quirúrgica, si el tiempo de espera pudo haber influido en la evolución clínica que condujo a la causa del deceso registrado en el certificado de defunción.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1- DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio se inscribe dentro de la alternativa de Actividad Formativa Equivalente como actividad de graduación del Magister en Salud Pública.

El diseño del estudio es una auditoría, que descansa en la explotación de la base de datos del Repositorio Nacional de Listas de Espera correspondiente al Servicio de Salud Metropolitano Central, complementada con el análisis de los registros clínicos de los pacientes (ficha electrónica y/o física) que fallecieron estando en lista de espera quirúrgica durante el año 2016 y los certificados de defunción de cada uno de ellos.

4.2- POBLACIÓN DE ESTUDIO

El universo analizado corresponde a todos los registros de todos los pacientes en Lista de Espera quirúrgica cerrados por causal de fallecimiento durante el año 2016 en el Servicio de Salud Metropolitano Central. El total de pacientes asciende a 94 personas fallecidas mientras estaban en Lista de Espera para intervención quirúrgica, equivalentes de 106 intervenciones quirúrgicas, entre los cuales 105 egresos corresponden a Lista de Espera para intervención quirúrgica normal y un caso fallecido en Lista de Espera para intervención quirúrgica compleja.

En este estudio no se considera una muestra, pues se incluye a la totalidad de las personas, es decir el universo de las 94 personas antes indicadas.

4.3- VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

a) Grupo etario:

Definición: Corresponde al rango de edad en la que se ubica el paciente, considerando los años cumplidos al momento de su muerte.

Operacionalización: Se calcula la edad en años de cada paciente al momento de su fallecimiento y se le incluye en uno de los grupos definidos.

Fórmula de cálculo:

$$\text{fecha de muerte (dd/mm/aaaa) - fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / 365}$$

Y se lo ubica dentro de los siguientes grupos:

- 0 - 14 años
- 14 - 24 años
- 25 - 44 años
- 45 - 64 años
- 65 años y más

b) Especialidad médica

Definición: Corresponde a la especialidad médica en la que se le indicó la intervención quirúrgica al paciente.

Operacionalización: Se utiliza la codificación de FONASA y el nombre de cada una de las especialidades médicas.

Código	Nombre Especialidad
07-100-1	Pediatría
07-100-2	Medicina Interna
07-101-1	Neonatología
07-102-0	Broncopulmonar
07-103-0	Cardiología
07-104-0	Endocrinología
07-105-0	Gastroenterología
07-106-0	Genética
07-107-0	Hematología
07-108-0	Nefrología
07-109-0	Nutrición
07-110-2	Reumatología
07-111-0	Dermatología
07-112-0	Enf. Transmisión Sexual
07-113-2	Geriatría
07-114-0	Med. Física y Rehabilitación
07-115-0	Neurología
07-116-0	Oncología
07-117-0	Psiquiatría
07-118-0	Infectología

Código	Nombre Especialidad
07-200-1	Cirugía Infantil
07-200-2	Cirugía Adulto
07-201-0	Cirugía Abdominal
07-202-2	Cirugía de Mama
07-203-0	Cirugía Máxilo Facial
07-204-0	Cirugía Plástica
07-205-2	Cirugía Proctológica
07-206-0	Cirugía Tórax
07-207-2	Cirugía Vascolar Periférica
07-208-0	Neurocirugía
07-209-0	Cardiocirugía
07-210-0	Anestesiología
07-300-1	Obstetricia
07-301-0	Ginecología
07-400-9	Oftalmología
07-500-9	Otorrinolaringología
07-600-9	Salud Ocupacional
07-700-0	Traumatología
07-800-0	Urología
07-900-1	Medicina Familiar

c) Tiempo de espera

Definición: Corresponde al tiempo transcurrido entre la fecha de entrada a la lista de espera y la fecha de salida de ella, expresado en días. Se entiende como fecha de entrada a aquella en la que se indicó el procedimiento quirúrgico y la de salida corresponde a la fecha de fallecimiento del paciente.

Operacionalización:

Fórmula de cálculo:

fecha de salida (dd/mm/aaaa) – fecha de entrada (dd/mm/aaaa)

d) Género

Definición: Se considera la definición establecida en el Decreto N° 127/07 sobre Informe Estadístico de Egresos Hospitalarios, relacionada con el sexo de los pacientes.

Operacionalización: Considera cuatro alternativas, codificadas del número 1 al 4, ya asignados a cada paciente en la base de datos a utilizar, según el siguiente detalle:

1 – Hombre

2 – Mujer

3 – No determinado: para casos de hermafroditas

4 – Desconocido: cuando las condiciones del cuerpo impiden reconocer el sexo

e) Diagnóstico

Definición: Corresponde a la enfermedad, condición o síndrome identificado durante la atención con un médico especialista, que requiere de resolución mediante una cirugía.

Operacionalización:

El diagnóstico de cada paciente, registrado en la base de datos descargada del RNLE (en texto libre), será homologado al código CIE10 correspondiente.

f) Hospital a cargo

Definición: Corresponde al establecimiento hospitalario responsable de resolver la cirugía del paciente en Lista de Espera.

Operacionalización: Identificado en la base de datos mediante los códigos 11-100 (Hospital San Borja Arriarán), 11-101 (Hospital EL Carmen de Maipú) y 11-351 (Centro de Referencia de Salud de Maipú).

g) Coincidencia de diagnóstico de ingreso a Lista de Espera y causal de fallecimiento en certificado de defunción

Definición: Corresponde a la coincidencia, relación o aproximación entre los diagnósticos de ingreso a Lista de Espera y el o los diagnósticos consignados como causa de muerte en el certificado de defunción obtenido desde el Registro Civil.

Operacionalización: Se identifica en la base de datos como SÍ, NO o Falta Información, de acuerdo con los criterios clínicos utilizados primero por el investigador, luego por el Profesor guía y finalmente por el consenso de ambos cuando hubo discrepancias.

h) ¿La patología estaba bajo control en el establecimiento?

Definición: Se considerará como “bajo control” a aquellos casos que hayan sido atendidos en la especialidad correspondiente al diagnóstico de ingreso a Lista de Espera durante los 182 días anteriores al fallecimiento del paciente.

Operacionalización: Se considerará como SÍ o NO, de acuerdo con el resultado de la siguiente fórmula (182 días o menos; 183 días o más, respectivamente):
fecha de fallecimiento (dd/mm/aaaa) – fecha del último control (dd/mm/aaaa)

i) Fecha del último control

Definición: Corresponde a la fecha en que los usuarios fueron atendidos en la especialidad correspondiente al diagnóstico de ingreso a Lista de Espera, según el registro de la ficha clínica.

Operacionalización: fecha del último control (dd/mm/aaaa)

j) Presencia de comorbilidades

Definición: Corresponde al registro en ficha clínica de patologías concomitantes a aquella que produjo el ingreso a la Lista de Espera de los usuarios.

Operacionalización: Se registra en la base de datos los diagnósticos de las comorbilidades informadas en las fichas clínicas de los usuarios.

k) Estado de compensación de las comorbilidades

Definición: Corresponde al estado de compensación de las comorbilidades que presentaban los usuarios en sus registros en ficha clínica, de acuerdo con los registros ingresados por los médicos tratantes.

Operacionalización: Se identifica en la base de datos como SÍ, NO o Falta Información, dependiendo de la completitud de los registros clínicos.

4.4- TÉCNICAS DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

La recopilación de la información se realizó mediante fuentes de información secundaria, entre las que se pueden mencionar: Bases de datos de egresos del Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) del SSMC del año 2016, certificados de defunción con causa de muerte obtenidos desde la plataforma “Monito Web” del Registro Civil, registros clínicos electrónicos del Hospital El Carmen de Maipú y del Hospital Clínico San Borja Arriarán, así como fichas clínicas físicas de este último establecimiento, que aún tiene un sistema mixto de registros clínicos.

La base de datos de pacientes del SSMC fallecidos durante el año 2016 mientras se encontraban en Lista de Espera para intervención quirúrgica fue descargada en formato Excel desde el RNLE el 30 de noviembre de 2017.

Para la auditoría y registro de la información consignada en las fichas clínicas se decidió utilizar un instrumento de elaboración propia, que considera las variables requeridas para cumplir con los objetivos planteados previamente, mientras que también incluye la presencia de comorbilidades concomitantes a la patología que originó la incorporación en la lista de espera quirúrgica (ANEXO 1):

4.5- RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

En una primera instancia se construyó una base de datos a partir de la información de la base de datos del Repositorio Nacional de Lista de Espera de pacientes fallecidos en el SSMC durante el año 2016. En esta base de datos, utilizando la información de fecha de ingreso y egreso de la Lista de Espera, se determinó el tiempo de espera total expresado en días para cada caso registrado. A esta base de datos se agregó la edad de los pacientes al momento de morir (expresada en años), así como información de los diagnósticos registrados en los certificados de defunción de cada uno de ellos, los que van de uno a tres, dependiendo de la completitud de los registros de dichos certificados.

Posteriormente se procedió a la identificación, cuantificación y comparación de variables como género, edad, especialidad del procedimiento quirúrgico, diagnóstico, tiempo que transcurrió en espera, hospital a cargo de la cirugía y causa o causas de muerte registradas en el certificado de defunción. Luego se realizó un análisis exploratorio de los datos obtenidos, determinando frecuencia para algunas variables (ej. causas de muerte por tipo, causas de muerte poco específicas o causas mal definidas, especialidad del procedimiento quirúrgico, hospital a cargo) y medidas de posición (ej. edad, tiempo de espera).

En la base de datos anteriormente descrita, se procedió a clasificar los casos de acuerdo con si los diagnósticos de ingreso a lista de espera coincidían, se relacionaban o aproximaban a los diagnósticos de causa de muerte registrados en el certificado de defunción, entendiendo como “coincidencia” entre los diagnósticos, cuando éstos afecten al mismo órgano o sistema o se encuentren dentro de la misma familia según la clasificación CIE10. Dicho de otro modo, si el diagnóstico de ingreso a la lista de espera y la causa registrada de muerte en el certificado de defunción corresponden a un problema de salud en el que pudieran existir relaciones que, de acuerdo con el conocimiento médico actual, permitan plantear posibilidades de una evolución que pudiera conducir al deceso registrado en el

certificado. También se consideró a aquellos casos en que ambos diagnósticos (de ingreso y de fallecimiento) no coincidían, pero que uno pudiera ser consecuencia del otro, considerando que la o las causas de muerte que se incluyen en los certificados de defunción pueden contener diagnósticos poco específicos o causas mal definidas, entendidas éstas como la utilización de signos, síntomas y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte de la clasificación CIE-10, incluyendo situaciones en las que la persona que certifica la muerte no logra establecer la causa básica de defunción, teniendo en cuenta que en Chile éste tipo de diagnósticos de muerte considerados como “poco útiles” corresponderían a entre un 2,8% y un 13% del total de los certificados de defunción emitidos, como se mencionó anteriormente, en el punto 2.4 del Marco Teórico.

Para lograr lo descrito en el punto anterior, se realizó una revisión ciega conducida por dos evaluadores (el tesista y el Profesor guía) para catalogar los diagnósticos de ingreso y de fallecimiento de cada uno de los pacientes como “SÍ” (diagnóstico de ingreso a lista de espera quirúrgica se relaciona con uno de los diagnósticos del certificado de defunción) o “NO” (no se observa relación). Luego se realizó la comparación de ambas revisiones para evaluar el porcentaje de coincidencia en la clasificación asignada. En aquellos casos en los que hubo discrepancia entre ambos revisores se debió llegar a un consenso sobre la clasificación de cada caso, para proseguir con la etapa siguiente, que corresponde a una auditoría de casos.

En todos los casos en los que se estimó que existía coincidencia, en los términos antes explicados, así como en aquellos en los que los diagnósticos incluidos en los certificados de defunción se consideraron como poco específicos o mal definidos, se procedió a realizar una auditoría de los registros clínicos electrónicos y/o físicos de los casos seleccionados, evaluando si las patologías por las que fueron incluidos en la Lista de Espera se encontraban en control médico y el estado de compensación de éstas; registrando además la presencia de comorbilidades concomitantes al diagnóstico principal, considerando también, si la información clínica disponible así lo permitía, si se encontraban compensadas o no.

En el análisis de la base de datos se utilizó el Programa Estadístico SPSS 20.0. Para el desarrollo de la auditoría de los casos seleccionados, se utilizó un instrumento *ad hoc* para facilitar la sistematización de la información, cuyo formato se presenta en el Anexo 1.

Se realizó un análisis descriptivo inicial de variables sociodemográficas indicadas en los objetivos del presente estudio y posteriormente se realizó una comparación de variables categóricas, expresándolas en números y porcentajes, así como medidas de tendencia central, en el caso de variables numéricas, como edad, tiempo de espera u otros, en las que, además, se determinó la desviación estándar de los datos, expresados principalmente como promedios y/o medianas.

Debido a la naturaleza descriptiva del presente estudio y que, además, se trata de un análisis de un universo completo y no de una muestra, se prefirió expresar la dispersión de ciertos datos, como la edad o los días de espera, mediante rangos en lugar de utilizar la varianza.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio involucró la utilización de una base de datos de pacientes fallecidos mientras estaban en Lista de Espera y la revisión de fichas clínicas solo de los casos con posible asociación entre el diagnóstico de ingreso a Lista de Espera y las causas de muerte expresadas en los certificados de defunción respectivos, por lo que no se necesitó la utilización de consentimiento informado. El protocolo de AFE contó con la aprobación de los directores del SSMC, del Hospital San Borja Arriarán y de Hospital El Carmen de Maipú.

Se deja constancia que el autor del estudio es funcionario del Servicio de Salud Metropolitano Central, por lo que la Ley 20.584 de derechos y deberes del paciente le permite acceder a la información requerida, con el propósito de hacer análisis que permitan mejorar la calidad de los procedimientos de gestión de Listas de Espera en los establecimientos del SSMC.

6. RESULTADOS

6.1- CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE PERSONAS FALLECIDAS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

A continuación, se presentan los resultados de la exploración inicial realizada en la base de datos de todos los pacientes fallecidos durante el año 2016 mientras se encontraban en Lista de Espera para intervención quirúrgica en el Servicio de Salud Metropolitano Central. Cabe destacar que de los 106 casos que fueron egresados por causal 9 (fallecimiento) durante ese año en dicho Servicio de Salud, 10 correspondían a usuarios que se encontraban en espera de intervenciones quirúrgicas bilaterales, por lo que figuran dos veces en la base de datos, pero con la única diferencia de que la lateralidad de la intervención figura como 1 (derecha) y 2 (izquierda) en cada uno de ellos. Otros dos casos corresponden a usuarios que esperaban dos intervenciones: una en especialidades diferentes y otro en la misma especialidad, pero dos procedimientos distintos, por lo que el número efectivo de pacientes en Lista de Espera correspondió a 94, y el análisis de características demográficas de los usuarios se realizó en ese grupo.

Según el género de los usuarios, del total de 94 fallecidos durante el año 2016, 41 correspondían a hombres (43.6%) y 53 a mujeres (56.4%).

Con respecto al grupo etario, la edad promedio entre todos los usuarios fue de $69 \pm 15,5$ años, con una media de $69,3 \pm 16,6$ entre los hombres y $68,7 \pm 14,7$ para las mujeres, mientras que, al dividir por tramo etario, tenemos que en el segmento de 0 a 14 años se encontraron dos usuarios, correspondiente al 2,1% del total; entre aquellos de 25 a 44 años hubo 4 casos (4,2%); de 45 a 64 años hubo un total de 14 fallecidos, equivalentes al 22,1% del total; mientras que entre los mayores de 65 años se encontró el mayor número de egresos por fallecimiento, con 68 casos, correspondientes a un 71,3%.

En la siguiente tabla se resume la distribución de hombres y mujeres por grupo etario y el porcentaje que representan dentro del grupo de cada género y en el total agrupado de ambos:

Tabla N°3: Distribución de usuarios por grupo etario y género.

Grupo etario	Hombres	%	Mujeres	%	N Total	% Total
0 - 14	1	2,4%	1	1,9%	2	2,1%
25 - 44	3	7,1%	1	1,9%	4	4,2%
45 - 64	7	16,7%	14	26,4%	21	22,1%
> 65	30	73,2%	37	69,8%	67	71,3%
Total	41	100,0%	53	100,0%	94	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Según el establecimiento a cargo de cada uno de los 94 casos en Lista de Espera, 74 de ellos (78,7%) correspondían al Hospital San Borja Arriarán; 19 al Hospital El Carmen de Maipú, equivalente a un 20,2% y solo un caso estaba a cargo del Centro de Referencia de Salud de Maipú, representando un 1,1% del total.

A continuación, se expondrán los datos correspondientes a la especialidad en espera, los diagnósticos asociados y el tiempo que llevaban esperando los usuarios al momento de su deceso, para lo que se utilizará el universo total de 106.

Al realizar el análisis respecto a la especialidad de las intervenciones quirúrgicas en espera, el mayor número se concentra en Gastroenterología, con 23 casos (21,7%); le sigue Cirugía cardiovascular, con 20 casos (18,9%); Cirugía oftalmológica, con 17 casos (16%); Urología y nefrología, con 14 (13,2%); Traumatología, con 13 casos (12,3%); Ginecología y obstetricia, con 8 (7,5%); Cirugía otorrinolaringológica, con 7 casos (6,6%); y Cirugía de cabeza y cuello, Cirugía maxilofacial, Cirugía plástica y reparadora y Dermatología y tegumentos, cada una con un caso (representando un 0,9% cada uno). Cabe destacar que en dos casos había una discrepancia entre el diagnóstico de ingreso a Lista de Espera y la especialidad asignada: uno de ellos

(cáncer de esófago) estaba asociado a la especialidad de Cirugía cardiovascular, cuando la cirugía en espera se trataba de instalación de prótesis esofágica, por lo que la especialidad debió haber sido Gastroenterología (o Cirugía abdominal). El segundo caso correspondía a uno con el diagnóstico de ingreso a Lista de Espera por Cáncer de la vía biliar, pero que se encontraba asignado a la especialidad de Ginecología y obstetricia, siendo la cirugía en espera una Laparoscopia etapificadora, la que también debió haber sido asociada a la especialidad de Gastroenterología (o Cirugía abdominal). Ambos casos estaban a cargo del Hospital San Borja Arriarán.

En la tabla N°4 se expone la distribución de los casos en Listas de Espera quirúrgica por la especialidad y establecimiento que estaba a cargo del caso, donde se aprecia que el HCSBA se encontraba a cargo de 81 de ellos (76,4%), el HEC de 24 (22,6%) y el CRS de Maipú con 1 caso (0,94%).

Tabla N°4: Distribución de casos por especialidad y establecimiento a cargo.

Especialidad	Código			N	%	
	especialidad	HCSBA	HEC			
Gastroenterología	07-201-0	20	3	23	21,7%	
Cirugía cardiovascular	07-207-2	14	6	20	18,9%	
Cirugía oftalmológica	07-400-9	7	9	17	16,0%	
Urología y Nefrología	07-800-0	10	4	14	13,2%	
Traumatología	07-700-0	11	2	13	12,3%	
Ginecología y obstetricia	07-301-0	8		8	7,5%	
Cirugía otorrinolaringológica	07-500-9	7		7	6,6%	
Cirugía de cabeza y cuello	07-203-0	1		1	0,9%	
Cirugía maxilofacial	07-203-0	1		1	0,9%	
Cirugía plástica y reparadora	07-204-0	1		1	0,9%	
Dermatología y tegumentos	07-111-0	1		1	0,9%	
Total		81	24	1	106	100%

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los diagnósticos de ingreso a la Lista de Espera quirúrgica, la base de datos presentaba este campo como texto libre, con un total de 65 diagnósticos diferentes, por lo que se procedió a homologarlos al código CIE10 correspondiente para poder agruparlos, lo que produjo 43 diagnósticos distintos, pero con el problema de que en 17 casos (16 de ellos a cargo del HEC y uno del HCSBA), en

el campo diagnóstico, se consignaba el procedimiento quirúrgico a realizar y, a pesar de que se podría deducir cuál era el diagnóstico en algunos de ellos, se decidió no homologarlos, ya que, a menos de que se revisaran las fichas clínicas de los pacientes, no se podría tener certeza de dichos diagnósticos.

Posteriormente se realizó un nuevo agrupamiento de diagnósticos de ingreso a Lista de Espera quirúrgica, esta vez por semejanza clínica, por ejemplo, de hernia umbilical, inguinal e incisional quedaron en el mismo grupo, al igual que diferentes tipos de cáncer de piel, entre otros. Ya en la revisión inicial de los diagnósticos se comienza a apreciar la presencia de ciertas patologías de mayor connotación clínica, como diversos tipos de cáncer (algunos incluidos en las GES), aneurisma de la aorta o estenosis aórtica severa.

Las hernias abdominales e inguinales fueron los procedimientos con mayor número de casos en espera, con 10 en total, seguido por gonartrosis con 9 (a la que se podría agregar un caso identificado como “artroplastia total de rodilla”, si es que la causa era artrosis), várices con 8 (a la que se podrían agregar 4 casos que esperaban por “safenectomía” en el campo de diagnóstico); colelitiasis, con 7 casos (más un caso probable ingresado a Lista de Espera como “colecistectomía” en el diagnóstico); le sigue capsulotomía, con 5 casos, las que también corresponden al nombre del procedimiento y no al diagnóstico oftalmológico correspondiente; a continuación, con 3 casos cada una, figuran: **neoplasias de la piel de los párpados**, OMC (otitis media crónica), prolapso (genital femenino), IOE (incontinencia de orina de esfuerzo) y **cáncer vesical**. Luego, con dos casos cada uno, tenemos: instalación de FAV (fístula arteriovenosa) por insuficiencia renal terminal, **biopsia ganglionar por cáncer de mama**, reparación de ptosis palpebral, entropion, **cáncer de páncreas, cáncer de hígado y vía biliar, cáncer de esófago**, luxación de caderas y litiasis de las vías urinarias. Finalmente, con un caso cada uno, se identificaron 26 diagnósticos más, comenzando con los más complejos desde el punto de vista clínico: **cáncer de piel, cáncer rectal, cáncer de pene, cordoma recidivado**, operación de Bricker (¿por **cáncer vesical**?), gastrectomía

total (¿por **cáncer gástrico?**), aneurisma de la aorta y estenosis aórtica severa; finalizando con: luxación condilar (de la mandíbula), defecación oral (¿por policarías o sepsis oral?), glaucoma, ectopia iris, úlcera corneal, pterigion, exéresis ojo, desviación septal, hiperplasia adenoamigdalina, colesteatoma, prótesis mama complicada, DIU (dispositivo intrauterino) incrustado, retiro de ORS (placas y tornillos), infección de Botox intravesical, inyección Botox intravesical e hidronefrosis.

Con relación al tiempo de espera, considerando el total de 106 registros de la Lista de Espera quirúrgica egresados por la causal de fallecimiento del usuario, el promedio de días de espera fue de $439,6 \pm 362$ días, con un rango que va desde los 13 (melanoma dorsal) hasta los 1584 días (artrosis de rodilla). De acuerdo con el establecimiento a cargo del caso, el mayor promedio de días de espera lo presenta el HCSBA, con $439,6 \pm 362$ días (rango 13-1584), representando 74 casos; le sigue el HEC, con un promedio de $322,4 \pm 128,9$ días de espera para 19 registros en Lista de Espera (rango 133-551); mientras que el CRS de Maipú solo tenía un caso, con 58 días de espera.

En la tabla N°5 se observa el promedio de días de espera de acuerdo con la especialidad de la cirugía en espera y el establecimiento a cargo de los casos, observándose que el mayor promedio de días de espera se presenta en cirugía maxilofacial del HCSBA, con 712 días, pero representando solo un caso; seguido por 7 registros en cirugía otorrinolaringológica del HCSBA con un promedio de 693 días; ginecología y obstetricia del HCSBA registra un promedio de 602 días para 8 casos en espera. Cirugía cardiovascular presenta 14 casos en el HCSBA, con 575 días de espera promedio y 6 en el HEC, con un promedio de 380 días; traumatología del HCSBA registra un promedio de espera de 451 días (11 casos), mientras que el HEC presenta 459, con 2 casos; gastroenterología del HCSBA registra el mayor número de casos en espera, con 20 registros, equivalentes a un promedio de 434 días de espera, y el HEC registra 3 casos, con un promedio de 352 días. Cirugía oftalmológica es la única especialidad en espera presente en los tres

establecimientos, con 7 casos en el HCSBA (410 días promedio), seguido por 9 del HEC (con 289 días de espera en promedio) y un caso en el CRS de Maipú, con 58 días de espera. Urología y nefrología presenta en el HCSBA un promedio de días de espera de 340 días (10 casos) y 221 en el HEC (4 casos). Finalmente, cirugía plástica y reparadora, cirugía de cabeza y cuello y dermatología y tegumentos presentan un caso cada una, todos en el HCSBA, con 264, 194 y 13 días de espera, respectivamente.

Tabla N°5: Promedio de días de espera por establecimiento a cargo del caso. Entre paréntesis, el total de casos a cargo.

Especialidad	Código especialidad	HCSBA	HEC	CRSM	Promedio días de espera
Cirugía maxilofacial	07-203-0	712 (1)			712 (1)
Cirugía otorrinolaringológica	07-500-9	693 (7)			693 (7)
Ginecología y obstetricia	07-301-0	602 (8)			602 (8)
Cirugía cardiovascular	07-207-2	575 (14)	380 (6)		516 (20)
Traumatología	07-700-0	451 (11)	459 (2)		452 (13)
Gastroenterología	07-201-0	434 (20)	352 (3)		423 (23)
Cirugía oftalmológica	07-400-9	410 (7)	289 (9)	58 (1)	325 (17)
Urología y nefrología	07-800-0	340 (10)	221 (4)		306 (14)
Cirugía plástica y reparadora	07-204-0	265 (1)			265 (1)
Cirugía de cabeza y cuello	07-203-0	194 (1)			194 (1)
Dermatología y tegumentos	07-111-0	13 (1)			13 (1)
Promedio de días de espera		479,1 (81)	322,4 (24)	58 (1)	439,6 (106)

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°6 se observan los diagnósticos que pudieran representar mayor riesgo para los pacientes, en donde se observa que un caso de cáncer de pene llevaba 1007 días en espera al momento del fallecimiento, le sigue uno de cáncer rectal, con 579 días; estenosis aórtica severa, con 570; aneurisma de la aorta, con 268; cáncer vesical, con 265 días en promedio (rango de 70 – 473, más un caso de operación de Bricker, posiblemente por cáncer vesical, con 197 días de espera); tres casos de neoplasias de la piel de los párpados presentaban un promedio de espera de 191 días (rango de 90 – 350 días); un caso de gastrectomía total (posiblemente por cáncer gástrico) presentaba 179 días en espera; 4 casos de cáncer renal registraban 152 días de espera en promedio, con un rango de entre 89 a 259 días; le siguen 2 casos de cáncer de páncreas, con un promedio de 122 días

de espera (rango de 26 – 218 días de espera); 2 casos de cáncer de hígado y vía biliar presentaban un promedio de espera de 110 días (25 – 195 días); 2 casos de sospecha de cáncer de mama promediaron 79.5 días de espera (53 y 106 días, respectivamente); le siguen 2 casos de cáncer de esófago, con un promedio de 66 días (rango de 19 – 113 días); un caso de recidiva de cordoma faríngeo solo estuvo 16 días en espera hasta el momento del deceso del usuario; finalmente, un caso de cáncer de piel estuvo 13 días en espera antes de fallecer.

Tabla N°6: Promedio días de espera para diagnósticos agrupados de mayor relevancia clínica, por especialidad.

Diagnóstico agrupado	CIE10	Especialidad	N	Promedio días de espera	Rango en días
Cáncer de pene	C60	Urología y Nefrología	1	1007	-
Cáncer rectal	C20	Gastroenterología	1	579	-
Estenosis aortica severa	I70.0	Cirugía cardiovascular	1	570	-
Aneurisma de la aorta	I71.2	Cirugía cardiovascular	1	268	-
Cáncer vesical	C67	Urología y Nefrología	3	265	70-473
Operación Bricker	-	Urología y Nefrología	1	197	-
Cáncer de piel de párpados	C44.1	Cirugía oftalmológica	3	191	90-350
Gastrectomía total	-	Gastroenterología	1	179	-
Cáncer renal	C64	Urología y Nefrología	4	152	89-259
Cáncer de páncreas	C25	Gastroenterología	2	122	26-218
Cáncer de hígado y vía biliar	C22	Gastroenterología	2	110	25-195
Cáncer de mama	C50.6	Cirugía cardiovascular	2	79.5	53-106
Cáncer esófago	C15	Gastroenterología	2	66	19-113
Cordoma	C41.2	Cirugía otorrinolaringológica	1	16	-
Cáncer de piel	C43	Dermatología y tegumentos	1	13	-
Total			26	254,3	13-473

Fuente: Elaboración propia

6.2- REGISTRO DE CAUSAS DE MUERTE INDICADAS EN CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN.

Una vez realizada la exploración inicial de los datos descritos anteriormente, desde la aplicación web “Monito web” del Registro Civil se obtuvieron los certificados de defunción con causa de muerte de cada uno de los usuarios, procediendo a agregarlos a la base de datos en tres columnas identificadas como “Causa de muerte 1, causa de muerte 2 y causa de muerte 3”, respectivamente. En esta sección nuevamente se realizará la descripción de los hallazgos de los 94 usuarios que se encontraban en Lista de Espera quirúrgica al momento de fallecer durante el año 2016 y no de los 106 procedimientos quirúrgicos asociados a ellos.

Como primer hallazgo, los 94 usuarios presentaron un certificado de defunción en el Registro Civil con entre 1 a 3 causas de muerte, presentándose en 23 de ellos solo 1 causa de muerte; 27 registraban 2 causas de muerte y en 44 de ellos se había registrado 3 causas de muerte. Luego, al realizar el registro de los diagnósticos en la base de datos, se procedió a identificar aquellos que pudieran corresponder a causas de muerte consideradas como poco específicas o mal definidas, de acuerdo con los criterios indicados en el Marco Teórico de esta investigación, lo que arrojó que, para la primera causa de muerte, un 64.9% de los certificados presentaba un diagnóstico poco específico o mal definido, mientras que para la segunda causa de muerte, esta cifra descendió a un 38% de las 71 causales registradas. Finalmente, de los 44 casos que registraban una tercera causa de muerte, en un 22.7% de ellos presentaba un diagnóstico poco específico o mal definido, por lo que, del total de 209 diagnósticos registrados en los certificados de defunción analizados, en un 53,1% se registró un diagnóstico suficientemente específico, mientras que en un 46,9% se observó un diagnóstico poco específico o mal definido, lo que se resume en la Tabla N°7.

Tabla N°7: Tipos de diagnóstico expresados en los certificados de defunción de los usuarios que fallecieron estando en Lista de Espera Quirúrgica.

Tipo Diagnóstico	1° Causal	2° Causal	3° Causal	Total
Específicos	33 (35,1%)	44 (62%)	34 (77,3%)	111 (53,1%)
Poco Específicos o Mal Definidos	61 (64,9%)	27 (38%)	10 (22,7%)	98 (46,9%)
Total general	94 (100%)	71 (100%)	44 (100%)	209 (100%)

Fuente: Elaboración propia

De los 94 pacientes fallecidos, a 61 de ellos se les asignó como primera causa de muerte un diagnóstico poco específico o mal definido, siendo el más frecuente el paro cardiorrespiratorio o similares (R09.2), con 39 casos (63,9%). Le sigue falla multiorgánica o multisistémica (R99) con 13 casos (21,3%); mientras que con 2 casos cada uno (3,3%) tenemos a shock séptico (A41.9), shock cardiogénico (R57.0) y shock hemorrágico (R57.1); finalizando con anemia aguda (D62) síndrome urémico (N19) y muerte súbita (R96), con 1 caso cada uno, equivalente a un 1,6% del total de 61 casos con diagnósticos poco específicos o mal definidos, lo que se evidencia en la Tabla N°8.

Tabla N°8: Distribución de diagnósticos poco específicos o mal definidos indicados como primera causa de muerte en los certificados de defunción de los usuarios en Lista de Espera Quirúrgica.

CIE10	DIAGNÓSTICO	Total	%
R09.2	Paro Cardiorrespiratorio	39	63,9%
R99	Falla Multiorgánica / Multisistema	13	21,3%
A41.9	Shock Séptico	2	3,3%
R57.0	Shock Cardiogénico	2	3,3%
R57.1	Shock Hemorrágico	2	3,3%
D62	Anemia Aguda	1	1,6%
N19	Síndrome Urémico	1	1,6%
R96	Muerte Súbita	1	1,6%
Total general		61	100%

Fuente: Elaboración propia

De los 33 registros en los que se identificó una primera causa de muerte suficientemente específica en el certificado de defunción, en 5 casos la primera de ellas correspondió a infarto agudo del miocardio (I21), equivalente al 15,2% de los 33 usuarios; le siguen, con 2 casos cada uno (6,1%) cáncer de mama etapa IV

(C50), accidente cerebrovascular hemorrágico (I62.9), neumonía intrahospitalaria (J18) y obstrucción intestinal (K56.6). Luego, con 1 caso cada uno, equivalentes cada uno de ellos al 3% de los 33 casos, 20 diagnósticos diferentes, de los cuales 11 corresponden a patologías oncológicas, lo que totaliza 13 certificados con una primera causa de muerte de origen oncológico. El total de los diagnósticos indicados se puede observar en detalle en la Tabla N°9.

Tabla N°9: Distribución de diagnósticos específicos indicados como primera causa de muerte en los certificados de defunción de los usuarios en Lista de Espera Quirúrgica.

CIE10	DIAGNÓSTICO	Total	%
I21	Infarto Agudo Del Miocardio	5	15,2%
C50	Cáncer De Mama Etapa IV	2	6,1%
I62.9	Accidente Cerebrovascular Hemorrágico	2	6,1%
J18	Neumonía Intrahospitalaria	2	6,1%
k56.6	Obstrucción Intestinal	2	6,1%
A41.9	Shock Séptico Foco Abdominal	1	3,0%
C16	Cáncer Gástrico	1	3,0%
C18	Cáncer Colon Metastásico	1	3,0%
C21	Cáncer Anal Etapa IV	1	3,0%
C22	Tumor De Klatskin En Terapia Paliativa	1	3,0%
C23	Cáncer Vesícula Biliar E Hígado	1	3,0%
C25	Tumor Maligno Del Páncreas	1	3,0%
C41.2	Cordoma Nasofaríngeo	1	3,0%
C56	Cáncer De Ovario Recidivado Generalizado	1	3,0%
C61	Cáncer De Próstata	1	3,0%
C64	Tumor Renal	1	3,0%
C67	Cáncer Vesical Terminal	1	3,0%
I33.0	Endocarditis Bacteriana	1	3,0%
I50.1	Edema Pulmonar Agudo Hipertensivo Severo	1	3,0%
I60	Hemorragia Subaracnoidea No Traumática	1	3,0%
I67.4	Síndrome De Hipertensión Intracraneana	1	3,0%
I85.0	Hemorragia Digestiva Alta Por Varices Esofágicas	1	3,0%
J15.9	Neumonía Bacteriana	1	3,0%
K65.8	Isquemia Mesentérica	1	3,0%
N18.0	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	1	3,0%
Total general		33	100%

Fuente: Elaboración propia

De los 71 casos en los que se registraba una segunda causa de muerte en los certificados de defunción, 27 de ellos caían en la categoría de poco específicos o mal definidos, siendo el más frecuente la falla multiorgánica o multisistémica (R99) con 4 casos (14,8%), seguido de Insuficiencia respiratoria (J96.0) con 3 casos (11,1%). A continuación, se sitúan con 2 casos cada uno (equivalentes a un 7,4% de los 27 casos) shock séptico (A41.9), enfermedad metastásica diseminada (C48.9), hipertensión arterial (I10), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J44.9), edema pulmonar agudo (J81) y shock cardiogénico o mixto (R57.0) coincidiendo en 23 casos con usuarios en los que su primera causa de muerte también era poco específica. Luego, con 1 caso cada uno (3,7%) tenemos los diagnósticos de carcinomatosis peritoneal (C48.2), metástasis ósea (D48.0), fibrosis pulmonar (J84.1), isquemia mesentérica (K65.8), nefropatía diabética (N08.3), enfermedad renal crónica (N18.0), paro cardiorrespiratorio bradicardia sintomática (R09.2) y postrado severo (R26.8), detallados en la Tabla N°10.

Tabla N°10: Distribución de diagnósticos poco específicos o mal definidos indicados como segunda causa de muerte en los certificados de defunción de los usuarios en Lista de Espera Quirúrgica.

CIE10	DIAGNÓSTICO	Total	%
R99	Falla Multiorgánica / Multisistema	4	14,8%
J96.0	Insuficiencia Respiratoria	3	11,1%
A41.9	Shock Séptico	2	7,4%
C48.9	Enfermedad Metastásica Diseminada	2	7,4%
I10	Hipertensión Arterial	2	7,4%
J44.9	EPOC	2	7,4%
J81	Edema Pulmonar Agudo	2	7,4%
R57.0	Shock Cardiogénico / Mixto	2	7,4%
C48.2	Carcinomatosis Peritoneal	1	3,7%
D48.0	Metástasis Ósea	1	3,7%
J84.1	Fibrosis Pulmonar	1	3,7%
K65.8	Isquemia Mesentérica	1	3,7%
N08.3	Nefropatía Diabética	1	3,7%
N18.0	Enfermedad Renal Crónica	1	3,7%
R09.2	Paro Cardio-Respiratorio Bradicardia Sintomática	1	3,7%
R26.8	Postrado Severo	1	3,7%
Total general		27	100%

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, entre aquellos 71 casos en los que se presentó una segunda causa de muerte, 44 de ellos registraron una considerada como suficientemente específica como causa directa del deceso, siendo las más frecuentes cáncer pulmonar avanzado (C34) e infarto agudo al miocardio (I21), con 4 registros cada uno, equivalentes al 9,1% de los 44 casos. Le siguen, con dos casos cada uno (4,5%), cáncer de vesícula (C23), Cáncer vesical (C67), accidente cerebrovascular isquémico (I63.9) y neumonía (J18). Luego, con un caso cada uno, tenemos 28 diagnósticos diferentes, de los cuales 9 correspondían a enfermedades del sistema circulatorio, 8 a cánceres, 6 a causas infecciosas, 2 traumáticas, 1 a fibrosis pulmonar, 1 a hematoma retroperitoneal y 1 a cirrosis hepática, lo que se detalla en la Tabla N°11.

De los 94 usuarios fallecidos mientras estaban en Lista de Espera Quirúrgica, 44 de ellos presentaban una tercera causa de muerte en sus certificados de defunción, 10 de los cuales podían ser clasificadas como poco específicas o mal definidas. Dentro de este grupo de 10 casos tenemos que en 4 de ellos la causa de muerte consignada correspondía a hipertensión arterial (I10, equivalente al 40% de los casos) y posteriormente, con un caso cada uno (10%), le siguen neoplasia origen desconocido (D48.9), diabetes mellitus insulino dependiente (E10), desnutrición moderada severa (E43), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J44.9), artrosis degenerativa (M19.9) y falla multiorgánica (R99), lo que se detalla en la Tabla N°12.

Tabla N°11: Distribución de diagnósticos específicos indicados como segunda causa de muerte en los certificados de defunción de los usuarios en Lista de Espera Quirúrgica.

CIE10	DIAGNÓSTICO	Total	%
C34	Cáncer pulmonar avanzado	4	9,1%
I21	Infarto agudo al miocardio	4	9,1%
C23	Cáncer de vesícula	2	4,5%
C67	Cáncer vesical	2	4,5%
I63.9	Accidente cerebrovascular isquémico	2	4,5%
J18	Neumonía	2	4,5%
A09	Síndrome diarreico agudo	1	2,3%
A41.9	Sepsis sacra foco abdominal	1	2,3%
A81.2	Leucoencefalopatía multifocal progresiva	1	2,3%
C16	Cáncer gástrico avanzado	1	2,3%
C20	Cáncer de recto	1	2,3%
C25	Cáncer de páncreas metastásico	1	2,3%
C26.8	Cáncer metastásico hepático y páncreas	1	2,3%
C43	Melanoma c/ metástasis pulmonares	1	2,3%
C61	Cáncer prostático + bronconeumonía	1	2,3%
C78	Derrame pleural masivo d° para neoplásico	1	2,3%
C88.9	HTA; DM; síndrome linfoproliferativo	1	2,3%
I08.1	Insuficiencia mitral severa mixomatosa	1	2,3%
I11	Cardiopatía hipertensiva	1	2,3%
I39	Endocarditis	1	2,3%
I49.0	Fibrilación ventricular	1	2,3%
I50.0	Falla ventricular derecho	1	2,3%
I51.7	Miocardopatía hipertrófica hipertensiva	1	2,3%
I60	Hemorragia subaracnoidea. Hematoma intracerebral	1	2,3%
I62	Accidente cerebrovascular hemorrágico	1	2,3%
I62.9	Hemorragia cerebral	1	2,3%
J69.0	Neumonía aspirativa	1	2,3%
J84.1	Fibrosis pulmonar avanzada idiopática	1	2,3%
J86	Sepsis severa de foco pulmonar	1	2,3%
K74.6	Cirrosis hepática	1	2,3%
K92.2	Hematoma retro peritoneal	1	2,3%
S06.9	Traumatismo craneo encefálico complicado	1	2,3%
S21	Traumatismo torácico	1	2,3%
Y88.2	Sepsis por catéter	1	2,3%
Total general		44	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla N°12: Distribución de diagnósticos poco específicos o mal definidos indicados como tercera causa de muerte en los certificados de defunción de los usuarios en Lista de Espera Quirúrgica.

CIE10	DIAGNÓSTICO	Total	%
I10	Hipertensión Arterial	4	40,0%
D48.9	Neoplasia Origen Desconocido	1	10,0%
E10	Diabetes Mellitus Insulinodependiente	1	10,0%
E43	Desnutrición Moderada Severa	1	10,0%
J44.9	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	1	10,0%
M19.9	Artrosis Degenerativa	1	10,0%
R99	Falla Multiorgánica	1	10,0%
Total general		10	100%

Fuente: Elaboración propia.

De los 44 casos en los que se contaba con una tercera causa de muerte en el certificado de defunción, en 34 de ellos se contaba con una causal de fallecimiento considerada como específica, siendo el cáncer gástrico (C16) el más frecuente, con 4 casos (11,8%). Le sigue neumonía (J18) con 3 (8,8%) y posteriormente, con 2 registros cada uno (5,9%), tenemos cáncer renal avanzado (C64), infarto agudo al miocardio (I21), tromboembolismo pulmonar (I26), accidente vascular hemorrágico (I62.9) y EPOC exacerbado (J44.9). Luego nos encontramos con 17 diagnósticos diferentes, de los cuales 6 correspondían a cánceres, 3 a cuadros infecciosos, 3 a enfermedades del sistema circulatorio, 2 a carencias nutricionales / hídricas, una traumática y una a hernia estrangulada, lo que se puede observar en detalle en la Tabla N°13.

Tabla N°13: Distribución de diagnósticos bien especificados indicados como tercera causa de muerte en los certificados de defunción de los usuarios en Lista de Espera Quirúrgica.

CIE10	DIAGNÓSTICO	Total	%
C16	Cáncer gástrico	4	11,8%
J18	Neumonía	3	8,8%
C64	Cáncer renal avanzado	2	5,9%
I21	Infarto agudo al miocardio	2	5,9%
I26	Tromboembolismo pulmonar	2	5,9%
I62.9	Accidente cerebrovascular hemorrágico	2	5,9%
J44.9	EPOC exacerbado	2	5,9%
A41.9	Sepsis de foco urinario	1	2,9%
B37.7	Candidemia (cándida parasilopsis)	1	2,9%
C15	Cáncer esofágico	1	2,9%
C50	Cáncer de mama con metástasis	1	2,9%
C55	cáncer uterino avanzado	1	2,9%
C61	Cáncer de próstata estadio IV	1	2,9%
C88.9	síndrome linfoproliferativo	1	2,9%
D48.9	cáncer avanzado metastásico en estudio	1	2,9%
E43	Desnutrición severa	1	2,9%
E86	Deshidratación severa	1	2,9%
I50.9	Insuficiencia cardiaca descompensada	1	2,9%
I60	Aneurisma cerebral silverio roto	1	2,9%
I97.1	Cirugía reemplazo valvular	1	2,9%
J22	Infección pulmonar severa	1	2,9%
J69.0	Aspiración	1	2,9%
K41.4	Hernia crural estrangulada + necrosis intestinal	1	2,9%
V03	Accidente de tránsito tipo atropello	1	2,9%
Total general		34	100%

Fuente: Elaboración propia.

6.3- EVALUACIÓN DEL GRADO DE COINCIDENCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE INGRESO A LISTA DE ESPERA Y LA O LAS CAUSAS DE MUERTE INDICADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

Para evaluar el grado de coincidencia entre el diagnóstico de ingreso a lista de espera y la o las causas de muerte indicadas en el certificado de defunción, se consideraron los 94 pacientes en Lista de Espera y no los 106 procedimientos quirúrgicos respectivos.

Una vez ingresados los diagnósticos de causa de muerte de los certificados de defunción en la base de datos, se realizó una revisión ciega, inicialmente por el investigador, quien procedió a realizar una primera exploración para encontrar coincidencia o aproximación entre el diagnóstico de ingreso a la Lista de Espera quirúrgica y aquellos consignados como causa de muerte en los certificados de defunción respectivos, clasificando como “SÍ” (existía coincidencia o aproximación) en 24 casos, como “NO” en 68 y 2 como “Falta información”, debido a que el diagnóstico de ingreso a Lista de Espera, en el primer caso correspondía a “nefrectomía radical (tumor maligno renal derecho)”, mientras que las causas de muerte consignadas en el certificado de defunción eran inespecíficas (paro cardiorrespiratorio como primera causa y falla multiorgánica como segunda); mientras que el segundo caso fue ingresado a Lista de Espera por “DIU incrustado”, mientras que la causa de muerte, también inespecífica, correspondía a “Indeterminado en estudio”.

Posteriormente se realizó la misma revisión por parte del Profesor guía, con el siguiente resultado: 22 registros fueron clasificados como “SÍ”, 65 casos como “NO” y 7 se clasificaron como “Falta información”. Posteriormente se realizó la comparación entre ambas revisiones, encontrándose coincidencia en el criterio en 81 casos (86.1%) y disenso en 13 (13.9%), por lo que se procedió a acordar entre los dos evaluadores el procedimiento a seguir, estableciéndose que en 55 casos los

antecedentes recopilados permitían descartar la posible relación entre los diagnósticos de ingreso a Lista de Espera y la causa de muerte expresada en los certificados de defunción. En 19 de ellos se consideró que había una posible relación o aproximación entre los diagnósticos, mientras que en 18 casos los antecedentes recopilados no permitían descartar dicha relación, ya sea por lo vago del diagnóstico de ingreso a Lista de Espera y/o de los certificados de defunción. En consecuencia, se estableció que en los 37 casos descritos anteriormente se procedería a realizar una auditoría de los registros clínicos electrónicos y/o físicos de los usuarios para recopilar mayores antecedentes que permitieran averiguar si las posibles relaciones entre los diagnósticos eran efectivas o no, lo que se resume en la tabla N°14.

Tabla N°14: Evaluación del grado de aproximación entre los diagnósticos de ingreso a Lista de Espera y los indicados en los certificados de defunción.

¿Relación entre diagnósticos?	Investigador	Profesor guía	Acuerdo*
No	68	65	57
Sí	24	22	19**
Falta información	2	7	18**
Total	94	94	94

Fuente: Elaboración propia. *El resultado de la revisión considera el criterio aplicado por ambos revisores en cada caso, por lo que el resultado del acuerdo no es la suma ni promedio de los datos de cada uno por separado, sino que la decisión acordada en cada caso. **Casos en los que se decidió que se realizaría auditoría de los registros clínicos.

6.4- AUDITORÍA DE REGISTROS CLÍNICOS DE CASOS SELECCIONADOS.

Como se indicó en el capítulo anterior, en todos los casos en los que se estimó que existía coincidencia, según los criterios antes mencionados, así como en aquellos en los que los diagnósticos registrados en los certificados de defunción fueron considerados como poco específicos o mal definidos, se procedió a realizar una auditoría de los registros clínicos electrónicos y/o físicos de los casos seleccionados, evaluando si las patologías por las que fueron incluidos en la Lista de Espera se encontraban en control médico (considerando como tal a aquellos que habían tenido control con el especialista por el diagnóstico respectivo dentro de los 6 meses anteriores al fallecimiento); el estado de compensación de éstas y registrando, además, la presencia de comorbilidades concomitantes al diagnóstico principal, considerando también, si la información clínica disponible así lo permitía, si se encontraban compensadas o no.

Al realizar una exploración inicial de los 37 usuarios de este grupo, tenemos que los hombres, con 17 casos, representan un 46% del total, mientras que las mujeres, con 20, equivalen al 54% de los casos. Con respecto al grupo etario, hay igual número de hombres y mujeres entre los mayores de 65 años, con 12 en cada grupo, y entre los de 25 a 44 años, con uno en cada grupo; mientras que en el grupo de 45 a 64 años se aprecia una diferencia, con 4 hombres y 7 mujeres, respectivamente, lo que se detalla en la tabla N°15.

Tabla N°15: Distribución de usuarios auditados, por grupo etario y género.

Grupo etario	%				Total	% Total
	Hombres	Hombres	Mujeres	% Mujeres		
25 - 44	1	5,9%	1	5,0%	2	5,4%
45 - 64	4	23,5%	7	35,0%	11	29,7%
> 65	12	70,6%	12	60,0%	24	64,9%
Total general	17	100,0%	20	100,0%	37	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se evidencia una diferencia en la distribución por edad entre hombres y mujeres, con una composición mayoritaria (70,6%) de mayores de 65 años en hombres, mientras que entre las mujeres este grupo equivale a un 60%, debido a la mayor representación del grupo de 45 a 64 años, con un 35%, comparado con un 23,5% entre los hombres. Finalmente, en el grupo de 25 a 44 años, la distribución es similar, con un 5,9% en hombres y 5% en mujeres, respectivamente.

En la tabla N°16 podemos observar la distribución de casos auditados por especialidad en espera, establecimiento a cargo y género de los usuarios. Según el establecimiento a cargo de los casos, 5 de ellos eran responsabilidad del HEC, representando un 13,5% del total de casos auditados, mientras que 32 estaban en Lista de Espera del HCSBA, equivalentes a un 86,5%. Este último establecimiento presentaba igual número de hombres y mujeres en espera (16 de cada grupo), mientras que, en el HEC, de los 5 casos, 4 correspondían a mujeres y solo uno a hombres.

Tabla N°16: Distribución de usuarios auditados, por especialidad, establecimiento y género.

Especialidad	HCSBA			HEC			Total general
	Femenino	Masculino	Total HCSBA	Femenino	Masculino	Total HEC	
Gastroenterología	6 (37,5%)	6 (37,5%)	12 (37,5%)	2 (50%)		2 (40%)	14 (37,8%)
Urología y nefrología	2 (12,5%)	7 (43,8%)	9 (28,1%)	2 (50%)		2 (40%)	11 (29,7%)
Cirugía cardiovascular	4 (25%)	2 (12,5%)	6 (18,8%)		1 (100%)	1 (20%)	7 (18,9%)
Ginecología Y Obstetricia	2 (12,5%)		2 (12,5%)				2 (5,4%)
Cirugía otorrinolaringológica	2 (12,5%)		2 (12,5%)				2 (5,4%)
Dermatología y tegumentos		1 (6,3%)	1 (3,1%)				1 (2,7%)
Total general	16 (100%)	16 (100%)	32 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	5 (100%)	37 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la especialidad en espera, del total de 37 casos auditados 14 correspondían a gastroenterología (37,8%); 11 a urología y nefrología (29,7%); 7 a cirugía cardiovascular (18,9%); 2 a cirugía otorrinolaringológica y a ginecología y obstetricia (5,4% en cada caso) y 1 en dermatología y tegumentos (2,7%).

También se observa el detalle de cada establecimiento por separado, donde tenemos que el HCSBA presentaba 12 casos en Lista de Espera de gastroenterología, representando un 37,5% de sus casos totales y un 32,4% del total de 37 casos auditados; 9 en urología y nefrología (28,1% y 24,3%, respectivamente); 6 en cirugía cardiovascular (18,8% y 16,2%); 2, tanto en ginecología y obstetricia como en cirugía otorrinolaringológica, equivalentes a un 6,3% de los casos auditados de dicho establecimiento y 5,4% de los casos totales, respectivamente; y 1 en dermatología y tegumentos (3,1% y 2,7%). Por su parte, el HEC registraba 2 casos en espera, tanto en urología y nefrología como en gastroenterología, equivalentes en ambos casos a un 40% del total de casos auditados para dicho establecimiento, pero a un 5,4% del universo de 37 casos examinados, finalizando con 1 caso en cirugía cardiovascular, correspondiente a un 20% de los 5 casos del HEC y a un 2,7% de los casos totales auditados.

En la Tabla N°17 se expone la distribución del promedio de tiempos de espera por establecimiento, especialidad en espera y género de los usuarios cuyos registros clínicos fueron auditados, donde se observa una media de $312,4 \pm 306,9$ (rango 13-1090) días de espera para los 32 casos del HCSBA y una de $276,6 \pm 133,2$ (rango de 164 a 517) para los 5 casos del HEC, siendo el promedio de días de espera para los 37 casos auditados de $307,6 \pm 289,9$ (rango 13-1090). Respecto a la especialidad en espera, se observa que el promedio mayor de días de espera se concentra en la especialidad de Gastroenterología, con $427,7 \pm 317,4$ días (correspondiente a 14 casos, rango de 26-1090), mientras que el menor se ubica en el único caso en espera en la especialidad de Dermatología y Tegumentos, con 13 días en Lista de Espera al momento del fallecimiento. La segunda especialidad con el mayor tiempo de espera promedio es Cirugía Otorrinolaringológica, con 286 días para sus 2 casos en espera. Le sigue Urología y Nefrología, con una media de 284,9 días para sus 11 casos auditados, mientras que Cirugía Cardiovascular presentó un promedio de 226 días de espera para los 7 casos examinados.

Al comparar por género, tenemos que, para sus 16 casos de mujeres en Lista de Espera, el HCSBA promediaba 272,3 días, con una media máxima de 431,7 para sus 6 casos en espera en Gastroenterología y un mínimo de 46, para sus dos casos en espera en Ginecología y Obstetricia. En este mismo establecimiento, los hombres presentaban el promedio más alto de días de espera (482,2) con sus 6 casos en Lista de Espera de Gastroenterología, mientras que el menor presentaba 13 días de espera, correspondiente a un caso de la especialidad de Dermatología y Tegumentos.

El Hospital El Carmen de Maipú, por su parte, presentaba el promedio más alto de días de espera en la especialidad de Cirugía Cardiovascular, con 517 días, correspondiente a un caso de un paciente masculino. Con respecto a las mujeres, tenemos que el promedio más abultado se presenta en la especialidad de Gastroenterología, con 252,5 días para sus 2 casos auditados, mientras que el menor correspondía a 180,5 días, para los dos usuarios en Lista de Espera de Urología y Nefrología.

Tabla N°17: Promedio de días de espera por establecimiento, especialidad y género.

Especialidad	HCSBA			HEC		Total general
	Femenino	Masculino	Total HCSBA	Femenino	Total HEC	
Cirugía cardiovascular	233,3 (4)	66 (2)	177,5 (6)	517 (1)	517 (1)	226 (7)
Cirugía otorrinolaringológica	286 (2)		286 (2)			286 (2)
Dermatología y tegumentos		13 (1)	13 (1)			13 (1)
Gastroenterología	431,7 (6)	482,2 (6)	456,9 (12)	252,5 (2)	252,5 (2)	427,7 (14)
Ginecología Y Obstetricia	46 (2)		46 (2)			46 (2)
Urología y nefrología	84,5 (2)	372 (7)	308,1 (9)	180,5 (2)	180,5 (2)	284,9 (11)
Total general	272,3 (16)	352,6 (16)	312,4 (32)	216,5 (4)	517 (1)	276,6 (5)

Fuente: Elaboración propia.

Luego de la auditoria de los registros clínicos y la comparación entre los diagnósticos de ingreso a Lista de Espera Quirúrgica y aquellos consignados como causa de muerte en los certificados de defunción respectivo, tenemos que en 21 casos el diagnóstico en espera se relacionaba con uno o más de los diagnósticos del certificado de defunción (*indicados en negrita y cursiva* en la Tabla N°18),

siendo 19 de ellos de tipo oncológico, uno de endocarditis bacteriana y uno de insuficiencia renal crónica terminal.

Tabla N°18: Casos auditados en los que se consideró la existencia de coincidencia o aproximación entre el diagnóstico de ingreso a Lista de Espera Quirúrgica y la o las causas de muerte expresadas en los certificados de defunción.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO A LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	1° CAUSA DEL FALLECIMIENTO	2° CAUSA DEL FALLECIMIENTO	3° CAUSA DEL FALLECIMIENTO
Gastrectomía total (por cáncer gástrico)	Paro cardiorrespiratorio	Hipertensión arterial	Cáncer gástrico
Operación de Bricker (por cáncer de vejiga)	Paro cardiorrespiratorio	Cáncer de vejiga avanzado	-
Cáncer vesical	Cáncer vesical terminal	-	-
Tumor vesical	Síndrome urémico	Cáncer vesical	-
Masa axilar en estudio	Cáncer mamario metastásico	-	-
Pólipo rectal	Obstrucción intestinal	Cáncer de recto	-
Cáncer de vejiga	Cáncer de próstata	-	-
Cáncer de páncreas	Falla multisistémica	Cáncer de páncreas metastásico	-
Cáncer de esófago	Paro cardiorrespiratorio	Enfermedad metastásica diseminada	Cáncer esofágico
Colelitiasis	Paro cardiorrespiratorio	Cáncer de vesícula	DM (¿Diabetes Mellitus?)
Melanoma dorsal	Paro cardiorrespiratorio	Melanoma c/ metástasis pulmonares	-
Estenosis aórtica	Hemorragia cerebral	Endocarditis	-
Tumor renal	Tumor renal	-	-
Cáncer de páncreas	Tumor maligno del páncreas	-	-
Cordoma recidivado	Cordoma nasofaríngeo	N/A	-
Cáncer renal	Shock distributivo	Isquemia mesentérica	Tumor renal derecho con invasión a vena cava inferior
Cáncer de esófago	Insuficiencia respiratoria	Falla multisistémica	Cáncer gástrico terminal
Masas axilares	Paro cardiorrespiratorio	Metástasis ósea	Artrosis degenerativa
Tu. renal dº	Fracaso multiorgánico	Hemorragia cerebral	Cáncer renal avanzado
Cáncer de Vía Biliar	Paro Cardiorrespiratorio	Cáncer De Vesícula Con Metástasis Hepática	-
FAV Disfuncionante	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	Nefropatía Diabética	Diabetes Mellitus Insulinodependiente

Fuente: Elaboración propia.

Entre los 21 casos antes mencionados, la mediana de edad fue de 67 años, mientras que el promedio de edad fue de 69

De los 21 casos antes mencionados, 17 de ellos se encontraban en control en su establecimiento a cargo (considerando bajo control el haber tenido un control médico en los últimos seis meses previos al fallecimiento), 3 no habían tenido control dentro de los 6 meses previos al deceso y uno de ellos no disponía de ficha clínica en el establecimiento a cargo, por lo que no se pudo determinar.

Cabe destacar que en 2 de los casos ya se había realizado la cirugía por la que se encontraban en Lista de Espera, por lo que se trataba de error de registro el que permanecieran en ella y, en 6 de los 21 pacientes (28,6%), los procedimientos en espera correspondían al régimen GES, que tiene tiempos de espera garantizados y no se deben subir al RNLE (SIGTE), por lo que tampoco correspondía que estuvieran en Lista de Espera.

Con respecto al estado de compensación de las patologías de ingreso a lista de Espera, solo uno se encontraba compensado, 19 no estaban compensados y uno no presentaba información por la falta de disponibilidad de su ficha clínica. De los 21 usuarios de este grupo se obtuvo un promedio de 2,3 comorbilidades por usuario (rango de 0 a 6), donde 14 de ellos registraban otras patologías en sus fichas clínicas (66,7%), 6 no registraron ninguna otra comorbilidad (28,6%) y uno de ellos no disponía de ficha clínica, por lo que no se pudo determinar (4,7%). De los 14 que sí presentaban por lo menos alguna comorbilidad, solo 3 de ellos registraban información que permitió determinar que estas estaban compensadas, 5 evidenciaban no estar compensadas y en otros 5 casos la información disponible no fue suficiente para determinar el estado de compensación, totalizando 16 comorbilidades no compensadas, 11 compensadas y 11 en las que no se pudo determinar.

Luego se determinó que 8 de los 14 casos con por lo menos alguna comorbilidad presentaban una tercera patología registrada en ficha clínica, con 3 de ellas compensadas, 1 no compensada y en 3 casos faltaba información en la ficha clínica para determinar si estaban compensadas o no. Posteriormente se identificaron 7

casos en los que se registraba una cuarta comorbilidad, 2 de ellas compensadas, 4 no compensadas y una de ellas no contaba con información para determinar su estado. A continuación, se encontró que en 5 casos se presentaba una quinta comorbilidad registrada en la ficha, una de ellas compensada, 3 no compensadas y en una de ellas no había información suficiente para determinar su grado de compensación. Finalmente, solo un usuario registraba 6 comorbilidades en total, ninguna de ellas compensadas, según los registros presentes en la ficha clínica.

Al comparar con el grupo de casos auditados en el que no se encontró relación entre diagnósticos o ésta no se pudo determinar, éste presentó un promedio mayor de comorbilidades (3, rango de 0 a 5), predominando, además, las patologías compensadas, con 14 casos, siguiendo con las descompensadas, con 13 y las que no se pudo determinar, con 7 casos.

En la Tabla N°19 se observa el detalle de los casos auditados en los que no se encontró relación entre los diagnósticos de ingreso a Lista de Espera Quirúrgica y aquellos registrados en los certificados de defunción. Dentro de los 7 diagnósticos de ingreso a Lista De Espera Quirúrgica en este grupo, tenemos que 3 de ellos corresponden a hernia inguinal, 2 a colelitiasis, 1 a cáncer de pene y 1 a litiasis vesicoutretral, mientras que, en las causas de muerte, a pesar de que hay algunas poco específicas o mal definidas, en todos los casos hay por lo menos alguna de ellas que se puede considerar como causa directa del fallecimiento.

Tabla N°19: Casos auditados en los que no se consideró la existencia de coincidencia o aproximación entre el diagnóstico de ingreso a Lista de Espera Quirúrgica y la o las causas de muerte expresadas en los certificados de defunción.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO A LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	1° CAUSA DEL FALLECIMIENTO	2° CAUSA DEL FALLECIMIENTO	3° CAUSA DEL FALLECIMIENTO
Colecistectomía	Shock séptico e hipovolémico	Sepsis por catéter	Candidemia (cándida parasilopsis)
Cáncer de pene	Neumonía bacteriana	Insuficiencia respiratoria aguda	N/A
Hernia inguinal	Fallo multiorgánico	Infarto del miocardio	N/A
Litiasis vesicouretral	Paro cardiorrespiratorio	Shock cardiogénico	Insuficiencia cardíaca descompensada
Hernia inguinal	Falla orgánica múltiple	Carcinomatosis peritoneal	Neoplasia origen desconocido
Hernia inguinal	Insuficiencia respiratoria aguda catastrófica	LCFA exacerbada	Infección pulmonar severa
Colelitiasis	Falla multiorgánica	Cáncer metastásico pulmonar y hepático	Cáncer gástrico avanzado

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N°20 se observan los 9 casos auditados en los que se consideró que la información disponible en los certificados de defunción no era suficiente para confirmar o descartar la posible asociación o relación con los diagnósticos de ingreso a Lista de Espera, por lo que se procedió igualmente a auditar los registros clínicos de los pacientes. Dentro de los diagnósticos de ingreso a Lista de Espera de este grupo, tenemos que 2 corresponden a colelitiasis, 2 a cánceres, 2 a patologías nefro-urológicas, 1 a colesteatoma, 1 a DIU incrustado y 1 a hernia abdominal. Entre estos casos, si bien hay algunas causas de muerte poco específicas, en todos ellos, excepto en el que se consigna como única causa de muerte “indeterminado en estudio” y otro que indica “paro cardiorrespiratorio y falla multiorgánica”, todos los demás tienen por lo menos una causa de fallecimiento que podría ser la causante directa del deceso.

Tabla N°20: Casos auditados en los que se consideró que faltaba información para determinar la existencia de coincidencia o aproximación entre el diagnóstico de ingreso a Lista de Espera Quirúrgica y la o las causas de muerte expresadas en los certificados de defunción.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO A LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	1° CAUSA DEL FALLECIMIENTO	2° CAUSA DEL FALLECIMIENTO	3° CAUSA DEL FALLECIMIENTO
Insuficiencia renal terminal (indicación de FAV)	Síndrome de hipertensión intracraneana	Traumatismo craneoencefálico complicado	
Nefrectomía radical (por cáncer renal)	Paro cardiorrespiratorio	Falla multiorgánica	
Colelitiasis	Falla orgánica múltiple	Shock mixto	Neumonía
Colelitiasis	Insuficiencia respiratoria	Derrame pleural masivo D° para neoplásico	Cáncer avanzado metastásico en estudio
Cáncer de hígado	Obstrucción intestinal	N/A	N/A
Hidronefrosis I°	Falla multiorgánica	Cáncer metastásico hepático y páncreas	Cáncer uterino avanzado
Colesteatoma	Insuficiencia Respiratoria Aguda	Encefalopatía Hipóxico-Isquémica	Accidente Cerebrovascular Hemorrágico
DIU Incrustado	Indeterminado En Estudio	N/A	N/A
Hernia abdominal	Insuficiencia respiratoria aguda	Paro cardio-respiratorio bradicardia sintomática	Hemorragia digestiva alta - accidente vascular pontino

Fuente: Elaboración propia.

7. DISCUSIÓN

Como principal hallazgo, un 22,3% de los pacientes que fallecieron mientras se encontraban en Lista de Espera Quirúrgica del Servicio Metropolitano Central durante el año 2016, correspondió a casos en los que se pudo determinar que los diagnósticos de ingreso a Lista de Espera se relacionaban con las causas de muerte expresadas en los certificados de defunción respectivos, siendo estos diagnósticos principalmente oncológicos.

Los resultados antes mencionados se aproximan a uno de los pocos estudios hallados en la búsqueda bibliográfica que analiza la mortalidad en Lista de Espera Quirúrgica general (no asociada a un diagnóstico o especialidad determinada o a trasplante de órganos), donde se estableció que en un 22% de los casos los diagnósticos de ingreso a Lista de Espera y del fallecimiento estaban relacionados, pero no hay coincidencia en otros aspectos analizados, como el tiempo de espera, que en el caso del presente estudio se determinó que era en promedio $439,6 \pm 362$, mientras que Barrasa-Villar encontró una media de $100,7 \pm 53$ (132).

Donde tampoco hay coincidencia es en la edad de los fallecidos, ya que en el estudio de Barrasa-Villar et al esta era mayor ($74,5 \pm 15,5$ años), mientras que en este estudio fue de $69 \pm 15,5$ años, diferenciándose también en que en su estudio hay un 65% de diagnósticos preferentes entre los fallecidos, mientras que entre los fallecidos de este estudio los diagnósticos de mayor connotación clínica ascendieron a un 29,8%.

Otra coincidencia se encuentra en los diagnósticos en espera, ya que Barrasa-Villar et al encontraron mayor cantidad de casos en espera neoplasias (66,7%), mientras que en el SSMC encontramos un leve predominio de las enfermedades oncológicas (18,7%), seguidas de patologías gastrointestinales (16,9%) y várices (11,3%) (132).

Al comparar los con los resultados de la Comisión del MINSAL para listas de espera, tenemos que ellos encontraron que en el 43,8% de los mayores de 40 años que fallecieron mientras estaban en alguna lista de espera, podría haber habido relación entre el diagnóstico de ingreso y alguna de las causas de fallecimiento, aunque no desarrollaron auditoría de fichas clínicas para respaldar dicha tesis, sino que compararon los diagnósticos de ingreso a lista de espera, la especialidad a cargo y la prestación en espera con las causas de defunción, lo que podría haber sobreestimado dicha asociación (38).

Con este informe también hay coincidencia respecto a que los casos oncológicos son los más numerosos entre los mayores de 40 años, pero no hay coincidencia en otras variables, como el género de los pacientes (53,5% de hombres VS 56% de mujeres en el presente estudio), edad promedio de 72 años VS 69 en este estudio y mediana de días de espera de 169 VS 298 en el presente estudio (38).

Al comparar con el estudio de Martínez et al, realizado en usuarios en Espera de Consulta Médica, en el que se identificó un mayor riesgo de mortalidad mientras se estaba en Lista de Espera para pacientes masculinos, de mayor edad y con diagnósticos oncológicos, se observa diferencia con respecto al género de los fallecidos, ya que en el presente estudio hubo una mayoría de pacientes femeninas, con un 56,4% del total, lo que se podría deber a la diferencia en las prestaciones en espera (quirúrgica versus consulta médica); mientras que la edad y el predominio de diagnósticos oncológicos sí tienen correlato entre ambos estudios (133).

Otra coincidencia con el estudio de Martínez et al, corresponde al tiempo de espera de los pacientes fallecidos, encontrándose coincidencia con respecto a que los usuarios que murieron estando en Lista de Espera presentaban tiempos de espera más cortos, lo que se podría explicar por la severidad de sus diagnósticos y el efecto *triage* (133).

Como hemos visto a lo largo del presente estudio, las Listas de Espera son una problemática que afecta a todos los países del mundo, sin importar el nivel de recursos disponibles, siendo el tiempo que esperan los pacientes la principal diferencia que encontramos entre ellos, dado que siempre existirán Listas de Espera por atención de salud e intervenciones quirúrgicas. Es en este contexto que la pandemia por COVID-19 ha comprometido incluso a aquellos países que presentaban bajos tiempos de espera previos al cierre o reconversión de atenciones de sus centros de salud, para volcar sus esfuerzos en contener el avance y tratar a los pacientes más gravemente afectados por el SARS-COV-2.

Entre las medidas que se han ido implementando para poder resolver las enormes Listas de Espera Quirúrgicas que se han ido acumulando en este periodo, especialmente por su efecto rápido en la disminución de las Listas de Espera y, por lo tanto, estratégica para los tomadores de decisión, corresponde a la resolución prioritaria de altos volúmenes de pacientes, pero de baja complejidad quirúrgica, en desmedro de aquellos que presentan mayor cantidad de comorbilidades, generalmente los usuarios de mayor edad y, por lo tanto, más riesgosos de tratar y con mayores costos asociados (134).

Para abordar esta problemática se requiere de estrategias administrativas, como la confirmación de las citas médicas y disminución de las suspensiones de cirugías por causas administrativas, así como un abordaje diferente del tiempo en Listas de Espera, pasando a ser una etapa de “preparación pre quirúrgica”, considerando los factores de riesgo de los usuarios para disminuir sus posibles complicaciones peri e intraoperatorias, en donde se ha demostrado que un abordaje preoperatorio integral disminuiría en un 50% las complicaciones, así como la hospitalización en 1-2 días, reduciendo la necesidad de cuidado crítico postoperatorio, la suspensión de cirugías programadas, los costos en salud y mejorando la percepción de calidad por parte de los usuarios, lo que también requiere de que los tratantes planteen a los pacientes los beneficios, riesgos, alternativas terapéuticas e incluyan el “no hacer nada” como decisión terapéutica, donde se ha visto que alrededor del 15% de los

pacientes geriátricos decide no operarse luego de evaluar los aspectos antes mencionados (134).

También se plantea, mediante modelamientos matemáticos, la posibilidad de integración público-privada, donde haya transferencia de usuarios en Listas de Espera entre hospitales públicos, la inclusión de hospitales privados para capturar la demanda no satisfecha o la disponibilidad de los hospitales de compartir su capacidad, con una posibilidad de reducción de un 60% de la lista de espera con estas estrategias combinadas (135).

Con respecto a la gestión de los pacientes en Listas de Espera en Chile, se ha producido un cambio en las plataformas de registro y seguimiento oficiales para dicho fin, pasando del Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE) al Sistema de Gestión de Tiempo de Espera (SIGTE), aunque en la práctica ambas plataformas funcionan de manera similar y presentan casi los mismos campos para los registros de los casos en Lista de Espera.

Como se pudo apreciar en los casos en los que las causas de fallecimiento se relacionaban con el diagnóstico de ingreso a Lista de Espera Quirúrgica, éstas en su gran mayoría se trataban de casos oncológicos, lo que se ha abordado a nivel de gestión mediante la creación del Compromiso de Gestión 6.1, que consiste en lograr que el 80,0% de los casos en espera de resolución quirúrgica por problemas de salud oncológicos no GES (en Lista de Espera Quirúrgica) se encuentren en un tiempo menor o igual a 90 días de espera, lo que ha permitido una disminución en los tiempos de espera para este tipo de diagnósticos (136).

Variables como los días transcurridos desde el último control, compensación de la patología de base, presencia de comorbilidades o el grado de compensación de estas, no se pudieron encontrar en la búsqueda bibliográfica, por lo que no se puede comparar con otros estudios de enfoque similar.

Una de las dificultades que se encontraron para la realización de la presente AFE fue la falta de integralidad de los registros clínicos, ya sea por migración del sistema de ficha clínica electrónica, como ocurrió en el HEC, o el uso de diferentes formatos de ficha clínica, como en el HCSBA, lo que dificultó la revisión de los registros, aunque solo en un caso no se pudo encontrar la ficha clínica. Este problema de los registros, en el caso del SSMC se resolverá durante el año 2023, ya que se licitó un sistema de registro clínico electrónico para todos los establecimientos de la Red, incluyendo APS y Hospitales, lo que dejará de lado la fragmentación de los registros, ya sea dentro de los establecimientos como dentro de la Red.

Otra de las dificultades para determinar la relación entre el diagnóstico de ingreso a Lista de Espera y las causas de fallecimiento de los usuarios fue la amplia utilización de diagnósticos poco específicos o mal definidos en los certificados de defunción, lo que obligó a auditar más casos que solo aquellos en los que se determinó la relación inicial entre diagnósticos, descartándose finalmente en todos ellos una posible asociación, lo que evidencia la necesidad de reforzar entre los médicos la capacitación en certificación de fallecimientos, instando a la utilización de diagnósticos más específicos y que sean las causas directas de los decesos.

El enfoque del presente estudio, que consideró auditoria de registro clínicos y la presencia de comorbilidades y su estado de compensación, así como las fechas de los controles por las patologías que propiciaron el ingreso a Lista de Espera Quirúrgica u otras variables, se podría utilizar como base para la realización de estudios con un diseños longitudinales o transversales, en un campo poco estudiado, como es la mortalidad de usuarios en Listas de Espera Quirúrgicas de manera general y no enfocadas en especialidades o diagnósticos particulares.

8. CONCLUSIONES

La presente Actividad Formativa Equivalente tuvo como objetivo general determinar si el diagnóstico de ingreso a la Lista de Espera Quirúrgica del Servicio de Salud Metropolitano Central de los pacientes que fallecieron durante el año 2016 se asociaba clínicamente con la causa de deceso registrado en el certificado de defunción de dichos pacientes.

Durante el año 2016 se egresaron de la Lista de Espera Quirúrgica del Servicio de Salud Metropolitano Central un total de 106 registros por la causal N°9 (fallecimiento), de los cuales 10 presentaban dos registros por la misma patología, pero con diferente lateralidad y 2 se encontraban en espera de dos procedimientos distintos, por lo que, dado que el estudio se enfoca en personas, se estableció un total de 94 pacientes fallecidos mientras estaban en Lista de Espera Quirúrgica.

Como primer objetivo específico de la AFE se estableció caracterizar los casos de personas fallecidas en lista de espera quirúrgica según género, grupo etario, hospital a cargo, especialidad, diagnóstico y tiempo de espera, siendo las características más relevantes las siguientes:

- Predominio de mujeres (56,4%) sobre hombres (43,6%).
- El grupo de mayores de 65 años representó el 71,3% de los casos.
- La edad promedio fue de $69 \pm 15,5$ años (rango 8-91), con una media de $69,3 \pm 16,6$ entre los hombres (rango 8-90) y $68,7 \pm 14,7$ para las mujeres (rango 12-91).
- Según el establecimiento a cargo de los casos, la mayoría correspondía al Hospital San Borja Arriarán (n=74, 78,7%), seguido por el Hospital El Carmen de Maipú (n=19, 20,2%) y el Centro de Referencia de Salud de Maipú (n=1, 1,1%).
- Las especialidades con mayor cantidad de usuarios en espera fueron Gastroenterología (n=23, 21,7%), Cirugía cardiovascular (n=20, 18,9%),

Cirugía oftalmológica (n=17, 16,0%), Urología y nefrología (n=14, 13,2%), Traumatología (n=13, 12,3%), Ginecología y obstetricia (n=8, 7,5%) y Cirugía otorrinolaringológica (n=7, 6,6%).

- Los diagnósticos más frecuentes fueron cánceres (n=20, 18,7%), várices (n=12, 11,3%), hernias abdominales e inguinales (n=10, 9,4%), gonartrosis (n=10, 9,4%), colelitiasis (n=8, 7,5%) y capsulotomía (n=5, 4,7%), siendo los diagnósticos de alta connotación clínica un 29,8% del total.
- El tiempo de espera promedio para todo el SSMC fue de $439,6 \pm 362$ (n=106, rango 13-1584), mientras que para el Hospital San Borja Arriarán fue de $479,1 \pm 394,9$ (n=74, rango 13-1584), para el Hospital El Carmen de Maipú fue de $322,4 \pm 128,9$ (n=19, rango 133-551) y para el CRS de Maipú de 58 días (n=1).

El segundo objetivo específico correspondió a identificar el porcentaje de casos en los que el certificado de defunción registraba causas de muertes consideradas como poco específicas o mal definidas. Donde los principales hallazgos en este punto fueron los siguientes:

- En los 94 casos, los usuarios presentaron un certificado de defunción con al menos una causa de muerte registrada, aunque en uno de ellos ésta indicaba “indeterminada en estudio”.
- 23 de los 94 casos (24,5%) presentaban solo una causa de muerte.
- 27 de los 94 casos (28,7%) registraron dos causas de muerte.
- 44 de los 94 casos (46,8%) registraban 3 causas de muerte
- En total, se identificaron 209 diagnósticos indicados como causa de muerte, de los que un 46,9% (n=98) se consideró como poco específico o mal definido.

- Para la primera causa de muerte (n=94), el 64,9% de los certificados presentaba (n=61) un diagnóstico poco específico o mal definido, encabezado por “paro cardiorrespiratorio”, con 39 casos, mientras que el tipo de diagnóstico específico que se presentó con más frecuencia fue “cáncer” (n=13). Para la segunda (n=71), esta cifra descendió a un 38% (n=27), y dentro del grupo de diagnósticos específicos, los más frecuentes son nuevamente los oncológicos (n=16). Finalmente, para la tercera (n=44) se identificó un 22,7% (n=10) de causas de muerte poco específicas o mal definidas, mientras que, entre las bien definidas, nos encontramos con 12 de ellas correspondiendo a patologías oncológicas.

El tercer objetivo específico del presente estudio consistió en seleccionar entre las personas que estaban en lista de espera quirúrgica y fallecieron, aquellas en las que existiera coincidencia entre el diagnóstico de ingreso a la lista de espera y el diagnóstico de deceso registrado en el certificado de defunción. Para realizar esta selección, se realizó una revisión ciega de la base de datos y de las causas de muerte indicadas en los certificados de defunción respectivos por parte del investigador y del profesor guía, acordando posteriormente el estado de cada uno de ellos en forma de consenso cuando no hubo coincidencia acerca de la clasificación asignada.

Dentro de los principales hallazgos en este punto, tenemos que:

- En 19 de los casos se determinó que habría aproximación entre los diagnósticos de ingreso a Lista de Espera y una o más de las causas de muerte registradas en el certificado de defunción respectivos.
- En 57 casos se descartó la posible asociación.
- En 18 casos los antecedentes disponibles no permitían confirmar ni descartar la posible asociación.

- Finalmente se determinó que se realizaría la auditoría de los casos en los que sí se encontró una posible aproximación entre ambos registros, pero también se incluiría a aquellos en los que esta posible relación no se pudo determinar por falta de antecedentes disponibles en esta primera exploración, totalizando 37 casos a auditar.

El cuarto y último objetivo específico pretendía determinar, mediante auditoría de los registros clínicos de las personas seleccionadas de la lista de espera quirúrgica, si el tiempo de espera pudo haber influido en la evolución clínica que condujo a la causa del deceso registrado en el certificado de defunción, para lo que se procedió a realizar la revisión de las fichas clínicas de los 37 usuarios seleccionados en el objetivo específico anterior.

Dentro de las características principales encontradas en este grupo tenemos que:

- Las mujeres (n=20, 54%) tienen predominio sobre los hombres (n=17, 46%).
- Con respecto al grupo etario, hay un predominio de mayores de 65 años en hombres (n=12, 70,6%) y en mujeres (n=12, 60%), pero con mayor peso relativo en el caso de los hombres.
- En 21 (56,8%) de los 37 casos auditados el diagnóstico de ingreso a Lista de Espera se relacionaba con una o más de las causas de fallecimiento expresadas en los certificados de defunción, siendo los oncológicos la gran mayoría de éstos (n=19, 90,1%).
- La edad promedio entre aquellos usuarios en los que sí se encontró relación entre los diagnósticos de ingreso a Lista de Espera y las causales de fallecimiento fue de $69 \pm 12,9$ años (rango 44-90), mientras que en el grupo en los que no se encontró o no se pudo determinar, fue de $67 \pm 11,9$ años (rango de 39-85).

- En el grupo auditado, la especialidad con mayor número de casos en espera correspondió a gastroenterología (n=14, 37,8%), seguida de urología y nefrología (n=11, 29,7%).
- El Hospital San Borja Arriarán acaparó la mayoría de los casos (n=32, 86,5%), mientras que los restantes correspondían al HEC (n=5, 13,5%).
- El promedio de días de espera para los 37 casos auditados fue de 307,6±289,9 (rango 13-1090); para el HCSBA fue de 312,4±306,9 (rango 13-1090) y para el HEC fue de 276,6±133,2 (rango de 164 a 517).
- Entre los 21 casos en los que se encontró relación entre los diagnósticos de ingreso a Lista de Espera y de fallecimiento, el tiempo de espera promedio fue de 193±186,4 días, con una mediana de 113 días (rango 13-579), mientras que entre los que no tuvieron relación o ésta no se pudo determinar fue de 457±344,6 días de espera promedio, con una mediana de 316 días (rango 67-1090).
- La especialidad con mayor tiempo de espera promedio fue gastroenterología con 427,7±317,4 días (n=14, rango 26-1090).
- 17 de los 21 casos (80,1%) se encontraban bajo control por la patología de ingreso a Lista de Espera en su establecimiento a cargo, aunque solo 1 de ellos presentaba compensación de su diagnóstico.
- 14 de los 21 casos (66,7%) con relación entre sus diagnósticos de ingreso Lista de Espera y causas de muerte presentaban más patologías en sus fichas clínicas (promedio de 2,3, rango 0-6), con predominio de comorbilidades descompensadas (no compensadas 16, compensadas 11, falta información 11). En el grupo en el que no se encontró relación entre diagnósticos o ésta no se pudo determinar el promedio fue de 3 comorbilidades (rango 0-5), predominando las compensadas (compensadas 14, descompensadas 13, falta información 7).

- 2 de los 21 pacientes ya habían sido intervenidos por la cirugía que los mantenía en espera, tratándose de errores en el registro de los casos en RNLE.
- 6 de los 21 pacientes no debían estar en Lista de Espera por tratarse de problemas de salud incluidos en el GES, los que tienen tiempos de espera garantizados y no se debían subir al RNLE.

Finalmente, de acuerdo con el objetivo general de la presente AFE, de los 106 egresos por causal 9 (fallecimiento) de Lista de Espera Quirúrgica realizados en el SSMC durante el año 2016, equivalentes a 94 pacientes, en 21 casos (22,3%) se pudo determinar que hubo relación entre el diagnóstico de ingreso a Lista de Espera y alguna de las causas de muerte expresadas en los certificados de defunción.

9. REFERENCIAS

1. Núñez Díaz S, Yagüe CE, Mahtani VM, Delgado TR, Rodríguez Orihuela C, Peña ME. LA LISTA DE ESPERA EN TIEMPOS DE PANDEMIA. UNA REFLEXIÓN SOBRE SUS INDICADORES CARTA A LA DIRECCIÓN. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2021 [cited 2022 May 17];95:16–7. Available from: www.msccbs.es/resp
2. Galaz O. Propuestas de salud de los candidatos presidenciales - IPSUSS [Internet]. IPSUSS. 2017 [cited 2017 Dec 30]. Available from: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/actualidad/propuestas-de-salud-de-los-candidatos-presidenciales/2017-09-01/115039.html>
3. Curtis AJ, Russell COH, Stoelwinder JU, McNeil JJ. Waiting lists and elective surgery: ordering the queue. Med J Aust [Internet]. 2010 Feb 15 [cited 2017 Dec 14];192(4):217–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20170460>
4. MINSAL. Norma técnica para el registro de las listas de espera [Internet]. MINSAL Chile; 2011. Available from: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Nueva Norma de Listas de Espera 2011.pdf>
5. MINSAL. Manual Proceso de Registro Lista de Espera No GES [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 29]. Available from: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Manual FINAL.pdf>
6. Fossa L. Los ajustes estadísticos que redujeron drásticamente la lista de espera AUGE | CIPER Chile CIPER Chile » Centro de Investigación e Información Periodística [Internet]. CIPER. 2011 [cited 2017 Dec 30]. Available from: <http://ciperchile.cl/2011/12/02/los-ajustes-estadisticos-que-redujeron-drasticamente-la-lista-de-espera-auge/>
7. Cooperativa. Casi 25 mil personas en lista de espera murieron en 2016 - Cooperativa.cl [Internet]. Cooperativa.cl. 2017 [cited 2017 Dec 30]. Available from: <http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/hospitales/casi-25-mil-personas-en-lista-de-espera-murieron-en-2016/2017-04-15/100343.html>

8. Cámara de Diputados. Analizan resultados de comisión médica asesora de listas de espera [Internet]. Cámara de Diputados. 2017 [cited 2017 Dec 30]. Available from:
https://www.camara.cl/prensa/noticias_detalle.aspx?prmID=132547
9. MINSAL. Registro Nacional Lista Espera [Internet]. MINSAL. 2017 [cited 2017 Dec 30]. Available from: <http://rnle.minsal.cl/RLE.Web/Index.html#>
10. Barrasa-Villar JI. d, Broto-Civera A., Ortega-Maján MT., Ramírez-Gasca MT., Astier-Peña P., Castán-Ruiz S. Mortality on the surgical waiting list: A sentinel indicator [Mortalidad en lista de espera quirúrgica: Un indicador centinela]. Rev Calid Asist [Internet]. 2005;20(4):199–203. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-21244459257&partnerID=40&md5=a1f39b11222d943dea59612b052e2209>
11. Malaisrie SC, McDonald E, Kruse J, Li Z, McGee EC, Abicht TO, et al. Mortality While Waiting for Aortic Valve Replacement. Ann Thorac Surg [Internet]. 2014 Nov [cited 2017 Dec 14];98(5):1564–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25240781>
12. Lakoff J, Ellsmere J, Ransom T. Cause of death in patients awaiting bariatric surgery. Can J Surg [Internet]. 2015 Feb 1 [cited 2017 Dec 14];58(1):15–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25427334>
13. Hill GB. Death on the waiting list for cardiac surgery. CMAJ [Internet]. 2004 Feb 3 [cited 2017 Dec 15];170(3):354–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14757672>
14. Comisión Médica Asesora de Listas de Espera. Presentación resultados comisión médica asesora de listas de espera martes 22 de agosto de 2017 - Cámara de Diputados [Internet]. Cámara de Diputados. 2017 [cited 2017 Dec 16]. Available from:
<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=112676&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>
15. MINSAL. Más Salud, Mejora tu Vida Reduciendo los tiempos de espera en Salud. MINSAL [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 30];1–62. Available from: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/05/PRESENTACION->

MINISTRA-LE-8-DE-MAYO_final-2.pdf

16. Cuadrado N. C, Crispi Galleguillos F, Estay Miquel R, González Escalona F, Alvarado Berrios F, Cabrera Salzmann N. Desde el Conflicto de las Listas de Espera, Hacia el Fortalecimiento de los Prestadores Públicos de Salud. Una Propuesta para Chile. Cuad Med Soc [Internet]. 2017;(March). Available from: <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2017/11/Documento-Listas-de-Espera.pdf>
17. Siciliani, L., M. Borowitz, V. Moran. Waiting Time Policies in the Health Sector: what works? [Internet]. Siciliani L, Borowitz M, Moran V, editors. OECD; 2013 Feb [cited 2022 Jul 7]. (OECD Health Policy Studies). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works_9789264179080-en
18. SENAMA. SENAMA | Servicio Nacional del Adulto Mayor [Internet]. SENAMA. 2019 [cited 2022 Jul 18]. Available from: <http://www.senama.gob.cl/noticias/estudio-del-banco-mundial-anticipa-que-en-2050-el-24-de-la-poblacion-chilena-seran-personas-mayores>
19. FONASA. Caracterización sociodemográfica y socioeconómica en la población asegurada inscrita [Internet]. Santiago; 2020. Available from: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/adjuntos/Informe_caracterizacion_poblacion_asegurada
20. Bernal E. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? Gac Sanit [Internet]. 2002 [cited 2017 Dec 15];16(5):436–9. Available from: https://ac-els-cdn-com.uchile.idm.oclc.org/S0213911102719535/1-s2.0-S0213911102719535-main.pdf?_tid=166cd724-e148-11e7-8bf4-00000aab0f26&acdnat=1513308727_cf6cdd253dc9a0010ba544ac270de8eb
21. Sommer JL, Noh E, Jacobsohn E, Christodoulou C, El-Gabalawy R. An examination of difficulties accessing surgical care in Canada from 2005-2014: Results from the Canadian Community Health Survey. Ashkenazi I, editor. PLoS One [Internet]. 2020 Oct 21 [cited 2020 Nov 10];15(10):e0240083. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0240083>

22. Riganti A, Siciliani L, Fiorio C V. The effect of waiting times on demand and supply for elective surgery: Evidence from Italy. *Heal Econ (United Kingdom)*. 2017 Sep 1;26:92–105.
23. Law TJ, Stephens D, Wright JG. Surgical wait times and socioeconomic status in a public healthcare system: a retrospective analysis. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2022 Dec 1 [cited 2022 Jun 15];22(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35488331/>
24. Derrett S, Paul C, Morris JM. Waiting for elective surgery: effects on health-related quality of life. *Int J Qual Heal Care [Internet]*. 1999 Feb 1 [cited 2022 Jun 15];11(1):47–57. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/11/1/47/1837320>
25. Cooper ZN, McGuire A, Jones S, Le Grand J. Equity, waiting times, and NHS reforms: retrospective study. *BMJ [Internet]*. 2009 Sep 19 [cited 2022 Jun 15];339(7722):673–5. Available from: </pmc/articles/PMC2737605/>
26. Ward PR, Rokkas P, Cenko C, Pulvirenti M, Dean N, Carney AS, et al. “Waiting for” and “waiting in” public and private hospitals: a qualitative study of patient trust in South Australia. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2017 May 5 [cited 2022 Jun 30];17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28476130/>
27. De Pablos Escobar L, García-Centeno MC. [The impact of COVID-19 on surgical waiting lists]. *Rev Esp Salud Publica [Internet]*. 2021 Mar 3 [cited 2022 May 17];95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33654051/>
28. Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol*. 2020 Aug 1;21(8):1023–34.
29. Moreno R, Díez JL, Diarte JA, Macaya F, de la Torre Hernández JM, Rodríguez-Leor O, et al. Consequences of canceling elective invasive cardiac procedures during Covid-19 outbreak. *Catheter Cardiovasc Interv [Internet]*. 2021 Apr 1 [cited 2022 May 20];97(5):927–37. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ccd.29433>

30. García-Rojo E, Manfredi C, Santos-Pérez-de-la-Blanca R, Tejido-Sánchez Á, García-Gómez B, Aliaga-Benítez M, et al. Impact of COVID-19 outbreak on urology surgical waiting lists and waiting lists prioritization strategies in the post-COVID-19 era. *Actas Urológicas Españolas (English Ed.* 2021 Apr 1;45(3):207–14.
31. Stoye, George; Warner, Max; Zaranko B. Could NHS waiting lists really reach 13 million? - Institute For Fiscal Studies - IFS [Internet]. Institute for Fiscal Studies. 2021 [cited 2022 Jun 17]. Available from: <https://ifs.org.uk/publications/15557>
32. Allepuz A, Espallargues M, Martínez O. Criterios para priorizar a pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2009 Sep 1 [cited 2017 Dec 15];24(5):185–91. Available from: <http://www.sciencedirect.com.uchile.idm.oclc.org/science/article/pii/S1134282X09000104>
33. Cuadrado N. C, Crispi Galleguillos F, Estay Miquel R, González Escalona F, Alvarado Berrios F, Cabrera Salzman N. Desde el Conflicto de las Listas de Espera, Hacia el Fortalecimiento de los Prestadores Públicos de Salud. Una Propuesta para Chile. *Cuad Med Soc.* 2017;(March).
34. Julio C, Wolff P, Yarza MV. Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia Waiting lists management model based on timeliness and justice. *Rev Med Chil* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 13];144:787–94. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n6/art14.pdf>
35. OECD. Health at a Glance 2013 OECD INDICATORS. OECD Publ [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 29]; Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
36. IPSUSS. ¿Cuánto demora conseguir una hora médica en clínicas? 2016 [cited 2017 Dec 29]; Available from: http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20160513/asocfile/20160513091018/br__jula_horas_cl__nicas_ipsuss.pdf

37. Bedregal P, Ferrer JC, Figueroa B, Vera J, Téllez Á, Tello C, et al. La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro. 2017 [cited 2017 Dec 16];12. Available from: https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2017/12/propuestas_listas_espera.pdf
38. MINSAL. ESTADO DE SITUACIÓN PERSONAS FALLECIDAS EN LISTAS DE ESPERA NO GES Y GARANTÍAS RETRASADAS GES INFORME COMISIÓN MÉDICA ASESORA MINISTERIAL Tabla de contenido. 2017 [cited 2017 Dec 16]; Available from: http://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas_2017/tercera_subcomision/16_Salud/3412Salud/Informe_Final_Comision_Asesora_LE_y_Garantias_Retrasadas_GES_17082017.pdf
39. MINSAL. Minsal presenta Sistema de Gestión de Pacientes con Enfoque de Riesgo para apoyar priorización de las listas de espera [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://www.minsal.cl/minsal-presenta-sistema-de-gestion-de-pacientes-con-enfoque-de-riesgo-para-apoyar-priorizacion-de-las-listas-de-espera/>
40. Abásolo I, Negrín-Hernández MA, Pinilla J. Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: Evidence from Spain. *Eur J Heal Econ*. 2014;15(3).
41. Gross M. Wait times: the appropriateness of the methodology and how they affect patients. *Can J Surg* [Internet]. 2004 Jun [cited 2017 Dec 15];47(3):167–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15264376>
42. Evans D PN. The Ethical Dimensions of the National Waiting Time Project. A Report prepared for the Health Funding Authority. [Internet]. 1999 [cited 2018 Jun 17]. Available from: [http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/FC94252EC9A8E5BFCC256BDD0074B8F9/\\$file/ethical-dimensions-national-waiting-time-project.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/FC94252EC9A8E5BFCC256BDD0074B8F9/$file/ethical-dimensions-national-waiting-time-project.pdf)
43. Martínez-Gutiérrez MS, Alvarado-Breton ME, Vergara-Iturriaga M, Galleguillos-Castro P, Labra-Ballesta MT, Rivas-Castro K. Revisión

- sistemática de modelos de gestión de listas de espera para tratamientos quirúrgicos electivos. In: Diseño, implementación y evaluación de un modelo de gestión de listas de espera para tratamientos quirúrgicos no ges en hospitales públicos en Chile - Proyecto FONIS SA14ID0138. Santiago; 2014. p. 52–71.
44. Hansrani VC, Fong A, Ferran N, Williams S. Surgical waiting times and patient choice: How much delay do patients really want? *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2015;25(1).
 45. Servicio de Salud Ñuble. Compromisos de Gestión 2017 [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 15]. Available from: <http://www.serviciodesaludnuble.cl/sitio/compromisos-e-indicadores-de-gestion-en-salud/compromisos-de-gestion/>
 46. Johar M. Waiting list prioritization guidelines being followed in Australia? *Med Decis Mak*. 2014;34(8).
 47. Sutherland JM, Crump RT, Chan A, Liu G, Yue E, Bair M. Health of patients on the waiting list: Opportunity to improve health in Canada? *Health Policy (New York)*. 2016;120(7).
 48. Oudhoff JP, Timmermans D, Knol DL, Bijnen AB, Van Der Wal G. Waiting for elective general surgery: impact on health related quality of life and psychosocial consequences. 2007 [cited 2018 Nov 11]; Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/164>
 49. Poenaru D, Pemberton J, Cameron BH. The burden of waiting: DALYs accrued from delayed access to pediatric surgery in Kenya and Canada. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2015 May [cited 2017 Dec 14];50(5):765–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25783371>
 50. Rexus H, Brandrup-wognsen G, Ode A, Ab J. Mortality on the Waiting List for Coronary Artery Bypass Grafting : Incidence and Risk Factors. *Ann Thorac Surg* [Internet]. 2004;77(3):774–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003497503022343>
 51. Siciliani L, Hurst J. Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries. *OECD Heal Work Pap* [Internet]. 2003 [cited 2018

- Nov 12];7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/406746186162>
52. Pubmed. Pubmed's search resultus for: mortality waiting list [Title]. Pubmed. 2018.
 53. Ruesch M, Helmes A, Bengel J. Cognitive behavioral group therapy for patients with physical diseases and comorbid depressive or adjustment disorders on a waiting list for individual therapy: results from a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2017 Oct;17(1):340.
 54. Assumpcao LR, de Paula Ramos I, Nunes da Cunha G, de Mello Vianna CM, Araujo Maya MC, Araujo DV. Refractory secondary hyperparathyroidism in waiting list for parathyroidectomy: who we should operate first in a quaternary hospital in Brazil regarding survival. *Ren Fail*. 2019 Nov;41(1):183–9.
 55. Bishop MC. The dangers of a long urological waiting list. *Br J Urol*. 1990 May;65(5):433–40.
 56. Patch VD, Fisch A, Levine ME, McKenna GJ, Raynes AE. A mortality study of waiting list patients at the Boston City Hospital methadone maintenance clinic. *Proc Natl Conf Methadone Treat*. 1973;1:523–9.
 57. Rosanio S, Tocchi M, Cutler D, Uretsky BF, Stouffer GA, deFilippi CR, et al. Queuing for coronary angiography during severe supply-demand mismatch in a US public hospital: analysis of a waiting list registry. *JAMA*. 1999 Jul;282(2):145–52.
 58. da Fonseca VBP, De Lorenzo A, Tura BR, Pittella FJM, da Rocha ASC. Mortality and morbidity of patients on the waiting list for coronary artery bypass graft surgery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2018 Jan;26(1):34–40.
 59. Arnold AE, Burgersdijk C. [Predictive characteristics for early mortality in patients on the waiting list for aortocoronary bypass surgery]. Vol. 134, *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. Netherlands; 1990. p. 304–5.
 60. Lund O, Nielsen TT, Emmertsen K, Flo C, Rasmussen BS, Jensen FT, et al. [Mortality and worsening of prognosis for patients with aortic stenosis while on the waiting list]. *Ugeskr Laeger*. 1998 Jun;160(24):3562–7.

61. Lopez S, Calugaru V, Lamproglou I, Boskos C, Taillibert S, Simon J-M, et al. [The effect of waiting list for radiotherapy for glioblastoma]. Vol. 12, *Cancer radiotherapie : journal de la Societe francaise de radiotherapie oncologique*. France; 2008. p. 497–9.
62. Bridgewater B. Death on the waiting list for cardiac surgery. Vol. 81, *Heart (British Cardiac Society)*. England; 1999. p. 564.
63. Doogue M, Brett C, Elliott JM. Life and death on the waiting list for coronary bypass surgery. *N Z Med J*. 1997 Feb;110(1037):26–30.
64. Kihlgren M, Aberg T. [To be on the waiting list for open heart surgery. A medical, psychological and economical analysis]. *Lakartidningen*. 1976 Sep;73(38):3097–100.
65. Suttorp MJ, Kingma JH, Koomen EM, Tijssen JG, Defauw JA, Ernst JM. [Predictive characteristics for early mortality in patients on the waiting list for aortocoronary bypass surgery]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 1989 Dec;133(49):2441–5.
66. Tuominen U, Blom M, Hirvonen J, Seitsalo S, Lehto M, Paavolainen P, et al. The effect of co-morbidities on health-related quality of life in patients placed on the waiting list for total joint replacement. *Health Qual Life Outcomes*. 2007 Mar;5:16.
67. Plomp J, Redekop WK, Dekker FW, van Geldorp TR, Haalebos MM, Jambroes G, et al. Death on the waiting list for cardiac surgery in The Netherlands in 1994 and 1995. *Heart*. 1999 Jun;81(6):593–7.
68. Bengtson A, Karlsson T, Herlitz J. On the waiting list for possible coronary revascularisation. Symptoms relief during the first year and association between quality of life and the very long-term mortality risk. *Int J Cardiol*. 2008 Jan;123(3):271–6.
69. Morris AL, Roos LL, Brazauskas R, Bedard D. Managing scarce services. A waiting list approach to cardiac catheterization. *Med Care*. 1990 Sep;28(9):784–92.
70. Desconocido. [Donor organs still in short supply. Encountering death on the waiting list]. Vol. 146, *MMW Fortschritte der Medizin*. Germany; 2004. p. 47.

71. Martinez DA, Zhang H, Bastias M, Feijoo F, Hinson J, Martinez R, et al. Prolonged wait time is associated with increased mortality for Chilean waiting list patients with non-prioritized conditions. [cited 2019 May 5]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6526-6>
72. Silber S, Muhling H, Dorr R, Zindler G, Preuss A, Stumpfl A. [Waiting times and death on the waiting list for coronary artery bypass operation. Experiences in Munich with over 1,000 patients]. *Herz*. 1996 Dec;21(6):389–96.
73. Casimiro Perez JA, Fernandez Quesada C, Del Val Groba Marco M, Arteaga Gonzalez I, Cruz Benavides F, Ponce J, et al. Obesity Surgery Score (OSS) for Prioritization in the Bariatric Surgery Waiting List: a Need of Public Health Systems and a Literature Review. *Obes Surg*. 2018 Apr;28(4):1175–84.
74. Rexius H, Brandrup-Wogensen G, Oden A, Jeppsson A. Gender and mortality risk on the waiting list for coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2004 Sep;26(3):521–7.
75. Kommer GJ. A waiting list model for residential care for the mentally disabled in The Netherlands. *Health Care Manag Sci*. 2002 Nov;5(4):285–90.
76. Peles E, Schreiber S, Adelson M. Opiate-dependent patients on a waiting list for methadone maintenance treatment are at high risk for mortality until treatment entry. *J Addict Med*. 2013;7(3):177–82.
77. Hacker RW, Schuck R, Torka M. [Death rate on a heart surgery waiting list]. *Dtsch Med Wochenschr*. 1983 Nov;108(47):1786–9.
78. Almond CS, Gauvreau K, Thiagarajan RR, Piercey GE, Blume ED, Smoot LB, et al. Impact of ABO-incompatible listing on wait-list outcomes among infants listed for heart transplantation in the United States: a propensity analysis. *Circulation*. 2010 May;121(17):1926–33.
79. Alshwabkeh LI, Hu N, Carter KD, Opotowsky AR, Light-McGroary K, Cavanaugh JE, et al. Wait-List Outcomes for Adults With Congenital Heart Disease Listed for Heart Transplantation in the U.S. *J Am Coll Cardiol*. 2016 Aug;68(9):908–17.
80. Finkenstedt A, Nachbaur K, Zoller H, Joannidis M, Pratschke J, Graziadei

- IW, et al. Acute-on-chronic liver failure: excellent outcomes after liver transplantation but high mortality on the wait list. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* 2013 Aug;19(8):879–86.
81. Flemming JA, Vagefi PA, Freise CE, Yao FY, Terrault NA. Restricting liver transplant recipients to younger donors does not increase the wait-list time or the dropout rate: the hepatitis C experience. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* 2014 Oct;20(10):1202–10.
82. Goldberg DS, Reese PP, Amaral S, Abt PL. Reframing the impact of combined heart-liver allocation on liver transplant wait-list candidates. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* 2014 Nov;20(11):1356–64.
83. Goldberg DS, Schiano TD. Eliminating transplant tourism in the United States as a means to decrease wait-list mortality of US residents. Vol. 21, *Liver transplantation : official publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society.* United States; 2015. p. 1112–3.
84. Hickson LJ, Cosio FG, El-Zoghby ZM, Gloor JM, Kremers WK, Stegall MD, et al. Survival of patients on the kidney transplant wait list: relationship to cardiac troponin T. *Am J Transplant.* 2008 Nov;8(11):2352–9.
85. Hsu EK, Mazariegos G V. Global lessons in graft type and pediatric liver allocation: A path toward improving outcomes and eliminating wait-list mortality. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* 2017 Jan;23(1):86–95.
86. Hsu EK, Shaffer ML, Gao L, Sonnenday C, Volk ML, Bucuvalas J, et al. Analysis of Liver Offers to Pediatric Candidates on the Transplant Wait List. *Gastroenterology.* 2017 Oct;153(4):988–95.
87. Iribarne A, Russo MJ, Davies RR, Hong KN, Gelijns AC, Bacchetta MD, et al. Despite decreased wait-list times for lung transplantation, lung allocation scores continue to increase. *Chest.* 2009 Apr;135(4):923–8.
88. Kiberd B, Boudreault J, Bhan V, Panek R. Access to the kidney transplant wait list. *Am J Transplant.* 2006 Nov;6(11):2714–20.

89. Kiberd BA, Tennankore KK, West K. Eligibility for the kidney transplant wait list: a model for conceptualizing patient risk. *Transplant Res.* 2014 Jan;3(1):2.
90. Alshawabkeh L, Opotowsky AR, Carter KD, Givertz MM, Landzberg MJ, Urey MA, et al. Disparities in Wait-List Outcomes for Adults With Congenital Heart Disease Listed for Heart Transplantation Before and Since Revision of Status I Listing. *Am J Cardiol.* 2018 Nov;122(10):1761–4.
91. Lai JC, Terrault NA, Vittinghoff E, Biggins SW. Height contributes to the gender difference in wait-list mortality under the MELD-based liver allocation system. *Am J Transplant.* 2010 Dec;10(12):2658–64.
92. Lai JC, Feng S, Roberts JP. An examination of liver offers to candidates on the liver transplant wait-list. *Gastroenterology.* 2012 Nov;143(5):1261–5.
93. Levi Sandri GB, Lai Q, Lucatelli P, Melandro F, Guglielmo N, Mennini G, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt for a wait list patient is not a contraindication for orthotopic liver transplant outcomes. *Exp Clin Transplant.* 2013 Oct;11(5):426–8.
94. Mitchell E, Loomes KM, Squires RH, Goldberg D. Variability in acceptance of organ offers by pediatric transplant centers and its impact on wait-list mortality. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* 2018 Jun;24(6):803–9.
95. Montenovo M, Rahnemai-Azar A, Reyes J, Perkins J. Clinical Impact and Risk Factors of Portal Vein Thrombosis for Patients on Wait List for Liver Transplant. *Exp Clin Transplant.* 2018 Apr;16(2):166–71.
96. Morris AA, Cole RT, Laskar SR, Kalogeropoulos A, Vega JD, Smith A, et al. Improved Outcomes for Women on the Heart Transplant Wait List in the Modern Era. *J Card Fail.* 2015 Jul;21(7):555–60.
97. Norman SP, Kommareddi M, Luan FL. Inactivity on the kidney transplant wait-list is associated with inferior pre- and post-transplant outcomes. *Clin Transplant.* 2013;27(4):E435-41.
98. Orci LA, Majno PE, Berney T, Morel P, Mentha G, Toso C. The impact of wait list body mass index changes on the outcome after liver transplantation.

- Transpl Int. 2013 Feb;26(2):170–6.
99. Price E, Artz AS, Barnhart H, Sapp S, Chelune G, Ershler WB, et al. A prospective randomized wait list control trial of intravenous iron sucrose in older adults with unexplained anemia and serum ferritin 20-200 ng/mL. *Blood Cells Mol Dis.* 2014 Dec;53(4):221–30.
 100. Rana A, Brewer ED, Scully BB, Kueht ML, Goss M, Halazun KJ, et al. Poor outcomes for children on the wait list at low-volume kidney transplant centers in the United States. *Pediatr Nephrol.* 2017 Apr;32(4):669–78.
 101. Bircan HY, Ozcelik U, Uysal N, Demirag A, Haberal M. Development of an Information Model for Kidney Transplant Wait List. *Exp Clin Transplant.* 2015 Nov;13 Suppl 3:58–61.
 102. Rand EB. Cirrhotic Cardiomyopathy in Children With Biliary Atresia: A New Objective Parameter to Predict Morbidity and Mortality on the Wait List-and Beyond! Vol. 69, *Hepatology (Baltimore, Md.). United States;* 2019. p. 940–2.
 103. Renfrew PD, Quan H, Doig CJ, Dixon E, Molinari M. The Model for End-stage Liver Disease accurately predicts 90-day liver transplant wait-list mortality in Atlantic Canada. *Can J Gastroenterol.* 2011 Jul;25(7):359–64.
 104. Schlegel A, Muiesan P. Can we minimize wait-list mortality in young children with Biliary atresia? Vol. 24, *Liver transplantation : official publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society.* United States; 2018. p. 731–2.
 105. Sharma P, Schaubel DE, Gong Q, Guidinger M, Merion RM. End-stage liver disease candidates at the highest model for end-stage liver disease scores have higher wait-list mortality than status-1A candidates. *Hepatology.* 2012 Jan;55(1):192–8.
 106. Singal AK, Fang X, Kaif M, Hasanin M, Mcguire BM, Kuo Y-F, et al. Primary biliary cirrhosis has high wait-list mortality among patients listed for liver transplantation. *Transpl Int.* 2017 May;30(5):454–62.
 107. Singh TP, Almond CS, Piercey G, Gauvreau K. Trends in wait-list mortality in children listed for heart transplantation in the United States: era effect across racial/ethnic groups. *Am J Transplant.* 2011 Dec;11(12):2692–9.

108. Singh TP, Almond CS, Taylor DO, Graham DA. Decline in heart transplant wait list mortality in the United States following broader regional sharing of donor hearts. *Circ Heart Fail*. 2012 Mar;5(2):249–58.
109. Singh TP, Almond CS, Taylor DO, Milliren CE, Graham DA. Racial and ethnic differences in wait-list outcomes in patients listed for heart transplantation in the United States. *Circulation*. 2012 Jun;125(24):3022–30.
110. Singh TP, Blume ED, Alexander PM, Gauvreau K. Association of hemodynamic profiles with wait-list mortality in children listed for heart transplantation with idiopathic dilated cardiomyopathy. *Am J Cardiol*. 2015 Jan;115(2):243–8.
111. Sobolev BG, Kuramoto L, Levy AR, Hayden R. Cumulative incidence for wait-list death in relation to length of queue for coronary-artery bypass grafting: a cohort study. *J Cardiothorac Surg*. 2006 Aug;1:21.
112. Cassuto JR, Reese PP, Sonnad S, Bloom RD, Levine MH, Olthoff KM, et al. Wait list death and survival benefit of kidney transplantation among nonrenal transplant recipients. *Am J Transplant*. 2010 Nov;10(11):2502–11.
113. Sobolev B, Levy A, Kuramoto L. Summarizing the probability of wait-list events*. Vol. 11, *Journal of evaluation in clinical practice*. England; 2005. p. 606–8.
114. Sulewski ME, Wolf JH, Hasz R, West S, Goldberg D, Krok KL, et al. Combined heart-liver transplantation; implications for liver-alone wait list mortality. *Transplantation*. 2014 Sep;98(5):e45-7.
115. Tandon P, Ney M, Irwin I, Ma MM, Gramlich L, Bain VG, et al. Severe muscle depletion in patients on the liver transplant wait list: its prevalence and independent prognostic value. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc*. 2012 Oct;18(10):1209–16.
116. Torun D, Soydas B, Tekkarismaz N, Ozelsancak R, Micozkadioglu H, Haberal M. Experience with antiviral agents for treatment of hepatitis C virus infection in hemodialysis patients on the kidney wait list. *Hemodialysis international*. International Symposium on Home Hemodialysis. Canada; 2019.

117. Umgelter A, Hapfelmeier A, Kopp W, van Rosmalen M, Rogiers X, Guba M. Disparities in Eurotransplant liver transplantation wait-list outcome between patients with and without model for end-stage liver disease exceptions. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* 2017 Oct;23(10):1256–65.
118. van der Doef HPJ, van Rheenen PF, van Rosmalen M, Rogiers X, Verkade HJ. Wait-list mortality of young patients with Biliary atresia: Competing risk analysis of a eurotransplant registry-based cohort. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* 2018 Jun;24(6):810–9.
119. Yamashiki N, Sugawara Y, Tamura S, Kaneko J, Nojiri K, Aoki T, et al. Model for end-stage liver disease and model for end-stage liver disease-Na scores predict both before-listing and wait-list mortality. *Transplant Proc.* 2012 Mar;44(2):389–92.
120. Younes A, Al-Kindi SG, Alajaji W, Mackall JA, Oliveira GH. Presence of Implantable Cardioverter-Defibrillators and Wait-List Mortality of Patients Supported with Left Ventricular Assist Devices as Bridge to Heart Transplantation. *Int J Cardiol.* 2017 Mar;231:211–5.
121. Young JB. Heart failure's near dead and dying: reconsidering our heart transplant wait list scheme. Vol. 50, *Journal of the American College of Cardiology.* United States; 2007. p. 1291–3.
122. Chaves GSS, Lima de Melo Ghisi G, Britto RR, Grace SL. Maintenance of Gains, Morbidity, and Mortality at 1 Year Following Cardiac Rehabilitation in a Middle-Income Country: A Wait-List Control Crossover Trial. *J Am Heart Assoc.* 2019 Feb;8(4):e011228.
123. Delmonico FL, McBride MA. Analysis of the wait list and deaths among candidates waiting for a kidney transplant. *Transplantation.* 2008 Dec;86(12):1678–83.
124. Demark-Wahnefried W, Nix JW, Hunter GR, Rais-Bahrami S, Desmond RA, Chacko B, et al. Feasibility outcomes of a presurgical randomized controlled trial exploring the impact of caloric restriction and increased physical activity versus a wait-list control on tumor characteristics and circulating biomarkers

- in men electing prostatectomy for . *BMC Cancer*. 2016 Feb;16:61.
125. El-Assaad I, Al-Kindi SG, Oliveira GH, Boyle GJ, Aziz PF. Implantable cardioverter-defibrillator and wait-list outcomes in pediatric patients awaiting heart transplantation. *Heart Rhythm*. 2015 Dec;12(12):2443–8.
 126. Emani S, Tumin D, Foraker RE, Hayes DJ, Smith SA. Impact of insurance status on heart transplant wait-list mortality for patients with left ventricular assist devices. *Clin Transplant*. 2017 Feb;31(2).
 127. Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: An assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ [Internet]*. 2005 Mar [cited 2020 Sep 15];83(3):171–7. Available from: [/pmc/articles/PMC2624200/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16222222/)
 128. Naghavi M, Makela S, Foreman K, O'Brien J, Pourmalek F, Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. *Popul Health Metr [Internet]*. 2010 May 10 [cited 2020 Sep 15];8(1):1–14. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/1478-7954-8-9>
 129. Escanés G, S-Ribotta B. Códigos “poco útiles” en los registros de defunción en Argentina, Chile, Colombia y México (2000-2011). *Rev Electrónica Med Salud y Soc [Internet]*. 2014 [cited 2020 Sep 15];5:4–17. Available from: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/37915>
 130. Núñez F ML, Icaza N MG. Calidad de las estadísticas de mortalidad en Chile, 1997-2003. *Rev Med Chil [Internet]*. 2006 [cited 2020 Sep 15];134(9):1191–6. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000900016&lng=es&nrm=iso&tlng=e
 131. Sánchez L, Elizabeth C, Limo Sánchez E. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA PARA EL LLENADO CORRECTO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN [Internet]. Vol. 9, REV. RECIEN. 2020 Jun [cited 2020 Sep 15]. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-9136-1319>
 132. Barrasa-villar JI, Broto-civera A, Ortega-maján MT. Mortalidad en lista de espera quirúrgica : un indicador centinela. 2005;20(4):199–203.
 133. Martinez DA, Zhang H, Bastias M, Feijoo F, Hinson J, Martinez R, et al.

Prolonged wait time is associated with increased mortality for Chilean waiting list patients with non-prioritized conditions. BMC Public Health. 2019 Feb;19(1):233.

134. McNally S. Scarlett McNally: Tackling a huge surgical waiting list needs a different approach. [cited 2023 Jan 27]; Available from: <https://doi.org/10.1016/S0140-6736>
135. Acuna JA, Zayas-Castro JL, Feijoo F, Sankaranarayanan S, Martinez R, Martinez DA. The Waiting Game - How Cooperation Between Public and Private Hospitals Can Help Reduce Waiting Lists. Health Care Manag Sci [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2022 Jun 30];25(1):100–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34401992/>
136. MINSAL. Instrumento de evaluación Compromisos de Gestión 2023 [Internet]. 2023. 2023 [cited 2023 Mar 15]. p. 56–66. Available from: https://www.ssbiobio.cl/Archivos/Transparencia_Activa/Gestion_Institucional/2023/Orientaciones_Tecnicas_COMGES_2023.pdf

10. ANEXOS

10.1- ANEXO 1: INSTRUMENTO AD HOC PARA RECOLECCIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FORMULARIO DE REVISIÓN DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE FALLECIDO - VERSIÓN 1

AUDITORIA N°: _____
 FECHA DE REVISIÓN: _____
 EVALUADOR: _____
 CENTRO ASISTENCIAL: _____
 ID PACIENTE (RUT): _____
 EDAD: _____
 GÉNERO: _____
 DIAGNÓSTICO DE INGRESO A LISTA DE ESPERA: _____
 ESPECIALIDAD: _____
 TIEMPO DE ESPERA AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO (EN DÍAS): _____
 CAUSAS DE FALLECIMIENTO SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: _____

 FECHA DE FALLECIMIENTO: _____

¿COINCIDE O SE RELACIONA EL DIAGNÓSTICO DE INGRESO A L.E. Y LA CAUSA DE MUERTE? SI NO FALTA INFO

OBSERVACIONES: _____

PARA LOS CASOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA

¿LA PATOLOGÍA ESTABA BAJO CONTROL MÉDICO EN EL ESTABLECIMIENTO? SI NO

FECHA DEL ÚLTIMO CONTROL: _____

¿ESTABA COMPENSADA? SI NO FALTA INFO

OBSERVACIONES

COMORBILIDADES REGISTRADAS EN FICHA CLÍNICA			
PATOLOGÍA	¿ESTABA COMPENSADA? (SEGÚN COMENTARIOS MÉDICOS EN FICHA)		
	SÍ	NO	FALTA INFO
