UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

LISTA DE ESPERA QUIRURGICA NO GES
ESTUDIO DE CASO HOSPITAL SAN MARTIN DE QUILLOTA

Análisis de los procesos aplicados por el Hospital San Martín de Quillota para disminuir la lista de espera quirúrgica no GES

TESIS PARA OPTAR
AL TÍTULO DE ADMINISTRADOR PÚBLICO
Y AL GRADO DE LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

NICOLÁS IGNACIO VÁSQUEZ FLORES

Profesor Guía

María Angélica Piñones Santana

Valparaíso, enero 2019

Agradecimientos

Sin lugar a dudas, la finalización de esta etapa no habría sido posible sin mis papás y hermanos, quienes siempre estuvieron ahí para contenerme en los momentos de flaqueza.

También agradecer a mis primos, tíos y abuelas, además de la familia que uno elige: mis amigos, los del colegio, universidad y aquellos que la vida se ha encargado de poner en mi camino.

No puedo dejar de mencionar al INIA La Cruz, donde tuve la suerte de realizar mis prácticas profesionales y conocer a valiosas personas, especialmente a Juan Ignacio Esquivel quien me dio la oportunidad de aprender y comenzar mi formación ya no como estudiante, sino que como profesional.

Por último, y no por ello menos importante, nada de esta investigación habría sido posible sin la ayuda de Laura Cortés, encargada de la lista de espera quirúrgica del Hospital San Martín de Quillota. A ella mi infinita gratitud por su disposición y amabilidad.

“Todo se equilibra al final”

Marcelo Bielsa.

Índice

RESUMEN 8

ABSTRACT 8

INTRODUCCIÓN 9

CAPÍTULO 1: SISTEMA DE SALUD CHILENO Y SUS COMPLEJIDADES 10

1.1 CONTEXTO GENERAL “LA SALUD COMO UN DERECHO” 10

1.2 FUNCIONES Y COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO 11

1.3 COMPLEJIDADES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN CHILE 13

CAPÍTULO 2: LAS LISTAS DE ESPERA EN SALUD COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN 15

2.1 TEORÍA DE LAS COLAS 15

2.2 SITUACIÓN CHILENA EN MATERIA DE LISTAS DE ESPERA 16

2.3 GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA EN DIFERENTES PAÍSES 20

CAPÍTULO 3: HOSPITAL SAN MARTÍN DE QUILLOTA 23

3.1 RESEÑA HISTÓRICA 23

3.2 ORGÁNICA INSTITUCIONAL 23

3.3 DOTACIÓN DE FUNCIONARIOS 23

3.4 RECURSOS FÍSICOS DISPONIBLES 24

3.5 CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS 24

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 26

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 26

4.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA 26

4.3 OBJETIVOS 26

4.3.1 OBJETIVO GENERAL 26

4.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS 26

4.4 DEFINICIÓN DEL ENFOQUE Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN 27

4.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 27

4.6 CATEGORIAS DE ANÁLISIS 28

4.7 RESULTADOS ESPERADOS 30

CAPÍTULO 5: PROCESO DE INCORPORACION A LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA NO GES 31

5.1 INCORPORACIÓN A LISTA DE ESPERA DE NUEVA CONSULTA 33

5.1.1 PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE NUEVA CONSULTA 34

5.1.2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE NUEVA CONSULTA POR ESPECIALIDAD. 36

5.1.3 TIEMPO DE ESPERA PARA NUEVA CONSULTA 38

5.2 INCORPORACIÓN A LISTA DE ESPERA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS 39

5.3 INCORPORACIÓN A LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA 39

5.3.1 PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA 42

5.3.2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA NO GES POR ESPECIALIDAD. 44

5.3.3 TIEMPO DE ESPERA PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA 44

5.4 DATOS BÁSICOS PARA LA INCOPORACIÓN A LA LISTA DE ESPERA 45

5.4.1 DATOS DE ENTRADA 46

5.4.2 DATOS DE SALIDA 47

5.5 PRIORIZACIÓN DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA 48

5.6 ACIERTOS Y ASPECTOS QUE MEJORAR EN LA GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA NO GES 49

5.6.1 ACIERTOS EN LA GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA NO GES50

5.6.2 ASPECTOS POR MEJORAR EN LA GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA NO GES 50

CONCLUSIONES 53

BIBLIOGRAFÍA 55

ANEXO 1: ENTREVISTA DE CAMPO 57

ANEXO 2: CATEGORIZACIÓN 63

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1: Indicadores de Salud Pública chilena..... 14
Tabla 2: Aspectos deficitarios del Sistema de Salud Pública Chileno comparado con promedio OCDE 14
Tabla 3: Garantías de Oportunidad GES retrasadas a nivel nacional según sexo al 30 de septiembre del 2018. 20
Tabla 4: Lista de espera abierta de consulta nueva de especialidad no GES según sexo al 30 de septiembre del 2018. 20
Tabla 5: Lista de espera abierta de intervenciones quirúrgicas no GES según sexo al 30 de septiembre del 2018. 20
Tabla 6: Categorización. 28
Tabla 7: Servicios de APS Provincia de Petorca..... 31
Tabla 8: Servicios de APS Provincia de Quillota. 32
Tabla 9: Servicios de APS Provincia de Marga-Marga (Olmué). 32
Tabla 10: Proceso de incorporación LE nueva consulta..... 33
Tabla 11: Comparación LE nueva consulta por hospital de alta complejidad. 36
Tabla 12: Pacientes en LE nueva consulta por especialidad. 37
Tabla 13: Pacientes en LE de procedimiento diagnóstico. 39
Tabla 14: Proceso de incorporación LE quirúrgica..... 40
Tabla 15: Comparación LE quirúrgica por hospital de alta complejidad. 43
Tabla 16: Pacientes en LE quirúrgica no GES por especialidad. 44

Gráfico 1: Distinción por sexo de pacientes en el RNLE. 18
Gráfico 2: Distribución por edad de personas en el RNLE. 18
Gráfico 3: Distribución según la causa de la solicitud de derivación..... 19
Gráfico 4: Tiempo de espera sin atención..... 19
Gráfico 5: Dotación por estamento. 24
Gráfico 6: Distribución de beneficiarios por provincia..... 25
Gráfico 7: Distribución etaria pacientes Hospital San Martín de Quillota. 25
Gráfico 8: Distribución de pacientes en LE nueva consulta..... 35
Gráfico 9: Evolución del número de pacientes en LE nueva consulta por año. 35
Gráfico 10: Días de espera para nueva consulta. 38
Gráfico 11: Distribución de pacientes en LE quirúrgica. 42

Gráfico 12: Evolución del número de pacientes en LE quirúrgica por año. 43
Gráfico 13: Días de espera para intervención quirúrgica..... 45

RESUMEN

Las listas de espera en el ámbito de la salud son una herramienta de gestión que permite priorizar la atención de pacientes de acuerdo al tiempo en que ingresa a esta, o bien, la urgencia clínica que padezca.

En el último tiempo ha sido un tema controvertido producto del alto número de pacientes fallecidos que se encontraban a la espera de una prestación y la eliminación administrativa de personas de forma arbitraria.

El hospital San Martín de Quillota, al igual que los otros establecimientos de salud pública, gestiona las diferentes listas de esperas, las que son de nueva consulta, procedimiento diagnóstico e intervención quirúrgica. No puede estudiarse la lista de espera quirúrgica No GES de manera aislada, vale decir, soslayando la de nueva consulta y procedimiento diagnóstico, ya que para que un paciente finalmente se someta a una operación debe antes haber pasado por las dos últimas listas nombradas.

Palabras claves: Lista de Espera, GES, Días de Espera, Nueva Consulta, Procedimiento Diagnóstico, Intervención Quirúrgica.

ABSTRACT

Waiting lists in the field of health are a management tool that allows prioritizing the care of patients according to the time they enter it, or the clinical emergency that they suffer.

The last time has been a controversial issue due to the high number of deceased patients who were waiting for a provision and the administrative elimination of people in an arbitrary way.

The San Martín de Quillota Hospital, like the other public health facilities, manages the different waiting lists, which are of new consultation, diagnostic procedure and surgical intervention. The non-GES surgical waiting list can not be studied in isolation, that is, bypassing the new consultation and diagnostic procedure, since for a patient to finally undergo an operation he must first have gone through the two last mentioned lists.

Keywords: Waiting List, Patients, Days of Waiting, New Consultation, Diagnostic Procedure, Surgical Intervention.

INTRODUCCIÓN

Las listas de espera son un fenómeno que se produce a nivel mundial y en todo orden de cosas. Las “colas”, como también se le denominan, se producen toda vez que la demanda por un determinado bien o servicio supera a la oferta.

Una de las áreas de mayor relevancia, producto de la sensibilidad que involucra, es la salud, en donde la lista de espera se utiliza como una herramienta para la gestión con el fin de establecer prioridades a la hora de determinar qué pacientes se deben atender primero versus otros.

En Chile el último tiempo adquirió relevancia mediática el tema por dos sucesos: el primero fue la alta tasa de fallecidos que se encontraban en lista de espera (15.625 el año 2016), y el segundo fue la eliminación administrativa de pacientes en espera de una prestación.

La presente investigación tiene como objetivo el analizar los procesos aplicados por el Hospital San Martín de Quillota para disminuir la lista de espera quirúrgica no GES. De este modo, lo planteado en el desarrollo del trabajo se fundamenta en una interrogante principal que da sentido a lo expuesto anteriormente. Esta interrogante es la siguiente: ¿cuál es la situación actual de la lista de espera quirúrgica no GES en el Hospital San Martín de Quillota y cómo se llevan a cabo los procesos para su reducción?

Una lista de espera se entenderá como el registro de personas que se encuentran a la espera de una prestación de salud.

El cumplimiento del objeto del estudio se alcanzará mediante el desarrollo de 6 capítulos. El primero abordará el concepto de salud de forma integral, remitiéndose a definiciones internacionales, como también al tratamiento que se le da en la legislación nacional. En el segundo se hará mención sobre el cómo funciona el sistema de salud en Chile, además de las diferentes complejidades que padece. El tercero tratará la situación de las listas de espera en Chile: definiciones y exposición de datos sobre cómo se encuentra actualmente. En el cuarto capítulo se describirá el Hospital San Martín de Quillota, objeto de estudio de la presente investigación. La metodología aplicada en el trabajo se encuentra en el quinto capítulo, en donde se hace mención de los alcances, justificación, objetivos, resultados esperados, etc. Para finalizar, el capítulo sexto contiene el cómo se llevan a cabo los procesos de incorporación a lista de espera en el hospital de Quillota, además del análisis de datos.

CAPÍTULO 1: SISTEMA DE SALUD CHILENO Y SUS COMPLEJIDADES

1.1 CONTEXTO GENERAL "LA SALUD COMO UN DERECHO"

La salud, entendida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, se asocia frecuentemente, en su concepción como derecho, al acceso a la atención sanitaria, o bien, a la construcción de hospitales. Si bien la anterior afirmación es cierta, el derecho a la salud comprende un amplio conjunto de factores, siendo lo anterior solo algunos de aquellos que pueden contribuir a la vida sana.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece "factores determinantes básicos de la salud" (Organización Mundial de la Salud, 2018). Son los siguientes:

- Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas;
- Alimentos aptos para el consumo;
- Nutrición y vivienda adecuadas;
- Condiciones de trabajo y medio ambiente salubres;
- Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud;
- Igualdad de género.

En Chile, el derecho a la salud está consagrado en el artículo 19 No.9 de la Constitución política de la República, el que establece:

> El derecho a la protección de la Salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo.
>
> Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.
>
> Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.
>
> Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

La protección a la salud, conforme al artículo citado, puede ser apreciada en dos dimensiones: por una parte, como el derecho a acceso de la salud -acciones que tengan por objeto su prevención, recuperación y rehabilitación- y, por otra parte, como una garantía de que la persona no sufrirá enfermedades evitables (Allard, Hennig, & Galdamez, 2016).

La OMS entiende un sistema de salud como la suma de todas aquellas organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo consiste en mejorar la salud. El principal responsable de velar y ejecutar el desempeño optimo de un sistema de salud en un país es el gobierno.

El fortalecimiento de los sistemas de salud, como el aumento de la equidad, son estrategias primordiales para el desarrollo de una nación y su lucha contra la pobreza (Organización Mundial de la Salud, 2005).

El sistema de salud chileno es un conjunto organizado de instituciones, tanto públicas como privadas, que se relacionan con funciones de rectoría, organización, financiamiento, en materia de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud (Gattini, 2017).

Por medio de la prestación de servicios asistenciales, personales como colectivos, la finalidad del sistema chileno es la de preservar y mejorar la salud de la población.

1.2 FUNCIONES Y COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

El Sistema de Salud chileno reconoce diferentes funciones y componentes que pueden ser llevadas por instituciones públicas, privadas, o bien, ambas. En el informe de Sistema de Salud y Modelo de Atención en Chile, elaborado por el Observatorio Chileno de Salud Pública, perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, son los/as siguientes:

A. El rol rector está a cargo del Estado de Chile mediante el Ministerio de Salud.
B. La regulación del sistema depende del Estado de Chile, a través del Ministerio de Salud, además de la Superintendencia de Salud.
C. El financiamiento viene dado por distintas fuentes, debiendo separar las de carácter estatales o público de las privadas. En primer lugar, las fuentes estatales vienen dada por el Estado, mediante asignación presupuestaria vía ley de presupuesto, sumado a ello las cotizaciones de trabajadores y copago por bienes y servicios. Por su parte, el financiamiento por parte del sector privado viene mediante aporte de la

empresa privada, la cotización de trabajadores, el copago por bienes y servicios, y pago de bolsillo.

D. En cuanto al aseguramiento, vale ser mas taxativo en la distinción público privado de las instituciones que lo proveen. Dentro de las entidades aseguradoras públicas se encuentran:

   a) FONASA: El Fondo Nacional de Salud es el organismo público que administra los fondos estatales destinados a la salud en Chile. El fondo clasifica a sus beneficiarios por tramos (Fonasa, 2018) :

      i. Tramo A: Personas indigentes o carentes de recursos y aquellos causantes de subsidio familiar según la ley 18.020. Estos tendrán gratuidad total en el Sistema Público de Salud.

      ii. Tramo B: Personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a $288.000, y aquellos beneficiarios de pensiones. Tendrán gratuidad total en el Sistema Público de Salud y compra de bono.

      iii. Tramo C: Personas que reciben un ingreso imponible mensual superior a $288.001 y menor o igual a $420.480[1]. El porcentaje de copago de estos beneficiarios corresponde a bonificación del 90% en sistema público y acceso a compra de bonos.

      iv. Tramo D: Personas que perciben un ingreso imponible mensual superior a $420.481[2]. Tendrán una bonificación del 80% en sistema público y acceso a compra de bonos.

      La permanencia en FONASA implica que los afiliados (dependientes o independientes) tienen la obligación de aportar el 7% de su sueldo imponible.

   b) Cajas de Previsión de FFAA y de Orden: Están conformadas por dos entidades; en primer lugar, se encuentra la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA), y por otro, la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (DIPRECA). Ambas son un mecanismo de reparto donde las pensiones se financian a través de los aportes del personal activo y pasivo por un lado, y del Estado por otro (BCN, 2011).

   c) Otros seguros públicos.

[1] Con 3 o más cargas familiares pasará al tramo B.
[2] Con 3 o más cargas familiares pasará al tramo C.

A su vez, las instituciones de aseguramiento privadas son:

a) Instituciones de Salud Previsional: Las ISAPRES son instituciones privadas que funcionan como seguro, las cuales están facultadas a administrar la cotización de salud obligatoria (7% del sueldo imponible del trabajador) que optan por ella en lugar de FONASA (ISAPRES de Chile, 2018).
b) Mutuales de Empleadores: Las Mutualidades de Empleadores son Instituciones de Derecho Privado, sin fines de lucro, creadas única y exclusivamente con el objeto de entregar las prestaciones de la Ley 16.744, la cual establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Superintendencia de Seguridad, 2018).
c) Seguros específicos: Salud, transporte, seguridad, etc.

E. Las instituciones u organismos encargados de la provisión de servicios asistenciales se dividen en públicos y privados. Dentro de los primeros se encuentran hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), centros ambulatorios de SNSS (incluye administración municipal de APS), y hospitales de FFAA y de orden.

1.3 COMPLEJIDADES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN CHILE

El sistema de salud público en Chile presenta una serie de debilidades, las cuales impiden el perfecto cumplimiento de prestaciones asistenciales a los usuarios de los servicios. Dentro de las más significativas se encuentran (Goic, 2015):

- Numerosos hospitales añejos y en estado precario;
- Infraestructura hospitalaria y camas de hospitalización;
- Déficit de ambulancias;
- Déficit de tecnología de punta;
- Dificultades serias de acceso a la atención medica;
- Cobertura y atención odontológica limitada;
- Baja privacidad en la atención de los pacientes;
- Condiciones laborales poco favorables;
- Bajo nivel de las remuneraciones.

Los aspectos anteriormente mencionados obedecen a que los indicadores de recursos en salud de Chile son deficientes, según se expone en la siguiente tabla:

Tabla 1: Indicadores de Salud Pública chilena

INDICADORES	RECURSOS
Médicos (miles)	26.393
Medicos (*1.000 hab)	8,6
Enfermeras (*1.000 hab)	4,2
Odontólogos	18.000
Camas hospitalarias totales (n)	36.110
Camas hospitalarias totales (*10.000 hab)	2,1
Camas hospitalarias del SNSS (n)	25.594
Camas hospitalarias del SNSS (*10.000 hab)	2,2

Fuente:(Observatorio Chileno de Salud Pública, 2014)

La insuficiencia de los recursos destinados en salud pública se evidencia de mejor manera cuando son comparados con los recursos promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE):

Tabla 2: Aspectos deficitarios del Sistema de Salud Pública Chileno comparado con promedio OCDE

INDICADORES	CHILE	OCDE
Medicos (*1.000 hab)	2,0	3,3
Enfermeras (*1.000 hab)	2,0	8,9
Camas hospitalarias totales (*1.000 hab)	2,1	4,7
Consultas medicas por persona	3,5	6,8
Medicamentos genéricos (disponibilidad en el mercado)	30	75
Gasto total en salud (% PIB)	7,3	9,3
Gasto público en salud (% gasto total)	49,2	72,3
Gasto de bolsillo en salud (% del gasto en salud)	31,9	19,0
Gasto de bolsillo en salud (% del consumo final del hogar)	4,8	2,9

Fuente: (Isapres de Chile, 2017)

CAPÍTULO 2: LAS LISTAS DE ESPERA EN SALUD COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN

Una Lista de Espera (LE de aquí en adelante) se define como aquel registro de personas o usuarios que se encuentran a la espera de una determinada prestación o grupo de prestaciones en el ámbito de la salud.

Las LE representan el equilibrio dinámico entre el número de casos nuevos que ingresan requiriendo algún tipo de prestación sanitaria y la capacidad de la que se ve dotada el servicio o institución para poder resolverla (Colegio Médico de Chile , 2017).

Son una herramienta de gestión de la que se dotan los servicios de salud toda vez que permiten tramitar las demoras y las esperas velando por los criterios de equidad exigidos en los sistemas de salud pública (Garrido, 2018). También representan un indicador, ya que informan del stock de pacientes, que, en un determinado momento, se encuentran a la espera de una prestación de salud.

Las LE son un proceso dinámico, el cual, entendido de manera simplificada, corresponde al egreso, por una parte, de pacientes atendidos, y por otra, al ingreso de nuevos pacientes. Son también un reflejo de la demanda, ya que a mayor acceso se producirá una mayor demanda (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2015).

2.1 TEORÍA DE LAS COLAS

La LE se entiende como un fenómeno que se presenta toda vez en que la demanda efectiva por la prestación de salud excede significativamente a la oferta efectiva entregada por servicios asistenciales. Sin embargo, las “colas” no se presentan exclusivamente en el ámbito sanitario, sino que se encuentran en todo orden del desarrollo de la vida de las personas: supermercado, metro, banco, etc. Y surgirán siempre cuando unos recursos compartidos necesiten ser accedidos para dar servicio a un elevado número de trabajadores o clientes (Superintendencia de Salud, 2010).

El matemático danés Agner Kraup Erlang, en el año 1909, desarrolla la “teoría de las colas” con el objeto de analizar la congestión de tráfico telefónico en Copenhague. Su teoría adquiere gran valor ya que es posible aplicarla a diferentes problemáticas. El estudio de las colas es importante porque proporciona, por una parte, una base teórica del tipo de servicio que se puede esperar de un determinado recurso, como la forma en la cual ese recurso puede ser diseñado para proporcionar un determinado grado de servicio a sus clientes (Superintendencia de Salud, 2010).

La teoría de las colas se explica de la siguiente forma: un cliente llega a un lugar para demandar un determinado servicio a un servidor. Este servidor cuenta con una limitada capacidad para proveer atención. Si el servidor no se encuentra disponible inmediatamente para poder otorgar el servicio, y a su vez el cliente decide esperar, se habrá formado la línea de espera o "cola".

El problema se produce cuando el servidor debe determinar qué capacidad o tasa de servicio está capacitado para proporcionar, obteniendo de esa forma un balance correcto.

La teoría de las colas llevada al terreno de la salud debe entenderse como un fenómeno normal, sobretodo cuando se incurre al financiamiento público (servicio de atención de salud público o estatal), y no siempre debe verse como algo negativo, ya que dependiendo de las condiciones particulares y síntomas, puede ser adecuado para el paciente esperar la evolución con el objeto de definir si efectivamente se requieren mayores cuidados médicos, ya que muchas veces el problema se soluciona solo, no tendiendo que incurrir en diferentes gastos en su tratamiento, o bien, una intervención medica en vez de solucionar el problema puede agudizarlo.

Son variados los factores que intervienen en la definición de las LE o colas en la salud. Entre ellos se encuentran:

- Políticas de acceso;
- Médicos, profesionales y técnicos pertenecientes al área de la salud;
- Demografía (cantidad de habitantes de un determinado territorio);
- Cambios tecnológicos;
- Surgimiento de nuevos patrones de enfermedades;
- Expectativas de los pacientes;
- Recursos físicos (camas, pabellones, equipamientos, etc.);
- Administración, clínica como operacional, de recursos, protocolos y productividad.

2.2 SITUACIÓN CHILENA EN MATERIA DE LISTAS DE ESPERA

Antes de describir la situación que se vive en Chile sobre las listas de espera en la salud pública, es pertinente hacer la diferenciación entre una patología perteneciente a las Garantías Explícitas en Salud (GES o AUGE) de aquellas no GES.

Las Garantías Explícitas de Salud (GES) son un conjunto de beneficios garantizados por ley, tanto para personas pertenecientes a FONASA como a ISAPRE. Actualmente cuenta con 80 patologías garantizadas. Por el contrario, se entenderá como patología no GES a toda aquella que esté fuera de las 80 garantizadas.

El Ministerio de Salud, por medio de la “glosa 6 – Lista de Espera no Ges y garantías de oportunidad GES retrasadas”, informa regularmente al Congreso Nacional sobre la situación de las LE del país.

El año 2017, el Gobierno de la presidenta Michelle Bachelet creó la Comisión Medica Asesora Ministerial para analizar el fallecimiento de personas en lista de espera o con una garantía GES retrasada. El informe de la comisión, emitido el 17 de agosto de 2017 arrojando que en el año 2016 el Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE) tenía 3.321.791 solicitudes de derivación no GES para consulta nueva de especialidad, intervención quirúrgica y procedimientos. Estas solicitudes corresponden a 2.362.304 personas (Comisión Asesora Ministerial, 2017).

Por consulta nueva de especialidad se entiende la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, en la cual existe la posibilidad de que se pueda o no dar una solución al problema que aqueja al paciente.

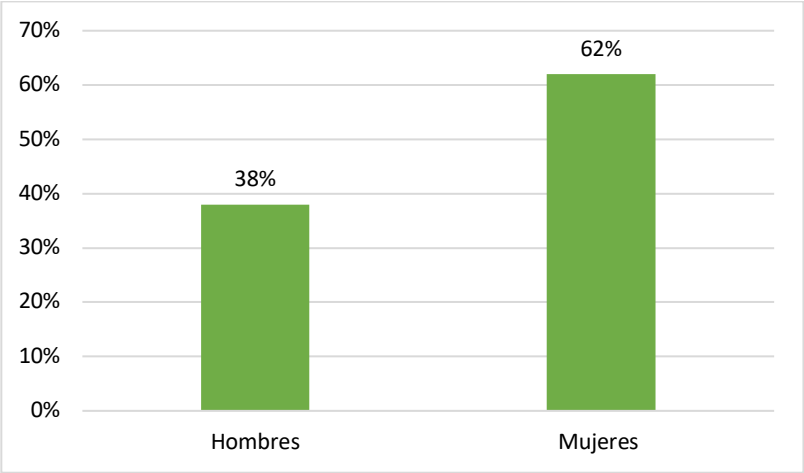
Un procedimiento diagnóstico y terapéutico es toda prueba o exploración realizada en una consulta o sala especial que no corresponde a la exploración física básica y requiere de un tiempo distinto al de la propia consulta.

Mientras que una intervención quirúrgica es la actividad terapéutica efectuada preferentemente en un pabellón quirúrgico y por personal calificado. Ésta implica la incisión de la piel con el fin de extirpar, drenar, liberar o efectuar un aseo quirúrgico ante un cuadro patológico. Existen 3 tipos de intervenciones quirúrgicas (Ministerio de Salud, 2018):

- Intervención quirúrgica electiva: por las características del cuadro clínico, su realización puede ser diferida en el tiempo, sin riesgo para la salud del paciente y agendada previamente.
- Intervención quirúrgica de urgencias: por las características del cuadro clínico del paciente debe ser realizada de forma inmediata e impostergable.
- Intervención quirúrgica compleja: son aquellas que involucran la manipulación de órganos vitales.

Del total de pacientes que estuvieron dentro del RNLE al año 2016, el 62% eran mujeres.

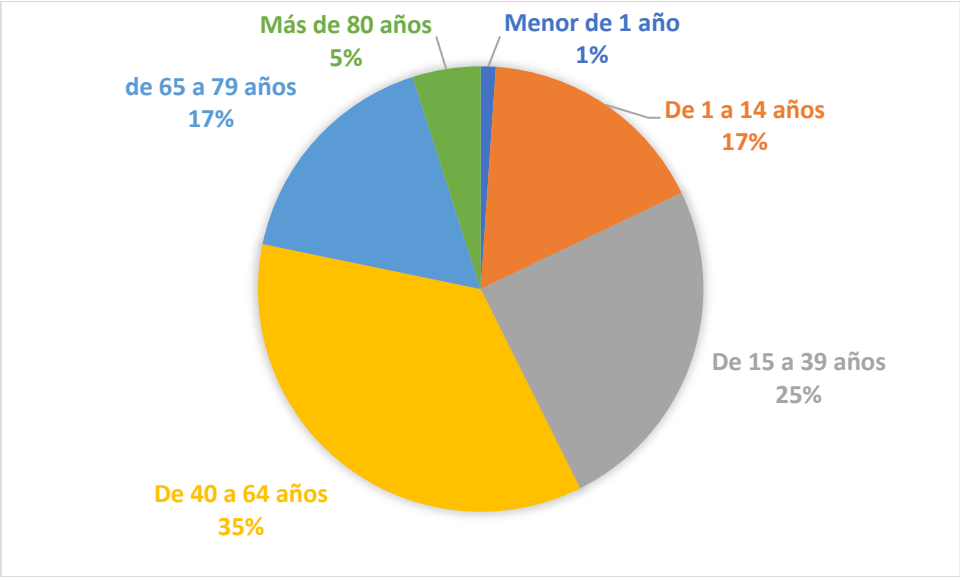
Gráfico 1: Distinción por sexo de pacientes en el RNLE.



Fuente: Elaboración propia en base a datos recogidos del Informe de la Comisión Asesora Ministerial 2017.

La media de edad de pacientes incorporados al repositorio fue de 44 años y se distribuyeron de la siguiente manera:

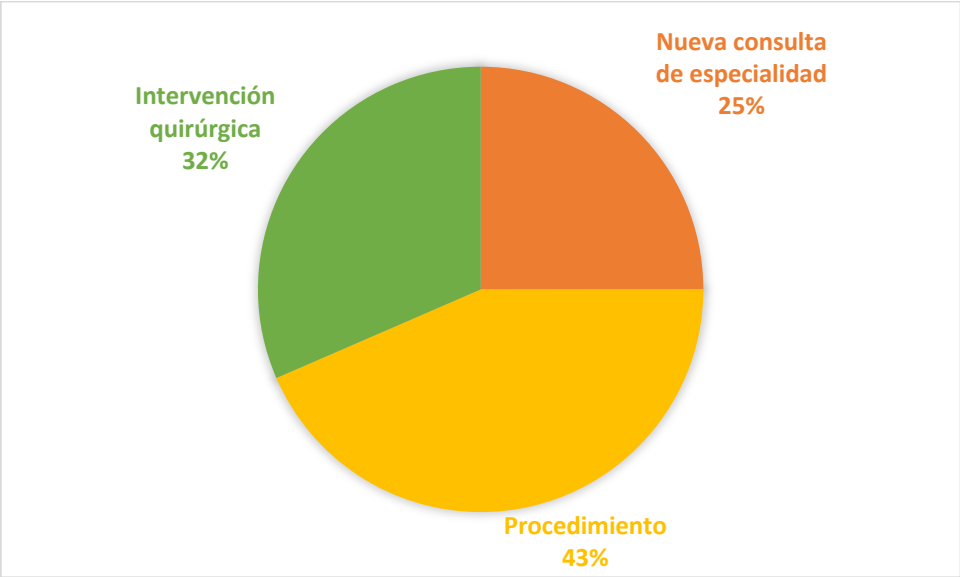
Gráfico 2: Distribución por edad de personas en el RNLE.



Fuente: Elaboración propia en base a datos recogidos del Informe de la Comisión Asesora Ministerial 2017.

Las causas de solicitud de derivación (consulta nueva, procedimiento, intervención quirúrgica) se distribuyeron:

Gráfico 3: Distribución según la causa de la solicitud de derivación.

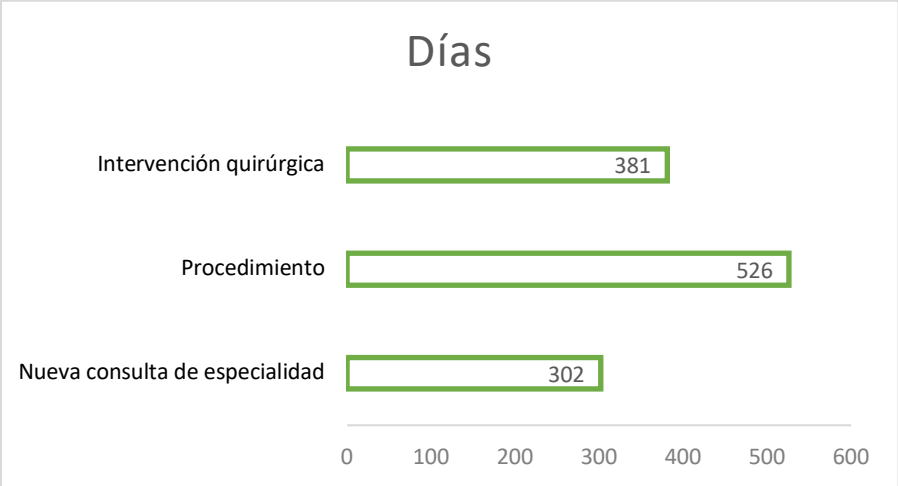


Fuente: Elaboración propia en base a datos recogidos del Informe de la Comisión Asesora Ministerial 2017.

Los datos expuestos anteriormente representan a pacientes que ingresaron al RNLE y salieron de éste por alguna de las diferentes causales de egreso. Ahora se presentarán los datos de aquellos pacientes que aun permanecen en el RNLE no GES ya que no tienen una causal de salida, o bien, cuentan con indicación de reevaluación al 31 de diciembre de 2016.

La distribución del tiempo de espera, entendido como días transcurridos desde la fecha de entrada al RNLE hasta la fecha de corte (31 de diciembre 2016), es la siguiente:

Gráfico 4: Tiempo de espera sin atención.



Fuente: Elaboración propia en base a datos recogidos del Informe de la Comisión Asesora Ministerial 2017.

Hasta el 31 de diciembre de 2016, el total de fallecidos que se encontraban a la espera de por lo menos una de las derivaciones fue de 15.625 personas. De ellas, 14.166 se encontraban a la espera de una consulta nueva de especialidad o intervención quirúrgica, mientras que 1.459 esperaban procedimientos (Comisión Asesora Ministerial, 2017).

La situación actual del país, conforme a lo recogido de la glosa 6 – septiembre 2018, en LE se muestra en las siguientes tablas (Ministerio de Salud, 2018):

Tabla 3: Garantías de Oportunidad GES retrasadas a nivel nacional según sexo al 30 de septiembre del 2018.

Hombres	Mujeres	Total
4.050	7.252	11.302

Fuente: Glosa 6 - septiembre 2018.

Tabla 4: Lista de espera abierta de consulta nueva de especialidad no GES según sexo al 30 de septiembre del 2018.

Hombres	Mujeres	Total
691.767	1.114.564	1.806.331

Fuente: Glosa 6 - septiembre 2018.

Tabla 5: Lista de espera abierta de intervenciones quirúrgicas no GES según sexo al 30 de septiembre del 2018.

Hombres	Mujeres	Total
106.074	152.057	258.131

Fuente: Glosa 6 - septiembre 2018.

2.3 GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA EN DIFERENTES PAÍSES

Las LE son un fenómeno que se da en todos los países, respondiendo a la máxima de que las necesidades son infinitas y los recursos escasos, no pudiendo el sistema hacerse cargo de toda la demanda que existe.

A continuación, se expondrán la forma en que diferentes países, europeos principalmente, llevan a cabo la gestión de LE en salud.

A. Reino Unido: El *National Health Service (NHS)* regula los tiempos de garantías de las LE. La actual “Carta del Paciente” plantea garantizar tiempos máximos de

respuesta para intervenciones quirúrgicas de 6 meses, 3 meses para consultas externas de especialistas y 2 días para acudir al médico de cabecera.

La NHS también realiza convenios con otros centros asistenciales de la Unión Europea para poder trasladar pacientes y de esa forma descongestionar las LE.

B. Irlanda: Para abordad las LE, Irlanda a utilizado procedimientos que se inicial con un plan de choque para número específico de procedimientos quirúrgicos.

   En el año 1993 se establece que el tiempo máximo para atención en adultos es de 12 meses, mientras que para niños es de 6 meses.

   En el año 1999 se crea un grupo de revisión, el cual tiene como objetivo hacer recomendaciones en el corto, mediano y largo plazo producto del aumento significativo de personas en LE. Crean programas para que los tiempos de espera disminuyan con el tiempo, teniendo como objetivo que para el año 2003 los tempos máximos de espera serían 6 meses para adultos y 3 meses para niños, mientras que en el año 2004 se fijó que ningún paciente esperara mas de 3 meses.

C. Suecia: fue el primer país en introducir los tiempos máximos de espera como respuesta a la LE sanitaria. En un principio (año 1992) se establecieron tiempos máximos de espera de 3 meses para 12 procedimientos: cirugía cardiaca, artroplastia de cadera y rodilla, cirugía de cataratas, colecistectomía, herniofarria, cirugía por hiperplasia benigna de próstata, cirugía de prolapso de útero, tratamiento de incontinencia y test de prótesis auditivas.

   En un principio los tiempos de espera se redujeron, pero en el corto plazo volvieron a los del principio, debiendo abandonar el tiempo de garantía de su forma original.

D. Noruega: En este país, en la década de los 80, se vivió lo que se conoce como la “magia” de las LE. Durante esa época las LE se convirtieron en el elemento central de la política sanitaria a través de la inversión de grandes cantidades de dinero para conseguir su reducción.

   Paradójicamente, a pesar de la alta inversión, las LE no demostró un cambio significativo, disminuyendo muy poco, pese a que se trataban más pacientes. Las autoridades noriegas establecieron que es necesario observar de una manera amplia y crítica el fenómeno de las LE. De esta forma, con posterioridad se establecieron 3 directrices: los pacientes de primera prioridad (urgente) reciben tratamiento de inmediato; los pacientes de segunda prioridad (enfermos graves) tienen garantía de lista de espera y tratamiento antes de tres meses; por último, los

demás enfermos deben esperar en lista de espera que se produzcan vacantes, no se especificando el tiempo (Cañizares & Santos, 2017).

E. Nueva Zelanda: Ha elaborado un conjunto de actuaciones en LE, entre ellas la creación de un comité asesor para aconsejar acerca de formas de resolución de LE. Otra medida fue formar un sistema de priorización de LE.

F. Canadá: La Asociación Médica de Canadá lleva años estudiando el tema de las LE en salud, y el cómo se puede optimizar su uso. Dentro de las medidas que han implementado se encuentran (Superintendencia de Salud, 2010):
    - Establecimiento de prioridades con asesoramiento tanto de los prestadores como del público;
    - Manejar las expectativas de pacientes mediante procesos comunicacionales transparentes;
    - Dirigir los esfuerzos hacia limitar las falencias en materia de personal de la salud y capacidad del sistema sanitario;
    - Recopilación de datos mediante inversiones en sistemas de información.

G. España: Las cifras globales de toda España muestran una espera media por parte de los pacientes de 93 días. En el año 2017 fueron 584.000 pacientes que requerían algún tipo de intervención quirúrgica.

    Madrid, La Rioja y el País Vasco son las tres comunidades con esperas más cortas. Suman en promedio menos de 50 días de espera, mientras que Islas Canarias, Castilla-La Mancha y Cataluña poseen los índices mas altos de tiempos de espera con 4 meses.

    Los malos indicadores que presentan algunas comunidades obedecen, según expertos, a el recorte sanitario (10%).

    Influyen en la cantidad de días de espera las características específicas de las poblaciones, por ejemplo, la insularidad de Canarias representa un problema. Por el contrario, Madrid se beneficia del elevado porcentaje de población que es atendida por otras vías (El País, 2018).

CAPÍTULO 3: HOSPITAL SAN MARTÍN DE QUILLOTA

El Hospital San Martín de Quillota es un centro asistencial de alta complejidad perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota. Está encargado de proveer atención integral a los ciudadanos pertenecientes a las provincias de Quillota y Petorca. Abarca además las comunas de Olmué y Limache, comunas pertenecientes a la provincia de Marga-Marga.

3.1 RESEÑA HISTÓRICA

Los inicios del Hospital San Martín de Quillota se remontan al año 1849, cuando el sacerdote José Martín González mantuvo un hospicio en una chacra a las afuera de la ciudad encargándose del cuidado de enfermos. En el año 1856, ante la imposibilidad de seguir manteniendo esta obra, el padre motivó a un grupo de vecinos de la Villa San Martín de la Concha del Valle de Quillota, quienes se reunieron y resolvieron iniciar una campaña para reunir fondos y construir el hospital.

De esta forma, la organización de los vecinos logró que el 7 de mayo de 1857 fuese colocada la primera piedra, en principio un amplio edificio de madera y adobe inaugurado el 11 de mayo de 1860. El hospital quedó a cargo de la sociedad Beneficiaria de Quillota, bajo la administración de las religiosas de la Congregación Hospitalarias de San José (Hospital San Martín de Quillota, 2015).

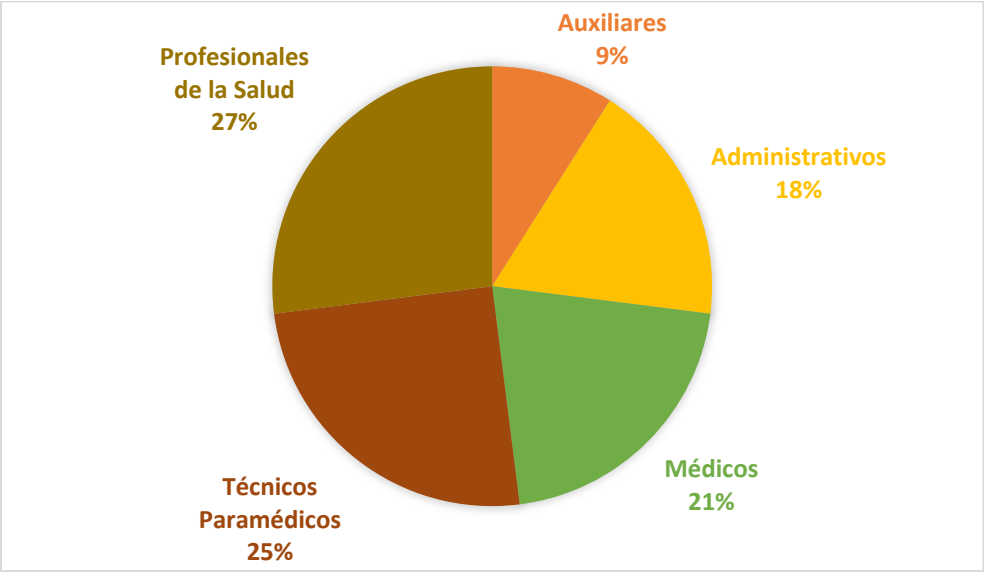
3.2 ORGÁNICA INSTITUCIONAL

El Hospital San Martín de Quillota cuenta con una dirección, actualmente a cargo de manera subrogante, de la Dr. Rosemarie Aravena. Esta dirección cuenta a su vez con 6 subdirecciones: medicina asistencial; gestión de cuidado al paciente; finanzas, recursos físicos y abastecimiento; gestión al usuario y participación social; recursos humanos; y operaciones.

3.3 DOTACIÓN DE FUNCIONARIOS

Al año 2017, el Hospital San Martín de Quillota cuenta con 1.004 funcionarios y 107 personas de empresas externas (Hospital San Martín de Quillota, 2018). Estos funcionarios se agrupan por estamentos según lo expone el siguiente gráfico:

Gráfico 5: Dotación por estamento.



Fuente: Elaboración propia en base a datos recogidos de cuenta pública 2017.

El Hospital cuenta con un total de 151 médicos, lo que representa 0,41 médicos por cada 1.000 habitantes.

3.4 RECURSOS FÍSICOS DISPONIBLES

El hospital cuenta con los siguientes recursos físicos:

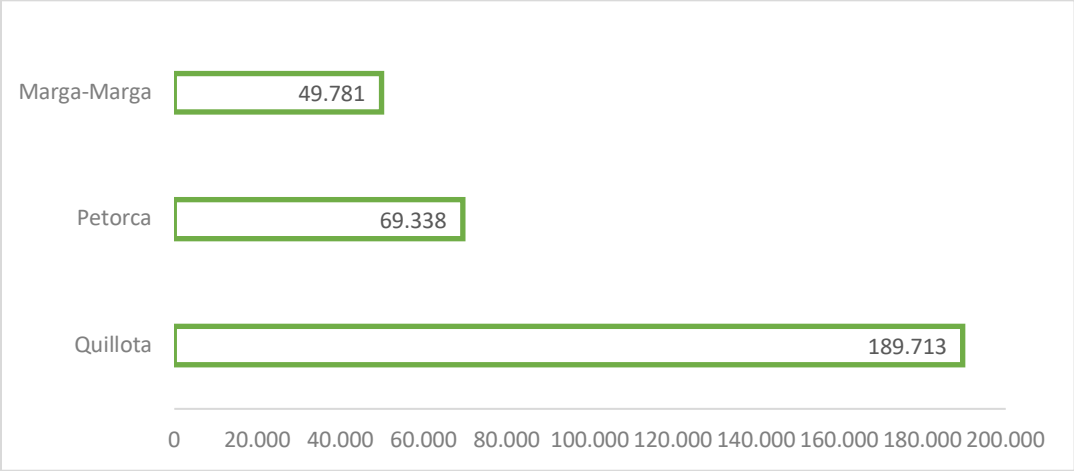
- 212 camas y cunas;
- 5 pabellones quirúrgicos y 1 de urgencia;
- 2 ambulancias;
- 1 móvil para traslado de pacientes;
- 1 móvil multiuso;
- Edificación de 7.880 m2

3.5 CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS

El Hospital San Martín de Quillota recibe pacientes provenientes de su territorio jurisdiccional, el cual corresponde a las provincias de Quillota (Quillota, La Calera, Nogales, La Cruz, Hijuelas), Petorca (Cabildo, Petorca, La Ligua, Zapallar, Papudo), además de las comunas de Limache y Olmué pertenecientes a la provincia de Marga – Marga.

La población beneficiaria es de 308.832 habitantes, distribuidos de la siguiente manera según provincias:

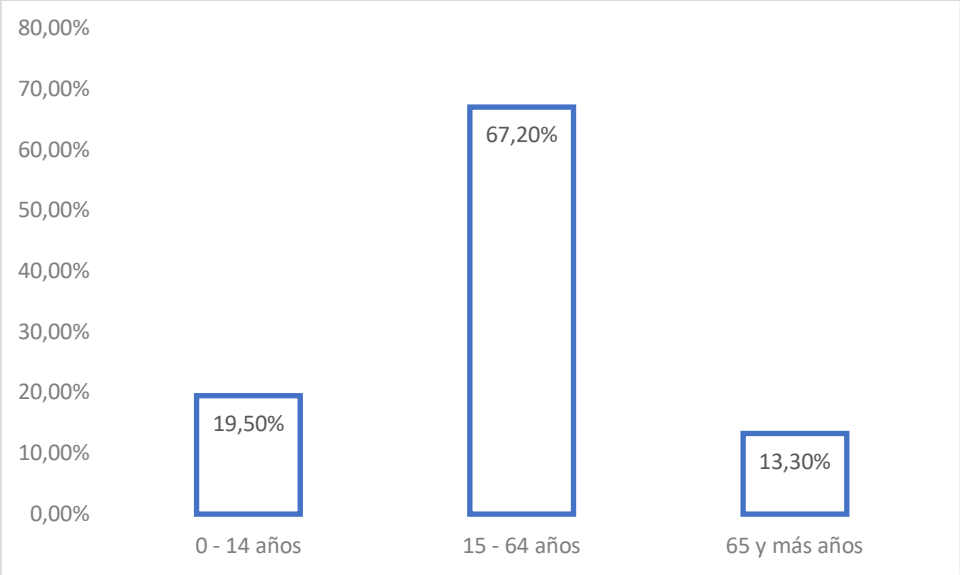
Gráfico 6: Distribución de beneficiarios por provincia.



Fuente: Elaboración propia en base a datos recogidos de cuenta pública 2017.

La distribución etaria de los pacientes del Hospital San Martín de Quillota es la siguiente:

Gráfico 7: Distribución etaria pacientes Hospital San Martín de Quillota.



Fuente: Elaboración propia en base a datos recogidos de cuenta pública 2017.

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la situación actual de la lista de espera quirúrgica no GES en el Hospital San Martín de Quillota y cómo se llevan a cabo los procesos para su reducción?

4.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El fenómeno de las listas de espera (teoría de las colas) se produce toda vez que la demanda efectiva de un servicio supera a la oferta efectiva (Superintendencia de Salud, 2010), es por ello que en el caso de la salud pública este fenómeno, por su relevancia social, ha tenido una connotación mediática importante.

Lo anterior obedece a casos como el ocurrido en el Hospital San José de la Región Metropolitana, en donde se habrían eliminado artificialmente a pacientes de la lista de espera quirúrgica no GES (CIPER, 2017), o por el alto numero de fallecidos esperando poder realizarse una intervención quirúrgica, siendo 11.507 personas las muertas entre los años 2005-2016, ya sea por patología GES retrasada o no GES (Comisión Asesora Ministerial, 2017).

No obstante, existen centros asistenciales que sí han podido cumplir el compromiso presidencial de reducir las listas de espera quirúrgicas, como es el caso del Hospital San Martín de Quillota, el cual durante el año 2017 logró eliminar la lista de espera quirúrgica no GES por medio de 1.200 intervenciones (Hopital San Martín de Quillota, 2018). Es por ello la relevancia del estudio de la institución de salud antes mencionada para conocer qué es lo que se está llevando a cabo para cumplir en la materia, y qué es posible replicar en otras instituciones de salud.

4.3 OBJETIVOS

4.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los procesos aplicados por el Hospital San Martín de Quillota para disminuir las listas de espetas quirúrgica no GES.

4.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Explicar el proceso de incorporación a la lista de espera quirúrgica.

2. Describir el sistema de gestión de lista de espera quirúrgica no GES llevado a cabo por el Hospital San Martín de Quillota.
3. Describir experiencias internacionales en la reducción de listas de espera quirúrgica no GES.
4. Identificar aciertos procedimentales que ayudan a disminuir la lista de espera no GES en el Hospital San Martín de Quillota.
5. Identificar aspectos a mejorar en la gestión de la lista de espera quirúrgica no GES del Hospital San Martín de Quillota.

4.4 DEFINICIÓN DEL ENFOQUE Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

Para la elaboración de la presente investigación se utilizará un enfoque mixto, toda vez que se acudirá a datos cuantitativos (información estadística relacionada con número de atenciones brindadas, intervenciones quirúrgicas realizadas, fallecimientos, etc.), como a información cualitativa (recogida principalmente de testimonios brindados por funcionarios hospitalarios a través de entrevistas semiestructuradas). Lo que se pretende lograr mediante el enfoque mixto es tener una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010).

Se define también como una investigación de carácter exploratorio, toda vez que busca examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010).

Por último, se realizará un estudio de caso, entendido éste como una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares (Carazo, 2006), siendo el Hospital San Martín de Quillota la organización que se abordará de manera intensiva.

4.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de información para la presente investigación se llevó a cabo por medio de revisión, en primer lugar, bibliográfica de informes gubernamentales (Comisión Asesora Ministerial, Superintendencia de Salud), informes de organismos no gubernamentales (Organización Mundial de la Salud, CIPER), preceptos legales y constitucionales, archivos de prensa, entre otros.

También se aplicó una entrevista a la encargada de las LE quirúrgicas no GES del Hospital San Martín de Quillota, la enfermera Srta. Laura Cortés. Ésta entrevista de carácter

semiestructurada tuvo como fin ahondar en tópicos tales como el proceso llevado a cabo por la institución en cuanto a la gestión de LE, también abordó el cómo se lleva a cabo la priorización de pacientes, y otros aspectos relacionados con la materia.

4.6 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Es menester, para el desarrollo de la presente investigación, la definición de las siguientes categorías de análisis y sus respectivas subcategorías:

Tabla 6: Categorización.

Categoría	Subcategoría	Definición de Subcategoría
Hospital San Martín de Quillota	Historia	Breve reseña histórica del Hospital San Martín de Quillota, fundamentalmente abordar la fundación del establecimiento
	Orgánica Institucional	Descripción de los altos estamentos del establecimiento hospitalario (cargos directivos).
	Dotación de funcionarios	Número de funcionarios hospitalarios y proporción que representan según estamento (profesionales de la salud, auxiliares, administrativos, técnicos paramédicos y médicos).
	Recursos físicos disponibles	Cuenta de los recursos físicos que posee el hospital: camas, pabellones, ambulancias, móviles y edificación.
	Caracterización de los usuarios	Descripción de los usuarios del hospital San Martín de Quillota (geográfica, etaria).

Proceso de incorporación a Lista de Espera Quirúrgica no GES	Incorporación a Lista de Espera Nueva Consulta	Proceso de incorporación a la LE de nueva consulta, la cual corresponde a la primera atención generada con motivo de una enfermedad.
	Incorporación a Lista de Espera de Procedimientos Diagnósticos	Proceso de incorporación a la LE de procedimiento diagnostico, el cual corresponde a toda prueba o exploración realizada en una consulta o sala especial.
	Incorporación a Lista de Espera Quirurgica no Ges	Proceso de incorporación a la LE quirúrgica no GES, definida ésta como toda actividad terapéutica realizada en un pabellón quirúrgico por personal calificado
	Patologías cubiertas por el Hospital	Patologías recogidas del manual de FONASA.
Priorización de pacientes	Crtiterios institucionales de priorización de pacientes	Algoritmo asociado al motivo de derivación del paciente: diagnóstico clínico, edad y sexo, condición crónoca asociada, Nº de hospitalizaciones previas, Nº de derivaciones en la LE no GES, presencia patología GES, uso de medicamentos, tiempo de espera observado.
Percepción de la gestión	Aciertos procedimetales llevados a cabo por el Hospital San Martín de Quillota	Mención de todas aquellas actividades y gestiones llevadas a cabo por el personal hospitalario que han contribuido a una descongestión de la LE no GES.
	Aspectos a mejorar en la gestión de la LE quirúrgica no GES.	Identificación de puntos criticos, cuellos de botella, errores procedimentales, etc. que impiden una descongestión expedita de la LE no GES.

4.7 RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados esperados en la presente investigación radican en poder establecer cuáles son aquellos factores sobre los cuales depende la solución a la problemática, o bien traban la superación de las LE quirúrgica no GES.

Al ser un estudio de caso, permite conocer la realidad de una institución reconocida por desempeñar un buen trabajo en la materia, y a partir de esa experiencia identificar aquellos aciertos procedimentales en la gestión de la LE espera, como también aquellos aspectos a corregir.

CAPÍTULO 5: PROCESO DE INCORPORACION A LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA NO GES

La incorporación de los pacientes a la LE viene estandarizada en un manual llamado "Proceso de Registro de Lista de Espera no GES", elaborado por el Departamento de Gestión de la Información de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Para incorporar a un paciente a la LE quirúrgica no GES, antes debió pasar por la LE de consulta nueva y LE de procedimientos diagnósticos.

El manual señalado, establece los procesos mínimos, no obstante, las instituciones pueden administrarlo de la forma que estimen un mayor beneficio para los usuarios.

Los pacientes para ingresar al Hospital San Martín de Quillota deben contar con una solicitud de interconsulta (SIC) emitida por un servicio de atención primaria de salud (APS). EL presente hospital tiene la jurisdicción de las provincias de Petorca y Quillota, además de las comunas de Limache y Olmué. Los centros de atención primaria desde donde llegan las derivaciones son los siguientes:

Tabla 7: Servicios de APS Provincia de Petorca

Provincia de Petorca	Papudo	CESFAM Papudo Posta Rural Pullally
	La Ligua	Posta de Salud Rural Santa Marta Posta de Salud Rural Pueblo de Varas Posta de Salud Rural Pueblo de Roco Posta de Salud Rural Trapiche Posta de Salud Rural Las Parcelas Posta de Salud Rural Huaquén (La Ligua) Posta de Salud Rural Los Molles Posta de Salud Rural Pichicuy Posta de Salud Rural La Canela Centro de Salud Familiar Raúl Sánchez Bañados
	Cabildo	Posta de Salud Rural Alicahue Posta de Salud Rural Artificio (Cabildo) Posta de Salud Rural La Viña Posta de Salud Rural Las Puertas
	Petorca	Posta de Salud Rural Hierro Viejo Centro Comunitario de Salud Familiar Pedegua
	Zapallar	Centro de Salud Familiar Zapallar

		Posta de Salud Rural Catapilco

Fuente: Base establecimientos DEIS Minsal 2017

Tabla 8: Servicios de APS Provincia de Quillota.

Provincia de Quillota	Quillota	Centro de Salud Dr. Miguel Concha Centro de Salud Raúl Silva Henriquez CESFAM Boco CESFAM San Pedro CESFAM La Palma CECOSF Cerro Mayaca CECOSF Santa Teresita CECOSF Ruta Norte Posta Rural Mananar
	Nogales	CESFAM Nogales CESFAM El Melón CECOSF Ex Asentamiento
	La Cruz	Consultorio Municipal de la Cruz
	Hijuelas	Posta Rural Villa Prat CESFAM Hijuelas Posta Rural Romeral
	La Calera	CESFAM Artificio CECOSF El Trigal CECOSF Patricia Guerra Posta Rural Pachacamita Posta Rural Pachacama Posta Rural Manuel Rodriguez

Fuente: Base establecimientos DEIS Minsal 2017

Tabla 9: Servicios de APS Provincia de Marga-Marga (Olmué).

Provincia Marga-Marga	Olmué	Centro de Salud Familiar Manuel Lucero. Olmué Posta de Salud Rural Quebrada Alvarado Posta de Salud Rural La Vega (Olmué) Posta de Salud Rural Las Palmas

Fuente: Base establecimientos DEIS Minsal 2017

5.1 INCORPORACIÓN A LISTA DE ESPERA DE NUEVA CONSULTA

Como se mencionó anteriormente, la nueva consulta corresponde a la primera atención geenrada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución al problema de salud. Además, es independiente de atenciones anteriores que se hayan efectuado al usuario en la misma especialidad (Ministerio de Salud, 2018). Para el registro en LE según tipo de prestación se le asigna el número 1.

La entrada a la LE para estos pacientes corresponde a la fecha de indicación de dichas atenciones realizada por el médico u otro profesional autorizado, documentado en el formulario correspondiente.

El proceso se detalla en la tabla Nº 10.

Tabla 10: Proceso de incorporación LE nueva consulta

Etapa	Registro	Nombre Actividad	Responsable
1	Generacion de la SIC desde APS	Generación de la interconsulta (SIC): Esta actividad la debe realizar y firmar el médico/matron(a) tratante. Para generar la SIC se debe consignar la información obligatoria definida en integridad del documento.	Médico/Matrona tratante
2	Revisión de la SIC	Esta actividad la debe realizar el Contralor del Establecimiento verificando la completitud y/o pertinencia de la SIC realizada. La SIC no pertinente debe ser egresada por esta causal.	Médico contralor
3	Lista de Espera	Generación de la lista de espera actualizada y consolidada del establecimiento.	Jefe Admisiòn
4	Reporte de ingreso de paciente	Generación de reporte de pacientes ingresados de la LE.	Jefe TIC del establecimiento
5	Carga masiva al RNLE	Generación de la carga masiva de pacientes ingresados a la lista de espera.	Referente del registro de lista de espera o a quien se le delegue la función.

6	Agendamiento	Asignación de hora de atención para consulta de especialidad.	Enfermera Coordinador del servicio clinico quirúrgico o a quien se le delegue la función.
7	Citaciones	Confirmación de cita para atención en consulta de especialidad.	Jefe Some o Unidad de gestión de demanda.
8	Hoja estadística diaria y ficha técnica	Registro del resultado diario de la consulta agendada: paciente atendido o inasistente. Registro clinico en ficha clinica.	Médico tratante
9	Reporte de pacientes egresos	Generación de reporte de pacientes egresados de la LE.	Jefe TIC del establecimiento.
10	Carga masiva al RNLE	Generación de la carga masiva de pacientes egresados de la lista de espera.	Jefe TIC del establecimiento.

Fuente: Norma técnica para el Registro de las Listas de Espera.

Unicamente pueden ingresar a las diferentes LE del Hospital San Martín de Quillota pacientes cuya previsión de salud sea FONASA. Al ingresar un paciente de ISAPRE, CAPREDENA, DIPRECA, el sistema rechaza el ingreso.

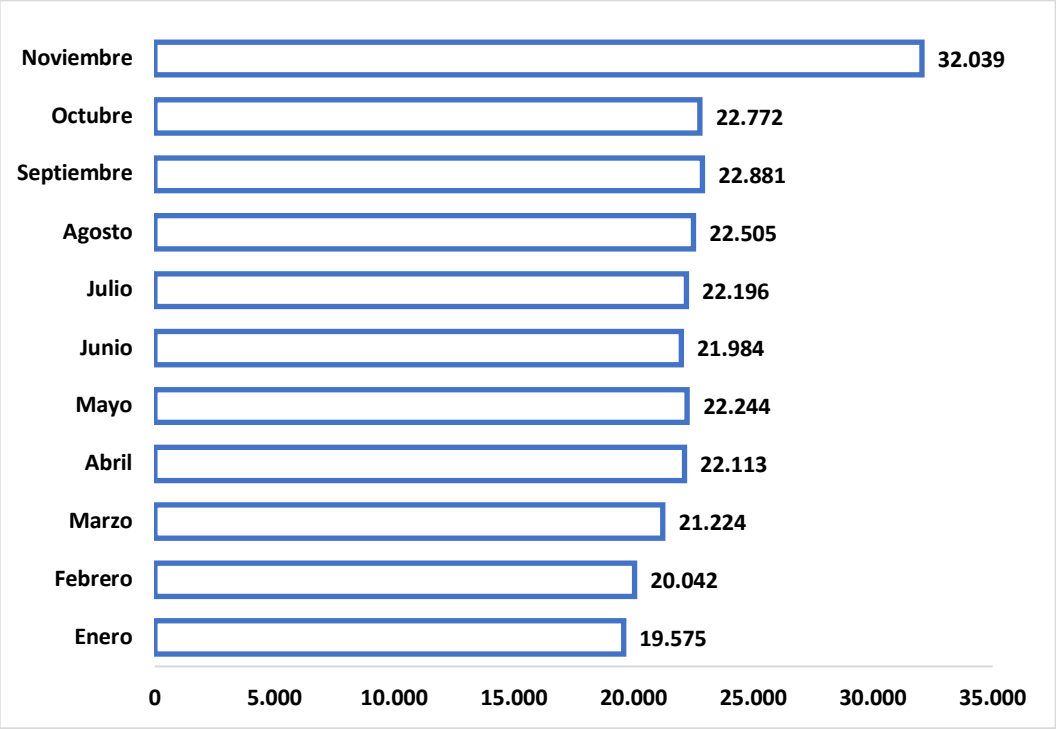
Las SIC generadas desde los servicios APS son revisadas en el hospital por el médico contralor, quien evalúa en primer lugar que se cumplan con los caracteres de forma (solicitud completa). Posterior a eso, deriva las SIC al médico especialista para que él/ella establezca si el paciente cumple o no con los criterios clinicos para acoger la solicitud.

Una vez cumplidos todos los aspectos de revisión, la SIC vuelve al servicio APS y son ellos los que se encargan de realizar los contactos para la incorporación a la LE de nueva consulta.

5.1.1 PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE NUEVA CONSULTA

A noviembre del año 2018, la distribución del número de pacientes que se encontraban en LE de nueva consulta es la siguiente (Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, 2018):

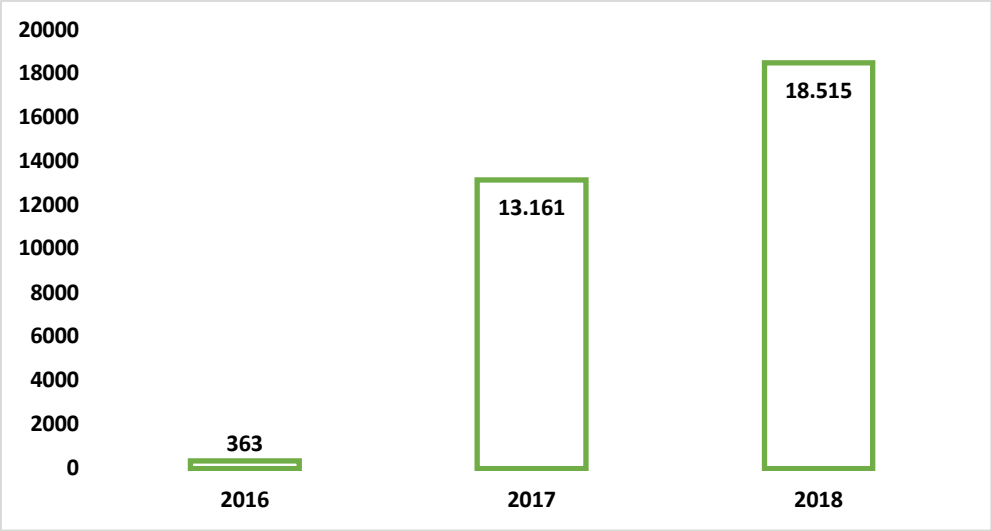
Gráfico 8: Distribución de pacientes en LE nueva consulta.



Fuenta: Monitoreo SIGTE 2018.

En el gráfico Nº 8 se evidencia el aumento de pacientes incorporados a la LE de nueva consulta, destacándose una alza significativa de 9.266 pacientes de octubre a noviembre del 2018.

Gráfico 9: Evolución del número de pacientes en LE nueva consulta por año



Fuenta: Monitoreo SIGTE 2018.

Al analizar la evolución del número de pacientes conforme al gráfico Nº9, se observa el brusco aumento desde el año 2016 al 2017 (12.798 pacientes). Lo anterior obedece a que, para final del año 2015, el hospital había cumplido con un 92,4% del compromiso presidencial, el cual dictaba que para esa fecha se debía eliminar en su totalidad la LE (Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, 2018).

Al comparar los 3 hospitales de alta complejidad pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, se puede observar en la tabla Nº11, que el hospital Gustavo Fricke posee la tasa de pacientes en LE más alta, seguido por el Hospital San Martín de Quillota y luego por el Hospital de Quilpué.

Tabla 11: Comparación LE nueva consulta por hospital de alta complejidad.

Establecimiento	Nº de Pacientes	Nº de Población	%
Hospital Gustavo Fricke	40.597	902.457	4,49%
Hospital San Martín	**32.039**	**308.883**	**10,37%**
Hospital de Quilpué	18.147	394.781	4,59%

Fuenta: Monitoreo SIGTE 2018. Cuenta Pública Hospital Gustavo Fricke 2017. Cuenta Publica Hospital de Quilpué 2018.

Pero si se compara en cuanto a la proporción de pacientes en LE, según el número de proporción de habitantes, el Hospital San Martín de Quillota presenta la tasa más alta de pacientes en esa situación.

5.1.2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE NUEVA CONSULTA POR ESPECIALIDAD.

Una vez que la SIC es aprobada y el servicio de APS contacta al paciente, éste es atendido por el especialista correspondiente. En la tabla Nº12 se presentan las especialidades con las que el Hospital San Martín de Quillota trabaja y el número de pacientes por especialidad que se encuentran en LE.

De todas las especialidades, las que presentan mayor número de pacientes a la espera de una interconsulta son oftalmología con 6.791 personas, medicina interna con 4.965 personas y cirugía general con 4.907 personas. Estos datos son al 30 de noviembre del año 2018.

Tabla 12: Pacientes en LE nueva consulta por especialidad.

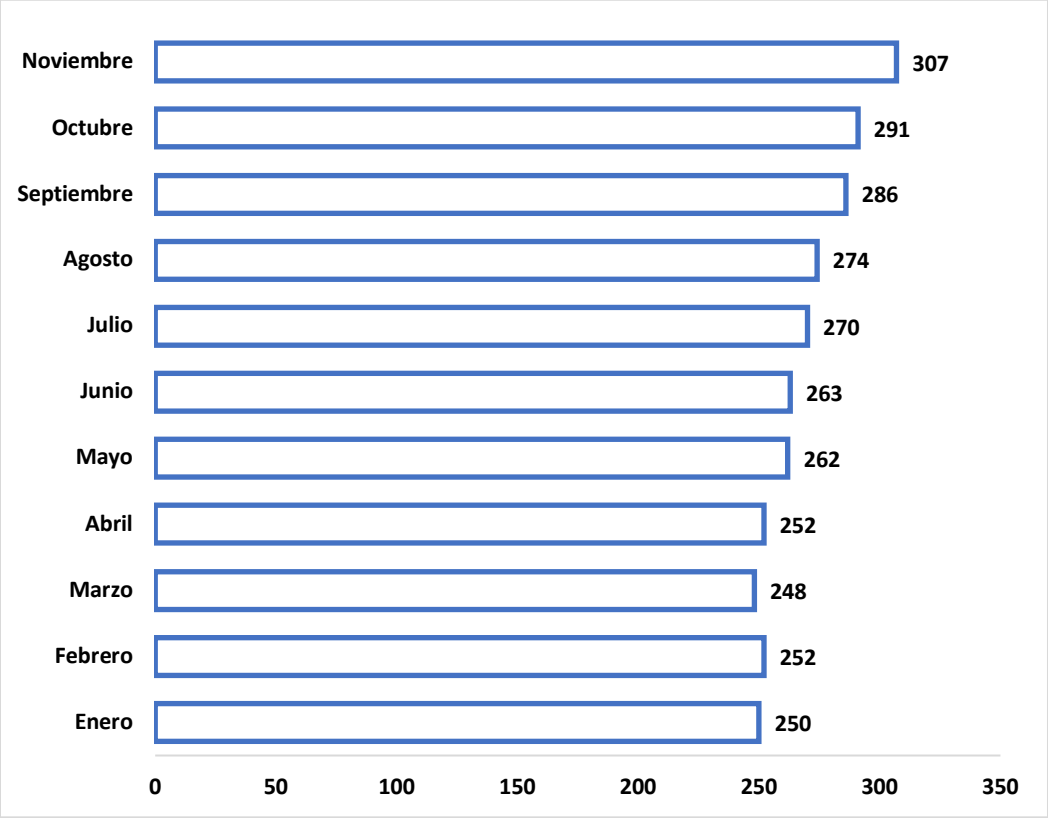
Especialidad	Año Ingreso			
	2016	2017	2018	Total
Cardiología	15	436	390	841
Cardiología pediátrica		2	112	114
Cirugía general	115	2.299	2.493	4.907
Cirugía pediátrica			23	23
Dermatología		31	843	874
Enfermedades respiratorias del adulto (broncopulmonar)	8	200	227	435
Enfermedades respiratorias pediátricas (broncopulmonar pediatrico)		3	55	58
Gastroenterología adulto		2	117	119
Gastroenterología pediátrica			15	15
Ginecología			592	592
Ginecología pediátrica y de la adolescencia			15	15
Hematología		2	58	60
Hemato-oncología pediátrica			25	25
Medicina física y rehabilitación (fisiatria adulto)			123	123
Medicina fisica y rehabilitación pediátrica (fisiatria pediatrica)			13	13
Medicina interna	11	2.477	2.477	4.965
Nefrología adulto		158	85	243
Nefrología pediátrico			40	40
Neurología adulto	196	976	1.270	2.442
Neurología pediátrica	1	3	589	593
Obstetricia			75	75
Oftalmología	10	2.751	4.030	6.791
Otorrinolaringología	4	1.571	1.704	3.279
Pediatría		3	176	179
Psiquiatría adulto	3	152	189	344
Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia		50	155	205
Reumatología		51	87	138
Reumatología pediátrica			22	22
Traumatología y ortopedia		1.509	1.197	2.706
Traumatología y ortopedia pediátrica		200	456	656
Urología		285	695	980
Urología pediátrica			167	167
Total general	**363**	**13.161**	**18.515**	**32.039**

Fuenta: Monitoreo SIGTE 2018.

5.1.3 TIEMPO DE ESPERA PARA NUEVA CONSULTA

Como se definió con anterioridad, el tiempo de espera es el periodo que transcurre entre que el paciente ingresa a la LE y sale por las diferentes causales que se expondrán con posterioridad. Los tiempos de espera mensuales a noviembre del año 2018 fueron los siguientes:

Gráfico 10: Días de espera para nueva consulta



Fuenta: Monitoreo SIGTE 2018.

El promedio de días de espera anual para el año 2018 es de 267 días. Esto lo ubica como el servicio de atención de alta complejidad con el menor tiempo de espera, ya que el Hospital Gustavo Fricke tiene como promedio 328 días de espera para consulta de nueva especialidad y el Hospital de Quilpué 329 días.

5.2 INCORPORACIÓN A LISTA DE ESPERA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

El segundo paso para que un paciente pueda llegar a ser incorporado a la LE quirúrgica es su incorporación a la LE de procedimientos diagnósticos, entendidos estos como toda prueba o exploración realizada en una consulta o sala especial que no corresponde a la anamnesis o exploración física básica y que requiere un tiempo distinto a la propia consulta (Ministerio de Salud, 2018). Representan las pericias o exámenes que el médico tratante pide para establecer la pertinencia de la intervención quirúrgica.

La norma técnica para incorporación a LE no establece un proceso estandarizado de ingreso de pacientes a la LE de procedimiento diagnóstico. Se reconoce con el número 2.

Tabla 13: Pacientes en LE de procedimiento diagnóstico.

Establecimiento	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Hospital G. Fricke	388	934	1.206	1.289	3.243	7.035
Hospital San Martín	**46**	**84**	**357**	**696**	**1.387**	**2.486**
Hospital de Quilpué	130	367	482	350	1.607	3.365

Fuenta: Monitoreo SIGTE 2018.

Según lo que expone la tabla Nº13, el Hospital San Martín de Quillota cuenta a noviembre del 2018 con 2.486 pacientes en LE de procedimiento diagnóstico, siendo el establecimiento de alta complejidad del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota con menos pacientes en esa situación.

5.3 INCORPORACIÓN A LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Una vez que el paciente se ha realizado las pericias necesarias mediante el procedimiento diagnóstico, y además el doctor tratante estima que cumple con los requisitos clínicos para someterse a una operación, las personas se incorporan a la LE quirúrgica.

Se define Intervención Quirúrgica como “la Actividad terapéutica, que implica la incisión de la piel u otros planos, con el fin de extirpar, drenar, liberar o efectuar un aseo quirúrgico ante un cuadro patológico (Ministerio de Salud, 2018).

La LE quirúrgica del Hospital San Martín de Quillota está compuesta únicamente por pacientes que padecen una patología no GES, diferenciándose de las garantías tardías GES. Además, el tipo de intervención que se realiza en el establecimiento es de baja

complejidad, debiendo derivar a los de alta complejidad al Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar o Carlos Van Buren de Valparaíso, según corresponda.

Al igual que para la LE de nueva consulta, el procedimiento para incorporación de pacientes a la LE quirúrgica cuenta con un proceso estandarizado en el manual "Proceso de Registro de Lista de Espera no GES".

Los pasos se enumeran en la tabla Nº14.

Tabla 14: Proceso de incorporación LE quirúrgica.

Etapa	Registro	Nombre Actividad	Responsable
1	Orden o solicitud de pabellón.	Emisión de la Orden o solicitud de pabellón: esta actividad considera la emision del documento lo realiza el médico tratante.	Médico tratante
2	Digilitación Ordenes de Pabellón.	Generación de reporte de carga al sistema informático local.	Referente del registro de lista de espera o a quien se le delegue la función.
3	Lista de Espera	Generación de la lista de espera actualizada y consolidada del establecimiento.	Jefe SOME o Jefe de unidad de gestión de demanda.
4	Reporte de pacientes Ingresados a LE	Generación de reporte de pacientes ingresados de la LE.	Jefe TIC del establecimiento, Jefe de SOME.
5	Carga masiva al RNLE	Generación de la carga masiva de pacientes ingresados a la lista de espera.	Referente del registro de lista de espera o a quien se le delegue la función.

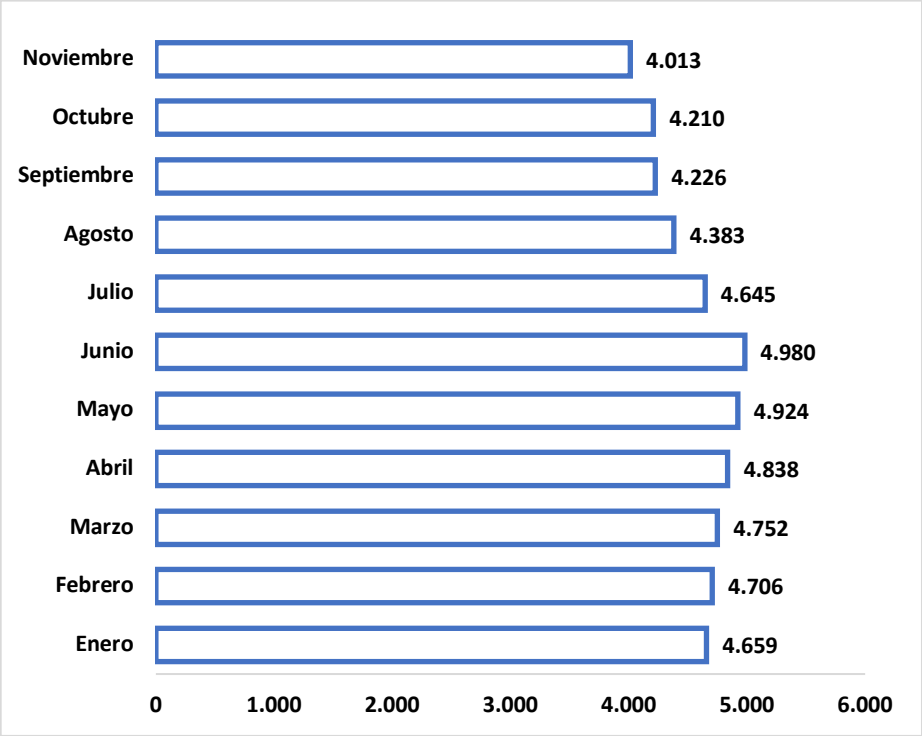
6	Agendamiento	Agendaniento de pacientes y Asignación de hora de atención.	Enfermera Coordinadora del servicio clinico quirúrgico o a quien se le delegue la función.
7	Hoja Estadística Diaria o Ficha clinica.	Registro del resultado diario de la consulta agendada: paciente atendido o inasistente. Registro clinico en ficha clinica.	Médico tratante
8	Tabla quirúrgica.	Generación de Tabla Quirúrgica: Agendamiento del pabellón para la IQ.	Enfermera Coordinador del servicio clinico quirúrgico, o Jefa de Pabellón o a quien se le delegue la función.
9	Protocolo Operatorio.	Emisión del protocolo operatorio de la cirugía realizada.	Médico cirujano.
10	Reporte de pacientes Egresos.	Generación de reporte de pacientes egresados de la LE.	Jefe TIC del establecimiento.
11	Carga masiva al RNLE	Generación de la carga masiva de pacientes egresados s la lista de espera.	Jefe TIC del establecimiento.

Fuente: Norma técnica para el Registro de las Listas de Espera.

5.3.1 PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Conforme a los datos recogidos en el monitoreo en el monitoreo SIGTE a noviembre del 2018, la distribución del número de pacientes en LE quirúrgica mensual es el siguiente:

Gráfico 11: Distribución de pacientes en LE quirúrgica



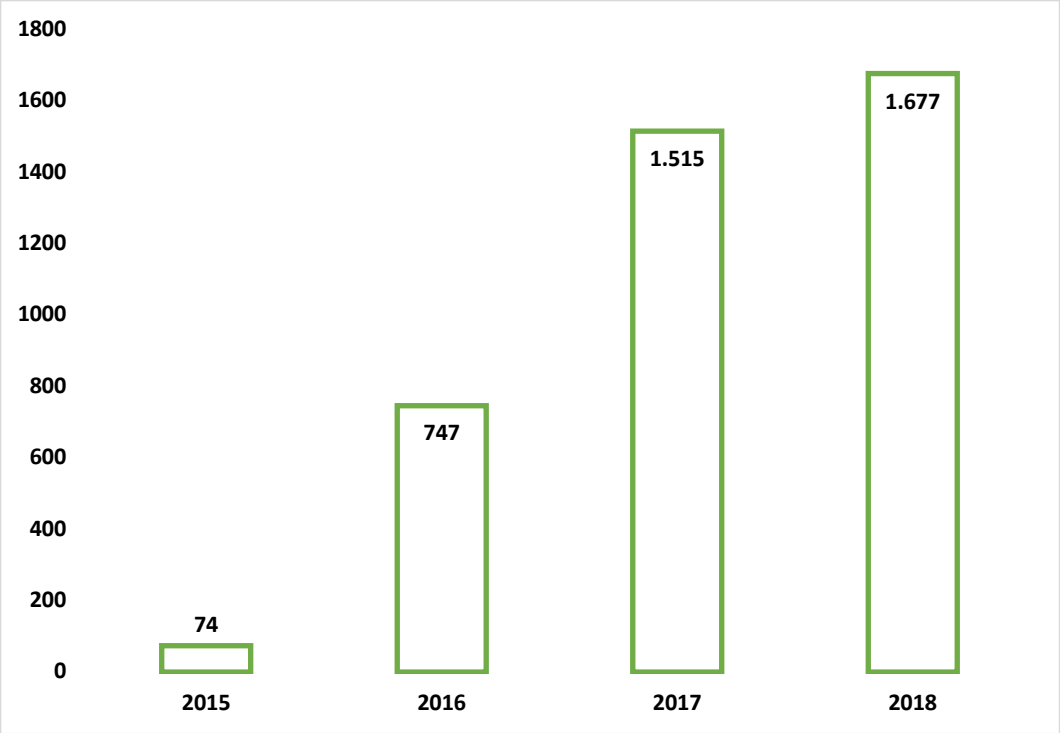
Fuenta: Monitoreo SIGTE 2018.

A noviembre del año 2018, la LE quirúrgica del Hospital San Martín de Quillota cuenta con 4.013 pacientes, siendo el mes de junio en donde se presentó la mayor congestión de personas en esa situación (4.980 pacientes).

Hay que destacar también que, a diferencia de las otras listas de esperas, en este caso el número de pacientes al comparar enero y noviembre del año 2018 a disminuido, ascendiendo hasta junio para luego descender.

La evolución del número de pacientes en LE quirúrgica desde el año 2015 al 2018 se muestra en el gráfico Nº12:

Gráfico 12: Evolución del número de pacientes en LE quirúrgica por año.



Fuenta: Monitoreo SIGTE 2018.

En este caso se evidencia el considerable aumento en el número de pacientes en LE quirúrgica. Se debe hacer mención que en el año 2014 los pacientes en LE eran 481, logrando para el año 2015 disminuir esa cifra a 74, dando así un cumplimiento de 84,6% del compromiso presidencial.

En cuanto a la comparación con los otros hospitales de alta complejidad pertenecientes al servicio de salud, el hospital de Quillota presenta los siguientes números:

Tabla 15: Comparación LE quirúrgica por hospital de alta complejidad.

Hospital	Nº de Pacientes	Nº de Población	%
Hospital Gustavo Fricke	8.966	902.457	0,99%%
Hospital San Martín	**4.013**	**308.883**	**1,29%**
Hospital de Quilpué	1.451	394.781	0,36%%

Fuenta: Monitoreo SIGTE 2018. Cuenta Pública Hospital Gustavo Fricke 2017. Cuenta Publica Hospital de Quilpué 2018.

A pesar de ser segundo hospital con menor número de pacientes en LE quirúrgica, proporcionalmente es el establecimiento con la congestión más alta (1,29% de la población).

5.3.2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA NO GES POR ESPECIALIDAD.

La LE quirúrgica no GES está compuesta por las especialidades que se encuentran fuera de las garantías explicitas de salud (GES). El hospital se rige por lo que establece el código de FONASA. La distribución de número de pacientes por especialidad que se encuentran en LE quirúrgica es la siguiente:

Tabla 16: Pacientes en LE quirúrgica no GES por especialidad.

Especialidad	Año Ingreso				
	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**Total**
Cirugía cardiovascular		2	2	11	15
Cirugía de cabeza y cuello				1	1
Cirugía oftalmológica	5	124	210	366	705
Cirugía otorrinolaringologica			84	308	392
Cirugía plastica y reparadora			12	4	16
Dermatología y tegumentos	2	24	51	46	123
Gastroenterología	9	216	599	419	1.243
Ginecología y obstetricia	43	288	374	247	952
Neurología y neurocirugia		5	20	19	44
Traumatología	15	69	131	88	303
Urología y nefrologia		19	32	168	219
Total general	**74**	**747**	**1.515**	**1.677**	**4.013**

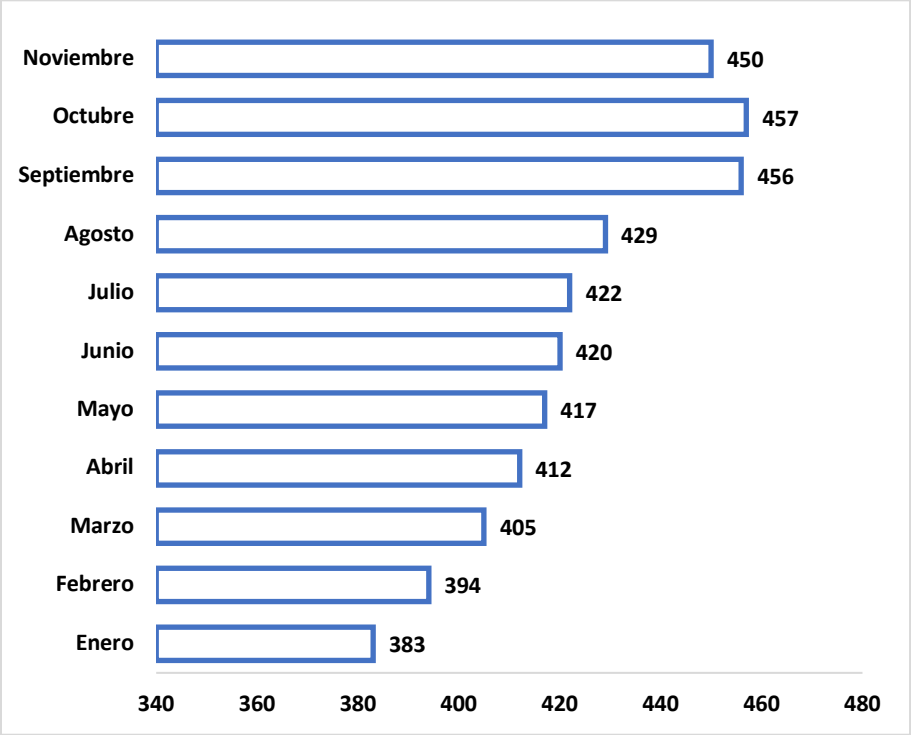
Fuenta: Monitoreo SIGTE 2018.

Se aprecia en la tabla que las cirugías con mayor demanda y congestión son gastroenterología, en primer lugar, ginecología y obstetricia en segundo lugar, y cirugía oftalmológica en tercer lugar.

5.3.3 TIEMPO DE ESPERA PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

Los días que los pacientes en LE quirúrgica no GES han debido esperar para recibir la intervención quirúrgica en el año 2018 (enero-noviembre) son:

Gráfico 13: Días de espera para intervención quirúrgica.



Fuenta: Monitoreo SIGTE 2018.

El promedio de días de espera en el año 2018 fue de 422 días, lo que lo ubica en el hospital de alta complejidd del servicio con mejor promedio de días de espera, superando al hospital de Quilpué que tiene un promedio de 598 días de espera y el hospital Gustavo Fricke con un promedio de 677 días (Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, 2018).

5.4 DATOS BÁSICOS PARA LA INCOPORACIÓN A LA LISTA DE ESPERA

El conjunto de datos básicos corresponde a los datos mínimos que deben registrarse de forma clara y acordada para poder implementar el seguimiento de las LE.

Los datos se enfocan en dos dimensiones de información: en primer lugar, se encuentran los datos de entrada, y en segundo lugar los datos de salida.

Se distingue a su vez entre los datos de carácter obligatorios, que permiten identificar al usuario, la atención y el establecimiento responsable, y los no obligatorios cuya finalidad es complementar la información para el logro de una buena gestión (Ministerio de Salud, 2018).

5.4.1 DATOS DE ENTRADA

Se deben registrar todas las personas que estén en espera de atención utilizando el ordenamiento establecido por el Arancel de FONASA para la modalidad de libre elección. En primer lugar, se debe identificar al usuario, para ello son necesario los siguientes datos:

a. Servicio de salud (Obligatorio).
b. RUN (Obligatorio).
c. Nombres (Obligatorio).
d. Primer apellido (Obligatorio)
e. Segundo apellido (Obligatorio).
f. Fecha de nacimiento (Obligatorio).
g. Sexo (Obligatorio).
h. Previsión (Obligatorio).
i. PRAIS (Obligatorio): beneficios otorgados por la Ley 19.123 del programa de derechos humanos.
j. Región (Obligatorio).
k. Ciudad (Obligatorio).
l. Comuna de residencia (Obligatorio).
m. Condición de ruralidad de la comuna de residencia (Obligatorio).
n. Clase de vía o sector del domicilio de residencia (No obligatorio).
o. Nombre de la calle de dirección (No obligatorio).
p. Número de dirección (No obligatorio).
q. Resto de dirección (No obligatorio).
r. Teléfono fijo (No obligatorio).
s. Teléfono móvil (No obligatorio).
t. Correo electrónico (No obligatorio).
u. Sospecha diagnóstica (Obligatorio).
v. Confirmación diagnóstica (Obligatorio).

Una vez identificado e individualizado el usuario, se debe identificar la prestación solicitada y el lugar. Para ello los datos son:

a. Fecha de entrada (Obligatorio).
b. Fecha de citación (No obligatorio).

c. Run profesional solicitante (No obligatorio).
d. Digito verificador profesional solicitante (No obligatorio).
e. Establecimiento de origen (Obligatorio).
f. Tipo de prestación (Obligatorio): nueva consulta, procedimiento, intervención quirúrgica.
g. Prestación MINSAL (Obligatorio).
h. Prestación establecimiento (Obligatorio).

5.4.2 DATOS DE SALIDA

Antes de hacer mención de los datos necesarios para la salida de los pacientes de la LE, es necesario nombrar las causales de salida estipuladas en la norma técnica, las que son:

1. Paciente GES: la prestación posee una cobertura garantizada.
2. Atención realizada: Corresponde a la consulta de especialidad mediante la cual el paciente es atendido por el especialista, o al procedimiento realizado que no requiere informe o a la intervención quirúrgica realizada en el establecimiento de referencia.
3. Procedimiento informado: procedimiento que requiere ser informado por especialista para la lectura del profesional solicitante.
4. Indicación médica para reevaluación: el paciente solo sale de la lista de espera una vez reevaluado y atendido nuevamente por especialista.
5. Atención otorgada en el extra sistema: corresponde a una prestación realizada en un establecimiento del extra sistema por iniciativa del usuario de satisfacer su demanda por otros medios.
6. Cambio de asegurador: corresponde a la pérdida de calidad de beneficiario.
7. Renuncia o rechazo voluntario: renuncia o rechazo que realiza el usuario de forma voluntaria.
8. Recuperación espontanea: recuperación del usuario sin que haya recibido la atención solicitada.
9. Inasistencia: corresponde a la existencia de 2 inasistencias efectivas sin previo aviso.
10. Fallecimiento.
11. Solicitud de indicación duplicada: corresponde a un registro duplicado de indicación, atención o intervención en un establecimiento distinto.

12. Contacto no corresponde: imposibilidad de ubicar al usuario por error de los datos del contacto entregados por este.
13. No corresponde realizar cirugía: corresponde a la pérdida de manera permanente de la indicación quirúrgica según decisión médica cuando por motivos de carácter clínicos no se requiere intervención.
14. Traslado coordinado: aplica a aquellos usuarios que dan aviso de un traslado en forma permanente hacia otro servicio de salud.
15. No pertinencia: Corresponde a la identificación de una interconsulta que no cumple con los protocolos de derivación.

Establecidas las causales de salida de la LE, los datos necesarios para ésta son:

a. Run profesional que resolvió (No obligatorio).
b. Digito verificador profesional que resolvió (No obligatorio).
c. Causal de salida (Obligatorio).
d. Fecha de salida (Obligatorio).
e. Establecimiento que otorgó la atención (Obligatorio).

5.5 PRIORIZACIÓN DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA.

La priorización es una herramienta de gestión que se utiliza con el fin de lograr un orden en la atención de pacientes bajo ciertos criterios. La Comisión Asesora Presidencial recomienda que para el establecimiento de los criterios se debe:

- Poner foco en gestionar el tiempo de espera más que en la cantidad de derivaciones.
- Contar con procesos de priorización de personas en LE no GES basado en criterios de riesgo.
- Definir mediciones para el monitoreo de la gestión de los tiempos de espera, basado en definiciones claras de tiempo de atención o resolución y tiempo de espera o demora; que midan la aplicación de criterios de riesgo con que se prioricen las derivaciones, es decir, con análisis centrado en el paciente (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2014).

La realidad de la LE quirúrgica no GES del Hospital San Martín de Quillota es que en cuanto a las prioridades de atención de pacientes que se encuentran en ella se posicionan en

cuarto lugar. Antes que ella se prioriza a los pacientes de urgencias, los canceres y tumores, los pacientes GES.

Ahora bien, en cuanto a la priorización de pacientes dentro de la LE quirúrgica, se establecen 2 criterios de priorización:

1. Prioridad clínica: es establecida por el médico especialista en función de la enfermedad base, limitaciones provocadas por la misma, etc. Se establecen 2 niveles de prioridad clínica:
    I. Prioridad: pacientes cuyo proceso y situación clínica obliga a un tiempo de espera inferior a la espera medial existente para esa patología (cánceres o tumores y urgencias clínicas);
    II. Normal: resto de pacientes.
2. Antigüedad en lista de espera: se intervendrá antes al paciente con mayor permanencia en LE quirúrgica.

La selección de pacientes par cirugía requiere que tengan efectuado el estudio preoperatorio actualizado (vigente hasta 6 meses) y la valoración pre anestésica si lo necesitan.

5.6 ACIERTOS Y ASPECTOS QUE MEJORAR EN LA GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA NO GES

Si bien existe un protocolo estandarizado por el cual se establece como llevar a cabo de manera procedimental la gestión de la LE, el éxito o fracaso del cumplimiento de los objetivos ahí trazados depende del trabajo llevado a cabo por el equipo multidisciplinario a cargo del tema.

La gestión para la resolución de la LE quirúrgica en el Hospital San Martín de Quillota se basa en 3 principios:

1. Optimización de procesos de atención para responder a la demanda con mayor oportunidad y calidad;
2. Actualización mediante plan de contactabilidad de usuarios;
3. Resolutividad según antigüedad y complejidad del paciente.

En entrevista realizada el 4 de diciembre del 2018 a la Srta. Laura Cortés, encargada de la gestión de LE quirúrgica del Hospital San Martín de Quillota, se recogió lo siguiente:

5.6.1 ACIERTOS EN LA GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA NO GES

1. Las causales de salida de LE pueden ser médicas o administrativas. En el caso de la segunda dependerá del trabajo llevado a cabo por los/as encargados/as de la gestión de ésta. En ese sentido, una de las labores que realiza el equipo del hospital de Quillota es lo que se conoce como “limpieza de LE”, la cual consiste en llamar a los pacientes que acumulan la mayor cantidad de días de espera y preguntarles si aún es necesaria la intervención o ya pudieron resolverla por sus propios medios. Realizada esta limpieza quedan en el registro los pacientes que realmente necesitan la prestación. Las causales de salida en este caso son renuncia o rechazo voluntario o en caso de que ya se haya atendido corresponde a atención otorgada en el extra sistema.

   En el caso de los pacientes que no se han podido contactar ya que se les ha hecho 3 llamados en distintas semanas, se debe enviar una carta certificada la cual el paciente tiene 3 meses para responder, en caso contrario su caso se cierra por causal de que el contacto no corresponde.
2. Otra forma de ayudar a la reducción de LE es por medio del establecimiento de convenios. El hospital de Quillota estableció un convenio con el hospital de CAPREDENA para poder operar ahí a los pacientes de varices. También, por ejemplo, los pacientes que necesiten cirugía de prótesis de cadera y rodilla son derivados al hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.
3. El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota destinó el pabellón del hospital Santo Tomas de Limache para que se puedan operar a los pacientes del hospital de Quillota los días lunes y miércoles.
4. Por último, se están realizando intervenciones quirúrgicas fuera de horario de pabellón (17 horas) y programando operaciones fines de semana y festivos.

5.6.2 ASPECTOS POR MEJORAR EN LA GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA NO GES

1. Una de las grandes deficiencias que existen en la gestión de LE la falta de automatización del proceso. Todo se lleva a cabo de forma manual. El médico emite la orden de intervención quirúrgica y esta debe ser llevada a la unidad de LE

quirúrgica para que ahí se haga el alzamiento al registro de LE, debiendo pasar varios días desde la emisión de la orden hasta la inscripción en el registro [3]. Han existido casos dentro del hospital en donde incluso las fichas de los pacientes se han perdido impidiendo con esto la inscripción oportuna de los pacientes.

La solución a esto sería lo que el médico desde la consulta emita automáticamente la petición de pabellón para realizar la intervención quirúrgica, tal y como se está llevando a cabo en otros establecimientos del servicio como lo son el hospital de Quilpué y Gustavo Fricke.

2. Otro aspecto que mejorar está relacionado con la omisión en la que incurren los médicos al no exigir las pericias o batería de exámenes necesarios a los pacientes para establecer la pertinencia o no de la intervención quirúrgica. Muchos médicos emiten la orden de intervención quirúrgica desde la primera consulta, saltándose la exigencia de que los pacientes deben pasar por la etapa de procedimiento de diagnóstico. De esta forma, han llegado o se han ingresado pacientes a la LE quirúrgica que no deberían estar ahí, congestionando la misma de manera innecesaria.
3. Otra deficiencia, pero de carácter estructural es la falta de pabellones. Como se dijo, el hospital de Quillota cuenta con 5 pabellones quirúrgicos y se le da prioridad para su uso a las urgencias, los canceres y tumores, pacientes AUGE-GES, quedando la LE quirúrgica como cuarta prioridad para su uso.
4. Por último, una de las grandes problemáticas que se producen en la incorporación de pacientes a la LE quirúrgica es la existencia de duplicidad de registros.

   El Hospital San Martín de Quillota atiende a los pacientes provenientes de servicios APS de la región de Petorca y Quillota, pero además se suman los derivados desde Olmué y Limache, ambas comunas pertenecientes a la provincia de Marga-Marga. El problema se produce toda vez que las personas pertenecientes a las últimas comunas nombradas pueden ser derivadas a Quillota o Quilpué, registrándose, muchas veces, en ambas LE con el objetivo de buscar la que avance más rápido. También existen casos en que pacientes, al demorarse mucho el llamado para la realización de una cirugía, vuelven a realizar la consulta generando otra solicitud de registro en la LE, quedando dos veces registrados para la misma intervención. Lo anterior se genera producto de una deficiencia en el sistema de registro SIGTE, el cual no acusa la doble inscripción de pacientes, ya sea porque se encuentran

[3] El registro de pacientes en el hospital de Quillota se realiza todos los martes.

esperando en dos establecimientos distintos, o bien, el mismo paciente se encuentra mas de una vez en LE por la misma patología. Es por ello que se hace necesaria la mejora del sistema de registro en donde sea éste el que acuse la duplicidad de inscripciones de pacientes.

CONCLUSIONES

Une vez finalizada la investigación acerca de como se lleva a cabo la gestión de la LE quirúrgica no GES del Hospital San Martín de Quillota, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. A modo general, el fenómeno de las LE en salud no está resuelto. Variados fueron los casos expuestos acerca de experiencias extranjeras en cuanto a la forma de gestionar las LE, sin embargo, ningún país ha acabado con ella. Es por ello por lo que se incurre en un error plantear la eliminación de las LE de forma general, sino mas bien el trabajo debe estar enfocado en la reducción de esta, a través de la disminución de los días de espera de los pacientes, ya que mientras la demanda producto de las múltiples necesidades de las personas supere a la oferta relacionada con la escasez de los recursos, las LE van a seguir existiendo.
2. El informe sobre estado y situación de las personas fallecidas producto de una garantía GES retrasada o en situación de lista de espera no GES, desarrollado por la Comisión Asesora Ministerial, da cuenta de que la gestión en la materia no se ha llevado a cabo de forma satisfactoria. En el año 2016 fallecieron 15.625 pacientes que se encontraban en LE por alguna de las diferentes prestaciones, nueva consulta, procedimiento de diagnóstico o intervención quirúrgica, lo cual, considerando que entre el año 2010-2015 la cifra fue de 57.551, indica que la tendencia en vez de disminuir ha subido.
3. Los indicadores del Hospital San Martín de Quillota en comparación a los arrojados a nivel nacional son diversos. Si se comparan, por ejemplo, los días de espera promedio para una intervención quirúrgica a nivel nacional (381 días) con el del hospital de Quillota (422 días), se observa que el último tiene 41 días más de espera, lo cual obedece, entre otros factores, a la postergación de pacientes en LE quirúrgica no GES en cuanto a las prioridades de utilización de pabellón. Por el contrario, el promedio de días de espera para nueva consulta es menor en el hospital de Quillota que a nivel nacional (267 días Quillota – 302 días a nivel nacional).

   En comparación con los otros establecimientos de alta complejidad pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota se produce una curiosidad. El hospital San Martín de Quillota presenta la tasa de pacientes más alta, tanto en LE quirúrgica como en nueva consulta, del servicio, sin embargo, posee el promedio más bajo de días de espera para intervención quirúrgica como para nueva consulta. Lo anterior

expuesto refleja que la alta congestión de pacientes en las LE del hospital de Quillota no responde a un problema de gestión.

4. Se hace necesaria una modificación al sistema de registro de LE (SIGTE) ya que la imposibilidad de acusar el doble registro ya sea porque un paciente se ha incorporado dos veces, o bien, ha sido ingresado en dos establecimientos distintos (Quillota y Quilpué, por ejemplo) hace que se destinen recursos donde no corresponde, debiendo además dejar la tarea de identificación de todas aquellas situaciones a las encargadas de las LE del hospital de Quillota.
5. Otro aspecto que corregir es la falta de automatización en el proceso de incorporación a la LE de los pacientes. Es necesaria la implementación de un sistema automático que permita que desde la misma consulta del médico se realice el alzamiento de pacientes al sistema de registro de LE quirúrgica. Lo anterior permitirá, por una parte, que el número de días entre que el paciente reciba la consulta y sea ingresado al registro disminuya, mientras que por otra se elimina la posibilidad de que la solicitud emitida por el médico se pierda, como ha sucedido algunas veces.
6. Por último, y a modo de reflexión, recalcar la importancia del desarrollo de una buena gestión de LE. Lo anterior se sustenta en que las personas que hacen uso del hospital San Martín de Quillota, y los establecimientos de salud pública en general, son aquellos que no tienen la posibilidad de asistir al centro del extra sistema (privados), por lo que es el Estado el responsable de proveerles el derecho a la salud de una forma digna, y por sobre todo, oportuna.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud. (2018). *El Derecho a la Salud: Folleto Informativo No. 31.* Nueva York .

Allard, R., Hennig, M., & Galdamez, L. (2016). *El Derecho a la Salud y su (Des)Protección en el Estado Subsidiario .* Santiago de Chile: Estudios Constitucionales.

Organización Mundial de la Salud. (2005 de Noviembre de 2005). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de www.who.int: http://www.who.int/features/qa/28/es/

Gattini, C. (2017). *Sistema de Salud y Modelo de Atención en Chile.* Santiago de Chile.

Fonasa. (2018). *Fonasa*. Obtenido de www.fonasa.cl: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/tramos

BCN. (2011). *Caracterización del Sistema de Pensiones de las FF.AA. y de Orden y Seguridad Pública.* Santiago de Chile.

ISAPRES de Chile. (2018). *ISAPRES de Chile*. Obtenido de www.isapre.cl: http://www.isapre.cl/las-isapres

Superintendencia de Seguridad. (2018). *SUSESO*. Obtenido de www.suseso.cl: https://www.suseso.cl/606/w3-article-19895.html

Goic, A. (2015). El Sistema de Salud en Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 11.

Observatorio Chileno de Salud Pública. (2014). *Panorama y Tendencia de la Salud en Chile.* Santiago de chile.

Isapres de Chile. (2017). *Indicadores Sanitarios Chile-OCDE.* Santiago de Chile.

Colegio Médico de Chile . (2017). *Desde el Conflicto de las Listas de Esera, Hacia Fortalecimiento de los Prestadores Públicos de Salud. Una Propuesta para Chile.* Santiago de Chile.

Garrido, M. (28 de Octubre de 2018). Las Listas de Espera son un Indicador y Herramienta de Gestión. (E. M. Interactivo, Entrevistador)

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2015). *Plan Nacional de Reducción de Listas de Espera No Ges. Plan Extraordinario 2015-2016.* Santiago de Chile.

Superintendencia de Salud. (2010). *La Administración de las Listas de Espera en Salud.* Santiago de Chile.

Ministerio de Salud. (2018). *Glosa 6 Septiembre 2018.* Santiago de Chile.

Ministerio de Salud. (2018). *Norma Técnica Para el Registro de las Listas de Espera.* Santiago de Chile.

La Tercera. (17 de Octubre de 2016). Parlamentarios piden a Minsal aclarar situación de fallecidos en lista de espera No Auge. *La Tercera* .

Publimetro. (17 de Marzo de 2018). Informe del Ministerio de Salud: 6.230 personas murieron en lista de espera en primer semestre de 2017. *Publimetro*.

Comisión Asesora Ministerial. (2017). *Estado de Situación Personas Fallecidas en Lista de Espera no GES y Garantía GES Retrasada.* Santiago de Chile.

Cañizares, A., & Santos, A. (2017). *Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis.*

Superintendencia de Salud. (2010). *La Administración de las Listas de Espera en Salud.* Santiago de Chile.

CIPER. (12 de Diciembre de 2017). *CIPER*. Obtenido de www.ciper.cl: https://ciperchile.cl/2017/12/07/contraloria-confirma-reduccion-artificial-de-las-listas-de-espera-del-hospital-san-jose-en-2013/

Comisión Médica Asesora Ministerial. (2017). *Estado de Situación de Personas Fallecidas en Lista de Espera no GES y Garantías Retrasadas GES.* Santiago de Chile.

Hopital San Martín de Quillota. (2018 de Mayo de 2018). *Hospital San Martín de Quillota*. Obtenido de www.hsmq.cl: http://www.hsmq.cl/?p=3845

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. B. (2010). *Metodología de la Ingestigación* (5ª edición ed.). Mexico D.F, Mexico: Mc Graw Hi.

Carazo, P. C. (2006). *El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica.*

Hospital San Martín de Quillota. (29 de Mayo de 2015). *HSMQ*. Obtenido de www.hsmq.cl: http://www.hsmq.cl/?page_id=114

Hospital San Martín de Quillota. (2018). *Cuenta Pública 2017.* Quillota.

El País. (29 de Noviembre de 2018). Los españoles esperan 93 días para ser operados en la sanidad pública, 11 menos que en 2017. *El País*.

Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. (2018). *Monitoreo SIGTE.* Viña del Mar.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2014). *Plan Nacional de Tiempos de Espera no GES en Chile en Modelo de Atención en RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud) 2014-2018.* Santiago de Chile.

ANEXO 1: ENTREVISTA DE CAMPO

Nombre institución: Hospital San Martín de Quillota		
Nombre Entrevistado: Laura Cortés	**Genero:** F	**Hora:** 17.30
Entrevista: Nicolás Vásquez Flores		
Descripción general de la entrevista: El objetivo era el esclarecimiento de procesos relacionados con incorporación a lista de espera. Además, se consulta sobre percepción en cuanto a la forma de llevar a cabo esos procesos.		
Lugar de la entrevista: Oficina Lista de Espera Quirúrgica Hospital San Martín de Quillota.		
Fecha de la entrevista: 4 de diciembre de 2018		

Entrevistado: E
Entrevistador/a: En

Sigla	Transcripción
En	¿Pudiera relatar el procedimiento de incorporación a la LE que llevan a cabo dentro del Hospital?
E	Todo parte. Nosotros trabajamos de esta forma: los pacientes, cuando tienen una necesidad, o tienen una patología que ellos se descubren y que necesitan ser evaluados por la parte medica, van a los consultorios más cercanos a su domicilio. De ahí parte. El medico general lo evalúa, y dice “si, efectivamente – por ejemplo- tiene una hernia”. Se genera una interconsulta. Esa interconsulta es enviada al nivel secundario que somos nosotros, hospital San Martín de Quillota. Acá en el hospital llega la interconsulta. Se evalúa la pertinencia. Primero la interconsulta debe cumplir datos mínimos: nombre claro, el Rut, para saber si el paciente pertenece también a nuestro sistema, y si la patología es pertinente a la atención que está requiriendo.
En	¿Que el paciente pertenezca a este sistema quiere decir que viva dentro de las ciudades o comuna que son de jurisdicción del hospital de Quillota?
E	Exacto. Nosotros, el hospital de Quillota tiene bajo su tutela todos los pacientes de la provincia de Quillota, provincia de Petorca, pero, además, tenemos como regalado los

	pacientes de Limache y Olmué, que esos le pertenecen a la provincia de Marga-Marga pero igual se atienden acá. Ellos son los que tienen mayor dualidad de atención porque ven donde les conviene más, o se vienen a atender acá o allá y están en los dos lados en lista de espera, y ahí empiezan "donde me salga primero", entonces eso no debería ser. Una vez que el paciente, la interconsulta se evalúa y es pertinente, en el momento que haya disponibilidad de horas medicas para la especialidad que requiere, se le da la primera hora de consulta como consulta nueva. Ahí el paciente tiene su primera llegada a este centro. Aquí el paciente no llega por consulta espontanea, solamente derivado a través de interconsulta. Al doctor le llega la consulta, la hora perdón, lo evalúa, lo examina y para complementar su diagnostico pide exámenes, ¿ya? Esto es para saber primero si el paciente tiene condiciones necesarias para operarse. En esta parte hemos fallado en algún sentido porque hay muchos médicos que dicen "ya, vamos a aprovechar de ingresarte nomas a la lista de espera y después te seguimos estudiando", cuando ahora se está cambiando ese esquema, cuando el paciente tenga todo ok, que tenga todos los pases quirúrgicos habidos y por haber, de todas las especialidades que el paciente necesita, ahí recién se indica la cirugía. Una vez, y eso va a pasar con una segunda consulta, cuando ya el doctor le tomo exámenes, le pidió resonancia, le pidió escáner, ya está en las mejores condiciones para operarse, ahí recién se ingresa y eso se hace en el segundo control que en estos momentos lo hacemos de forma manual todavía. Llenamos un formulario que es de solicitud de intervención quirúrgica, que tiene una cantidad de requisitos básicos para ingresar al paciente, que son todos los antecedentes generales mas los antecedentes de la prestación que se requiere, por ejemplo, de hernias, vesículas, quistes, en fin, de todas las especialidades que tu puedas ver.
EN	Esas son las no GES que ustedes trabajan acá.
E	Si. ¿tu sabes que las prestaciones GES tienen garantía en tiempo y son 83 enfermedades? Toda la parte quirúrgica. Por ejemplo, nosotros tenemos todo lo que no abarca el auge lo tiene que tomar la lista de espera no GES. Por ejemplo, la vesícula en el GES dice que son de 35 a 49 años, entonces en la lista no GES tomamos todas las que tengan menores de 35 y mayores de 49 años.
En	Las patologías nos GES, las que ustedes atienden acá ¿Cuáles son?
E	Nos basamos en el código de Fonasa. El código 11 son todo lo que es neuro-quirúrgico y acá resolvemos todo lo que es síndrome del túnel carpiano. Los códigos 12 son de

	oftalmología. Código 13 otorrino. Código 14 cirugía cabeza y cuello. Código 15 que es cirugía plástica y reparadora. Código 16 es dermatología. Código 17, cirugía vascular periférica y cardio-cirugía. El código 18 es cirugía general, ahí toma todo. El código 19 es urología. El 20 es ginecología. El 21 es traumatología. Cada uno tiene su patología especifica. Ya una vez que el paciente es evaluado y está en las mejores condiciones para operarse, ingresa a la lista de espera y esa orden llega a nosotros. Tenemos un punto de encuentro que es que el medico tiene que llenar esta solicitud y queda en la ficha del box 1. Se sacan todos estos papeles y me los hacen llegar a través de un cuaderno. La enfermera encargada lo trae y lo ingresamos. Estos ingresos tratamos de hacerlos cada semana, pero a veces no nos da el tiempo y se nos va juntando montón de solicitudes.
En	¿Ahí se ingresa al repositorio?
E	Ahí se ingresa. Estamos trabajando en estos momentos para que el ingreso sea en forma automática desde la consulta del médico. Cuando el ya lo ve y dice que está en condiciones de operarse, a través de su computador tiene un sistema informático, apriete clic en código de intervención y se genere de inmediato para que no esté pasando por tantas manos porque se pierde.
En	¿Y eso se está implementando ya?
E	Si. En algunos hospitales, por ejemplo en Quilpue ya se hace.
En	¿Y ustedes acá todavía no?
E	No, porque tienen que… no sé ahí en la parte informática no me manejo, pero ya se está trabajando porque está hecha la solicitud y así va a ser mas fácil trabajar para nosotros porque el ingreso va a ser automático entonces después nosotros descargamos ese listado de pacientes que se generó, lo amononamos (sic) a lo que requiere la plantilla básica excel y ahí hacemos carga masiva a nuestro sistema informático y ya el paciente queda ingresado y se le da un ID con la fecha en que fue hecha la solicitud, entonces ahí después nosotros empezamos a hacer las descargas de esa planilla para ir trabajando con los pacientes. Nosotros trabajamos con los pacientes más antiguos, pero como te decía recién, también se trabaja con las priorizaciones, por ejemplo, acá es prioritaria la parte clínica. Si un paciente está muy sintomático, por ejemplo en el caso de una vesícula. Si el paciente vemos que está bastante comprometido, con mucha consulta en la unidad

	de emergencia, se trata de resolver lo antes posible. Lo otro son también factores socioeconómicos cuando el paciente está en etapa máxima de productividad, o es el dueño de casa que genera ingresos, también porque la licencia médica retrasa el ingreso a la parte laboral y eso en el fondo es un circulo vicioso que te afecta en toda la producción general del país.
En	Esos son los aspectos entones. El primero es clínica, la gravedad del paciente.
E	Después tenemos, por ejemplo, en este hospital tenemos priorizado, primero todo paciente que ingresa por la unidad de emergencia, porque es agudo. Segundo todos los canceres, tercero auge y ahí va muy ligado porque el auge está ahora cubriendo mucho de los canceres. En cuarto lugar va la lista de espera que es la que siempre queda para atrás, la ultima. Si hay que suspender un paciente, que se suspenda el de la lista de espera.
En	¿La lista de espera no GES es siempre la que queda al último?
E	Siempre al ultimo. Bueno ese es todo el proceso que tenemos desde que un paciente se atiende, ya sea en un CESFAM, CECOF. Cierto que está la nueva consulta, hay otro aspecto que se llama el procedimiento… Ahí por ejemplo, el doctor… Si tu vienes con, por ejemplo con dolor abdominal y tienes 70 años, pero el paciente te dice “sabe que, yo he tenido mucho dolor al pecho”, entonces el doctor cuando le pide la batería básica de exámenes, le pide los pre operatorios básicos, que consiste en una glicemia, o hemoglobina glicosilada, como está funcionando el riñón, las pruebas de coagulación y un perfil hematológico básico, se agrega el electrocardiograma. Entonces una vez que esté hecho eso ahí recién se procede, por eso es que también este proceso no es un proceso rápido, tiene tanta demora.
En	No es lineal, la intervención quirúrgica es lo ultimo. También me queda claro que son distintas listas de espera.
E	Ehh sería: primera consulta, procedimiento, intervención quirúrgica y hay una cuarta que es la intervención quirúrgica compleja pero que en este establecimiento no la hacemos, y es toda la cirugía de mayor complejidad que requiere alta tecnología y alta especificidad médica, por ejemplo la cardio cirugía, trasplante, neuro-cirugía, eso está en el sistema nivel terciario como el Fricke o Van Buren.

En	Y lo otro que le quería preguntar es que a raíz de que el hospital del Quillota para el año 2017 cumplió el compromiso presidencial ¿Cuáles fueron los aspectos que ustedes como hospital gestionaron por iniciativa propia para descongestionar las listas de espera?
E	Primero, lo primero que hay que hacer es una limpieza de estas listas porque son pacientes que están esperando hace mucho tiempo entonces hay que contactar al paciente y preguntarle si todavía requiere la cirugía o ya se ha operado por sus propios medios, o simplemente ha esperado tanto que ya no quiere operarse. Entonces ahí una vez que limpiamos esa lista nos quedamos con los pacientes reales que si se quieren operar. Ese es un primer filtro. También hay muchos pacientes que no los logramos contactar porque su número no lo actualizan y perdemos el contacto, entonces tenemos también una tiva de que al paciente se le llama en una oportunidad, se vuelve a llamar a la semana siguiente o dos semanas en distinto horario. Si ya una tercera llamada no logra contactar al paciente tienes que mandarle una carta certificada la cual tiene una duración de tres meses para poder cerrar el caso. Tiene tres meses la persona para responder, si no responde se cierra el caso. Si hay respuesta a esa carta y la persona no quiere operarse también se cierra el caso. Por iniciativa, por ejemplo, esto mas que nada del trabajo en red. Se está trabajando con convenios, lo que te contaba, tenemos un convenio con CAPREDENA para operar todos nuestros pacientes de varices. También el AUGE lo usa para operar a los pacientes de cataratas. Todo lo que podamos externalizar lo hacemos, para poder cumplir el AUGE con garantía y tiempo y nosotros para poder cumplir con la gente que es mas antigua en la lista de espera. A nivel de servicio también se han hecho proyectos en que… por ejemplo hay un proyecto que en estos momentos está en el Van Buren, lo está liderando, que se llama me parece “levantemos Chile” que se trata de pacientes que requieren de la cirugía de prótesis de cadera y rodilla, y en este programa entraron todos nuestros pacientes que estaban en lista de espera hasta el 2014. También nosotros, como hospital de Quillota, el servicio nos destinó el hospital Santo Tomás de Limache y a nosotros nos dio lunes y miércoles y todas las tardes para operar en Limache. A Viña le dio los martes y a Quilpue los días jueves. Nos dieron mas días porque lo habíamos estado ocupando mejor, pero ahora a partir de la segunda quincena de diciembre a lo mejor ya nos quiten el pabellón de Limache porque se va a transformar en un pabellón netamente traumatológico para sacar a todos los pacientes que están en lista de espera de Viña, Quilpue y Quillota. Así hemos logrado sacar muchos pacientes. Lo otro, el segundo filtro para poder ya operar un paciente es cuando nosotros ya lo

	volvemos a llamar y al paciente tenemos que empezar a hacer la operación pre operatoria, actualizar exámenes, actualizar visitas médicas con re evaluaciones, entonces ahí hay otro filtro y hay gran cantidad de pacientes que rechazan, porque a la hora de que ya están a las puertas “de” les da miedo. Hay muchos que rechazan por eso.
En	Ya, esas serían entonces las gestiones que ustedes como hospital llevan a cabo para…
E	Y ahora, a nivel del ministerio se está gestionando… porque hay compromisos presidenciales. Estos compromisos presidenciales llevan asociados montos de dinero, entonces qué estamos haciendo, todos esos pacientes que no hemos logrado sacar, los que son los más antiguos, tenemos que hacer convenios para operarlos fuera de horario y eso lleva un pago. En estos momentos estamos trabajando en el segundo compromiso presidencial y que a nosotros nos destinaron ahora todo paciente que esté esperando 2015-2016 para atrás y nos dieron plazo hasta el 31 de marzo del 2019 para resolverlo y en eso estamos trabajando a full. En este segundo compromiso también vienen asociados dineros aparte para pedirle a equipos quirúrgicos que puedan operar fuera de horario, entonces se ocupan los pabellones después de las 5 de la tarde y los días festivos, sábados y domingos para poder aumentar la productividad y sacar la mayor cantidad de pacientes operados.
En	Y lo último, cual cree usted que son las deficiencias que existen…
E	¿En este momento? Nuestra gran… el cuello de botella más grande son los pabellones. Se hicieron insuficientes porque han estado llegando mas especialistas, pero no tenemos la cantidad suficiente…
En	¿Cuál es el número de pabellones?
E	En este hospital tenemos 5 pabellones electivos y uno de urgencias. El de urgencias funciona las 24 horas y los otros 5 pabellones electivos funcionan de 8 a 5 (pm). Nos faltan también un poco más de especialistas, sobre todo cirujanos, traumatólogos.

ANEXO 2: CATEGORIZACIÓN

Categoría	Subcaegoría	Análisis
Proceso de incorporación a Lista de Espera Quirúrgica no GES	Incorporación a Lista de Espera Nueva Consulta	"Todo parte. Nosotros trabajamos de esta forma: los pacientes, cuando tienen una necesidad, o tienen una patología que ellos se descubren y que necesitan ser evaluados por la parte medica, van a los consultorios más cercanos a su domicilio. De ahí parte. El medico general lo evalúa, y dice "si, efectivamente – por ejemplo- tiene una hernia". Se genera una interconsulta. Esa interconsulta es enviada al nivel secundario que somos nosotros, hospital San Martín de Quillota. Acá en el hospital llega la interconsulta. Se evalúa la pertinencia. Primero la interconsulta debe cumplir datos mínimos: nombre claro, el Rut, para saber si el paciente pertenece también a nuestro sistema, y si la patología es pertinente a la atención que está requiriendo." "Una vez que el paciente, la interconsulta se evalúa y es pertinente, en el momento que haya disponibilidad de horas medicas para la especialidad que requiere, se le da la primera hora de consulta como consulta nueva."

	Incorporación a Lista de Espera de Procedimientos Diagnósticos	"Aquí el paciente no llega por consulta espontanea, solamente derivado a través de interconsulta. Al doctor le llega la consulta, la hora perdón, lo evalúa, lo examina y para complementar su diagnostico pide exámenes." "Ahí, por ejemplo, el doctor… Si tu vienes con, por ejemplo, con dolor abdominal y tienes 70 años, pero el paciente te dice "sabe que, yo he tenido mucho dolor al pecho", entonces el doctor cuando le pide la batería básica de exámenes, le pide los pre-operatorios básicos, que consiste en una glicemia, o hemoglobina glicosilada, como está funcionando el riñón, las pruebas de coagulación y un perfil hematológico básico, se agrega el electrocardiograma. Entonces una vez que esté hecho eso ahí recién se procede, por eso es que también este proceso no es un proceso rápido, tiene tanta demora."
	Incorporación a Lista de Espera Quirurgica no Ges	"Ya una vez que el paciente es evaluado y está en las mejores condiciones para operarse, ingresa a la lista de espera y esa orden llega a nosotros. Tenemos un punto de encuentro que es que el medico tiene que llenar esta solicitud y queda en la ficha del box 1. Se sacan todos estos papeles y me los hacen llegar a través de un cuaderno. La enfermera encargada lo trae y lo ingresamos. Estos ingresos tratamos de hacerlos cada semana, pero a veces no nos da el tiempo y se nos va juntando montón de solicitudes."
Priorización de pacientes	Crtiterios institucionales de priorización de pacientes	"Nosotros trabajamos con los pacientes más antiguos, pero como te decía recién, también se trabaja con las priorizaciones, por ejemplo, acá es prioritaria la parte clínica. Si un paciente está muy

		sintomático, por ejemplo, en el caso de una vesícula. Si el paciente vemos que está bastante comprometido, con mucha consulta en la unidad de emergencia, se trata de resolver lo antes posible. Lo otro son también factores socioeconómicos cuando el paciente está en etapa máxima de productividad, o es el dueño de casa que genera ingresos, también porque la licencia médica retrasa el ingreso a la parte laboral y eso en el fondo es un circulo vicioso que te afecta en toda la producción general del país." "Después tenemos, por ejemplo, en este hospital tenemos priorizado, primero todo paciente que ingresa por la unidad de emergencia, porque es agudo. Segundo todos los canceres, tercero auge y ahí va muy ligado porque el auge está ahora cubriendo mucho de los canceres. En cuarto lugar, va la lista de espera que es la que siempre queda para atrás, la ultima. Si hay que suspender un paciente, que se suspenda el de la lista de espera."
Percepción de la gestión	Aciertos procedimetales llevados a cabo por el Hospital San Martín de Quillota	"Primero, lo primero que hay que hacer es una limpieza de estas listas porque son pacientes que están esperando hace mucho tiempo entonces hay que contactar al paciente y preguntarle si todavía requiere la cirugía o ya se ha operado por sus propios medios, o simplemente ha esperado tanto que ya no quiere operarse. Entonces ahí una vez que limpiamos esa lista nos quedamos con los pacientes reales que si se quieren operar. Ese es un primer filtro. También hay muchos pacientes que no los logramos contactar porque su número no lo actualizan y perdemos el contacto, entonces tenemos también una normativa de que al paciente

		se le llama en una oportunidad, se vuelve a llamar a la semana siguiente o dos semanas en distinto horario. Si ya una tercera llamada no logra contactar al paciente tienes que mandarle una carta certificada la cual tiene una duración de tres meses para poder cerrar el caso. Tiene tres meses la persona para responder, si no responde se cierra el caso. Si hay respuesta a esa carta y la persona no quiere operarse también se cierra el caso. Por iniciativa, por ejemplo, esto mas que nada del trabajo en red. Se está trabajando con convenios, lo que te contaba, tenemos un convenio con CAPREDENA para operar todos nuestros pacientes de varices. También el AUGE lo usa para operar a los pacientes de cataratas. Todo lo que podamos externalizar lo hacemos, para poder cumplir el AUGE con garantía y tiempo y nosotros para poder cumplir con la gente que es mas antigua en la lista de espera. A nivel de servicio también se han hecho proyectos en que… por ejemplo hay un proyecto que en estos momentos está en el Van Buren, lo está liderando, que se llama me parece “levantemos Chile” que se trata de pacientes que requieren de la cirugía de prótesis de cadera y rodilla, y en este programa entraron todos nuestros pacientes que estaban en lista de espera hasta el 2014. También nosotros, como hospital de Quillota, el servicio nos destinó el hospital Santo Tomás de Limache y a nosotros nos dio lunes y miércoles y todas las tardes para operar en Limache. A Viña le dio los martes y a Quilpue los días jueves. Nos dieron mas días porque lo habíamos estado ocupando mejor, pero ahora a partir de la segunda quincena de diciembre a lo mejor ya nos quiten el

		pabellón de Limache porque se va a transformar en un pabellón netamente traumatológico para sacar a todos los pacientes que están en lista de espera de Viña, Quilpue y Quillota. Así hemos logrado sacar muchos pacientes. Lo otro, el segundo filtro para poder ya operar un paciente es cuando nosotros ya lo volvemos a llamar y al paciente tenemos que empezar a hacer la operación pre operatoria, actualizar exámenes, actualizar visitas médicas con re evaluaciones, entonces ahí hay otro filtro y hay gran cantidad de pacientes que rechazan, porque a la hora de que ya están a las puertas "de" les da miedo. Hay muchos que rechazan por eso."
	Aspectos a mejorar en la gestión de la LE quirúrgica no GES	"¿En este momento? Nuestra gran… el cuello de botella más grande son los pabellones. Se hicieron insuficientes porque han estado llegando mas especialistas, pero no tenemos la cantidad suficiente…"