

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



**DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESPERA PARA
CONSULTAS DE ESPECIALIDAD Y CIERRE DE
BRECHAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ**

MARÍA ALICIA URQUIZA PÉREZ

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESOR GUÍA: DR. MARCOS VERGARA ITURRIAGA

Santiago, Noviembre 2021

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a quienes contribuyeron a que culminara con éxito este desafío académico.

- A la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile por aceptar mi postulación para realizar este Magister que me ha permitido crecer profesionalmente.
- A todos sus docentes, quienes no sólo me formaron académicamente con excelencia, sino también en pensamiento crítico.
- Al personal administrativo, especialmente a Lorena Ulloa quien siempre acogió con empatía mis requerimientos.
- A la Dra. Olivia Horna coordinadora académica del Magister quien además de entregar sus conocimientos académicos, me oriento en momentos difíciles.
- A mi profesor guía Dr. Marcos Vergara, quien me acompañó a lo largo del proceso de elaboración de esta tesis. Sin duda sus valiosos aportes y reflexiones y nuestras discusiones permitieron centrar y pulir el tema y abordarlo de la mejor manera posible.
- A la comisión revisora integrada por el Dr. Faustino Alonso y la Dra. Soledad Martínez, por sus palabras y consejos finales, que sin duda ocupare para avanzar como profesional y persona.
- A la dirección del Hospital San José, por liberarme horas de trabajo para asistir a las actividades académicas del Magister.
- A Patricia Espejo coordinadora de la Unidad de Enlace con la Red del Hospital San José, quien fue un apoyo constante durante estos años.
- A todos y todas las personas que de alguna manera fueron parte de este proceso.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	3
I. INTRODUCCION	5
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
III. MARCO TEORICO	9
1. Contexto global	9
2. Contexto nacional	11
3. Redes integradas de atención de salud	21
4. Atención ambulatoria de especialidades en el sistema público de salud	23
5. Servicio de Salud Metropolitano Norte	27
6. Compromisos de Gestión	33
IV. PREGUNTA POR RESOLVER	35
V. OBJETIVOS	36
1. Objetivo general	36
2. Objetivos específicos	36
VI. METODOLOGIA	37
1. Tipo de estudio	37
2. Criterios de inclusión	37
3. Fuente de datos	38
4. Criterios de exclusión	38
5. Aspectos éticos	39
6. Generación de la información	40
7. Análisis y presentación de los datos	53
VII. RESULTADOS	54
1. Características de la lista de espera	54
2. Oferta de consultas médicas	64
3. Consultas médicas realizadas y su brecha respecto a las programadas	70
4. Ausentismo y bloqueos de la agenda	72
5. Brecha de consultas nuevas respecto a los lineamientos del MINSAL	75
6. Demanda de atenciones médicas	78
7. Brecha entre la oferta programada y la demanda calculada	84
8. Brecha entre la oferta calculada según MINSAL y la demanda calculada	87
9. Egresos de casos lista de espera SIGTE y GES	89
10. Análisis del proceso de prestación de consulta médica	102
VIII. DISCUSION	110
IX. CONCLUSIONES	114
X. LIMITACIONES	116
XI. REFERENCIAS	117
XII. ANEXOS	122

RESUMEN

En Chile, la espera por atenciones de salud ha alcanzado características y dimensiones que la han transformado en un problema de gran relevancia, que afecta principalmente a las personas que no cuentan con los recursos que les permitan efectuar copagos y resolver sus problemas de salud fuera de la red pública a través del sistema de libre elección de FONASA.

Para aumentar la eficiencia en el uso de las horas médicas disponibles, se ha implementado un sistema teórico de control a través de la programación de actividades clínicas y no clínicas que justifique el total de las horas médicas contratadas, poniendo énfasis en el control de las horas para consultas médicas ambulatorias, especialmente las destinadas a consultas médicas nuevas, sin embargo ello no se ha visto reflejado en los egresos de casos de la lista de espera No GES, la cual sigue aumentando y no se ha logrado disminuir los tiempos de espera, especialmente en los casos de mayor antigüedad.

Para gestionar la resolución de las listas de espera de consultas de especialidades médicas y tomar decisiones de incremento de horas médicas de especialistas, es fundamental conocer la brecha efectiva de tales horas y realizar correcciones a las deficiencias del proceso de atención médica que pudieran existir, aspectos que aborda la presente investigación a través del estudio de la situación de la oferta y demanda de horas médicas de especialistas y sus posibles brechas, en el Hospital San José de la Región Metropolitana de Chile.

El resultado de esta investigación da cuenta que el proceso de programación y de prestación de las consultas médicas adolece de fallas que no permiten el uso eficiente de todas las horas medicas disponibles lo que genera un descontrol que impide que se cumpla el objetivo de que la producción de las consultas médicas sea el reflejo de las consultas médicas programadas de acuerdo a los lineamientos del nivel central, especialmente las consultas nuevas que son las que inician proceso de resolución de los casos en espera.

La gestión, por lo tanto, es un elemento relevante para disminuir los tiempos de espera, cuestión que requiere ser atendida y relevada por los gestores del establecimiento, lo que implica un ordenamiento y control estricto de todo el proceso de consulta médica para evitar pérdidas en la producción esperada y en consecuencia una atención a los usuarios en plazos no razonables.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que la espera por atenciones de consultas nuevas en el CDT del Hospital San José es más bien un problema de gestión e ineficiente uso de los recursos disponibles y no necesariamente de escasez de horas de médicos especialistas, pues en todo el proceso se producen fallas que llevan a que la producción de consultas médicas sea menor a la esperada.

I. INTRODUCCION

La presente investigación aborda la descripción y el análisis del comportamiento de la lista de espera de consultas nuevas de especialidad para la resolución de problemas de salud no contemplados en el régimen de garantías GES en el Hospital San José, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Se busca establecer la magnitud de la brecha actualmente existente entre oferta y demanda, cuantificando y caracterizando la oferta de horas médicas disponibles para la atención de consultas ambulatorias nuevas, en cuanto a su programación, agendamiento y uso efectivo, cuantificando y caracterizando la demanda e incorporando las listas de espera. Se realiza un análisis de la totalidad del proceso de provisión de consultas de especialidad a los usuarios y estimar la brecha efectiva de horas médicas por cada especialidad.

El estudio es un estudio descriptivo de carácter transversal, focalizado en el análisis cuantitativo de datos obtenidos de fuentes de información secundaria, disponibles en forma local y nacional. Principalmente se utilizan los datos del Sistema Integrado de Gestión de Tiempos Espera (SIGTE), los datos de la programación de horas médicas del Hospital y los datos de la agenda médica con las consultas efectivamente realizada en el CDT.

La brecha efectiva de horas médicas a estimar, output final del estudio, podría permitir transparentar la real capacidad instalada para la resolución de la lista de espera de consulta médica ambulatoria nueva del establecimiento y posiblemente, transformarse en la base para solicitar recursos adicionales para resolver los problemas de salud de las personas en espera, en el supuesto de que se han corregido las posibles ineficiencias y si acaso no se cuenta internamente con tales recursos en los propios servicios clínicos, dado que aquellos solo destinan una parte del tiempo a la actividad ambulatoria que nos interesa explorar.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las listas de espera en salud se producen porque la demanda por atenciones es superior a la oferta efectiva. Esto puede ser un problema común a todos los países con sistemas de salud de financiamiento público, pues siempre existirá una restricción presupuestaria y escasez relativa de medios frente a la demanda y a todas las necesidades de su población, por lo que puede no ser posible terminar con las listas de espera. Ellas representan el equilibrio dinámico entre el número de casos nuevos que ingresan requiriendo alguna prestación de salud y la capacidad instalada de los sistemas para resolverlos. La gestión de las listas de espera es la herramienta que permite mejorar este equilibrio, sin embargo, no sería posible lograr el objetivo de una lista de espera cero⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾.

En los países con sistemas de salud con financiamiento público, que funcionan bajo presupuestos globales fijos, con universalidad y gratuidad plenas, las listas de espera para prestaciones de salud no urgentes son una expresión de racionamiento y desequilibrio entre la oferta disponible y la demanda efectiva. Como el precio que los ciudadanos pagan por los servicios se ha suprimido o es muy bajo, la restricción del acceso a los servicios de salud necesariamente es por medio de la espera, pues ella es la acompañante ineludible de la gratuidad, es decir, el paciente paga un precio-tiempo, en lugar de un precio monetario⁽⁴⁾⁽⁵⁾. Este precio podría llegar a ser alto si, a la a veces prolongada incertidumbre, se agrega que la falta de oportunidad podría conducir a un empeoramiento del cuadro clínico que se desea aclarar y que motivó la interconsulta.

A pesar de que las atenciones por casos urgentes no se encuentran afectas a tiempos ni listas de espera, el problema de las listas de espera es uno de los grandes retos de cualquier sistema de salud pues son materia de gran insatisfacción ciudadana.

Para el abordaje de esta problemática, desde la Organización Mundial de la Salud, se ha propiciado el “Modelo de Redes Integradas de Salud”, bajo el cual la atención de salud debería estar enfocada principalmente en el primer nivel de atención, orientada a la prevención y promoción de la salud, a fin de evitar o retardar la aparición de enfermedades. Por otra parte, el citado modelo establece que debería existir una adecuada coordinación entre el nivel primario y

secundario, de modo que el tránsito del usuario entre niveles sea expedito y acorde a sus necesidades de atención de salud, sin solución de continuidad en la asistencia. Este modelo propicia modular la demanda de atenciones en el segundo y tercer nivel de atención, lo cual podría ayudar también a corregir el desequilibrio entre la oferta y la demanda, disminuyendo la necesidad de atención por problemas de salud prevenibles⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

En Chile, la espera por atenciones de salud ha alcanzado características y dimensiones que la han transformado en un problema de gran relevancia, que afecta principalmente a las personas que no cuentan con los recursos que les permitan efectuar copagos y resolver sus problemas de salud fuera de la red pública a través del sistema de libre elección de FONASA, con el agravante de que el problema parecería empeorar por la implementación de una política pública con enfoque de derechos (GES) que en la práctica es un sistema de prioridades establecido por Ley.

Los mayores esfuerzos para la resolución de problemas No GES han estado centrados en el abordaje de las listas de espera para intervenciones quirúrgicas y sólo en los últimos años se ha empezado a abordar desde el nivel central el problema de la espera para consultas médicas nuevas de especialidades, donde la incertidumbre durante la espera es la característica principal, ya que la persona después de ser atendida en el nivel primario, ha sido derivada a un especialista del segundo nivel de atención para confirmar o

descartar una sospecha diagnóstica, la cual se encuentra pendiente y puede ser vital para el pronóstico de esa persona.

Para gestionar la resolución de las listas de espera de consultas de especialidades médicas y tomar decisiones de incremento de horas médicas de especialistas, es fundamental conocer la brecha efectiva de tales horas, la cual es el resultado del desequilibrio entre la oferta y la demanda y realizar correcciones a las deficiencias del proceso de atención médica que pudieran existir en los establecimientos de salud, aspectos que se propone abordar la presente investigación a través del estudio de la situación de la oferta y demanda de horas médicas de especialistas y sus brechas en el Hospital San José de la Región Metropolitana de Chile.

III. MARCO TEORICO

Abordamos aquí los distintos contextos en los cuales se produciría el problema; el global, el nacional y el local, lugar donde se realiza el estudio.

1. Contexto global

Según estudio de la OCDE del año 2013, los países de tal organización presentan una realidad similar en cuanto a los tiempos o listas de espera y sus causas y solo se diferencian en los mecanismos que han utilizado para reducirlas o controlarlas⁽⁸⁾⁽⁹⁾. Inglaterra y Canadá son los países con cobertura universal que

más políticas han definido en la materia, las cuales se encuentran ampliamente documentadas⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

La gravedad del fenómeno de las listas de espera reside en las demoras excesivas, lo que además de ser socialmente inaceptable, podría resultar en que se complique la condición del paciente, lo que podría tener severas consecuencias tanto para esa persona, cuanto como para su entorno y el sistema de salud en su conjunto.

Existen diversos elementos relevantes que intervienen en la generación y desarrollo de las listas de espera: el sistema de financiamiento, los copagos, el sistema de pago a los profesionales médicos, la tecnología y las características de la morbilidad de la población atendida, entre otros. Del mismo modo, por ser un problema multicausal, el abordaje para su resolución debería enfocarse en gestionar la oferta y la demanda simultáneamente, a través de distintos mecanismos⁽¹³⁾.

La experiencia internacional ha demostrado que, desde el punto de vista sanitario, la priorización por relevancia clínica de los problemas de salud tendría mejores resultados, aun cuando esto último solo es posible una vez que ya se ha producido el diagnóstico⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽¹¹⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. Es decir, no es factible para el caso de espera para una primera consulta de especialidad.

2. Contexto nacional

En Chile, a partir de la Reforma de Salud del año 2005, con la entrada en vigencia de la Ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud conocido como GES, se puso en el centro de las prioridades una serie de patologías relevantes de acuerdo con su magnitud, posibilidad efectiva de resolución e impacto social y para ellas se generaron garantías específicas de calidad, de acceso a través de tiempos de espera máximos y de protección financiera, estableciendo coberturas mínimas. Actualmente estas garantías alcanzan a 85 patologías priorizadas y constituyen un significativo avance en materia de derechos ciudadanos⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾.

La definición de tiempos de espera garantizados para las patologías priorizadas a través de la ley de Garantías Explícitas en Salud (GES) fue un importante avance para la resolución de los problemas de salud que representan la mayor carga de enfermedad para el país. Sin embargo, los problemas que no se encuentran priorizados, no tienen tiempos de espera definidos para su resolución, generando incertidumbre en las personas que se encuentran en esta condición, pues el foco de las atenciones no está centrado en la resolución de estos problemas de salud No GES⁽¹⁹⁾. El elemento determinante de la cartera de servicios en los hospitales públicos en Chile es el conjunto de 85 garantías GES, lo que no está libre de tensiones entre lo que la Ley garantiza y obliga a hacer a los hospitales y los intereses de los clínicos que laboran allí.

No todos los problemas de salud GES ingresan en el nivel secundario con la atención de médico especialista, existiendo algunos cuya confirmación e inicio de tratamiento se realiza en el nivel de Atención Primaria de Salud con la confirmación diagnóstica a cargo de médicos generales. La mayoría de estos problemas de salud, están asociados a los programas de salud, como el cardiovascular y del adulto, entre otros. Sólo cuando la persona se descompensa, se emite interconsulta en SIGGES para la atención y tratamiento en el segundo nivel de atención, es decir en los Hospitales o CDT con garantías de oportunidad desde que se emite la interconsulta en el primer nivel de atención.

Sin embargo, no todos los problemas de salud GES que ingresan al segundo nivel de atención, tienen las mismas garantías, para la sospecha diagnóstica, la confirmación o el tratamiento y seguimiento. Sólo los casos con garantía de oportunidad desde la sospecha diagnóstica ingresan inmediatamente al registro GES y reciben en el corto plazo la atención del especialista para confirmar o descartar dicha sospecha diagnóstica, estos problemas son: cánceres (colorectal, gástrico, cervicouterino, mama, pulmón y testículo), tumores primarios del sistema nervioso central, linfoma, leucemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma bronquial, diabetes mellitus 1 y 2, prevención secundaria insuficiencia renal crónica terminal, hipertensión arterial esencial (descompensada), prematurez, cardiopatías congénitas operables, colecistectomía preventiva (35 a 49 años), cataratas, retinopatía diabética, desprendimiento de retina, tratamiento médico artrosis de cadera y/o rodilla

(mayores 55 años), infarto agudo al miocardio y trastornos de generación del impulso y conducción que requieren marcapaso. Para el resto de los problemas de salud GES, la vía de ingreso es a través de solicitud de interconsulta a través de la plataforma SIGTE.

Los problemas de salud GES que no ingresan al segundo nivel por la garantía de sospecha, ingresan a través de interconsulta en la plataforma SIGTE y una vez que reciben la primera consulta, si la sospecha diagnóstica tiene garantía de confirmación ingresa inmediatamente a SIGGES para su confirmación y tratamiento. Otros problemas de salud no tienen garantía de confirmación, sino que ellas son sólo para tratamiento y seguimiento por lo que ingresan a SIGGES una vez confirmado el problema de salud para recibir las garantías para el tratamiento y seguimiento de la patología.

Lo anterior añade mayor complejidad, a la lista de espera No GES, pues estos casos que podrían ser GES son priorizados para su atención con especialista y de confirmarse el diagnóstico ingresan al sistema de garantías GES para recibir el tratamiento en desmedro de los otros pacientes con sospechas diagnósticas por patologías No GES los cuales van quedando rezagados.

Para cumplir con las garantías de oportunidad se desarrolló una robusta herramienta tecnológica, el Sistema de Información para la Gestión de Garantías

en Salud (SIGGES), el cual permite monitorear el cumplimiento de las garantías de oportunidad establecidas por los Decretos GES, apoyar la gestión local de los procesos del ciclo de la atención de las personas y generar importante información secundaria para la toma de decisiones de los establecimientos acreditados y el cumplimiento de las garantías legalmente establecidas⁽²⁰⁾. De paso diremos que la acreditación es la Garantía de Calidad del GES que tomó años en implementarse definitivamente.

Con la herramienta SIGGES es posible conocer el registro unificado histórico de pacientes acogidos a la ley y también identificar a las personas que se encuentran próximas a cumplir los plazos de oportunidad de atención de las garantías, lo que permite que, de no ser posible la resolución del problema de salud en el establecimiento apropiado de la Red Asistencial correspondiente, éstas sean derivadas a un segundo prestador de acuerdo a lo establecido en la ley.

El no cumplimiento de las garantías explícitas en salud, tiene consecuencias legales, por lo que no deberían generarse listas de espera de personas con garantías incumplidas. Sin embargo, por diversas razones se han generado tales listas de espera. La gravedad de esta situación trajo como consecuencia la presentación ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y la creación en mayo de 2017 por parte del Ministerio de Salud, de la Comisión Médica Asesora Ministerial con el objetivo de “analizar la situación de

personas que fallecen habiendo estado en una lista de espera o con una Garantía de Oportunidad GES retrasada” y se estableció la obligatoriedad por parte de Ministerio de Salud de publicar un informe trimestral de esta situación y generar medidas para su pronta resolución⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾.

Por otra parte, para los problemas de salud cuya resolución no tiene tiempos garantizados se genera una importante lista de espera No GES, porque la capacidad de resolución de los establecimientos es acotada y los recursos disponibles son escasos y, además, la resolución de estos problemas de salud No GES está menos regulada, por lo que se transforman en una válvula de escape del sistema. Esta situación produce un constante debate mediático entre los gobiernos de turno y la ciudadanía, lo cual ha obligado a impulsar diversas estrategias para su resolución y control. Actualmente se generan informes para monitorizar de su estado de avance⁽²²⁾⁽²³⁾, pero los tiempos de resolución de estos problemas de salud no están garantizados.

Hasta el año 2007, existía una complicación adicional, pues no se contaba con un registro común de las personas en espera por atenciones de salud para las patologías que quedaron fuera de la priorización GES, lo que no permitía cuantificar con certeza la magnitud del problema.

A partir del año 2008 se generaron diversas iniciativas tendientes a mejorar dicho registro, primero fue la “Norma Técnica para Registro y Gestión de

Información de Espera de Atenciones de Salud”, posteriormente en el año 2011 se aprobó la Norma Técnica para el Registro de Lista de Espera y se creó el Registro Nacional de Lista de Espera (RNLE), que era un registro informático único nacional de las personas que están en espera de una atención en el segundo nivel, para consulta con un médico especialista o para una intervención quirúrgica⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾.

Cabe señalar que el año 2018 el Ministerio de Salud dio paso a un nuevo registro modernizado denominado Sistema Integrado de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), el cual forma parte del Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES en Chile, y tiene entre sus como objetivos reducir los tiempos de espera de las personas para una atención por una Consulta Nueva de Especialidad y/o una intervención quirúrgica programada no urgente.

El SIGTE es un sistema integral, que además de contener los registros que hasta ese momento estaban en el RNLE, está interconectado con los procesos clínicos y administrativos vinculados a los establecimientos de la Red Asistencial y sus sistemas locales y contiene los registros rutificados, consolidados a nivel nacional de las personas en espera para cualquier tipo de atención médica que no sea urgente, lo que incluye a las que esperan resolución quirúrgica o atención por patologías con garantías explícitas de tratamiento y seguimiento que no son incluidas en la plataforma SIGGES por no tener garantía de oportunidad. Además, incluye las esperas para controles médicos y para

exámenes y procedimientos, puntos que aún no se encuentran implementados en todos los establecimientos del país.

La importancia de este sistema de registro radica en que permite transparentar la información y conocer la verdadera demanda de atenciones para primeras consultas médicas y tomar también decisiones centradas en la resolución de los problemas de salud de las personas que no tengan garantía de oportunidad, problema que se creó en los distintos hospitales del país, al dar atención prioritaria a los pacientes que tenían patologías GES.

La información que proporciona este sistema de registro SIGTE para el caso de solicitudes de atención para primeras consultas contiene los parámetros de identificación básicos del usuario que requiere la atención, nombre completo, rol único tributario, domicilio, comuna y teléfonos de contacto, la sospecha diagnóstica por la cual es derivado, la especialidad médica con la que requiere la atención, la fecha de ingreso de la solicitud de interconsulta, la priorización por parte del médico que genera la interconsulta, el centro de salud primario donde se digitó la interconsulta, la comuna de origen de la solicitud, la identificación del médico solicitante, la identificación del digitador de la interconsulta y otros parámetros menos relevantes.

Contar con este registro, puede servir a los gestores para tener el conocimiento de quiénes son las personas que esperan, cuanto tiempo están esperando y qué especialista necesitan. Es relevante que cada institución conozca la situación de su lista de espera, ya que tiene la obligación gestionarla e informar al respectivo Servicio de Salud las brechas existentes, para buscar soluciones efectivas para garantizar la resolución de los problemas de salud de la población de referencia. La responsabilidad de los Servicios de Salud, donde están insertos los establecimientos del segundo o tercer nivel de atención, es gestionar la resolución de los problemas de salud de su territorio ya sea en la Red de Salud del país o fuera de ella, pues corresponde a su población a cargo.

Como las cifras de personas en lista de espera eran preocupantes, en cantidad y tiempos de espera para la resolución de sus problemas de salud, a pesar de la existencia del Registro Nacional de Lista de Espera (RNLE), hoy llamado SIGTE y dado que se requería mejorar esta situación que afecta a gran cantidad de personas, se crea el año 2014 el “Plan Nacional de Resolución de Listas de Espera No GES” y se establece un compromiso ministerial para su resolución según la antigüedad de la espera, el cual ha permitido un abordaje de este problema por parte de los establecimientos de salud⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

A partir de lo ya señalado y para mejorar la eficiencia hospitalaria, se generaron los llamados “Compromisos de Gestión” que se materializan en un documento de contrato o convenio, en el cual se señalan los acuerdos,

compromisos y metas que se esperan de los Servicios de Salud por parte del Ministerio de Salud, estableciéndose deberes y derechos entre las partes, además de los mecanismos de control y evaluación. Estos compromisos se generan desde hace ya una década, y desde el año 2011 se establece en uno de ellos la meta de reducción de lista de espera según su antigüedad⁽³⁰⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾.

Como tal, actualmente las listas de espera se dividen en dos listas independientes, la primera es la que agrupa a las personas que ya tuvieron atención médica y cuyo diagnóstico determinó que requieren una intervención quirúrgica para la resolución de su problema de salud, la cual es necesaria pero no pone en riesgo su vida. La segunda corresponde a la lista de personas en espera para primera consulta con un especialista, teniendo esta última una sensibilidad especial entre la población, por cuanto nos encontramos ante un usuario que no ha sido atendido aún por el profesional que será quien entregue un diagnóstico, tratamiento y posible solución al problema de salud que lo aqueja.

La preocupación por las listas de espera No GES ha sido materia de seguimiento por parte del Ministerio de Salud a través de los Compromisos de Gestión que orientan a la mejor utilización de los recursos disponibles y en los últimos años, además de incorporar como compromiso la reducción de la lista de espera, también se incorporó un seguimiento a las actividades del recurso humano médico disponible, a través de la programación estandarizada en las Orientaciones Técnicas anuales emitidas por el Ministerio de Salud, la que

establece los procesos involucrados, los rendimientos y los estándares mínimos aceptables, lo que obliga a los establecimientos a generar no solo la programación y agendamiento de las consultas médicas ambulatorias sino que también los procedimientos y la actividad quirúrgica y hospitalaria, lo que permite contar con la información de la oferta real de toda la actividad médica.

La hipotética escasez de horas médicas de especialistas para la resolución de las listas de espera se plantea como un problema en casi todos los hospitales del país y se argumenta que sería la causa por la cual las listas de espera No GES no se han podido reducir a números y tiempos aceptables; sin embargo se desconoce si todas las horas médicas disponibles en dichos hospitales son utilizadas de una manera eficiente o si existen o no problemas de gestión que una vez abordados pudieran permitir una mayor resolución de esta lista de espera No GES, con las dotaciones de especialistas actuales.

Como ya se ha dicho, el fenómeno de las listas de espera se genera en países con sistemas de atención de salud de financiamiento público, con bajos o nulos pagos de bolsillo por parte de los usuarios, donde los recursos están limitados por un presupuesto, por lo cual es altamente probable que se produzca un desequilibrio entre la oferta y la demanda, el que sería necesario gestionar en primer término. Lo anterior es posible de abordar mediante la revisión de los procesos que se llevan a cabo para la entrega de las prestaciones de salud.

3. Redes integradas de atención de salud

El sistema de salud chileno está organizado sobre una base territorial a través de 29 Servicios de Salud, cada uno de ellos con territorio definido y población asignada y les corresponde “la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas”⁽³³⁾. Para ello la red asistencial cuenta con el conjunto de establecimientos asistenciales dependientes de los Servicios de Salud, los establecimientos municipales de APS de su territorio, y los demás establecimientos públicos o privados con los que mantenga convenios, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾.

Las atenciones que otorgan se organizan en una cartera de servicios, que identifica y estructura todos los tipos de prestaciones, según su nivel de complejidad y recursos asignados. Los establecimientos de la red se organizan en tres niveles, el primer nivel corresponde a los establecimientos de atención primaria de baja complejidad, donde se realizan atenciones de carácter ambulatorio y se ejecutan los programas básicos de salud de las personas, siendo la puerta de entrada al sistema de salud. El segundo nivel es de mediana complejidad y allí se realizan atenciones para el diagnóstico y tratamiento de usuarios cuyos problemas de salud no pueden ser resueltos en el nivel primario.

El tercer nivel es de alta complejidad y recibe referencia desde los otros niveles de atención y además puede actuar como un centro de referencia, no sólo para recibir usuarios desde su propia red asistencial, sino que también puede tener carácter regional y en algunos casos hasta cobertura nacional (como son los institutos de especialidades).

Este modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)⁽⁷⁾⁽³⁴⁾, que se desarrolla en Chile desde 2014, supone contar con una estrategia de planificación y programación en red, para evitar duplicidad en los procesos de atención y alcanzar una mayor resolutiveidad a través de la complementariedad, de manera más eficiente y eficaz.

Para que este modelo funcione se requiere contar con un sistema de comunicación que permita que los usuarios transiten entre los distintos niveles de la red, siendo el mecanismo de referencia y contrarreferencia el que asegura la continuidad de la atención y la mayor eficiencia.

La referencia o derivación, es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un usuario desde la atención primaria a establecimientos de atención secundaria. Esta debe realizarse de acuerdo a los protocolos establecidos en conjunto entre ambos niveles, lo que permite un cierto control de la demanda en el segundo nivel, pues por el modelo de financiamiento de la

atención primaria pudiera existir un incentivo para sobre derivar. El indicador de la referencia es la pertinencia de la solicitud de acuerdo a los protocolos.

La contrarreferencia es la respuesta del especialista del segundo o tercer nivel, dirigida al profesional del establecimiento de origen del usuario, respecto de la interconsulta solicitada. Mediante este procedimiento, el usuario retorna su centro de salud con las indicaciones para la continuidad de su tratamiento o seguimiento.

El Ministerio de Salud a través de los Compromisos de Gestión anuales, establece a partir del año 2015, el cumplimiento de indicadores de pertinencia y contrarreferencia, siendo estos de un 90% y 10% respectivamente.

4. Atención ambulatoria de especialidades en el sistema público de salud

En Chile, las atenciones ambulatorias de especialidades se realizan en el segundo nivel de atención, en dos tipos de establecimientos, los Centros de Referencia de Salud (CRS), que entregan atenciones de mediana complejidad y los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) que entregan atenciones de alta complejidad y que por lo general están adosados a los hospitales base. Ambos tienen como función principal la resolución de atenciones y procedimientos de especialidades ambulatorias, alimentados de solicitudes de interconsultas

generadas en el primer nivel de atención, es decir, en la Atención Primaria de Salud (APS).

Para resolver de manera adecuada las listas de espera de atención ambulatoria de especialidades, es necesario que la gestión al interior de los establecimientos del segundo y tercer nivel (CRS/CDT) se organice de modo que se logre la mayor eficiencia posible. Para la prestación de los servicios ambulatorios, no solo es necesario contar con los médicos especialistas, sino que además se requiere de procesos administrativos que deben realizarse en forma ordenada y eficiente para permitir aprovechar al máximo las horas médicas que se ponen a disposición para las atenciones ambulatorias.

Los procesos que pueden generar un mayor impacto en la resolución de las listas de espera son los de programación y agendamiento de las horas médicas disponibles, para los cuales el Ministerio de Salud ha generado lineamientos e indicadores para su cumplimiento.

El siguiente cuadro resume los procesos al interior de un CDT o CRS

Proceso de prestación de servicios ambulatorios en CDT-CRS



Figura N°1: Elaboración Dr. Marcos Vergara, para hospital San Borja Arriarán. Año 2019

En el esquema, las dos entradas al sistema CDT consisten en los pacientes que serán atendidos, por una parte y, por otra, los profesionales médicos y no médicos que serán puestos a disposición por los servicios clínicos para atenderles. Esto último es lo que se conoce como la programación, medida en horas y que corresponde a un compromiso y responsabilidad de los servicios clínicos del hospital con el CDT para la prestación de servicios y que debe ser calendarizado para cada una de las especialidades. Para el caso conocido de los CRS el modelo de entradas y salidas es el mismo, pero estos no funcionan como entes adosados a un hospital y su gestión suele ser autónoma de aquel, razón por la cual contratan a sus propios especialistas, en las especialidades básicas, lo que pudiera resultar en una ventaja desde el punto de vista de la gestión.

Los pacientes por atender constituyen la demanda por prestaciones, mientras que la oferta está determinada por las horas de profesionales de que se dispone para la atención ambulatoria. Identificar y establecer la brecha efectiva entre ellas, una vez superadas las posibles ineficiencias del proceso, podría permitir la toma de decisiones para la resolución de la espera en aquellas especialidades cuya oferta de horas médicas no sea verdaderamente suficiente.

En el actual sistema de la lista de espera, las personas salen de ese registro al recibir la primera consulta médica con el especialista, sin embargo, esto no resuelve en la mayoría de los casos el problema de salud por el cual fueron derivados los usuarios desde el primer nivel de atención, pues un gran número de ellos requiere exámenes adicionales y controles posteriores para determinar su tratamiento. Si la solución es quirúrgica se incorpora al SIGTE en la respectiva lista de espera. Este sistema desde su creación también incorporaba la lista de espera de controles y la lista de espera de exámenes y procedimientos, pero en la mayoría de los establecimientos estos registros no se encuentran implementados.

La presente investigación se centrará en el análisis de la lista de espera No GES y la utilización real de las horas médicas para consultas nuevas disponibles para su teórica resolución, contemplando además el análisis de las brechas o falencias del proceso de atención inserto en la atención ambulatoria de un CDT.

5. Servicio de Salud Metropolitano Norte

La red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte está conformada por establecimientos de los niveles primario, secundario y terciario, quienes se organizan y articulan para dar atención de salud a la población a cargo, que vive en el territorio de las comunas de Colina, Conchalí, Huechuraba, Recoleta, Independencia, Quilicura, Lampa y Tiltil.

Este estudio se realiza con los datos del Hospital San José, que es un establecimiento de alta complejidad para la atención de adultos con problemas de salud que no sean oncológicos ni de salud mental, para los cuales la Red Norte cuenta con el Instituto Nacional del Cáncer y con el Instituto Psiquiátrico, ambos abiertos a la solución de problemas de alcance nacional. La atención de niños le corresponde al Hospital infantil Roberto del Río.

La población de esta Red de Salud según el censo del año 2017 es de alrededor de un millón de personas, en su mayoría beneficiarios de FONASA, siendo la población mayor de 15 años de setecientos cincuenta mil personas, para la cual se cuenta con un solo hospital de alta complejidad, por lo que es fundamental la coordinación entre los distintos niveles, para que los usuarios sean atendidos de manera oportuna y con pertinencia y no se generen quiebres en la continuidad de los cuidados que afecten y deterioren sus condiciones de salud.

El ingreso de los usuarios al Hospital San José para nuevas atenciones ambulatorias por parte de médicos especialistas es a través de la emisión de solicitudes de interconsulta (SIC) al sistema informático de la red norte denominado SIDRA, provenientes de tres fuentes distintas:

- a) SIC emitidas en los 22 Centros de Salud Familiar del primer nivel de atención de la red, las cuales deben cumplir con los requisitos de pertinencia establecidos en los protocolos de referencia generados en conjunto entre el nivel primario y el secundario, para asegurar que no se produzca una demanda que debió ser resuelta en el primer nivel.
- b) SIC emitidas por médicos especialistas del mismo nivel de atención dirigidas a otros especialistas.
- c) SIC emitidas por el nivel de atención terciario o de hospitalización, una vez que el usuario es dado de alta, pero que durante su hospitalización requirió la presencia de algún especialista y se determina pertinente iniciar la atención con especialista en forma ambulatoria, además de la atención o control post alta si esta es requerida.

Para resolver las necesidades de atención para hospitalización, procedimientos diagnósticos y atenciones ambulatorias, se dispone de un determinado número de médicos con jornadas variables entre 11, 22, 33 o 44 horas. De ellos un grupo realiza sólo atenciones ambulatorias, otros sólo se desempeñan en atención cerrada y algunos cumplen su jornada en atención

abierta y cerrada. De modo tal que para cada especialidad un porcentaje del total de horas médicas están asignadas a la atención ambulatoria.

La atención médica ambulatoria se realiza en el Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT) y se organiza de acuerdo al tipo de especialidad de los médicos, generándose oferta de horas médicas para consulta de acuerdo a la siguiente distribución:

- a) Especialidades médicas: Broncopulmonar, Cardiología, Dermatología, Neurología, Gastroenterología, Nefrología, Endocrinología y Diabetes, Hematología, Medicina Interna, Reumatología y Medicina Física y Rehabilitación.
- b) Especialidades quirúrgicas: Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología y Obstetricia, Urología, Traumatología, Neurocirugía, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Abdominal, Cirugía Coloproctológica, Cirugía Plástica y Reparadora, Cirugía de Tórax y Cirugía Vascul ar Periférica.

La Red del Servicio de Salud Metropolitano Norte, utiliza el Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA)⁽³⁷⁾, sistema informático que permite el registro de las actividades y además genera diferentes informes respecto al agendamiento, citas y ausentismo, entre otros.

La citación de los pacientes que requieren una consulta médica de especialidad se debería realizar en forma centralizada desde la Unidad de Gestión del Contacto y Agendamiento, que en el caso del Hospital San José es la encargada de contactar y agendar a todos los usuarios de acuerdo a la disponibilidad de agenda de cada especialidad. El listado de pacientes nuevos a citar se debería obtener de la lista de espera No GES alojada en el Sistema Integrado de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) y del Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud (SIGGES), para los casos con garantías GES.

Una vez que los pacientes reciben la primera atención médica por el problema de salud por el cual fueron derivados, son egresados de la lista de espera de primera consulta que corresponde a los registros SIGTE.

El egreso de los usuarios de la lista de espera con la primera consulta no necesariamente significa que el problema de salud esté resuelto, pues si bien para una parte de las personas esta atención médica resuelve el problema, habida cuenta de que en el momento de la atención algunos ya no presentarían el problema de salud por el cual fueron derivados (porque lo resolvieron en el extrasistema o mejoraron espontáneamente); el resto de las personas, luego de ser atendidas en esta primera consulta médica pueden necesitar pruebas diagnósticas para determinar su diagnóstico definitivo para lo cual también deben esperar y cuya lista de espera debería también ser parte del registro SIGTE, pero en el Hospital San José no es conocida formalmente. Una vez diagnosticadas,

las personas podrían requerir tratamiento farmacológico y controles o bien una intervención quirúrgica. Como resultado de lo anterior la persona podría pasar a la Lista de Espera Quirúrgica o a la Lista de Espera de Controles, esta última en la institución es de manejo y registro interno y no está disponible en registro SIGTE.

El punto de partida, anterior a la citación y atención del usuario, es la programación anual obligatoria de las horas médicas contratadas. Esta programación individual incluye todas las actividades a realizar, es decir, consultas médicas, atenciones de procedimientos, intervenciones quirúrgicas, visitas a sala de hospitalización, consultorías, actividades administrativas y cualquier otra función que el profesional realice dentro de su jornada laboral.

La programación se realiza de acuerdo las orientaciones anuales del Ministerio de Salud, que obliga a programar las distintas actividades que los profesionales médicos y no médicos realizarán en el año calendario. Esta queda resumida en un documento oficial firmado por el gestor de la red, en este caso el Servicio de Salud Metropolitano Norte, el cual es el responsable de su cumplimiento.

La programación de todas las horas médicas es responsabilidad de los jefes de servicios clínicos, quienes determinan qué actividades harán los profesionales a su cargo y ponen a disposición un determinado número de horas

para consultas médicas ambulatorias, las cuales se programan y traducen en potenciales consultas considerando los rendimientos establecidos por cada unidad clínica, los que deben ser acordes a los lineamientos ministeriales contenidos en el documento anual del Ministerio de Salud denominado “Orientaciones para la Programación en Red”⁽³⁸⁾. Este contiene, entre otros, los rendimientos para consulta médica de cada especialidad, definiendo que estos corresponden al número de consultas que atiende un profesional en una hora cronológica, estableciéndose que de haber variaciones en ellos estos deben ser justificados por la autoridad local.

Una vez aplicados los rendimientos a las horas disponibles se obtiene el total de consultas disponibles para cada especialidad las cuales deberían calendarizarse y transformarse así en las agendas disponibles de los distintos médicos especialistas, sobre las cuales se realiza el proceso de agendamiento de pacientes para ser atendidos. Es decir, se asignan las horas para la atención.

Las horas médicas ambulatorias se dividen en horas para consultas nuevas y horas para controles, las cuales, de acuerdo a las orientaciones del Ministerio de Salud, incluidas en los Compromisos de Gestión anuales, deberían ser de 35 por ciento para horas de consultas nuevas para el año 2019, ya que son estas últimas las orientadas a la resolución de la lista de espera de consultas nuevas.

El corte de SIGTE al 31 de diciembre de 2018, ubica al SSMN como uno de los seis servicios de salud del país con la mayor Lista de Espera de Consultas de Especialidad (LECE), siendo el Hospital San José responsable del 82% de esta lista.

6. Compromisos de Gestión

En varios de los Compromisos de Gestión⁽³⁰⁾ definidos para el año 2019 se establecen metas orientadas a la resolución de la espera, la mejoría en el agendamiento y la ocupación de las horas médicas contratadas, siendo las siguientes:

- a. Programación de profesionales y actividades en red, cuyo objetivo es *“Generar en las Redes Asistenciales un diseño de estrategias en el contexto de coordinación de la Red, que permita la optimización del recurso de horas profesionales a través de una metodología de programación sobre la totalidad de horas contratadas, y gestión de horas con mirada de red”*. La meta establecida para los Servicios de Salud es realizar el proceso de programación en Red y gestión de la oferta de consultas y procedimientos del 100% de los profesionales contratados, con un cumplimiento mayor o igual al 95% de las actividades programadas.
- b. Estandarización del proceso de agendamiento en la red asistencial, cuyo objetivo es *“Generar en las Redes Asistenciales un trabajo a corto,*

mediano y largo plazo que se inicia con el diseño e implementación de estrategias en el contexto del proceso de agendamiento, cuyo objetivo principal es transparentar la oferta, gestionar la demanda y optimizar recursos permitiendo otorgar una atención oportuna, ágil y de calidad, así como también, contar con información clave para la toma de decisiones y mejoras del proceso”, siendo la metas en este caso que el 100% de la oferta programada en el sistema de agenda esté reflejado en ella, que el 100% de las agendas de especialidad médica abiertas al menos por 3 meses, que el 35% de consultas nuevas para especialidad médica estén agendadas y mantener o disminuir el porcentaje de usuarios que no se presentan a la consulta médica de especialidad para alcanzar un porcentaje menor o igual a 15%.

- c. Reducción de los tiempos de espera por consultas nuevas de especialidades médicas en la Red Asistencial, cuyo objetivo es *“Brindar atención en tiempo oportuno a las personas que requieren Consulta Nueva de Especialidad Médica, con foco de resolución en la priorización por antigüedad”* y tiene como meta resolver el 100% de la Lista de Espera por Consultas Nuevas de Especialidades Médicas según antigüedad. El caso del Servicio de Salud Metropolitano Norte la fecha de corte son las interconsultas con fecha de ingreso anterior al 31 de diciembre de 2017.

Por lo anterior una importante parte de la demanda estará determinada por los usuarios en lista de espera con la fecha de ingreso establecida en el

Compromiso de Gestión, a lo que habría que sumar la demanda de casos GES para los problemas de salud con garantías de oportunidad desde la sospecha diagnóstica, que ingresen durante el año 2019 y los que quedaron del 2018 sin la atención de la primera consulta.

La resolución de las lista de espera No GES, aun cuando no cuenta con garantías de oportunidad como lo tienen los problemas de salud GES, igualmente es de responsabilidad de la institución, por lo que es necesario conocer lo que ocurre en cada etapa del proceso desde las horas médicas nuevas disponibles para la atención ambulatoria, su programación, el agendamiento y el seguimiento de las atenciones efectivamente realizadas, para mejorar posibles ineficiencias en el uso de los recursos y establecer las brechas reales de horas médicas para la resolución de esta problemática.

IV. PREGUNTA POR RESOLVER

¿De qué tamaño es la brecha efectiva de horas médicas de especialistas para la atención ambulatoria de consultas nuevas de cada especialidad en el Hospital San José?

V. OBJETIVOS

1. Objetivo general

Caracterizar y cuantificar la brecha efectiva de horas médicas nuevas para la atención ambulatoria de usuarios en espera, una vez corregidas las posibles ineficiencias del proceso en el Hospital San José del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

2. Objetivos específicos

- a. Establecer la magnitud, distribución y características de la demanda de atenciones para resolver los casos en lista de espera No Ges con fecha de ingreso con corte al 31 de diciembre del año 2018.
- b. Cuantificar y caracterizar la demanda atenciones de los casos GES con garantía oportunidad desde la sospecha diagnóstica ingresados durante el año 2019 y los rezagados del año 2018 ya sea con garantías vencidas o vigentes.
- c. Cuantificar y caracterizar la oferta de horas médicas disponibles para la atención de consultas ambulatorias nuevas, en cuanto a su programación, agendamiento y uso efectivo.
- d. Analizar procesos y puntos críticos de la gestión de consultas médicas nuevas de especialidad, para identificar posibles mejoras a la gestión y optimizar la situación base.

- e. Identificar y cuantificar las brechas de horas médicas nuevas para atención ambulatoria, optimizada la situación base.

VI. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio

El estudio es un estudio descriptivo de carácter transversal, focalizado en el análisis cuantitativo de datos obtenidos de fuentes de información secundaria.

2. Criterios de inclusión

- a. Registros de interconsultas para atención de consulta médica nueva, contenida en la plataforma SIGTE y cuyo destino sea el Hospital San José y que se encuentren en la categoría de abiertos, es decir sin haber recibido la primera atención con el médico especialista, al 31 de diciembre 2018.
- b. Registros de interconsultas para atención de problemas de salud con garantías GES desde la sospecha diagnóstica, ingresadas durante el año 2019 a la plataforma SIGGES y los que quedaron rezagados del año 2018 con garantías vencidas o vigentes.
- c. Registros de interconsultas para atención de consulta médica, ingresadas a la plataforma SIGTE durante el año 2019.
- d. Registro de horas médicas para atención de consultas ambulatorias nuevas contenidas en la programación de actividades para el año

2019, disponibles en la resolución de programación del establecimiento.

3. Fuente de datos

Para este el estudio se requieren datos secundarios que serán obtenidos de las siguientes fuentes:

- a. Sistema Integrado de Gestión de Tiempos Espera (SIGTE).
- b. Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud (SIGGES).
- c. Resolución oficial de la programación de horas médicas del SSMN, para el año 2019.
- d. Agenda médica efectiva por especialidad y profesionales, disponible en sistema de agendamiento del establecimiento.
- e. Resumen Estadístico Mensual (REM 07) del MINSAL o producción médica de cada profesional del año 2019.
- f. Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA), utilizado en el Hospital San José que registra los datos de todas las atenciones, del agendamiento, de las horas anuladas y del ausentismo de usuarios citados.

4. Criterios de exclusión

- a. Se excluirán los registros del SIGTE duplicados, con datos incompletos, ya atendidos y los fallecidos.

- b. Se excluirán los registros del SIGTE para intervenciones quirúrgicas.
- c. Se excluirán los registros de casos GES que ya recibieron la primera consulta médica y el diagnóstico se encuentra pendiente y con garantía de tratamiento o de intervención quirúrgica.
- d. No se incluirán datos de horas médicas programadas por incorporación de profesionales médicos después del 31 de diciembre de 2018, o por salida de profesionales médicos durante el año 2019, asumiendo que esta diferencia es cero.
- e. No se incluyen registros de interconsultas de las especialidades que no están ingresadas en la plataforma SIGTE para los cuales la vía de entrada no es una interconsulta subida a esa plataforma, estas son Inmunología, Alivio del dolor y Enfermedades de transmisión sexual.

5. Aspectos éticos

El presente estudio involucra información sensible de datos de personas, que se encuentra en las bases de datos disponibles en la red asistencial, y para su descarga se requiere acceso a través de claves de usuario y manejo reservado de los datos. Por lo anterior, en toda la información recogida se omitirán los datos sensibles y solo se utilizarán para fines de establecer clasificaciones necesarias para el estudio, respetando los principios de éticos de carácter universal.

Para realizar este estudio se solicitó la autorización del Hospital San José y Servicio de Salud Metropolitano Norte, adjuntada en anexos.

6. Generación de la información

Para cumplir los objetivos del presente estudio, se requiere por una parte determinar la oferta y la demanda de atenciones médicas y por otra, conocer y describir el proceso de prestación de consultas médicas ambulatorias y analizar los puntos críticos de la gestión para identificar y establecer la brecha efectiva de horas médicas al superar las posibles ineficiencias del proceso.

6.1. Determinación de la oferta de horas médicas

La oferta de horas médicas disponibles para consultas ambulatorias nuevas surge del proceso de programación anual de las horas contratadas por cada profesional y está contenida en el documento oficial de programación para el año 2019, disponible para este estudio.

Conociendo qué médicos y cuántas horas disponibles tienen programadas para la atención ambulatoria, es posible determinar la oferta total de horas disponibles, las cuales, considerando los rendimientos para cada especialidad, generan un determinado número de posibles consultas o atenciones médicas totales de las cuales una parte de ellas están destinadas a consultas de pacientes nuevos y el resto a consultas de controles.

La consulta nueva se define como la primera atención que recibe un paciente por una solicitud de interconsulta generada para una enfermedad específica, mediante la que se puede o no dar resolución al problema de salud que genera dicha solicitud. Las atenciones posteriores a la primera consulta cuya finalidad es completar el estudio, tratamiento y/o seguimiento corresponden a las consultas de controles.

Con el fin de transparentar la capacidad de atención para los usuarios que encuentran en lista de espera de primeras consultas, el Ministerio de Salud estableció que en la planilla de programación de horas médicas las horas para consultas nuevas se registren de forma separada de las horas para consultas de controles, entendiendo que no todas las primeras consultas generan un control y que una vez que el paciente es diagnosticado y tratado este debería volver al primer nivel de atención mediante una contrarreferencia.

Por lo tanto, a través de la programación y sus rendimientos, se obtiene la oferta disponible de consultas nuevas para cada especialidad las que deberían ser asignadas a pacientes que se encuentran en la lista de espera registrada en el SIGTE y los casos en SIGGES, mediante el proceso de agendamiento de horas médicas.

6.2. Determinación de la demanda

El componente principal de la demanda son los usuarios que se encuentran en la lista de espera de consultas médicas nuevas en la plataforma SIGTE. Para ello es necesario descargar y analizar la base de datos que contiene los registros de usuarios que no han recibido ninguna atención para resolver el problema de salud por el cual fueron derivados. Para este estudio se consideró los registros de las interconsultas que se encontraban en la condición de abiertas al 31 de diciembre de 2018, es decir sin la primera atención al usuario.

Se realizó un proceso de depuración administrativa de los datos extraídos del SIGTE, para eliminar pacientes con registros duplicados (con más de una solicitud de interconsulta para el mismo problema de salud), pacientes con datos incompletos que no permiten ser contactados para agendar hora médica, pacientes ya atendidos que no han sido rebajados aún del registro SIGTE y los fallecidos. Todo esto con el objetivo que la base de datos depurada permita un resultado más certero en el análisis posterior.

Con la base de datos depurada, se generó la información del número total de interconsultas por cada especialidad que se encuentran pendientes de resolución, desagregadas por año de ingreso a la lista de espera.

El otro componente de la demanda son las interconsultas generadas para la atención de patologías GES con garantías de oportunidad desde la sospecha

diagnóstica, ingresadas a la plataforma SIGGES durante el año 2019 y las que quedaron del año 2018 ya sea retrasadas o vigentes. Es necesario un acabado análisis de los casos ingresados a SIGGES, para no considerar los casos con diagnósticos que tienen garantía tratamiento y por lo tanto su primera atención es por la interconsulta subida a SIGTE y una vez diagnosticados son ingresados a SIGGES para el cumplimiento de sus garantías de tratamiento y seguimiento. Para obtener esta información se utilizaron los datos proporcionados por la Unidad de GES del hospital, quienes informan semanalmente la evolución de estas garantías por especialidad. Se generó un listado desagregado por especialidad con los casos pendientes al 31 de diciembre de 2018, cuya resolución es prioritaria, más los registros de los casos ingresados durante el año 2019, el cual se obtuvo al finalizar el año calendario.

El primer componente de la demanda No GES está dado por el Compromiso de Gestión para el año 2019, que establece que se debería resolver todas interconsultas ingresadas a SIGTE con fecha de ingreso anterior al año 2017.

Como desde años anteriores ha existido dificultad para contactar y citar a usuarios en lista de espera antigua, porque estos cambian domicilio o teléfono, se espera que una parte de ellos egrese del registro SIGTE por causales administrativas, ya sea porque se trasladó a otro hospital, rechaza la atención o resolvió su problema de salud de manera espontánea o utilizó el mecanismo de

libre elección de FONASA acudiendo al extrasistema con un pago de bolsillo. Por ello, es necesario agregar a la demanda una parte de las interconsultas con fechas posteriores de modo de asegurar que se utilicen todas las horas médicas programadas.

Además de los tiempos de espera, se debe considerar la priorización clínica de los casos en base a la categorización de los diagnósticos y considerando que algunos podrían confirmarse como casos GES, de modo que la atención de los usuarios en lista de espera No Ges sea oportuna y acorde al daño que podría producir el cuadro clínico si no se resuelve en tiempos razonables.

Según el Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES⁽²⁹⁾ y el Informe Modelo de Priorización Lista de Espera No GES con enfoque de riesgo y tiempos razonables de espera⁽³⁶⁾, estos tiempos de espera razonables aún no se han definido para el caso chileno, pero de acuerdo a la evidencia internacional recogida en este último documento, podría considerarse que la primera consulta no debería producirse más allá de los 12 meses de generada la solicitud de interconsulta (SIC), para un determinado problema de salud No GES, por lo tanto se consideró agregar un 75% de las interconsultas que se encuentran abiertas cuya fecha de ingreso fue durante el año 2018 y el 50% de las interconsultas que ingresen a la plataforma SIGTE durante el 2019.

Por lo tanto, el cálculo de la demanda para este estudio considera:

- a) El total de las interconsultas abiertas en SIGTE con fecha de ingreso con corte al 31 de diciembre del año 2017.
- b) El 75% de las interconsultas en SIGTE con fecha de ingreso durante el año 2018.
- c) El 50% de las interconsultas ingresadas a SIGTE durante el año 2019.
- d) El total de interconsultas con garantía de oportunidad desde la sospecha diagnóstica, ingresadas a la plataforma SIGGES durante el año 2019.
- e) El total de interconsultas con garantía de oportunidad desde la sospecha diagnóstica, ingresadas a la plataforma SIGGES rezagadas del año 2018.

El siguiente cuadro resume la oferta y la demanda para consultas médicas nuevas.

Oferta y demanda de consultas nuevas de especialidad año 2019

Oferta <ul style="list-style-type: none">• Consultas nuevas programadas para el año 2019
Demanda <ul style="list-style-type: none">• Total de interconsultas abiertas en SIGTE al 31 de diciembre de año 2017• El 75% de las interconsultas abiertas en SIGTE con fecha de ingreso durante el 2018• El 50% de las interconsultas ingresadas en SIGTE con fecha de ingreso durante el año 2019• Total de interconsultas con garantía de oportunidad desde la sospecha diagnóstica ingresadas a SIGGES durante el año 2019• Total de interconsultas con garantía de oportunidad desde la sospecha diagnóstica ingresadas a SIGGES rezagadas del año 2018

Figura N°2: Oferta y demanda de consultas nuevas de especialidad año 2019 (elaboración propia)

Al comparar la oferta y la demanda se obtiene el valor numérico teórico del desequilibrio existente. Se desconoce si todas las consultas médicas programadas para atención ambulatoria de consultas son las que deberían ser de acuerdo al número de horas disponibles por parte de los profesionales contratados.

6.3. Proceso de prestación de consultas médicas y sus posibles brechas

Se busca conocer la posible brecha de ineficiencia entre lo programado y lo realizado y la brecha estructural efectiva que podría existir si todo el proceso de prestación de consulta se realizara con eficiencia, lo que permitiría suponer y determinar la existencia de una brecha de especialistas para resolver la demanda de la lista de espera.

El resultado del proceso de programación genera la oferta o consultas médicas disponibles a realizar por cada especialidad, lo que requiere que estos cupos disponibles sean ocupados con pacientes agendados para ser atendidos por los médicos especialistas; una vez que ello ocurre queda un registro de electrónico de ello, lo que permite obtener el total de atenciones efectivamente realizadas por cada especialidad y compararlas con las atenciones programadas.

Para determinar la brecha de atenciones es necesario realizar un análisis de todo el proceso para la prestación de consultas de especialistas en el CDT,

para determinar posibles falencias en el agendamiento y uso de las horas médicas disponibles, para calcular finalmente la brecha efectiva que existe entre la oferta y la demanda una vez corregidas las brechas de ineficiencia. Para este efecto se analizará lo que ocurre con las horas médicas disponibles en cuanto a su asignación, su rendimiento, su calendarización, su agendamiento y uso.

El proceso de prestación de consultas de especialidad y sus ámbitos de gestión se presentan en la siguiente figura:



Figura N°3: Elaboración Dr. Marcos Vergara. Año 2019

A. Asignación de las horas médicas

Corresponde a las horas de cada especialista que el jefe de servicio pone a disposición para la atención ambulatoria y que quedan reflejadas en la programación.

El Ministerio de Salud, en las orientaciones para la programación establece por una parte que proporción de las horas disponibles para consultas médicas ambulatorias debería destinarse a consultas nuevas y por otra parte que proporción de las horas totales contratadas deberían destinarse a la atención de consultas ambulatorias, lo que está determinado para cada especialidad.

Analizar esta etapa de asignación de horas, nos permitirá conocer las posibles diferencias entre las orientaciones definidas desde el nivel central y lo que efectivamente cada jefe de servicio podría poner a disposición de acuerdo al tipo de médico especialista a su cargo.

B. Rendimiento de las horas disponibles

Se define el rendimiento como el número de consultas a realizar por hora cronológica, el que variable para cada especialidad y se encuentra establecido en el documento de orientación para la programación del Ministerio de Salud.

Una vez establecido el número de horas disponibles, estas se deberían programar para cada especialista, de acuerdo a los rendimientos establecidos en las orientaciones técnicas, sin embargo, pudiera ser que la jefatura establezca una modificación en el rendimiento de algún o todos los especialistas a su cargo, de acuerdo en muchos casos al tipo de paciente y patología que le corresponda atender.

El análisis de los rendimientos establecidos en la institución y sus diferencias con los establecidos por el nivel central, darán cuenta de la posible brecha de consultas médicas programadas y las que podrían programarse con las mismas horas médicas disponibles.

C. Calendarización de las horas disponibles

Una vez que se cuenta con las consultas disponibles programadas, estas se deberían calendarizar en forma anual para cada profesional de acuerdo a la jornada de trabajo que cada uno destina mensualmente para ello y considerando los feriados legales y posibles ausencias por capacitación previamente autorizada.

Este proceso también permite establecer posibles deficiencias, porque el total de las consultas médicas por especialidad deberían estar calendarizadas, de modo que, si existe alguna ausencia no programada, sea responsabilidad del jefe del servicio clínico de origen poner a otro profesional de la misma especialidad a cubrir las consultas calendarizadas.

D. Agendamiento de las horas disponibles

En esta etapa la Unidad de Gestión del Contacto y Agendamiento, asigna horas de atención a los pacientes que se encuentran en lista de espera, de

acuerdo a los cupos que están establecidos en el calendario de horas disponibles por cada profesional.

También aquí podría haber diferencias entre las horas programadas y las horas agendadas, porque son los médicos quienes muchas veces establecen sus agendas en días y horarios variables, que pudieran no corresponder a lo programado con cada jefatura.

Es fundamental para el análisis posterior contar con la información de agendamiento realizada y compararla con lo que efectivamente se podría haber agendado.

E. Uso de las horas disponibles

Corresponde a las atenciones efectivamente realizadas por los distintos especialistas, a lo que se debe sumar lo que no se atendió porque el paciente no se presentó a la cita o se produjo un bloqueo administrativo de la agenda no citándose pacientes o se anularon citaciones ya agendadas.

Las atenciones realizadas pueden incluir a pacientes que se encontraban en lista de espera al 31 de diciembre de 2018 y también a aquellos incorporados posteriormente que por su priorización clínica se atendieron antes que los más antiguos y también los pacientes con patologías GES que tienen tiempos

acotados para su atención y tratamiento, lo que fue definido en el cálculo de la demanda.

Es altamente probable que las horas utilizadas sean menores a las programadas, porque las inasistencias de pacientes son difíciles de controlar, pero pudiera ser que algunos especialistas otorguen sobrecupos para disminuir las horas no ocupadas.

Las anulaciones administrativas no deberían afectar el uso de las horas disponibles, pues en ellas se debería citar a otros pacientes y en el caso de ausencia de los médicos estas no deberían producirse, pues el jefe de servicio debería destinar a otro profesional en su reemplazo.

Como las horas nuevas y de controles se programan separadas, su agendamiento también debería ser diferenciado en cuanto a utilizar las horas nuevas programadas para agendar a usuarios en espera de la primera atención con el especialista y no ocuparlas para atenciones posteriores o de control que se generan para definir el diagnóstico y su tratamiento o hacer el seguimiento de la patología previo a su derivación al primer nivel de atención a través de una contrarreferencia, quedando en el segundo nivel solo los casos de enfermedades crónicas de alta complejidad que no tienen atención ni cobertura en la Atención Primaria de Salud .

El análisis del proceso de prestación de consulta puede permitir encontrar posibles nodos críticos en cuanto a lo que se resolvió de la lista de espera y lo que podría haberse resuelto.



Figura N°4: Brecha de consultas nuevas (elaboración propia)

La brecha efectiva ineficiencia de horas médicas para consultas nuevas se puede determinar midiendo las diferencias entre lo que podría haberse atendido y lo que efectivamente fue atendido al final del periodo, es decir al 31 de diciembre de 2019.

La brecha de ineficiencia se podría resolver, gestionando el proceso de atención de consultas médicas en todas sus etapas, incluida también la etapa de programación de las horas médicas para atención ambulatoria, la cual debería ser un proceso sistematizado con los jefes de unidad, considerando la demanda y el documento de “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red”⁽³⁸⁾ del Ministerio de Salud . Corregir esta brecha es fundamental, para determinar la brecha final estructural, que permita al gestor del establecimiento

en el caso que la oferta no sea suficiente, solicitar recursos frescos de especialistas, programar operativos de atenciones en horarios extraprogramáticos o solicitar un segundo prestador, para aquellos casos que la falencia de especialistas no permita resolver la lista de espera No GES en tiempos deseables de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud contenidos en el Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES.

7. Análisis y presentación de los datos

Se busca generar la siguiente información:

- a. Distribución de los casos en espera de primera atención de consulta médica, según especialidad de destino de la interconsulta ingresada al SIGTE.
- b. Distribución de interconsultas según centro derivador de origen y comuna.
- c. Distribución de las horas médicas disponibles para consultas nuevas según especialidad.
- d. Programación de horas médicas para consultas nuevas de acuerdo a calendario y box de atención disponibles.
- e. Atenciones médicas efectivamente realizadas
- f. Egresos de la lista de espera SIGTE

VII. RESULTADOS

1. Características de la lista de espera

La lista de espera se encuentra alojada en la plataforma SIGTE, donde las solicitudes de interconsultas están identificadas según centro de origen, especialidad de destino y fecha de ingreso de la solicitud, además de la identificación tanto del usuario que tiene una sospecha diagnóstica que requiere atención del médico especialista del segundo nivel, como del médico de la Atención Primaria de Salud u otro establecimiento de la red que generó la interconsulta.

1.1 Lista de espera según su antigüedad

En la Tabla N°1, se caracteriza la lista de espera total al 31 de diciembre de 2018. El total de casos que no ha recibido la primera consulta médica es de 52.460, los que se distribuyen en 24 especialidades médicas, concentrándose el 50% de los casos en las especialidades de Traumatología, Cirugía Abdominal, Otorrinolaringología y Cirugía Vasculor Periférica.

En la base de datos, el promedio de interconsultas para las distintas especialidades por persona es de 1,3 y la edad promedio es de 57 años.

Tabla N°1

Distribución de casos en lista de espera según año de ingreso y especialidad al 31 de diciembre de 2018

Especialidad de destino de la interconsulta	Año de ingreso								Total de casos
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Traumatología	32	164	413	721	884	1494	1693	2499	7900
Cirugía abdominal	7	41	195	596	523	1509	2347	2465	7683
Otorrinolaringología	1	2	9	89	134	1217	1931	2396	5779
Cirugía vascular periférica	63	291	564	649	715	912	816	761	4771
Neurología			1	4	239	962	1462	1547	4215
Ginecología				2	24	235	523	1918	2702
Oftalmología	1	3	9	210	162	710	605	712	2412
Urología	1		7	29	35	105	718	1257	2152
Gastroenterología	1	2	5	5	9	19	882	1191	2114
Cirugía coloproctológica	7	7	24	216	174	351	426	505	1710
Endocrinología		2	9	13	13	34	661	784	1516
Reumatología					4	12	586	777	1379
Cardiología		4	3		1	19	140	1112	1279
Neurocirugía		1		2	2	263	426	458	1152
Dermatología		9	9	66	75	35	230	546	970
Nefrología		4	2	4	6	10	352	577	955
Cirugía plástica y reparadora	3	24	72	132	133	169	177	243	953
Cirugía cabeza y cuello		3	19	31	77	235	211	206	782
Medicina física y rehabilitación	1				2	20	151	594	768
Obstetricia							18	363	381
Medicina interna			2	3	5	4	100	188	302
Broncopulmonar	1		1			32	65	181	280
Hematología				1	2	1	86	139	229
Cirugía tórax		1	1	9	8	16	15	26	76
Total	118	558	1345	2782	3227	8364	14621	21445	52460

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de SIGTE

Existe casi 700 casos con fecha de ingreso de la interconsulta en los años 2011 y 2012, los que son en su mayoría para las especialidades de Traumatología y Cirugía Vascular Periférica.

Esta situación puede tener varias causas además de la posible escasez de horas médicas, siendo una de ellas la complejidad en la citación de estos pacientes porque las personas cambian teléfonos o domicilio lo que dificulta su ubicación, además que muchas veces aceptan la hora médica pero no asisten y en otras ya no presentan el problema de salud por el cual fueron derivados, pero

lo desconocen, aceptando igualmente la hora médica, siendo ésta una hora médica perdida. Existe una rigurosa normativa de cómo eliminar a los pacientes en lista de espera por la vía administrativa y no cumplirlo podría tener consecuencias legales para la institución.

Se observa que existen casi 400 casos sin resolver de los años 2017 y 2018 para la especialidad de Obstetricia siendo que el diagnóstico para el cual son derivados estas usuarias es embarazo de alto riesgo. Esto podría deberse a un problema administrativo porque no es posible por razones fisiológicas tener una espera de más allá de 9 meses.

1.2 Especialidades con mayor números de casos en lista de espera y sus diagnósticos más prevalentes

En la Tabla N°1, se observa que cuatro especialidades suman 26.133 casos equivalente al 50% de la demanda y todas ellas tienen casos sin resolver con fecha de ingreso desde el 2011, es decir, con una antigüedad de más ocho años, por lo cual es necesario analizar su situación respecto a las patologías que se encuentran sin haber recibido la primera consulta médica.

Del total de casos para la especialidad de Traumatología las sospechas diagnósticas más frecuentes corresponden a problemas de la columna vertebral (dolor lumbar crónico y hernia del núcleo pulposo), artrosis (cadera, rodilla y manos y tobillo), problemas del hombro (ruptura del supraespinoso, bursitis y

tendinitis), los cuales son 4759 casos lo que corresponde al 60% de todos los casos en espera para esa especialidad. El diagnóstico de fractura es poco frecuente en esta lista porque los casos ingresan por el servicio de urgencia para la primera atención o la intervención quirúrgica si lo requiere y luego quedan en control en la atención ambulatoria.

De acuerdo a la Tabla N°2, la especialidad de Traumatología tiene tres problemas de salud GES que inician sus garantías una vez diagnosticados y los probables casos GES que se encuentran en lista de espera sin la primera consulta médica alcanzan a 3915 casos, siendo preocupante la espera de 169 casos de escoliosis en menores de 25 años, los cuales deberían recibir la intervención quirúrgica antes de cumplir la edad tope.

La segunda especialidad con más casos en espera es Cirugía Abdominal, de los cuales 4.446 casos, un 60% del total y corresponden a sospechas diagnósticas de dos problemas de salud No GES, siendo estos, hernias abdominales y colelitiasis en edades no cubiertas por el GES, es decir menores de 35 años y mayores de 49 años. Si se considera los casos pendientes por estos problemas de salud ingresados al 31 de diciembre de 2017, estos alcanzan al 85% de los casos pendientes para la especialidad. Estos dos diagnósticos por no ser GES y además porque al ser atendidos la mayoría requerirá una intervención quirúrgica, van quedando retrasados al punto de generar daños en la salud de esas personas que los llevan a ingresar por el servicio de urgencia con cuadros

clínicos avanzados o recurrir si pueden a la atención del extrasistema a través de la libre elección de FONASA, generando una desigualdad entre quienes no pueden hacerlo por razones económicas.

Luego por número de casos pendientes, se ubica la especialidad de Otorrinolaringología, con la sospecha diagnóstica de hipoacusia con 1.546 casos que corresponde a un 46% del total de casos de la especialidad. El diagnóstico de hipoacusia bilateral en mayores de 65 años tiene garantía GES sólo para la entrega de los audífonos una vez confirmado el caso.

La especialidad de Cirugía Vascul ar Periférica se ubica en cuarto lugar de los casos en lista de espera, existiendo 2.598 casos, de los cuales un 55% de ellos, corresponden a la sospecha diagnóstica de patología No GES de insuficiencia venosa de las extremidades inferiores (varices), siendo este el de mayor antigüedad de toda la lista de espera alojada en la plataforma SIGTE.

Cabe señalar que los diagnósticos más frecuentes para estas cuatro especialidades corresponden a cuadros clínicos en los cuales no existen muchas posibilidades de recuperación espontánea por los que esas personas continúan esperando con el consiguiente deterioro de su condición de salud o bien si cuentan con recursos resuelven su patología en el extrasistema a través de la modalidad de libre elección de FONASA.

Durante esta investigación se pudo constatar que los médicos principalmente de estas especialidades no permiten agendar para primeras consultas casos en espera con estas sospechas diagnóstica, para no aumentar la lista de espera quirúrgica o esperando alguna inyección recursos adicional que les permita realizar intervenciones quirúrgicas fuera de horario normal.

1.3 Análisis de los casos por sospechas de patologías GES que requieren confirmación diagnóstica

Se realizó una revisión de las sospechas diagnósticas de la lista de espera para identificar posibles casos de patologías GES cuyas garantías se inician una vez confirmado el diagnóstico. En la Tabla N°2, se muestra los posibles problemas de salud GES y su espera en el registro SIGTE.

Tabla N°2

Espera por especialidad de destino de la interconsultas para posibles casos GES que requieren confirmación diagnóstica

Especialidad de destino de la SIC	Problema de salud GES con garantías desde la confirmación diagnóstica	Lista de espera SIGTE
Cardiología	Tx quirúrgico de lesiones de la válvula aórtica	No
	Tx quirúrgico de lesiones de las válvulas mitral y tricúspide	No
Cirugía cabeza y cuello	Cáncer de tiroides	Si
Gastroenterología	Hepatitis crónica por virus hepatitis B	No
Hematología	Mieloma múltiple	No
Nefrología	Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5	No
Neurología	Epilepsia no refractaria	Si
	Enfermedad de Parkinson	Si
Otorrinolaringología	Hipoacusia en mayores de 65 años, uso de audífono	Si
Reumatología	Artritis reumatoidea	Si
	Lupus eritematoso sistémico	Si
Traumatología	Prótesis total de cadera > de 65 años con artrosis de cadera	Si
	Tx quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar	Si
	Tx quirúrgico de escoliosis en < 25 años	Si
Urología	Tx hiperplasia benigna de la próstata	Si
	Cáncer de próstata	No
	Cáncer renal	No
	Cáncer vesical	No

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de SIGTE

Las especialidades de Cardiología, Gastroenterología, Hematología y Nefrología no presentan casos en espera de atención de la primera consulta, porque estos casos se priorizan y atienden en un corto plazo. Para la especialidad de Urología no existe espera para los cánceres urológicos, siendo los plazos para atención dentro de siete días de ingresada la interconsulta a la plataforma de lista de espera.

Las especialidades de Cirugía de Cabeza y Cuello, Neurología, Otorrinolaringología, Reumatología, Traumatología y el diagnóstico de Hiperplasia Benigna de Próstata de la especialidad de Urología, presentan una

importante lista de espera con antigüedad mayor a 18 meses. La importancia de esta espera radica en que para confirmar los diagnósticos se requiere, después de la primera consulta, la realización de exámenes de laboratorio, imágenes radiológicas (ecografía, tomografía axial computarizada y resonancia nuclear magnética) y procedimientos diagnósticos realizados por médicos (cistoscopías, punciones y biopsias, entre otros).

El mayor problema, es que existe espera para la realización de los procedimientos que permiten concluir los diagnósticos, lo que puede retrasar la confirmación del caso, de allí la importancia de priorizarlos y atenderlos en el menor tiempo posible para que puedan recibir sus tratamientos de acuerdo a las garantías GES.

Cabe señalar, en el Hospital San José aún no se levanta la lista de espera para la realización de imágenes radiológicas, siendo esta situación muy compleja, pues existe casos en espera con varios años de retraso para confirmar casos GES, pudiendo esto agravar los cuadros clínicos y sus pronósticos, lo cual es aún peor para patologías que no tienen garantías GES. Frente a esta situación muchas veces los usuarios se realizan varios de estos procedimientos (escáner y ecografías) fuera de la red, con el consiguiente gasto de bolsillo.

1.4 Lista de espera según origen de la interconsulta

La procedencia u origen de las interconsultas en espera pueden ser desde los establecimientos de Atención Primaria, los otros establecimientos de la Red del SSMN o el propio Hospital San José.

En la Tabla N°3, se muestra la distribución de los casos según establecimiento de origen de las interconsultas.

Tabla N°3

Distribución de casos en lista de espera según establecimiento de origen al 31 de diciembre de 2018

Establecimiento de origen de la interconsulta	Comuna	Total	%
Centros de Atención Primaria			
	Colina	5160	75,4%
	Conchalí	6272	
	Huechuraba	3391	
	Independencia	3513	
	Lampa	4789	
	Quilicura	8622	
	Recoleta	6380	
	Tiltil	1415	
Total APS		39542	
Otros establecimientos de la Red del SSMN			
	Hospital San José	11597	22,1%
	Hospital Dr. Roberto del Río	416	0,8%
	Instituto Nacional del Cáncer	613	1,2%
	Instituto Psiquiátrico	292	0,6%
Total de interconsultas en espera de primera atención médica		52460	100,0%

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de SIGTE

Se observa que el 75,4% de las interconsultas provienen de los Centros de Atención Primaria de Salud (APS), un 22,1% del propio Hospital San José y un número muy menor de los otros establecimientos de la Red, el Hospital Dr.

Roberto del Río, el Instituto Nacional del Cáncer y el Instituto Psiquiátrico. Llama la atención que se encuentren pendientes de resolución las interconsultas de estos tres establecimientos, ya que corresponde a derivaciones de establecimientos del tercer nivel de atención y por lo tanto deberían ser casos relativamente prioritarios y de diagnósticos detectados en la atención de médicos especialistas. Al revisar en detalle la antigüedad de todos estos casos, empiezan en el año 2014, pero se concentran entre los años 2016-2017. En el análisis posterior se considerará si se resolvieron los casos en espera de estos establecimientos.

De las interconsultas ingresadas desde el propio hospital San José, no es posible determinar cuáles proceden desde el servicio de urgencia, porque existía un problema en el registro SIDRA y todas las interconsultas aparecían como origen el Hospital San José, pero no incluían la unidad de origen. Sólo durante el año 2019 se logró corregir este registro informático. Posterior a esto los datos indican que la unidad de origen en su mayoría proviene del servicio de medicina e intermedio cuyos pacientes hospitalizados presentan múltiples patologías y requieren de atención de otro especialista además del control post alta en el CDT.

Para las interconsultas del propio Hospital San José, existe inadecuada derivación la que no es menor y que sobrecarga la lista de espera, porque se deriva a especialistas del CDT por cuadros clínicos que deberían resolverse en atención primaria, como los diagnóstico de control en el programa de salud

cardiovascular y patologías de resolución oftalmológicas en el nivel primario, a través de las unidades de atención oftalmológicas (UAPO) existentes en todas las comunas.

2. Oferta de consultas médicas

La programación oficial contiene el total de actividades programadas por cada médico que cumple funciones en el establecimiento ya sea en atención abierta o cerrada, pero para efecto de este estudio se considera la programación de los médicos que realizan parte o el total de sus actividades en atención de consultas médicas ambulatorias.

Para determinar la oferta de consultas médicas y su posterior análisis es necesario conocer el número de médicos especialistas y la relación de las horas semanales contratadas y horas destinadas a la atención ambulatoria, pues son estas últimas las que determinarán el total de consultas que se espera sean realizadas durante el año 2019.

En la Tabla N°4, se observa que el CDT del Hospital San José dispone de 213 médicos para la atención ambulatoria y estos cuentan con un total de 4.768 horas contratadas, de las cuales 1.427 horas están destinadas para atención de consultas ambulatorias totales, las que pueden ser consultas nuevas o de controles.

En el manual de “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red”⁽³⁸⁾ del Ministerio de Salud, se establece una sugerencia o estándar en cuanto al total de horas de la jornada contratada que deberían destinarse a la atención ambulatoria, la que depende del tipo de especialidad. Este documento es la base de la programación de las actividades de los profesionales médicos y por tanto su cumplimiento permite que los resultados anuales de la actividad médica estén acordes a los lineamientos ministeriales establecidos para el periodo.

Se observa que sólo las especialidades de Reumatología y Broncopulmonar cumplen con el estándar propuesto y que el resto de las especialidades en algunos casos se alejan en más de la mitad de este estándar hacia la baja.

Aquí se establece la primera brecha, en cuanto a que las horas médicas totales disponibles para la atención ambulatoria son menores a las que propone el nivel central. Si se aplicara el estándar MINSAL para cada especialidad se podría contar con un total de 2.342 horas semanales para la atención ambulatorias, esto es un 64% más de horas que las que se programaron para el año 2019.

Tabla N° 4

Horas médicas contratadas y su distribución para la atención ambulatoria por especialidad para el año 2019 y sus diferencias aplicando estandar MINSAL

Especialidad de atención del médico	N° médicos	N° horas semanales contratadas	N° horas semanales consultas ambulatorias	% horas asignadas a atención ambulatoria	Estandar MINSAL ³²	Posible N° horas semanales consultas ambulatorias*
Broncopulmonar	7	143	80	56%	60%	86
Cardiología	18	379	84	22%	60%	227
Cirugía abdominal	13	363	52	14%	30%	109
Cirugía cabeza y cuello	3	110	14	13%	30%	33
Cirugía coloproctológica	4	110	18	16%	30%	33
Cirugía plástica y reparadora	2	44	8	18%	30%	13
Cirugía tórax	5	55	6	11%	30%	17
Cirugía vascular periférica	4	99	16	16%	30%	30
Dermatología	6	66	33	50%	90%	59
Endocrinología	5	143	77	54%	70%	100
Gastroenterología	3	66	25	38%	60%	40
Ginecología	20	506	135	27%	60%	304
Hematología	3	66	31	47%	60%	40
Medicina física y rehabilitación	4	132	57	43%	60%	79
Medicina interna	9	198	52	26%	30%	59
Nefrología	9	176	55	31%	60%	106
Neurocirugía	5	99	19	19%	30%	30
Neurología	11	308	96	31%	50%	154
Obstetricia	19	506	186	37%	50%	253
Oftalmología	11	154	70	45%	60%	92
Otorrinolaringología	3	66	28	42%	50%	33
Reumatología	4	55	38	69%	70%	39
Traumatología	29	550	148	27%	40%	220
Urología	16	374	99	26%	50%	187
Total	213	4768	1427			2342

* = aplicando estandar MINSAL

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de RRHH del Hospital San José y programación médica para el año 2019

El total de horas médicas destinadas a la atención ambulatoria se divide en horas para consultas nuevas y horas para controles. Está definido en los Compromisos de Gestión que el porcentaje de horas para consultas nuevas sea al menos un 35% respecto del total de consultas ambulatorias.

En la Tabla N°5, se observa que para el año 2019, se destinaron según la programación un total de 650 horas semanales para la atención de consultas nuevas, lo que representa un 45,6% del total de las horas semanales destinadas

a la atención de consultas ambulatorias. Según esto, todas las especialidades excepto Endocrinología cumplirían con lo establecido en el Compromiso de Gestión para el año 2019.

Tabla N°5
Relacion de horas para consultas semanales totales y nuevas por especialidad para el año

Especialidad de atención del médico	N° horas semanales para consultas ambulatorias	N° horas semanales para consultas nuevas	% horas semanales para consultas nuevas*
Broncopulmonar	80	44	55,0%
Cardiología	84	32	38,1%
Cirugía abdominal	52	23	44,2%
Cirugía cabeza y cuello	14	6	42,9%
Cirugía coloproctológica	18	8	44,4%
Cirugía plástica y reparadora	8	4	50,0%
Cirugía tórax	6	3	50,0%
Cirugía vascular periférica	16	7	43,8%
Dermatología	33	12	36,4%
Endocrinología	77	21	27,3%
Gastroenterología	25	9	36,0%
Ginecología	135	64	47,4%
Hematología	31	11	35,5%
Medicina física y rehabilitación	57	25	43,9%
Medicina interna	52	29	55,8%
Nefrología	55	28	50,9%
Neurocirugía	19	9	47,4%
Neurología	96	54	56,3%
Obstetricia	186	91	48,9%
Oftalmología	70	38	54,3%
Otorrinolaringología	28	16	57,1%
Reumatología	38	20	52,6%
Traumatología	148	56	37,8%
Urología	99	40	40,4%
Total	1427	650	45,6%

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de programación médica para el año 2019

El número de horas disponibles para consultas nuevas se transforma en números de consultas médicas totales, las que se obtienen aplicando los rendimientos establecidos para cada especialidad, los que deberían ser similares a los indicados en los lineamientos ministeriales establecidos en el documento “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red”⁽³⁸⁾

La programación de consultas médicas es anual y considera los descuentos por los tiempos por permisos por feriados legales, administrativos y capacitaciones para un año calendario, datos que son aportados por recursos humanos del hospital considerando los datos a fin del año previo a la programación del año siguiente. Una vez conocidas las horas destinadas para consulta por cada profesional y los respectivos rendimientos a aplicar, estos valores se ingresan a la planilla de programación, dando como resultado un total de consultas anuales esperadas descontando automáticamente las horas por los días que no trabaja cada profesional.

En la Tabla N°6, se observa que se dispone para el año 2019 de un total de 26.631 horas para consultas nuevas lo que da un total de 83.031 consultas nuevas programadas con los rendimientos que establecieron las jefaturas de cada especialidad.

Se observa que los rendimientos que establece cada especialidad a nivel local son inferiores al estándar ministerial y sólo son similares en las especialidades de Cirugía Plástica, Cirugía de Tórax, Hematología, Medicina Física, Neurocirugía y Urología.

Si se hubiera aplicado los rendimientos estandarizados propuestos en el documento de programación del Ministerio de Salud, se podrían haber generado 109.314 consultas, esto es un 32% más de consultas nuevas totales con las

mismas horas disponibles, pero esto no fue abordado por la autoridad y se resolvió que se aplicaban los rendimientos propuestos por las jefaturas generando un posible déficit de consultas para la resolución de la lista de espera. Agregar además que también existe un déficit en el número de horas semanales asignadas a la atención ambulatoria lo que se observa en la Tabla N°4 lo cual también genera un posible déficit de consultas para la atención de consultas nuevas.

Tabla N°6

Consultas nuevas totales programadas según rendimientos por especialidad para el año 2019

Especialidad de atención del médico	N° horas anuales disponibles para consultas nuevas	R*	Total de consultas nuevas programadas	R* Minsal	Posibles consultas nuevas con R* Minsal
Broncopulmonar	1852	2	3704	4	7408
Cardiología	1298	3	3894	4	5192
Cirugía abdominal	910	4	3640	5	4550
Cirugía cabeza y cuello	241	4	964	5	1205
Cirugía coloproctológica	321	4	1284	5	1605
Cirugía plástica y reparadora	168	4	672	4	672
Cirugía tórax	121	4	484	4	484
Cirugía vascular periférica	269	4	1076	5	1345
Dermatología	489	4	1956	5	2445
Endocrinología	899	2	1798	4	3596
Gastroenterología	361	3	1083	4	1444
Ginecología	2630	3	7890	4	10520
Hematología	473	3	1419	3	1419
Medicina física y rehabilitación	1068	3	3204	3	3204
Medicina interna	1218	3	3654	4	4872
Nefrología	1140	3	3420	4	4560
Neurocirugía	378	4	1512	4	1512
Neurología	2266	2	4532	3	6798
Obstetricia	3807	3	11421	4	15228
Oftalmología	1502	4	6008	5	7510
Otorrinolaringología	676	4	2704	5	3380
Reumatología	732	2	1464	4	2928
Traumatología	2189	4	8756	5	10945
Urología	1623	4	6492	4	6492
Total	26631		83031		109314

R* = Rendimiento por hora

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de programación médica para el año 2019

Cabe señalar que en la programación de horas totales para la atención ambulatoria para el cálculo de las consultas para controles médicos los rendimientos aplicados fueron más cercanos al estándar ministerial, pero de igual modo se generó diferencias respecto a lo establecido por el nivel central.

3. Consultas médicas realizadas y su brecha respecto a las programadas

Al comparar la programación de las consultas médicas nuevas con las que efectivamente se realizaron en el año 2019, se observa que estas fueron un 24% inferiores a las programadas, lo que podría ser atribuido a inasistencias de los usuarios a la consulta médica agendada, a que se cancelaron agendas o también a que no se agendaron todas las consultas programadas.

En la Tabla N°7, se observa que se realizaron 62.720 consultas médicas nuevas de las 83.031 programadas, lo que corresponde a un cumplimiento de un 76%, siendo la brecha de ineficiencia de 20.311 consultas, existiendo diez especialidades que no llegaron a realizar el 70% de las consultas nuevas programadas. Entre ellas se encuentran las especialidades de Traumatología y Cirugía Vascul ar Periférica quienes presentan la mayor cantidad de casos en espera según se observa en la Tabla N°1.

Tabla N° 7

Brecha entre las consultas medicas programadas y las realizadas por especialidad durante el año 2019

Especialidad de destino de la interconsulta	Consultas medicas programadas	Consultas medicas realizadas	Brecha de ineficiencia (consultas)	% Cumplimiento
Cirugía plástica y reparadora	672	274	398	41%
Cirugía coloproctológica	1284	624	660	49%
Cirugía tórax	484	240	244	50%
Hematología	1419	826	593	58%
Neurocirugía	1512	931	581	62%
Reumatología	1464	918	546	63%
Cirugía vascular periférica	1076	675	401	63%
Traumatología	8756	5805	2951	66%
Ginecología	7890	5239	2651	66%
Obstetricia	11421	7875	3546	69%
Oftalmología	6008	4216	1792	70%
Dermatología	1956	1386	570	71%
Medicina interna	3654	2826	828	77%
Otorrinolaringología	2704	2164	540	80%
Cirugía cabeza y cuello	964	798	166	83%
Neurología	4532	3770	762	83%
Gastroenterología	1083	921	162	85%
Nefrología	3420	2912	508	85%
Cirugía abdominal	3640	3141	499	86%
Endocrinología	1798	1581	217	88%
Urología	6492	5747	745	89%
Broncopulmonar	3704	3305	399	89%
Cardiología	3894	3560	334	91%
Medicina física y rehabilitación	3204	2986	218	93%
Total	83031	62720	20311	76%

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de producción médica para el año 2019

Esta brecha de ineficiencia respecto a lo programado afectaría el cumplimiento del Compromiso de Gestión que establece un cumplimiento de un 95% de las consultas médicas totales programadas. La medición de este compromiso no separa las consultas en nuevas y de controles por lo que no mide el cumplimiento de las horas para consultas nuevas que son las que están destinadas a las atención de las primeras consultas de los usuarios que se encuentran en la lista de espera alojada en SIGTE, es por esto la importancia de realizar este estudio.

4. Ausentismo y bloqueos de la agenda

El déficit de consultas nuevas realizadas respecto a las programadas se podría explicar porque hubo un número de usuarios que una vez agendados no se presentó a la citación y también porque podría no haberse agendado el total de las horas médicas programadas o haberse cancelado una agenda con pacientes ya citados.

Estos dos fenómenos, él no se presenta “NSP” y los bloqueos de agenda deberían ser datos disponibles en el sistema de agenda, lo que permitiría calcular la magnitud de estos fenómenos por especialidad, sin embargo, los datos disponibles para el NSP consideran estos para todas las consultas y no es posible de obtener su valor sólo para las consultas nuevas.

Tabla N° 8

Inasistencia en relación a las consultas médicas totales programadas durante el año 20

Especialidad de destino de la interconsulta	Consultas medicas totales programadas	No se presenta Consultas totales	% No se presenta
Broncopulmonar	8282	1730	21%
Cardiología	10212	1653	16%
Cirugía abdominal	8212	1353	16%
Cirugía cabeza y cuello	2240	203	9%
Cirugía coloproctológica	2868	382	13%
Cirugía plástica y reparadora	1344	213	16%
Cirugía tórax	968	197	20%
Cirugía vascular periférica	2496	486	19%
Dermatología	5372	1554	29%
Endocrinología	8989	1640	18%
Gastroenterología	2994	557	19%
Ginecología	19558	3933	20%
Hematología	4859	1138	23%
Medicina física y rehabilitación	7302	1868	26%
Medicina interna	5409	1438	27%
Nefrología	6756	1151	17%
Neurocirugía	3188	458	14%
Neurología	9761	1865	19%
Obstetricia	23319	2156	9%
Oftalmología	12143	2190	18%
Otorrinolaringología	4720	785	17%
Reumatología	3369	608	18%
Traumatología	23472	6448	27%
Urología	16060	3442	21%
Total	193893	37448	19%

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de producción médica para el año 2019

En la Tabla N°8, se observa que la inasistencia de los usuarios respecto al total de las consultas médicas programadas fue de un 19%, siendo superior en las especialidades Dermatología, Medicina Física, Medicina Interna y Traumatología.

Respecto a los bloqueos de agenda la situación es más compleja pues no existe una calendarización anual de la programación de horas médicas, sino que cada unidad mes a mes abre cupos en la agenda con el horario que cada médico define que atenderá. Se agendan los pacientes en esos cupos y cuando algún

medico avisa que no concurrirá se bloquea la agenda y si ya se había citados pacientes estas horas se anulan. No fue posible obtener un registro de los bloqueos producidos durante el año 2019.

De acuerdo a lo anterior y por no disponer de los datos no se puede determinar cuánto de este ausentismo se sumaría a las consultas médicas nuevas. Se esperaría que el NSP de las consultas nuevas fuera menor que para los controles, sin embargo, se pudo corroborar que es mayor, aunque no cuantificable para las especialidades de Dermatología y Traumatología.

Por otra parte, las personas son llamadas y agendadas telefónicamente y estas aceptan la hora médica pero no concurren el día señalado lo cual podría explicarse por diversos factores como olvido, carencia de recursos para trasladarse al hospital y que el llamado lo reciba un tercero y no el mismo usuario, entre otras causas.

Una forma de disminuir el NSP y evitar la perdidas de horas médicas es contar con mecanismos recordatorio a través de medios electrónicos como correos o de llamadas telefónicas en días previos a la hora médica. También se puede utilizar el llamado automatizado como se hizo en algún período en el Hospital San José, lo cual disminuyó el NSP, el cual en ese momento era casi un 30%, pero este mecanismo se eliminó por razones económicas.

5. Brecha de consultas nuevas respecto a los lineamientos del MINSAL

Como ya se ha señalado, la base para el cálculo de la programación de actividades es el documento “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red”⁽³⁸⁾, por lo cual es necesario calcular las brechas que tuvo la programación de horas médicas para el año 2019, respecto a los estándares de horas destinadas a la atención ambulatoria y los rendimientos aplicados.

En la Tabla N°4 se observa que las horas médicas semanales destinadas a la atención ambulatoria en la programación del año 2019, son 1.427 horas, pudiendo estas ser de 2.342 horas, es decir un déficit de 915 horas médicas semanales, equivalente a un 64% de lo programado.

En la Tabla N°9 se observa que, al aplicar los estándares establecidos en el documento ministerial, las horas semanales para consultas médicas nuevas aumenta en un 62%, pasando de 650 a 1054 horas, produciéndose un déficit o brecha de 404 horas semanales.

Tabla N°9

Brecha de horas para consultas nuevas semanales totales por especialidad aplicando estándares ministeriales para el año

Especialidad de atención del médico	N° horas semanales para consultas ambulatorias	N° horas semanales para consultas nuevas	Posible N° horas semanales para consultas ambulatorias **	Posible N° horas semanales para consultas nuevas *	Brecha de horas semanales para consultas nuevas
Broncopulmonar	80	44	86	47	3
Cardiología	84	32	227	86	54
Cirugía abdominal	52	23	109	48	25
Cirugía cabeza y cuello	14	6	33	14	8
Cirugía coloproctológica	18	8	33	15	7
Cirugía plástica y reparadora	8	4	13	7	3
Cirugía tórax	6	3	16	8	5
Cirugía vascular periférica	16	7	30	13	6
Dermatología	33	12	59	21	9
Endocrinología	77	21	100	27	6
Gastroenterología	25	9	40	14	5
Ginecología	135	64	304	144	80
Hematología	31	11	40	14	3
Medicina física y rehabilitación	57	25	79	35	10
Medicina interna	52	29	59	33	4
Nefrología	55	28	106	54	26
Neurocirugía	19	9	30	14	5
Neurología	96	54	154	87	33
Obstetricia	186	91	253	124	33
Oftalmología	70	38	92	50	12
Otorrinolaringología	28	16	33	19	3
Reumatología	38	20	39	21	1
Traumatología	148	56	220	83	27
Urología	99	40	187	76	36
Total	1427	650	2342	1054	404

* = aplicando % de horas para atención consultas nuevas de la programación oficial (Tabla N°5)

** = aplicando estándar MINSAL de % de horas para atención ambulatoria (Tabla N°4)

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de programación médica para el año 2019

Con las horas semanales disponibles y aplicando los rendimientos se generan en la planilla de programación las posibles consultas nuevas anuales, considerando tal como se señaló para el cálculo de la Tabla N°6 los respectivos descuentos por los tiempos no trabajados de cada profesional por todos los permisos autorizados legalmente.

En la Tabla N°10 se observa que si se siguen los estándares establecidos por el MINSAL tanto para las horas disponibles para atención ambulatoria como para sus rendimientos se genera una enorme brecha de consultas nuevas que son más del doble de las programadas.

Tabla N°10

Brecha de consultas nuevas totales programadas según rendimientos MINSAL por especialidad para el año 2019

Especialidad de atención del médico	N° horas anuales para consultas nuevas	R*	Total de consultas nuevas programadas	Posible N° horas anuales para consultas nuevas **	R***	Posibles consultas nuevas con R***	Brecha de consultas nuevas anuales
Broncopulmonar	1852	2	3704	1979	4	7916	4212
Cardiología	1298	3	3894	3507	4	14028	10134
Cirugía abdominal	910	4	3640	1878	5	9390	5750
Cirugía cabeza y cuello	241	4	964	561	5	2805	1841
Cirugía coloproctológica	321	4	1284	601	5	3005	1721
Cirugía plástica y reparadora	168	4	672	252	4	1008	336
Cirugía tórax	121	4	484	322	4	1288	804
Cirugía vascular periférica	269	4	1076	508	5	2540	1464
Dermatología	489	4	1956	895	5	4475	2519
Endocrinología	899	2	1798	1156	4	4624	2826
Gastroenterología	361	3	1083	557	4	2228	1145
Ginecología	2630	3	7890	5915	4	23660	15770
Hematología	473	3	1419	645	3	1935	516
Medicina física y rehabilitación	1068	3	3204	1493	3	4479	1275
Medicina interna	1218	3	3654	1383	4	5532	1878
Nefrología	1140	3	3420	2206	4	8824	5404
Neurocirugía	378	4	1512	587	4	2348	836
Neurología	2266	2	4532	3634	3	10902	6370
Obstetricia	3807	3	11421	5180	4	20720	9299
Oftalmología	1502	4	6008	1948	5	9740	3732
Otorrinolaringología	676	4	2704	803	5	4015	1311
Reumatología	732	2	1464	732	4	2928	1464
Traumatología	2189	4	8756	3295	5	16475	7719
Urología	1623	4	6492	3041	4	12164	5672
Total	26631		83031	43078		177029	93998

R* = Rendimiento por hora de la programación oficial

** = aplicando estandar MINSAL de % de horas para atención ambulatoria (Tabla N°9)

R*** = Rendimiento por hora, estandar MINSAL

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de programación médica para el año 2019

6. Demanda de atenciones médicas

De acuerdo a lo definido previamente la demanda efectiva se calcula sumando cuatro componentes

- a. Demanda de interconsultas sin resolver, ingresadas en SIGTE con fecha de corte el 31 de diciembre del año 2017, resultado del análisis y depuración de la base de datos de SIGTE, la que corresponde a 31.015 casos, según se observa en la Tabla N°1, concentrándose el 58% de ellos en las especialidades de Traumatología, Cirugía Abdominal, Cirugía Vascul Periférica y Otorrinolaringología.
- b. Demanda de interconsultas ingresadas durante el año 2018 y que al 31 de diciembre de ese año se encuentran sin la primera atención, según se observa en la Tabla n°1, estos corresponden a 21.445 casos. De ellos se considera que un 75% se deberían ser atendidas con las horas disponibles para el año 2019. El total de casos calculado es de 16.084, siendo las especialidades de Traumatología, Cirugía Abdominal y Otorrinolaringología las que aportan un 34% de los casos.
- c. Demanda de interconsultas ingresadas durante el año 2019, las cuales fueron 44.647, según se observa en la Tabla N°11, de las cuales solo se considera un 50% como parte de la demanda a resolver durante el año 2019. El total de casos calculado es de 22.324, siendo las especialidades de Obstetricia, Ginecología, Traumatología y

Otorrinolaringología la que aporta la mayor cantidad de casos, siendo estos un 39% del total.

- d. Demanda por patologías GES, corresponde a todos los casos con garantía de oportunidad desde la sospecha diagnóstica que ingresaron a la plataforma SIGGES durante el año 2019 más los casos que quedaron sin resolver del año 2018, incluidos en ellos los vigentes y los vencidos, lo que se observa en la Tabla N°12.

Tabla N°11

Distribución de los casos INGRESADOS a lista de espera SIGTE por especialidad de destino, durante el año 2019

Especialidad de destino de la interconsulta	N° Casos totales	50% del total casos
Obstetricia	4816	2408
Ginecología	4490	2245
Traumatología	4235	2118
Otorrinolaringología	4023	2012
Cirugía abdominal	3173	1587
Urología	3091	1546
Neurología	2684	1342
Cardiología	2346	1173
Medicina física y rehabilitación	1900	950
Gastroenterología	1778	889
Dermatología	1706	853
Oftalmología	1312	656
Reumatología	1309	655
Endocrinología	1216	608
Cirugía vascular periférica	1084	542
Broncopulmonar	842	421
Nefrología	793	397
Neurocirugía	762	381
Cirugía coloproctológica	740	370
Cirugía cabeza y cuello	724	362
Medicina interna	698	349
Cirugía plástica y reparadora	445	223
Hematología	359	180
Cirugía tórax	121	61
Total	44647	22324

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de SIGTE

En la Tabla N°12, se observa que el total de casos GES con garantía de oportunidad es de 7.739, siendo la especialidad de Oftalmología la que tiene la mayor cantidad de casos, representando un 37% de los casos GES que no han recibido la primera consulta. No todos ellos se deberían resolver durante el año y una parte de ellos puede pasar al año 2020 sin tener las garantías vencidas, pero estos deberían ser los mínimos.

Cabe señalar aquí que los casos GES que quedaron pendientes del año 2018, no considera los casos que requieren cirugías, encontrándose casos vencidos para cirugías de colecistectomía preventiva, artrosis de cadera que requieren recambio articular y cataratas entre otros.

Tabla N° 12

Distribucion de casos GES ingresados el año 2019 y pendientes a diciembre de 2018

Especialidad de destino de la interconsulta	N° Casos ingresados el año 2019	N° Casos pendiente al 31.12.2018	Total casos GES a resolver el año 2019
Oftalmología	2620	210	2830
Ginecología	875	57	932
Cirugía abdominal	862	17	879
Endocrinología	518	79	597
Obstetricia	537	3	540
Broncopulmonar	445	35	480
Traumatología	306	34	340
Nefrología	381	32	413
Cirugía coloproctológica	210	23	233
Medicina interna	206	17	223
Hematología	128	27	155
Neurocirugía	46	7	53
Urología	39	0	39
Cardiología	21	4	25
Total	7194	545	7739

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de plataforma SIGGES

Si se considera los casos GES para la especialidad de Oftalmología encontramos el problema de salud Vicios de Refracción en mayores de 65 años, cuya resolución no es resorte de la atención médica, sino que el profesional que atiende y genera las garantías de estos casos es el tecnólogo médico por lo que este diagnóstico no se suma a los datos de los casos GES de la Tabla N°12.

Todos los casos GES corresponden a problemas de salud con garantías desde la sospecha diagnóstica descartándose aquellos que ingresaron a GES luego de haber sido diagnosticados y con garantías para tratamiento médico o quirúrgico.

En la Tabla N°13, se observa que la demanda total calculada según lo definido corresponde a 77.161 casos para el año 2019, los que deberían resolverse utilizando las horas médicas disponibles para consultas nuevas.

Tabla N°13

Demanda calculada por especialidad de la interconsulta para el año 2019

Especialidad de destino de la interconsulta	Casos al 31.12.2017	75% casos del año 2018	50% casos del año 2019	Casos GES para resolver el año 2019	Demanda total
Traumatología	5401	1874	2118	340	9733
Cirugía abdominal	5218	1849	1587	879	9532
Otorrinolaringología	3383	1797	2012		7192
Oftalmología	1700	534	656	2830	5720
Ginecología	784	1439	2245	932	5400
Neurología	2668	1160	1342		5170
Cirugía vascular periférica	4010	571	542		5123
Urología	895	943	1546	39	3422
Obstetricia	18	272	2408	540	3238
Gastroenterología	923	893	889		2705
Endocrinología	732	588	608	597	2525
Cardiología	167	834	1173	25	2199
Cirugía coloproctológica	1205	379	370	233	2187
Reumatología	602	583	655		1839
Dermatología	424	410	853		1687
Nefrología	378	433	397	413	1620
Medicina física y rehabilitación	174	446	950		1570
Neurocirugía	694	344	381	53	1472
Broncopulmonar	99	136	421	480	1136
Cirugía plástica y reparadora	710	182	223		1115
Cirugía cabeza y cuello	576	155	362		1093
Medicina interna	114	141	349	223	827
Hematología	90	104	180	155	529
Cirugía tórax	50	20	61		130
Total	31015	16084	22324	7739	77161

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de SIGTE, plataforma SIGGES y COMGES para el año 2019

Las especialidades de Traumatología, Cirugía Abdominal, Otorrinolaringología, Oftalmología, Ginecología, Neurología y Cirugía Vascular Periférica suman 47.869 casos siendo estos un 62 % de la demanda total.

La especialidad de Traumatología agrega casos GES para el diagnóstico de tratamiento médico artrosis de cadera y/o rodilla moderada a severa, el que ingresa en sospecha y una vez confirmado tiene garantía de tratamiento médico, no de intervención quirúrgica, la cual está garantizada solo para artrosis de cadera severa limitante en mayores de 65 años.

A la especialidad de Cirugía Abdominal se agregan las patologías GES en sospecha diagnóstica, cáncer gástrico y colelitiasis preventiva en edades entre 35 y 49 años. Además, ingresan a esta especialidad otros cánceres no cubiertos por GES como son el cáncer de páncreas, de esófago y hepático, pero que de igual modo se atiende en forma prioritaria.

La especialidad de Otorrinolaringología no agrega casos GES, pues el problema de salud garantiza la entrega de audífonos en hipoacusia bilateral confirmada, encontrándose estos casos en la lista de espera SIGTE señalada en Tabla N°1 y esta demanda corresponde al 46% del total de casos en espera.

La especialidad de Oftalmología es la que agrega la mayor cantidad de casos GES con garantía de sospecha diagnóstica, además de vicios de refracción que no es de resolución de la atención médica, se agrega los problemas de salud retinopatía diabética, desprendimiento de retina y cataratas, este último después de la confirmación tiene garantía de intervención quirúrgica. En este caso se incorporó sólo los casos en sospecha diagnóstica.

La especialidad de Neurología no agrega casos GES, pues los problemas de salud epilepsia no refractaria y párkinson ingresan una vez confirmado el diagnóstico para lo cual son priorizados y atendidos en un corto plazo y el problema de salud accidente cerebrovascular no tiene espera ya que las

personas afectadas ingresan a través del servicio de urgencia y es allí donde se abre el caso y se generan las garantías GES.

La especialidad de Cirugía Vascul ar Periférica no agrega casos GES, pero se ubica en quinto lugar de la demanda total para el año 2019 y es la sospecha diagnóstica de patología No GES de insuficiencia venosa de las extremidades inferiores (varices) la que aporta la mayor cantidad de casos para esa especialidad.

7. Brecha entre la oferta programada y la demanda calculada

Esta brecha surge de comparar para cada especialidad la oferta de horas para consultas nuevas programadas y la demanda calculada para resolver la lista de espera a diciembre del año al 2017, los casos GES y además una parte de los casos ingresados en los años 2018 y 2019.

Utilizando el valor de las consultas nuevas programadas con los rendimientos distintos a los estándares del MINSAL y la demanda calculada se obtiene la brecha, que es cuando el valor de la demanda supera la oferta, por lo que en estas especialidades no sería posible resolver la demanda con las consultas médicas programadas porque existiría un déficit de consultas médicas. Existen especialidades donde no existe tal brecha, sino que se hay un exceso de horas médicas programadas para la demanda calculada.

Tabla N°14

Deficit o exceso de oferta de consultas nuevas y la demanda calculada según lo programado para el año 2019

Especialidad de destino de la interconsulta	Oferta consultas nuevas *	Demanda total	Brecha teorica de consultas	Exceso o deficit de oferta
Cirugía abdominal	3640	9532	-5892	Deficit de oferta
Otorrinolaringología	2704	7192	-4488	Deficit de oferta
Cirugía vascular periférica	1076	5123	-4047	Deficit de oferta
Gastroenterología	1083	2705	-1622	Deficit de oferta
Traumatología	8756	9733	-977	Deficit de oferta
Cirugía coloproctológica	1284	2187	-903	Deficit de oferta
Endocrinología	1798	2525	-727	Deficit de oferta
Neurología	4532	5170	-638	Deficit de oferta
Cirugía plástica y reparadora	672	1115	-443	Deficit de oferta
Reumatología	1464	1839	-375	Deficit de oferta
Cirugía cabeza y cuello	964	1093	-129	Deficit de oferta
Neurocirugía	1512	1472	41	Exceso de oferta
Dermatología	1956	1687	270	Exceso de oferta
Oftalmología	6008	5720	288	Exceso de oferta
Cirugía tórax	484	130	354	Exceso de oferta
Hematología	1419	529	890	Exceso de oferta
Medicina física y rehabilitación	3204	1570	1635	Exceso de oferta
Cardiología	3894	2199	1695	Exceso de oferta
Nefrología	3420	1620	1800	Exceso de oferta
Ginecología	7890	5400	2491	Exceso de oferta
Broncopulmonar	3704	1136	2568	Exceso de oferta
Medicina interna	3654	827	2827	Exceso de oferta
Urología	6492	3422	3070	Exceso de oferta
Obstetricia	11421	3238	8183	Exceso de oferta
Total	83031	77161	5870	

* = consultas programadas con rendimientos distintos a los estándares propuestos por el MINSAL

Fuente: Elaboración propia, en base a datos programación médica y casos en espera de atención médica para el año 2019

En la Tabla N°14, se observa que el déficit de horas médicas existiría para once especialidades, esto es Cirugía Abdominal, Otorrinolaringología, Cirugía Vascular Periférica, Gastroenterología, Traumatología, Cirugía Coloproctológica, Endocrinología, Neurología, Cirugía Plástica y Reparadora, Reumatología y Cirugía Cabeza y Cuello.

Según lo anterior se calcula la brecha teórica para las especialidades que de acuerdo a lo programado presentan un déficit de horas médicas para consultas nuevas.

Tabla N°15

Brecha teorica de horas medicas en especialidades con deficit de oferta según lo programado para el año

Especialidad de destino de la interconsulta	Oferta consultas nuevas	Demanda total	Brecha consultas	Brecha anual horas según R*	Hrs semanales adicionales requeridas **
Cirugía abdominal	3640	9532	-5892	-1473	28
Otorrinolaringología	2704	7192	-4488	-1122	22
Cirugía vascular periférica	1076	5123	-4047	-1012	19
Gastroenterología	1083	2705	-1622	-541	10
Traumatología	8756	9733	-977	-244	5
Cirugía coloproctológica	1284	2187	-903	-226	4
Endocrinología	1798	2525	-727	-364	7
Neurología	4532	5170	-638	-319	6
Cirugía plástica y reparadora	672	1115	-443	-111	2
Reumatología	1464	1839	-375	-188	4
Cirugía cabeza y cuello	964	1093	-129	-32	1
Total	27973	48213	-20240	-5630	108

R* = Rendimiento por hora según la programación, distintos a los estándares propuestos por el MINSAL

** = considerando 52 semanas

Fuente: Elaboración propia, en base a datos programación médica y casos en espera de atención médica para el año 2019

En la Tabla N°15, se observa que sólo para las especialidades de Cirugía Abdominal, Otorrinolaringología, Cirugía Vascular y Gastroenterología, podría existir un déficit de horas, siendo este inexistente para el resto de las especialidades. Probablemente esta brecha se podría resolver destinando mayor número de horas a la atención ambulatoria y considerando la aplicación de los rendimientos propuestos por el MINSAL.

8. Brecha entre la oferta calculada según MINSAL y la demanda calculada

Se calcula la brecha considerando los estándares MINSAL para el porcentaje de horas disponibles para la atención de consultas nuevas y los rendimientos establecidos, calculados en la Tabla N°10.

En la Tabla N°16, se observa que, si se calcula la oferta con los rendimientos MINSAL, el déficit de horas médicas existiría para cinco especialidades, Otorrinolaringología, Cirugía Vascul ar Periférica, Gastroenterología, Cirugía abdominal y Cirugía Plástica y Reparadora.

Tabla N°16

Deficit o exceso de oferta de consultas nuevas calculadas según estándares MINSAL y la demanda calculada para el año 2019

Especialidad de destino de la interconsulta	Consultas		Brecha real de consultas	Exceso o deficit de oferta
	nuevas según estándares MINSAL	Demanda total		
Otorrinolaringología	4015	7192	-3177	Deficit de oferta
Cirugía vascular periférica	2540	5123	-2583	Deficit de oferta
Gastroenterología	2228	2705	-477	Deficit de oferta
Cirugía abdominal	9390	9532	-142	Deficit de oferta
Cirugía plástica y reparadora	1008	1115	-107	Deficit de oferta
Cirugía coloproctológica	3005	2187	818	Exceso de oferta
Neurocirugía	2348	1472	877	Exceso de oferta
Reumatología	2928	1839	1089	Exceso de oferta
Cirugía tórax	1288	130	1158	Exceso de oferta
Hematología	1935	529	1406	Exceso de oferta
Cirugía cabeza y cuello	2805	1093	1713	Exceso de oferta
Endocrinología	4624	2525	2099	Exceso de oferta
Dermatología	4475	1687	2789	Exceso de oferta
Medicina física y rehabilitación	4479	1570	2910	Exceso de oferta
Oftalmología	9740	5720	4020	Exceso de oferta
Medicina interna	5532	827	4705	Exceso de oferta
Neurología	10902	5170	5732	Exceso de oferta
Traumatología	16475	9733	6742	Exceso de oferta
Broncopulmonar	7916	1136	6780	Exceso de oferta
Nefrología	8824	1620	7204	Exceso de oferta
Urología	12164	3422	8742	Exceso de oferta
Cardiología	14028	2199	11829	Exceso de oferta
Obstetricia	20720	3238	17482	Exceso de oferta
Ginecología	23660	5400	18261	Exceso de oferta
Total	177029	77161	99868	

Fuente: Elaboración propia, en base a datos programación médica y casos en espera de atención médica para el año 2019

En la Tabla N°17, se observa que en este caso la brecha real de horas médicas semanales sólo existe para las especialidades de Otorrinolaringología y Cirugía Vascular Periférica. Para el resto de las especialidades considerando la oferta de consultas médicas que se podrían generar si se utilizaran los estándares establecidos, la espera para atención sería posiblemente inexistente.

Tabla N°17

Brecha de horas médicas en especialidades con déficit de oferta calculada según estándares MINSAL para el año 2019

Especialidad de destino de la interconsulta	Consultas nuevas según estándares MINSAL	Demanda total	Brecha consultas	Brecha anual horas según estándares MINSAL	Hrs semanales adicionales requeridas *
Otorrinolaringología	4015	7192	-3177	-635	12
Cirugía vascular periférica	2540	5123	-2583	-517	10
Gastroenterología	2228	2705	-477	-119	2
Cirugía abdominal	9390	9532	-142	-28	1
Cirugía plástica y reparadora	1008	1115	-107	-27	1
Total	19181	25667	-6486	-1326	26

* = considerando 52 semanas

Fuente: Elaboración propia, en base a datos programación médica y casos en espera de atención médica para el año 2019

Por otra parte, el uso de las horas médicas para consultas nuevas debería verse reflejado en los egresos desde la lista de espera, por ello se realizó un análisis de los egresos considerando la identificación de los casos a través del RUT y comparando cuales permanecieron en los registros ya sea del SIGTE o de SIGGES para los casos GES de los problemas de salud considerados parte de la demanda de primeras consultas.

El resultado de este análisis muestra que los casos egresados son menores a las atenciones realizadas.

9. Egresos de casos lista de espera SIGTE y GES

9.1 Egresos de casos GES

En la Tabla N°18, se observa que el número de casos GES egresados durante el año 2019 fue de 6.875 casos considerando los casos nuevos del año 2019 y los que venían de rezago del año 2018.

Todas las especialidades resolvieron los casos GES que venían del año 2018, quedando para el año 2019 un total de 864 casos, un 37% más de casos de los que quedaron a finales del 2018.

Tabla N° 18
Distribucion de los casos GES egresados por especialidad durante el año 2019

Especialidad de destino de la interconsulta	N° Casos GES pendientes al 31.12.2018	N° Casos GES ingresados el año 2019	N° Casos GES pendientes al 31.12.2019	N° casos GES egresados el año 2019*
Oftalmología	210	2620	548	2282
Cirugía abdominal	17	862	12	867
Ginecología	57	875	52	880
Endocrinología	79	518	55	542
Obstetricia	3	537	4	536
Broncopulmonar	35	445	43	437
Nefrología	32	381	7	406
Traumatología	34	306	86	254
Cirugía coloproctológica	23	210	10	223
Medicina interna	17	206	12	211
Hematología	27	128	19	136
Urología	0	39	4	35
Cardiología	4	21	2	23
Neurocirugía	7	46	10	43
Total	545	7194	864	6875

* Casos egresados = casos dic 2018 + casos ingresados 2019 - casos dic 2019

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de plataforma SIGGES

Llama la atención que la especialidad de Oftalmología quedó con más del doble de casos que el año anterior, sin embargo, según se observa en la Tabla N°7, su cumplimiento de las horas para consultas nuevas programadas fue de un 70%, quedando al debe con 1792 consultas, que de haberse realizado se habría resueltos todas las primeras consultas de los casos GES que corresponden en su mayoría a la sospecha diagnóstica de Cataratas, el cual tiene garantía de resolución quirúrgica.

El mismo fenómeno, se produce para la especialidad de Traumatología, la cual dejó pendiente más de la mitad de los casos que habían quedado al final del 2018 y tuvo un cumplimiento de su programación de un 66% según la Tabla N°7, quedando sin realizar más de dos mil consultas nuevas programadas.

El resto de las especialidades tuvo diferencias menores respecto a los posibles casos GES que quedaron sin la atención de la primera consulta a finales del 2018 y 2019.

Para el caso de los egresos por sospecha diagnósticas GES, se consideró que todos ellos egresaron por atención realizada y no por causales administrativas como fallecimiento o rechazo de la atención, porque no se cuenta con los datos de esta información y porque para estos problemas de salud la garantía de oportunidad tiene un corto plazo para la primera atención.

9.2 Egresos casos de lista de espera SIGTE

La Tabla N°19, se muestra los casos en lista de espera que quedaron sin resolver y que se encuentran en la condición de caso abierto en la plataforma SIGTE al 31 de diciembre de 2019. Los cuales pasan a ser parte de la demanda inicial para el año 2020. Se observa que los casos en espera a nivel global aumentaron respecto a los la Tabla N°1 pasando de 52.460 a 59.378 casos y se mantiene un importante número de casos con fecha de ingreso anterior al 2017, por lo que no se cumplió con el compromiso resolver los casos antiguos.

Al comparar los casos en lista de espera que había al término del año 2018, con los que existen al término del año 2019, se observa que las mismas especialidades encabezan los casos en espera y los tiempos de espera no han disminuido, pues no se lograron egresar los casos anteriores al 31 de diciembre de 2017 en su totalidad, tal como lo establece el Compromiso de Gestión.

Se mantienen sin la atención de la primera consulta un importante número de casos de las especialidades de Cirugía Abdominal y Cirugía Vascul ar Periférica, cuya antigüedad es anterior al 2017 siendo más dos mil casos para cada una de ellas. De acuerdo al análisis de la Tabla N°2 los diagnósticos más frecuentes no tienen cobertura GES y corresponden los diagnósticos de hernias abdominales, colelitiasis en menores de 35 años y mayores de 49 años e insuficiencia venosa de las extremidades inferiores (varices).

Llama la atención los casi 300 casos sin la primera atención ingresados durante el año 2012, de los cuales casi 200 corresponde a la especialidad de Cirugía Vascul ar Periférica con la sospecha diagnóstica mayoritaria de insuficiencia venosa de las extremidades inferiores (varices).

Como se observa en la Tabla N°4, la especialidad de Cirugía abdominal cuenta con 363 horas semanales contratadas destinando sólo 52 horas, un 14% para la atención ambulatoria, mientras que la especialidad de Cirugía Vascul ar Periférica cuenta con 99 horas semanales contratadas destinando 16 horas, un

16% para la atención ambulatoria. Para ambas especialidades en el documento “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2019”⁽³⁸⁾ se establece que deberían destinarse al menos un 30% de las horas contratadas para esas especialidades, para la atención de consultas médicas ambulatorias y que el rendimiento por hora debería ser un poco mayor al establecido en la programación de consultas médicas nuevas para el año 2019.

Tabla N°19

Distribución de casos en lista de espera según año de ingreso y especialidad al 31 de diciembre de 2019

Especialidad de destino de la interconsulta	Año de ingreso								Total
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatología	32	132	343	397	987	1255	2188	3329	8663
Cirugía abdominal	25	161	439	437	1083	1358	2172	2486	8161
Otorrinolaringología	1	2	26	108	912	1417	1882	2904	7252
Cirugía vascular periférica	196	512	594	661	817	729	756	719	4984
Ginecología			2	19	156	337	1053	2813	4380
Neurología		1	7	112	532	916	1118	1622	4308
Gastroenterología		2	3	6	12	692	1067	1050	2832
Oftalmología	1	1	190	143	576	484	632	780	2807
Endocrinología		3	4	5	15	477	670	759	1933
Reumatología				1	3	246	802	878	1930
Cirugía coloproctológica	5	13	169	160	288	345	463	425	1868
Cardiología			3		4	28	392	922	1349
Urología		3	11	14	29	158	371	696	1282
Neurocirugía			5	3	118	247	391	452	1216
Dermatología	7	9	65	74	34	119	356	538	1202
Cirugía cabeza y cuello	1	12	25	50	201	152	173	441	1055
Cirugía plástica y reparadora	15	59	103	114	126	107	157	296	977
Nefrología	1		3	2	2	111	356	394	869
Medicina física y rehabilitación				1	3	54	152	387	597
Broncopulmonar		1			19	52	108	266	446
Obstetricia							16	413	429
Medicina interna		1	3	3	6	57	118	206	394
Hematología				1	1	75	129	180	386
Cirugía tórax	1	1	8	5	11	10	7	15	58
Total	285	913	2003	2316	5935	9426	15529	22971	59378

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de SIGTE

La Tabla N°20, muestra el análisis de los egresos de los casos en lista de espera por periodo de ingreso. Se observa que egresaron un 67% del total de

casos con fecha de ingreso anterior al 2017, siendo que el Compromiso de Gestión del establecimiento era resolver el total de estos casos. Por otra parte, se observa que se atendió al 72% de los casos que quedaron del año 2018 y un 51% de los ingresados durante el 2019 los que prácticamente no tuvieron tiempo de espera.

Los egresos de los casos ingresados los años 2018 y 2019 fueron similares a los que se establecieron en el cálculo de la demanda, que era resolver el 75% y 50% respectivamente.

Los egresos totales de casos ingresados a través de plataforma SIGTE, corresponden a la suma de los egresos por periodos de ingreso de las interconsultas, dando un total de 37.729 que corresponde a la suma de los egresos de casos anteriores al año 2017, 10.137, los egresados del año 2018, 5.916 y los egresados del año 2019, que fueron 21.676 casos.

Tabla N°20
Comparación egresos de casos por año de ingreso a SIGTE durante el año 2019

Casos en SIGTE	Casos ingreso < al 2017	Casos con ingreso 2018	Casos con ingreso 2019
Ingresos durante 2019			44647
Casos al 31.12.2018	31015	21445	
Casos al 31.12.2019	20878	15529	22971
Casos egresados de LE	10137	5916	21676
% de egresos	67%	72%	51%

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de SIGTE

En la Tabla N°21 se observa que el total de casos egresados durante el año 2019, por atención de casos No GES y GES fue de 44.604, valor que debería ser similar a los casos atendidos por primeras consultas, los que según la Tabla N°7 fueron 62.720 casos, existiendo una diferencia de 18.116 casos que hasta el momento no tienen explicación.

Tabla N°21
Egreso de casos GES y No GES durante el año 2019

Egresos	N° casos
Egresos casos No GES	37729
Egresos casos GES	6875
Casos totales egresados	44604

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de SIGTE y SIGGES

Esta diferencia de casos podría ser atribuible a que en las horas asignadas para atención de consultas nuevas se atiendan casos de consultas controles, pero con los datos disponibles no fue posible verificarlo.

Por otra parte, las causales de egresos de la lista de espera están establecidas en la normativa de SIGTE vigente y estas deben quedar consignadas en la base de datos de egresos, por lo cual se obtuvo el listado de los casos egresados con sus respectivas causales. Para efecto del análisis se agruparon las causas distintas a la atención realizada en la categoría otras causales de egresos, la que incluye todas las otras causales de egreso de la lista espera incluidas las defunciones.

Al realizar el análisis de los egresos de la plataforma SIGTE obteniendo los datos reales de egresos y sus causales, se observa en la Tabla N°22 que, durante el año 2019 del total de casos egresados de lista de espera alojada en SIGTE, solamente 29.623 casos, un 78,5% egresaron por atención realizada y el resto lo hizo por otra causal.

Tabla N° 22
Distribución causales de egreso de la lista de espera según especialidad durante el año 2019

Especialidad de destino de la interconsulta	N° Egresos totales	N° Egresos causal 1*	% egresos causal 1*	N° Egresos causal 2*	% egresos causal 2*
Gastroenterología	847	534	63,0%	313	37,0%
Dermatología	1646	1107	67,3%	539	32,7%
Otorrinolaringología	2683	1889	70,4%	794	29,6%
Traumatología	3779	2689	71,2%	1090	28,8%
Cirugía vascular periférica	828	597	72,1%	231	27,9%
Cardiología	2304	1686	73,2%	618	26,8%
Nefrología	917	688	75,0%	229	25,0%
Neurología	2629	1976	75,2%	653	24,8%
Cirugía abdominal	2121	1617	76,2%	504	23,8%
Oftalmología	840	573	68,2%	267	31,8%
Cirugía plástica y reparadora	317	265	83,6%	52	16,4%
Cirugía coloproctológica	310	243	78,4%	67	21,6%
Reumatología	794	624	78,6%	170	21,4%
Hematología	218	172	78,9%	46	21,1%
Endocrinología	801	639	79,8%	162	20,2%
Urología	3972	3296	83,0%	676	17,0%
Obstetricia	5026	4290	85,4%	736	14,6%
Medicina física y rehabilitación	1999	1707	85,4%	292	14,6%
Neurocirugía	684	591	86,4%	93	13,6%
Cirugía tórax	123	108	87,8%	15	12,2%
Ginecología	3122	2753	88,2%	369	11,8%
Cirugía cabeza y cuello	480	425	88,5%	55	11,5%
Medicina interna	578	515	89,1%	63	10,9%
Broncopulmonar	711	639	89,9%	72	10,1%
Total	37729	29623	78,5%	8106	21,5%

* 1. Egreso por atención realizada * 2. Egreso por otra causal

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de SIGTE

Se observa que para gran parte de las especialidades los egresos administrativos o por otra causal son más de un 20% de los egresos registrados en la plataforma SIGTE.

Estos datos resultan contradictorios respecto a los valores de consultas médicas realizadas que se observan en la Tabla N°7, que corresponderían a primeras consultas las cuales permiten el egreso de los casos de la lista de espera No GES y GES sin tiempo de espera, ya que una vez recibida la primera consulta algunos continúan su proceso diagnóstico a través de consultas de controles y las personas que no cursan con ninguna patología para esa especialidad o no son pertinentes de acuerdo a los protocolos establecidos egresan definitivamente a través de una contrarreferencia a la Atención Primaria de Salud, la cual informa al derivador la situación del caso referido.

Se observa que la especialidad de Obstetricia que tenía casos sin resolver de los años 2017 y 2018 y porque el diagnóstico para el cual fueron derivadas estas usuarias era embarazo de alto riesgo, estos debían egresarse por causal administrativa lo cual si ocurrió como se observa en la Tabla N°22

Por otra parte, se observa una importante cantidad de egresos administrativos, para algunas especialidades, al revisar las distintas causales de egreso, se pudo constatar que se ingresan interconsultas por los mismos problemas de salud para más de una especialidad, se ingresan sospechas diagnósticas que no corresponden a atención por la especialidad o se ingresan a la plataforma SIGTE casos con diagnósticos de patologías GES con garantías de oportunidad desde la sospecha, entre otras anomalías.

También durante el año 2019 de los 8.106 casos egresados por causales administrativas, 1.648 casos, un 20% egresaron por fallecimiento y 1.085 casos, un 13%, lo hicieron por rechazo de la atención. De los fallecidos, la especialidades que más egresos tuvieron por esta causal fueron Otorrinolaringología y Neurología, pero no hay antecedentes que permitan relacionar la causa de fallecimiento con la patología por la que estaban esperando.

Respecto de la causal rechazo de la atención esta fue mayoritariamente para la especialidad de Traumatología, siendo 287 casos, es decir un 27% de los que egresaron por esta causa.

En la Tabla N°23 se observa que 26.222 consultas médicas, un 41,8% del total de consultas nuevas realizadas, no reflejan egreso, sean estos por atenciones de casos GES y No GES.

Tabla N° 23

Consultas médicas nuevas realizadas y egresos reales por especialidad durante el año 2019

Especialidad de destino de la interconsulta	Egresos casos GES atendidos	Egresos casos SIGTE atendidos	Egresos por consultas realizadas GES + SIGTE	Consultas medicas realizadas	Atenciones realizadas sin egreso
Obstetricia	536	4290	4826	7875	3049
Traumatología	254	2689	2943	5805	2862
Urología	35	3296	3331	5747	2416
Broncopulmonar	437	639	1076	3305	2229
Medicina interna	211	515	726	2826	2100
Cardiología	23	1686	1709	3560	1851
Nefrología	406	688	1094	2912	1818
Neurología		1976	1976	3770	1794
Ginecología	880	2753	3633	5239	1606
Oftalmología	2282	573	2855	4216	1361
Medicina física y rehabilitación		1707	1707	2986	1279
Cirugía abdominal	867	1617	2484	3141	657
Hematología	136	172	308	826	518
Endocrinología	542	639	1181	1581	400
Gastroenterología		534	534	921	387
Cirugía cabeza y cuello		425	425	798	373
Neurocirugía	43	591	634	931	297
Reumatología		624	624	918	294
Dermatología		1107	1107	1386	279
Otorrinolaringología		1889	1889	2164	275
Cirugía coloproctológica	223	243	466	624	158
Cirugía tórax		108	108	240	132
Cirugía vascular periférica		597	597	675	78
Cirugía plástica y reparadora		265	265	274	9
Total	6875	29623	36498	62720	26222

* Egresos por consultas realizadas = egresos casos GES + Egresos lista de espera SIGTE

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de producción médica para el año 2019

Para las atenciones médicas de consultas nuevas en el CDT del Hospital San José, no existe oficialmente otra vía de ingreso distinta a la interconsulta, por lo que todas las atenciones reflejadas en el sistema informático SIDRA deberían corresponder a casos que ingresan por sospecha diagnóstica a la plataforma SIGGES o a través de una interconsulta a la plataforma SIGTE ya sea esta desde un establecimiento de Atención Primaria de Salud, del propio Hospital San José o de alguno de los otros establecimientos de la Red de salud del área norte.

Las posibles causas para estos resultados podrían ser, que se ocupen horas nuevas para consultas de controles, porque estas últimas no alcancen para cubrir la demanda de ellos, por una mala programación. También posiblemente se mantenga una cantidad importante de casos en controles para especialidades que no tienen casos crónicos en tratamiento y que deberían ser contrarreferidos al primer nivel de atención. Otra posible causal podría ser que la dación de estas horas de controles sea a libre demanda y no por lista de espera.

Es difícil poder establecer que estos resultados anómalos sean producto de una sola causal y sería necesario realizar un estudio más acabado considerando las consultas de controles donde las consultas totales podrían incluir las consultas registradas como nuevas.

9.3 Egresos de casos de lista de espera de establecimientos del segundo o tercer nivel de atención

Según la Tabla N°3 existía al 31 de diciembre de 2018 un número no menor de casos derivados de establecimientos del segundo o tercer nivel de atención de la Red, es decir, provenientes del propio Hospital San José, del Hospital Dr. Roberto del Río, del Instituto Nacional del Cáncer y del Instituto Psiquiátrico.

Más de un 50% de las interconsultas de estos establecimientos son para atención en las especialidades de Traumatología, Neurología, Cirugía Vasculor Periférica, Cirugía Abdominal y Gastroenterología. Puede existir duplicación de

interconsultas respecto a las derivadas desde APS, pero los casos que se muestran en la Tabla N°3, corresponden a los que no tiene interconsulta duplicada para una misma especialidad, y si la hubo, esta fue eliminada por parte del encargado de lista de espera.

En la Tabla N°24 se observa que, durante el año 2019, egresaron un número de casos muy similar a los estaban pendientes, logrando egresar los casos antiguos con fecha de ingreso anterior al 2017.

Estos casos deberían ser priorizados, porque son interconsultas emitidas por un médico especialista y para los casos provenientes del Instituto Nacional del Cáncer y el Instituto Psiquiátrico la resolución del problema de salud por el cual son derivados al Hospital San José es parte de la continuidad de la atención de su patología de base. Los casos Hospital Dr. Roberto del Río, corresponden a pacientes pediátricos con patologías crónicas que cumplen la mayoría de edad.

De las interconsultas emitidas por el propio Hospital San José, un 36% de ellas egreso por causal administrativa de duplicidad.

Tabla N°24

Distribución de casos en lista de espera según establecimiento de origen del segundo o tercer nivel de atención al 31.12.2019

Establecimiento de origen de la interconsulta	Casos al 31.12.2018	Ingresos durante el año 2019	Egresos durante el año 2019	Casos al 31.12.2019
Hospital San José	11597	9957	11455	10099
Hospital Dr. Roberto del Río	416	161	365	212
Instituto Nacional del Cáncer	613	574	661	526
Instituto Psiquiátrico	292	345	410	227
Total	12918	11037	12891	11064

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de SIGTE

Los egresos de los casos de estos establecimientos están contenidos en los egresos por especialidad de la lista de espera SIGTE que se muestra en la Tabla N°23, por lo que no afecta los casos que no tienen respaldo.

10. Análisis del proceso de prestación de consulta médica

Dado los resultados anteriores y los objetivos planteados se hace imperativo realizar un análisis de todo el proceso de prestación de consultas médicas y sus falencias.

La programación de horas médicas es parte del proceso de prestación de consultas y además esta se realiza en conformidad y es autorizada por la dirección del establecimiento por lo que no debería ser materia de análisis, pero los resultados muestran que las horas para consultas médicas nuevas programadas son muy inferiores respecto a las que se generarían al aplicar los rendimientos propuestos por el nivel central, siendo la base para el cálculo de las brechas.

Considerando la validez de la programación y una vez establecida estas consultas generadas en forma teórica deberían materializarse en las agendas y citas.

10.1 Asignación de las horas programadas

Según los datos de la programación de horas médicas totales, la proporción horas que cada jefatura asigna para la atención de consultas médicas ambulatorias es inferior a los lineamientos ministeriales y solo se acerca a ese valor en dos especialidades y en algunos casos esta proporción es menos de la mitad de lo sugerido, esto se aprecia en la Tabla N°4.

Por otra parte, según los Compromisos de Gestión, de las horas médicas totales asignadas para atención ambulatoria al menos un 35% debería estar destinada a la atención de consultas médicas nuevas, lo cual teóricamente se cumple en casi todas las especialidades a excepción de una de ellas. En la Tabla N°5, se observa que para algunas especialidades la proporción de horas para consultas nuevas supera lejos el estándar propuesto, siendo cercana o superior al 50% de las horas totales destinadas a la atención ambulatoria.

Por lo anterior en este punto habría una falencia en la asignación de horas totales para la atención médica ambulatoria, no así en la asignación para la atención de consultas médicas nuevas respecto de las horas totales asignadas.

Sin embargo, no existe la asignación de las horas teóricas programadas para cada especialista según las horas comprometidas para la atención ambulatoria, porque no está establecido ni es conocido por la jefatura del CDT por lo tanto no existe control sobre este punto, quedando sólo en el documento de programación.

10.2 Rendimiento de las horas disponibles

De acuerdo a los datos extraídos de la programación existe una importante variación de los rendimientos asignados por las jefaturas de las distintas especialidades, respecto a los establecidos en el documento de orientación para la programación del Ministerio de Salud.

Se establece en el documento de programación que las variaciones en los rendimientos no pueden ser más allá de un 25% y sólo para algunas especialidades y además deberían ser justificados por la dirección del establecimiento. La explicación para ello es que por el tipo de paciente se disminuye los rendimientos para las primeras consultas médicas y se aplica el rendimiento propuesto para las consultas médicas de control. Los rendimientos propuestos para consultas nuevas fueron similares solo en cinco especialidades y todo el resto bajo los rendimientos propuestos en el documento de orientaciones técnicas para la programación.

Según la Tabla N°6, se observa que la cantidad de consultas médicas nuevas programadas son un 24% menos a las que teóricamente se podrían programar si se consideraran los rendimientos establecidos.

El análisis de los rendimientos establecidos en la institución y sus diferencias con los establecidos por el nivel central, dan cuenta que si se aplicaran los rendimientos propuestos no existiría brecha de consultas médicas nuevas con las mismas horas médicas disponibles.

10.3 Calendarización de las horas disponibles

Las horas disponibles que generan consultas médicas ambulatorias ya sea nuevas o controles y que quedan definidas por resolución en la programación médica anual, deberían calendarizarse en su totalidad para permitir que las jefaturas asuman que cuando existen ausencia no programada se debe asignar a otro profesional para cubrir las atenciones de ese bloque de consultas. Sin embargo, en el Hospital San José no existe tal calendarización para ninguna especialidad y mes a mes se informa a través del jefe de servicio o la enfermera supervisora a través de un correo cuales son los días de la semana y el horario que cada médico destinará para la atención de consultas ambulatorias en el siguiente mes, sin considerar lo programado. Se entiende que ello debería estar relacionado a la jornada de trabajo contratada y considera las otras actividades que realizan los médicos.

Generalmente no se informa de posibles ausencias por permisos o feriados legales, sólo los casos con licencia médica prolongada.

Esta ausencia de calendarización anual genera un importante vacío en cuanto a que la Unidad de Gestión del Contacto y Agendamiento desconoce cuáles son las horas para consultas programadas. En cuanto a los rendimientos se informa una vez al año cuales serán estos para las consultas nuevas y de control en las distintas especialidades médicas.

Esta brecha es difícil de calcular, ya que no queda registrado en el sistema informático la cantidad de consultas médicas anuales programadas y solo se tiene acceso a lo agendado que según los resultados es menor a lo programado.

10.4 Agendamiento de las horas disponibles

En esta etapa la Unidad de Gestión del Contacto y Agendamiento, se citan mes a mes a los pacientes para su atención, de acuerdo a los cupos disponibles mensualmente para cada profesional de acuerdo a lo informado por la respectiva jefatura, tanto para consultas nuevas como controles.

Acá se producen dos grandes dificultades, la primera es que a pesar de toda la normativa y compromisos con el nivel central no se ha logrado la apertura de la agenda para más de un mes y sólo una especialidad abrió sus agendas por máximo tres meses durante el año 2019. Esto lleva a que no se pueda citar por

una parte a los pacientes nuevos con anticipación y por otra tampoco dejar citados los controles médicos si se requieren una vez realizada la primera atención. Esta situación pudiera ser la causa de que se citen los pacientes más fáciles de contactar como son los con menor antigüedad y se deje de citar a aquellos más antiguos porque muchos cambian sus teléfonos los cuales están disponibles en los distintos sistemas informáticos de la Red, pero que requieren un mayor esfuerzo por parte de quienes agendan.

La segunda dificultad en el agendamiento está dada porque este proceso no se encuentra totalmente centralizado en la Unidad de Gestión del Contacto y Agendamiento quien genera todos los cupos de acuerdo a lo que indican las jefaturas para cada médico especialista, pero sólo agenda una parte de los pacientes, pues varias especialidades realizan el agendamiento de forma autónoma citando los pacientes en los cupos generados. Esto conlleva a que no se citen los pacientes por lista de espera y se puedan citar a pacientes no respetando los cupos nuevos y control generando una mezcla de citados.

El problema que genera un inadecuado proceso de agendamiento en cuanto a la resolución de la lista de espera y atenciones ambulatorias es conocido en el nivel central por lo que en los Compromisos de Gestión se estableció que los hospitales deberían estandarizar este proceso en toda la Red Asistencial, para poder transparentar la oferta, gestionar la demanda y optimizar recursos de horas médicas disponibles, siendo las metas que toda la oferta programada este

reflejada en el sistema de agenda y que estas estén abiertas al menos por 3 meses. Esto no se ha cumplido en el Hospital San José y sólo a finales del 2019 se logró tener recién el manual de agendamiento con resolución, el cual se generó sin considerar a las jefaturas por lo cual no ha sido posible dar cumplimiento a lo establecido en este manual.

10.5 Uso de las horas disponibles

El inadecuado proceso de calendarización y agendamiento no permite conocer el real uso de las horas disponibles.

El sistema informático permite obtener el total de atenciones ambulatorias separadas en las categorías de nuevas y controles y también los pacientes que no se presentaron, sin embargo, esto es solo el reflejo de los citados y no está relacionado con la programación de consultas totales las que deberían generar los cupos totales para agendar a los pacientes los cuales puede ser atendidos, no atendidos por ausentismo o producirse bloqueo de cupos por razones administrativas lo que permitiría establecer su cumplimiento.

De los resultados obtenidos en cuanto a egresos de los casos en espera, los cuales son inferiores a los atendidos pudieran ser el reflejo que en los cupos para atenciones nuevas se agendan pacientes para control, ya que si los datos corresponden a atenciones por consultas nuevas no se explicaría de otro modo esta diferencia, porque las rebajas en SIGTE se realizan de acuerdo a las

atenciones de los casos en espera y la unidad encargada de ello realiza un trabajo minucioso que si bien pudiera tener errores por atrasos en las rebajas éstas son atemporales por el momento que se obtuvieron los datos donde había transcurrido un plazo razonable para ello.

La Tabla N°25 muestra el resumen de los resultados encontrados producto del análisis de la lista de espera de primeras consultas y las horas médicas disponibles para su resolución.

Tabla N° 25
Situación actual y corregida según lineamientos MINSAL

Situación	Actual	Corregida
Oferta de horas semanales atención ambulatoria	1427	2342
Oferta de horas semanales consultas nuevas	650	1054
Oferta horas anuales para consultas nuevas	26631	43078
Oferta consultas nuevas anuales*	83031	109314
Oferta consultas nuevas anuales **	83031	177029
Consultas realizadas año 2019	62720	83031
Ausentismo a consultas (NSP) nuevas y controles	19%	15%
Especialidades con deficit horas médicas nuevas	11	5
Deficit horas médicas	108	26
Egresos de casos (GES + SIGTE)	44604	62720
Egresos por atención realizada	36498	62720
Calendarización horas disponibles	NO	SI
Agendas abiertas por 3 meses o más	NO	SI
Recordatorio citas (evitar NSP)	NO	SI

* = aplicando sólo corrección a los rendimientos de consulta por hora

** = aplicando corrección a los rendimientos y al % de horas para la atención ambulatoria

Fuente: Elaboración propia, en base a resultados y análisis de los datos

VIII. DISCUSION

Desde hace varios años, desde el Ministerio de Salud se viene exigiendo a los hospitales a través de los Compromisos de Gestión disminuir los tiempos de espera para la resolución de los problemas de salud no GES.

Se ha implementado un sistema teórico de control a través de la programación de actividades clínicas y no clínicas que justifique el total de las horas médicas contratadas, poniendo énfasis en el control de las horas para consultas médicas ambulatorias, especialmente las destinadas a consultas médicas nuevas, sin embargo ello no se ha visto reflejado en los egresos de casos de la lista de espera No GES, la cual sigue aumentando y no se ha logrado disminuir los tiempos de espera, especialmente en los casos de mayor antigüedad, siendo esto de extrema relevancia en algunos hospitales por el volumen de casos y sus tiempos de espera, siendo el Hospital San José uno de ellos. Fue por ello, por lo que este trabajo consideró necesario analizar que ocurría con la atención médica de las primeras consultas que permiten iniciar el proceso de resolución de los problemas de salud tanto GES como No GES.

Los resultados muestran que, si bien teóricamente los indicadores de producción de consultas médicas totales del Hospital San José cumplen con las metas establecidas por el nivel central, al desagregar por consultas nuevas se observa una baja producción y éstas atenciones no se reflejan totalmente en los egresos de la lista de espera No GES.

Como se aprecia en este estudio el proceso de gestión de las consultas médicas desde el lado de la oferta es determinante para el adecuado uso de las horas medicas disponibles y que esto se refleje en la lista de espera de primeras consultas, si bien el usuario con esto no resuelve su problema de salud ya que ingresa a otras listas de espera (controles, exámenes, procedimientos y espera quirúrgica) permite atenuar los problemas derivados de la incertidumbre (o ignorancia) con respecto al diagnóstico o al pronóstico de su patología.

El proceso de prestación de consulta médica en el CDT del Hospital San José adolece de fallas que no permiten evaluar el cómo se realizan las actividades desde que se genera la programación teórica de consultas médicas lo que genera un descontrol que impide que se cumpla el objetivo de que la producción de las consultas médicas sea el reflejo de las consultas médicas programadas, especialmente las consultas nuevas que son en definitiva las que inician proceso de resolución de los casos en espera.

De acuerdo al análisis realizado en este estudio con enfoque en los nodos críticos evidentes en todo el proceso de las consultas médicas en el establecimiento, esto debería llevar a protocolizar dichos procesos internos de tipo administrativo, estandarizándolos de modo que permitan generar indicadores de seguimiento y resultados, junto a alertas para la Subdirección Médica, responsable final del cumplimiento de la programación, quien junto al equipo de Control de Gestión deberían iniciar acciones correctivas en tiempos

acotados en las unidades o servicios clínicos que presenten incumplimientos para lograr las mejoras que permitan la resolución efectiva de los casos en lista de espera.

Por otra parte, de acuerdo a los resultados que evidencian la no escasez de horas médicas, la espera prolongada y no atención para ciertos diagnósticos es injustificada e inaceptable desde el punto de vista ético y podría significar un agravamiento de la condiciones de salud de las personas que esperan una atención y la resolución de su problema de salud y que por no disponer de recursos no pueden optar a la atención en el extrasistema, por lo que es urgente buscar una solución.

Si bien el Hospital San José es un establecimiento autogestionado (en el papel), es el Servicio de Salud Metropolitano Norte como gestor y articulador de la Red, quien mantiene el control de la plataforma SIGTE por lo que conoce la situación de todas las listas de espera de la Red y debería tomar cartas en el asunto y generar mecanismos de coordinación con otras redes para traspasar estos casos a otro centro de salud ya sea de la red pública o privada para darles una solución definitiva.

Para posiblemente mejorar los resultados, se requiere además de levantar el proceso administrativo que vincule la atención de las consultas médicas con la programación de las horas médicas, establecer que la asignación de todas las

horas nuevas en las agendas estén vinculadas a una interconsulta de la plataforma SIGTE y que la rebaja de esta se produzca en el momento de la atención médica, cuestión que es factible de realizar en la plataforma informática utilizada en el establecimiento, denominada SIDRA, la cual se utiliza para el agendamiento y el registro clínico de las atenciones médicas.

Es fundamental que el proceso de agendamiento este muy bien definido y supervisado para evitar pérdidas de horas médicas, por lo que debería establecerse con un tiempo prudente la información de los cupos libres para gestionar la dación de horas de todos los bloques generados con las consultas disponibles según la programación de las actividades médicas.

Otra propuesta es que la asignación de las horas médicas sea realizada únicamente por la Unidad de Gestión del Contacto, para lo cual queda un registro que sirve como verificable de la notificación al usuario o familiar de la fecha y hora de la citación. Además, para disminuir el ausentismo de los pacientes, sería necesario retomar el funcionamiento de centro de atención telefónica (call center), el cual se utilizaba como recordatorio y confirmación de las citas y que fue discontinuado su uso por falta de financiamiento desde el año 2017.

Uno de los aspectos fundamentales para gestionar cualquier organización, es poder efectuar un monitoreo permanente de la actividad del negocio y por, sobre todo, de aquellas actividades definidas como críticas, en este caso el uso

de las horas médicas para consulta ambulatoria, puesto que inciden directamente en el logro de los objetivos y resultados de la institución lo cual sería necesario realizar en la institución antes de tomar cualquier medida de incremento de oferta de horas médicas, la cuales solo se justificarían después del análisis de productividad con las medidas anteriormente propuestas.

IX. CONCLUSIONES

Queda demostrado en este trabajo que la gestión que soporta el proceso de consultas médicas incide directamente en la eficiencia del sistema de atención de consultas médicas, aspecto sensible cuando los recursos que determinan la magnitud de la oferta son escasos en relación con la demanda.

La gestión, por lo tanto, es un elemento relevante para disminuir los tiempos de espera, cuestión que requiere ser atendida y relevada por los gestores del establecimiento, lo que implica un ordenamiento y control estricto de todo el proceso de consulta médica para evitar pérdidas en la producción esperada y en consecuencia una atención a los usuarios en plazos no razonables

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que la espera por atenciones de consultas nuevas en el CDT del Hospital San José es más bien un problema de gestión y no necesariamente de escasez de horas de médicos especialistas, pues en todo el proceso se producen fallas que llevan a que la producción sea menor a la esperada.

Cabe plantearse la duda que si se mejora la gestión de los procesos administrativos esto significará una reducción en los tiempos de espera y en la lista de espera no GES, pues dicha espera es producida por un gran número de factores que determinan su existencia y magnitud y están muy relacionados con la oferta y la demanda y el grado de autorregulación entre ambas y no solamente con los procesos de gestión. Lo que está claro y que debemos plantearnos, es cuáles son los plazos razonables para su resolución sin generar problemas para el usuario, lo que por los datos existentes a todas luces los tiempos de espera actuales en la lista de espera No GES del Hospital San José no son socialmente aceptables .

Finalmente, de acuerdo a los resultados ya señalados, no sería recomendable un incremento de horas médicas, con la contratación de nuevos especialistas, sin previamente hacer un uso más eficiente de los recursos ya disponibles.

X. LIMITACIONES

Este estudio presenta algunas limitaciones, primero se realizó un análisis de los datos de la programación y atenciones solo de las consultas médicas nuevas o primeras consultas, sin considerar que posterior a esta, el usuario permanece en tantas listas como número de citas requiera para el diagnóstico e inicio del tratamiento, lista para procedimientos, otra lista para exámenes de laboratorio o de imágenes y si su problema de salud requiere de una intervención quirúrgica además de ingresar la lista de espera quirúrgica y si previo al acto operatorio requiere pase de médico internista o cardiólogo nuevamente se encuentra con una lista de espera. Por lo tanto, el resultado de la primera atención médica es muy difícil que resuelva el problema de salud de la persona, pero para efectos meramente estadístico esta atención lo egresa de la lista de espera de primeras consultas SIGTE.

Segundo, no se consideró que para realización de las consultas médicas se requiere de box de atención disponibles en los horarios que se citan a los usuarios, lo cual es un problema no menor, porque la mayoría de los médicos concentran su trabajo durante las mañanas y los espacios físicos o box son limitados.

XI. REFERENCIAS

1. Monge-Navarro A, Murillo-Sancho G, Calderón-Céspedes A, Vega-Araya A, Aguilar-Cubillo A. Listas de espera (Waiting List) [Internet]. 2014. Available from: <http://es.scribd.com/doc/6828818/>
2. Viberg N, Forsberg BC, Borowitz M, Molin R. International comparisons of waiting times in health care - Limitations and prospects. Health Policy [Internet]. 2013;112(1–2):53–61. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013001759?via%3Dihub>
3. Peiro S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. Gestión Clínica y Sanitaria [Internet]. 2000;2(4):126–31. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Salvador_Peiro/publication/236586993_Algunos_elementos_para_el_analisis_de_las_listas_de_espera/links/00b7d518167f2a5e52000000.pdf
4. Rodríguez E, Álvarez B, Abad P. Racionamiento vía listas de espera: Medidas de mejora y posibles implicaciones. Cadernos de Saude Publica [Internet]. 2008 Mar;24(3):702–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300025&lng=es&tlng=es
5. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols Lucas. Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor? In. Available from: www.fundaciogrifols.org
6. OPS/OMS. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: EL DESAFIO DE LOS HOSPITALES [Internet]. 2011. Available from: http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf
7. Ministerio de Salud de Chile. INFORME DE IMPLEMENTACIÓN ESTRATEGIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS) EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD PERIODO 2014-2017 [Internet]. 2018. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-de-implementación-estrategia-RISS.pdf>

8. OECD Health Policy Studies. Waiting Time Policies in the Health Sector [Internet]. Siciliani L, Borowitz M, Moran V, editors. OECD; 2013. (OECD Health Policy Studies). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works_9789264179080-en
9. Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries. 2013; Available from: <https://dx.doi.org/10.1787/5k3w9t84b2kf-en>
10. Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2018 Report | Fraser Institute [Internet]. [cited 2019 Aug 16]. Available from: <https://www.fraserinstitute.org/studies/waiting-your-turn-wait-times-for-health-care-in-canada-2018>
11. Institute for Innovation and Improvement. Guide – Matching Capacity and Demand Process and Systems Thinking [Internet]. [cited 2019 Aug 17]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/improvement-leaders-guide-matching-capacity-and-demand-process-and-systems-thinking/>
12. Organización Panamericana de la Salud. CANADA PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD 2000 [Internet]. 2000. Available from: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Canada_2000.pdf
13. Agustín Cañizares Ruiz, Álvaro Santos Gómez. Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis [Internet]. 2011. Available from: http://www.falternativas.com/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf
14. Frankel S, Ebrahim S, Davey Smith G. The limits to demand for health care. *BMJ (Clinical research ed)* [Internet]. 2000 Jul 1 [cited 2019 Aug 16];321(7252):40–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10875836>

15. Johannessen KA, Alexandersen N. Improving accessibility for outpatients in specialist clinics: reducing long waiting times and waiting lists with a simple analytic approach. BMC Health Services Research [Internet]. 2018;18(1):827. Available from:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3635-3>
16. Banco Interamericano de Desarrollo-Criteria. LISTAS DE ESPERA: UN MECANISMO DE PRIORIZACIÓN DEL GASTO EN SALUD. 2016 [cited 2021 Jul 25]; Available from: www.iadb.org/salud
17. Superintendencia de Salud G de C. ¿Qué es el AUGE o GES? [Internet]. Available from: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-4605.html>
18. LEY-19966 03-SEP-2004 MINISTERIO DE SALUD - Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. Available from:
<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834>
19. Parada M, Reyes C, Cuevas K. Transformaciones del Sistema de Salud Público post Reforma AUGE-GES en Valparaíso. 2014;18(2):127–39.
20. Ministerio de Salud de Chile. Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud [Internet]. 2009. Available from:
<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/30.pdf>
21. Ministerio de Salud de Chile. CREACION DE COMISION MEDICA ASESORA PARA ANALIZAR LA SITUACION DE PERSONAS QUE FALLECEN HABIENDO ESTADO EN UNA LISTA DE ESPERA O CON UNA GARANTIA DE OPORTUNIDAD GES RETRASADA [Internet]. 2017. Available from:
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/Decreto-Nº-16-Dispone-Creación-Comisión-Médica-Asesora.pdf>
22. Ministerio de Salud de Chile. INFORME COMISION MEDICA ASESORA MINISTERIAL [Internet]. 2017. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/Informe-Final-Comision-Asesora-LE-y-Garantias-Retrasadas-GES-17082017_.pdf

23. Ministerio de Salud de Chile. Glosa-06-1er-trimestre-2019 [Internet]. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/05/Glosa-06-1er-trimestre-2019.pdf>
24. Ministerio de Salud de Chile. Glosa_06_Mayo-2018 [Internet]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/07/Glosa_06_Mayo-2018.pdf
25. Ministerio de Salud de Chile. REGISTRO Y GESTIÓN DE INFORMACIÓN DE ESPERA DE ATENCIONES DE SALUD SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES DIVISIÓN DE GESTIÓN DE RED ASISTENCIA [Internet]. 2008. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/12.pdf>
26. Ministerio de Salud de Chile. NORMA TECNICA N° 118 PARA EL REGISTRO DE LAS LISTAS DE ESPERA [Internet]. 2011. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/Resolucion-502-aprueba-norma-tecnica-118.pdf>
27. Ministerio de Salud de Chile. Resolución aprueba Norma Técnica 118 [Internet]. 2011. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/Resolucion-502-aprueba-norma-tecnica-118.pdf>
28. Ministerio de Salud de Chile. Manual Proceso de Registro de Lista de Espera no GES [Internet]. Available from: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Manual_FINAL.pdf
29. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES en Chile en Modelo de Atención en RISS [Internet]. 2014. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Plan-nacional-de-tiempos-de-espera-No-GES.pdf>
30. Ministerio de Salud: Subsecretaria de Redes Asistenciales. Compromisos de gestión 2019.

31. Ag-minsal. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 18]. Available from: <http://163.247.80.2/priged/2016/DATADEIS/Informacion/Información Sanitaria/Indicadores/EAR/2015/INSTRUMENTO DE EVALUACION ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED 2015.pdf>
32. Ministerio de Salud de Chile. INSTRUMENTO DE EVALUACION ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED. 2014.
33. Decreto-140 21-ABR-2005 MINISTERIO DE SALUD - Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. [cited 2021 Jun 6]. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=237231>
34. Ministerio de Salud. INFORME DE IMPLEMENTACIÓN ESTRATEGIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS) EN SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES [Internet]. 2018. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-de-implementación-estrategia-RISS.pdf>
35. Organización y Estructura del Sistema de Salud [Internet]. [cited 2021 Jun 6]. Available from: <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud>
36. Rojas Villar V, Cirujano M, En E, Familiar M, Burgos Laborde J, Bioestadística M, et al. INFORME MODELO DE PRIORIZACIÓN LISTA DE ESPERA NO GES CON ENFOQUE DE RIESGO Y TIEMPOS RAZONABLES DE ESPERA.
37. Ministerio de Salud de Chile. SIDRA – Sistemas Información de Red Asistencial - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile [Internet]. Available from: <https://www.minsal.cl/SIDRA/>
38. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2019 [Internet]. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Orientaciones-2019-.pdf>

XII. ANEXOS



Santiago, 14 de agosto de 2020

DR. LUIS ESCOBAR
DIRECTOR
HOSPITAL SAN JOSE

Estimado doctor:

A través de la presente solicito a Ud., autorizar la realización de mi tesis de Magister en Salud Pública, denominada:

"Lista de espera NO-GES y brecha efectiva de consultas médicas ambulatorias en el Hospital San José del Servicio de Salud Metropolitano Norte durante el año 2019".

Este estudio contempla la utilización de las bases de datos de lista de espera disponibles en la plataforma SIDRA, los que se manejarán en forma general, con el resguardo a la confidencialidad que corresponde al uso de datos sensibles.

El documento final con sus resultados y conclusiones, será puesto a disposición de la institución y se espera que pueda utilizarse para la toma de decisiones que ayuden a mejorar la gestión del Hospital San José.

Adjunto el proyecto de la tesis, ya aprobado por la comisión de magister de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Sin otro particular, se despide atentamente,

ALICIA URQUIZA PEREZ
Químico farmacéutico
Unidad de Coordinación y Enlace
Hospital San José



Santiago, 21 de agosto de 2020

MEMORANDUM N° 38 – 21/08/2020

**A : LUIS ESCOBAR GONZÁLEZ
DIRECTOR HSJ**

**DE : LEONARDO MORALES A.
JEFE UNIDAD DE RELACIÓN ASISTENCIAL DOCENTE HSJ**

**MAT : REMITE CARTA DE AUTORIZACIÓN TESIS DE DOÑA ALICIA URQUIZA
PARA FIRMA.**

Estimado Doctor:

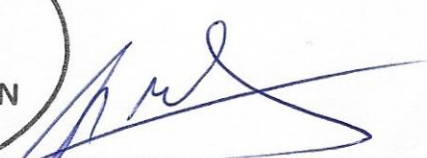
Esperando se encuentre bien, adjunto al presente memorándum, una carta elaborada a petición de doña Alicia Urquiza Pérez, Químico Farmacéutico de nuestro hospital, quien se encuentra en proceso de inscripción de su tesis de magíster en Salud Pública. Para la realización de su tesis, ella fue debidamente autorizada por usted mediante providencia n° 1683 del 14 de agosto. No obstante, para efectos de presentar todos los documentos asociados a su proyecto de tesis según los formatos exigidos por Universidad de Chile, casa de estudio en la que realiza su magíster, la funcionaria ha solicitado expresamente la redacción de una carta tipo, que comunique la autorización entregada en la providencia antes señalada. Con el objeto de gestionar este trámite, tengo a bien adjuntar al presente memorándum una carta que sintetiza los requerimientos que la funcionaria necesita para presentar en su universidad. Someto el documento a su revisión y si éste cuenta con su aprobación, me permito agradecer desde ya su colaboración firmando el mismo.

Se adjunta al presente memorándum:

- Carta de doña Alicia Urquiza enviada a dirección el 14 de agosto de 2020.
- Providencia n° 1683 del 14 de agosto de dirección que autoriza la solicitud expuesta en la carta anteriormente señalada.
- Carta redactada para firma del director, de fecha 21 de agosto de 2020.

Sin otro particular, se despide atte.,




**LEONARDO MORALES ABARCA
JEFE UNIDAD DE RELACIÓN ASISTENCIAL DOCENTE
HOSPITAL SAN JOSÉ**



Unidad de Relación Asistencial Docente

SANTIAGO, 21 de agosto de 2020

CARTA N° 03

SRA.
ALICIA URQUIZA PÉREZ
QUÍMICO FARMACÉUTICO
UNIDAD DE COORDINACIÓN Y ENLACE HSJ
ESTUDIANTE DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA DE UNIVERSIDAD DE CHILE
PRESENTE. -

Estimada Alicia:

Ante la solicitud de autorización para la utilización de las bases de datos de lista de espera disponibles en la plataforma SIDRA para la realización de su tesis en el Magíster en Salud Pública "*Lista de espera NO-GES y brecha efectiva de consultas médicas ambulatorias en el Hospital San José del SSMN durante el año 2019*", me permito señalar que cuenta con la autorización de la dirección, siempre y cuando los datos utilizados sean generales, procurando el resguardo a la confidencialidad que corresponde al uso de datos sensibles y que además el documento final de su tesis, con los resultados y conclusiones, sea posteriormente puesto a disposición de la institución.

Agradeciendo su interés en la realización de este relevante estudio, sin otro particular, se despide cordialmente,



DR. LUIS ESCOBAR GONZÁLEZ
DIRECTOR
HOSPITAL SAN JOSÉ



PROVIDENCIA N° 1683

14 AGO. 2020

DIRECCIÓN

Alicia Kupiza

SANTIAGO, _____

Sr. (a): _____

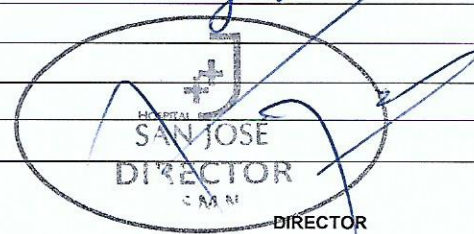
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN | <input type="checkbox"/> QUIRÚRGICO | <input type="checkbox"/> SD G. Y DESARROLLO PERSONAS |
| <input type="checkbox"/> OIRS | <input type="checkbox"/> Traumatología | <input type="checkbox"/> Relaciones Laborales |
| <input type="checkbox"/> Comunicaciones y RRPP | <input type="checkbox"/> Urología | <input type="checkbox"/> U. Gestión de las Personas |
| <input type="checkbox"/> Auditoría y Prevención de Delitos | <input type="checkbox"/> Cirugía Gral y Subespec Qx | <input type="checkbox"/> Oficina de Personas |
| <input type="checkbox"/> Asesoría Jurídica | <input type="checkbox"/> Oftalmología | <input type="checkbox"/> Oficina de Remuneraciones |
| <input type="checkbox"/> Gestión y Análisis | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Oficina de Honorarios |
| <input type="checkbox"/> Oficina de Partes | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología | <input type="checkbox"/> Oficina Procesos Regulares |
| <input type="checkbox"/> Gestión de Calidad | <input type="checkbox"/> UNIDADES DE APOYO | <input type="checkbox"/> Desarrollo de las Personas |
| <input type="checkbox"/> Oficina R.A.D. | <input type="checkbox"/> Anatomía Patológica | <input type="checkbox"/> Oficina D° Organizacional |
| <input type="checkbox"/> Prevención de Riesgos | <input type="checkbox"/> Farmacia | <input type="checkbox"/> Capacitación |
| <input type="checkbox"/> Relaciones Laborales | <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Oficina Reclutamiento y Selección |
| <input type="checkbox"/> S.D. MEDICA | <input type="checkbox"/> Imagenología | <input type="checkbox"/> Calidad de Vida |
| <input type="checkbox"/> Gestión de Demanda | <input type="checkbox"/> Psicología Clínica | <input type="checkbox"/> Jardín Infantil |
| <input type="checkbox"/> IAAS | <input type="checkbox"/> Servicio Social | |
| <input type="checkbox"/> Gestión del Cuidado Matronas (es) | <input type="checkbox"/> Kinesiología | <input type="checkbox"/> SDG DEL CUIDADO ENFERMERÍA |
| <input type="checkbox"/> Of. Exhumación y Traslado | <input type="checkbox"/> Alimentación de Pacientes | <input type="checkbox"/> Coordinación Area Médica |
| <input type="checkbox"/> Procuramiento y Trasplante | <input type="checkbox"/> Unidad Transfusional | <input type="checkbox"/> Coordinación Area Quirúrgica |
| <input type="checkbox"/> Convenios | <input type="checkbox"/> MEDICO JEFE C.D.T. | <input type="checkbox"/> Coordinación Cardiovascular |
| <input type="checkbox"/> SOME | <input type="checkbox"/> Gastroenterología | <input type="checkbox"/> Coordinación Paciente Crítico |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización Domiciliaria | <input type="checkbox"/> Dermatología | <input type="checkbox"/> Coordinación Central Procesos |
| <input type="checkbox"/> Ginec. Obstet. Y Neonato | <input type="checkbox"/> Diabetes y Endocrino | <input type="checkbox"/> Coordinación Enlace con la Red |
| <input type="checkbox"/> Neonatología | <input type="checkbox"/> Medicina del Trabajo | <input type="checkbox"/> Coordinación Especialidades |
| <input type="checkbox"/> Ginecología y Obstetricia | <input type="checkbox"/> ITS | <input type="checkbox"/> Coordinación Gestión de Pacientes |
| <input type="checkbox"/> PABELLONES Y ANESTESIA | <input type="checkbox"/> Alivio del Dolor | |
| <input type="checkbox"/> Pabellones | <input type="checkbox"/> Medicina Física y Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Unidad Gestión Operacional |
| <input type="checkbox"/> Recuperación | <input type="checkbox"/> Reumatología | <input type="checkbox"/> Of. Equipos Industriales |
| <input type="checkbox"/> Anestesia | <input type="checkbox"/> Hematología | <input type="checkbox"/> Of. Mantenión de Edificios |
| <input type="checkbox"/> CRITICOS | <input type="checkbox"/> Inmunología - VIH | <input type="checkbox"/> Of. Infraestructura |
| <input type="checkbox"/> Urgencia | <input type="checkbox"/> Broncopulmonar | <input type="checkbox"/> Of. De Proyectos |
| <input type="checkbox"/> Unidad Paciente Crítico | <input type="checkbox"/> Enlace en Red | <input type="checkbox"/> Unidad Adm. De Contratos |
| <input type="checkbox"/> A.N.I. | <input type="checkbox"/> S.D. ADMINISTRATIVA | <input type="checkbox"/> Unidad de Logística |
| <input type="checkbox"/> MEDICO | <input type="checkbox"/> Informática | <input type="checkbox"/> Of. Equipos Médicos |
| <input type="checkbox"/> Medicina | <input type="checkbox"/> Abastecimiento | <input type="checkbox"/> Of. De Movilización y Servicios Generales |
| <input type="checkbox"/> Medico Quirúrgico | <input type="checkbox"/> Contabilidad | <input type="checkbox"/> Of. De REAS y Gestión Ambiental |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Recaudación | <input type="checkbox"/> Of. Servicios Generales |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Finanzas | |
| <input type="checkbox"/> Nefrología y Dialisis | <input type="checkbox"/> Bodega | |
| <input type="checkbox"/> Neurología | <input type="checkbox"/> C. de Gestión Financiera | |

Instrucciones

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tomar conocimiento | <input type="checkbox"/> Dar Trámite | <input type="checkbox"/> Conversar Conmigo |
| <input type="checkbox"/> Preparar Respuesta | <input type="checkbox"/> Comentarios | <input type="checkbox"/> Informarme |
| <input type="checkbox"/> Cumplir lo indicado | <input type="checkbox"/> Devolver Antecedentes | <input type="checkbox"/> Informar al Interesado |
| <input type="checkbox"/> Fotocopiar | <input type="checkbox"/> Plazo _____ días | <input type="checkbox"/> URGENTE |
| <input type="checkbox"/> Archivar | <input type="checkbox"/> Escanear | |

Observaciones

AutORIZADO





Dirección

Comité de Ética de la Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte

Carta N° 095/2021

Dr. JJS/lcc

Santiago, abril 27 de 2021

Q. F. Alicia Urquiza
Investigadora Principal
Unidad de Enlace con la Red Local
Complejo Hospitalario San José
Presente

Ref.: Proyecto Tesis de Magister titulado: "Lista De Espera No Ges Y Brecha Efectiva De Consultas Médicas Ambulatorias En El Hospital San José Del Servicio De Salud Metropolitano Norte Durante El Año 2019".

Estimada Sra. Urquiza:

El Comité de Ética de la Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte en sesión virtual del día jueves 25 de marzo de 2021 revisó y analizó el proyecto de la referencia:

En relación a su solicitud de revisión de su Proyecto de Tesis de Magister señalado en la referencia, se resuelve que es un trabajo de calidad, por lo que no requiere Aprobación por parte de este Comité.

La saluda atentamente,

CEI-SSM.NORTE
Organismo Asesor de la Dirección
Servicio de Salud
Metropolitano Norte

DR. JUAN JORGE SILVA SOLÍS
PRESIDENTE - CEI-SSMN

Calle San José 1053, Independencia,
Santiago Chile
Correo: lorena.carrasco@redsalud.gov.cl
Fono: (56-2) 575 8506
www.ssmn.cl



Alicia Urquiza <urquima@gmail.com>

COMITÉ ÉTICA NORTE

Alicia Urquiza <alicia.urquiza@redsalud.gov.cl>
Para: urquima@gmail.com

6 de septiembre de 2021, 18:56

De: Leonardo Morales (RELACION ASISTENCIAL DOCENTE) [mailto:leonardo.morales@redsalud.gov.cl]
Enviado el: lunes, 17 de mayo de 2021 16:33
Para: 'Alicia Urquiza' <alicia.urquiza@redsalud.gov.cl>; 'Leonardo Morales (RAD HSJ)' <leonardo.morales@redsalud.gov.cl>
Asunto: RE: COMITÉ ÉTICA NORTE

Estimada Alicia:

Estuve intentando llamarla hace unos minutos, lamentablemente sin éxito, pues no me pude comunicar.

Quería aclararle que, a raíz de la respuesta que le da el comité de Ética del SSMN, usted, para la realización de las actividades de investigación que requiere realizar en el marco de su tesis de magíster, no necesita autorización del comité de ética, pues este comité formalmente le respondió que los aspectos que considera su tesis se encuentra asociados a ámbitos de Calidad y éstos no serían competencia del comité de ética del SSMN (esta respuesta la han entregado en muchas ocasiones). Ahora bien, como en este caso, el comité de ética señala expresamente que su proyecto no requiere de la aprobación del mismo, lo que corresponde como consecuencia, es la derivación de la solicitud de autorización final al hospital en donde se realizará el estudio (es decir nuestro hospital), autorización con la cual usted ya cuenta, pues el director, doctor Luis Escobar, mediante providencia n°1683 del 14-08-2020 expresamente indicó su autorización para que se llevaran a cabo las actividades de investigación que usted solicita.

Por lo tanto, para todos los efectos, formalmente usted ya cuenta con la autorización que se entrega para estos casos. Ahora bien, si en su programa de Magister le están pidiendo algún otro documento, por favor me cuenta, para ver si puedo ayudarla.

Saludos cordiales,

**Leonardo Morales Abarca**

Jefe Unidad Relación Asistencial Docente

Hospital San José

Teléfono: (+56 2) 25758 532 | Anexo: 258 532

Teléfono: (+56 2) 25758 526 | Anexo: 258 526

Móvil: (+56 9) 9 213 06 85

De: Alicia Urquiza [mailto:alicia.urquiza@redsalud.gov.cl]
Enviado el: lunes, 17 de mayo de 2021 12:04
Para: Leonardo Morales (RAD HSJ) <leonardo.morales@redsalud.gob.cl>
Asunto: RV: COMITÉ ÉTICA NORTE

Estimado Leonardo

Aun no tengo respuesta

Con quien puedo tramitar esta autorización?

Es urgente!!!

Saludos



Alicia Urquiza Pérez

Químico Farmacéutico

Unidad de Enlace con la Red Local

Complejo Hospitalario San José

Tel.: 2568 0486 - Redsalud:28 04 86

www.complejohospitalariosanjose.cl

<http://complejohospitalariosanjose.blogspot.com/>



De: Alicia Urquiza [mailto:alicia.urquiza@redsalud.gov.cl]
Enviado el: miércoles, 28 de abril de 2021 8:20
Para: Leonardo Morales (RAD HSJ) (leonardo.morales@redsalud.gob.cl) <leonardo.morales@redsalud.gob.cl>
Asunto: RV: COMITÉ ÉTICA NORTE

Estimado Leonardo

Remito respuesta del comité de ética del SSMN

Lamentablemente esto no me sirve.

Solicito su orientación y ayuda

Saludos



Alicia Urquiza Pérez

Químico Farmacéutico

Unidad de Enlace con la Red Local

Complejo Hospitalario San José

Tel.: 2568 0486 - Redsalud:28 04 86

www.complejohospitalariosanjose.cl

<http://complejohospitalariosanjose.blogspot.com/>



De: Lorena Carrasco Cordova (Comite de Etica SSMN) [<mailto:lorena.carrasco@redsalud.gov.cl>]
Enviado el: martes, 27 de abril de 2021 19:11
Para: 'Alicia Urquiza' <alicia.urquiza@redsalud.gov.cl>
Asunto: COMITÉ ÉTICA NORTE

Estimada Sra. Urquiza:

Le adjunto carta de respuesta a su solicitud de revisión.

Atentamente,



Lorena Carrasco Córdova

Secretaria

Dirección/Comité de Ética de la Investigación

Servicio de Salud Metropolitano Norte


Teléfono: (+56 2) 2575 8506 | Anexo: 258506

Ministerio de Salud

Este mensaje y sus adjuntos pueden contener información confidencial y es para uso exclusivo de la persona o entidad de destino, si no es Usted el destinatario indicado, queda notificado que la lectura, utilización, divulgación, reenvío o copia sin autorización no está autorizado por el firmante y se encuentra estrictamente prohibido en virtud de la legislación vigente. Si ha recibido este mensaje por error, le rogamos que nos lo comunique inmediatamente por esta misma vía y proceda de inmediato a su destrucción.

3 archivos adjuntos

 **RESPUESTA COMITÉ DE ÉTICA SSMN.PDF**
472K

 **Autorización de Dirección (Prov. 1683 del 14-08-2020).pdf**
373K

 **Carta a Director.pdf**
288K

