

CLINICAS DE CHILE A.G.  
Clínicas y Centros de Salud

# Temas de Coyuntura

Número 65  
SEPTIEMBRE 2013

## ADMINISTRACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA EN SALUD

Una atención de salud implica la coordinación de un sistema de derivaciones que puede involucrar médicos generales y especialistas, exámenes más o menos complejos, procedimientos, intervenciones diagnósticas o terapéuticas y eventualmente periodos de hospitalización. Los traspasos entre los diferentes niveles del sistema pueden generar tiempos de espera, muchos de los cuales son necesarios y útiles en el proceso de atención ya que todos los sistemas de salud deben administrar eficientemente recursos escasos.

Considerando que detrás de cada atención de salud hay personas con necesidades reales, surge como materia del mayor interés poder determinar políticas y medidas permitan administrar con eficiencia este tema. Al parecer todas las líneas de trabajo apuntan a priorizar, establecer metas de cumplimiento y darle a los pacientes alternativas de solución expeditas, con la participación de prestadores públicos y privados en competencia.

Considerando la aceptación de cierto nivel de tiempos de espera como algo inherente al diseño del sistema, se hace crítico poder determinar cuando éste está funcionando con tiempos de espera excesivos, considerando tal plazo como aquel que genera un impacto negativo en la condición de salud del “paciente”, puede afectar sus años de vida saludable futuros o encarecer económicamente la solución de salud. Optimizar la definición de estas políticas a nivel general ha sido materia de estudios de alto interés de los países a nivel general.

La eliminación total de los tiempo de espera por atenciones de salud, proporcionando acceso instantáneo a todos los servicios no es práctico ni deseable. Ante este planteamiento surge inmediatamente el concepto de “priorización”, el cual es bastante complejo de llevar a cabo en materias que no sean urgencias médicas que impliquen riesgo vital o secuelas graves para las personas.

En febrero del año 2013, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) presentó un interesante estudio donde aborda este tema y analiza críticamente las diferentes alternativas que han implementado algunos países, a la luz de los resultados observados a través del tiempo. De este análisis surgen una serie de conclusiones que vale la pena conocer y analizar. Es interesante considerar que este trabajo da continuidad a un estudio realizado en el periodo 2001-2004, donde se hizo un levantamiento de la situación en

13 países (Australia, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, España, Suecia y Reino Unido), los que estaban comenzando a implementar políticas de manejo de las listas de espera. Hoy, una década más tarde, es posible a través de este nuevo estudio evaluar cuáles de las medidas incorporadas funcionan mejor.

## ALGUNOS ASPECTOS A CONSIDERAR

- **Es importante distinguir entre listas de espera y tiempos de espera y ser capaces de medir sistemáticamente.**

Las listas de espera se generan por un desbalance de oferta y demanda por prestaciones de salud. Una vez determinado el nivel “aceptable” de tiempo en espera, el balance se da cuando el flujo de pacientes que ingresan a la lista mantiene un ritmo coordinado con los pacientes que salen de ella y el desequilibrio se puede producir por fluctuaciones de corto plazo en la demanda, especialmente generada por pacientes de urgencia que se vuelven prioritarios en el uso de los recursos o problemas más estructurales del sistema.

Estos desequilibrios generan un alargamiento de los tiempos de espera en la lista y pueden provocar problemas a los pacientes que involucren empeoramiento de su estado de salud y es lo que hace que los países concentren esfuerzos en medir el tiempo de espera y determinar los eventuales efectos de él en las personas y el sistema de salud.

Tradicionalmente hay cuatro periodos de “espera” o latencia en el proceso de atención de salud:

- Para ver a un médico general
- Después de ver al médico, para realizarse los exámenes diagnósticos
- Para ser derivado a un médico especialista
- Para eventualmente ser hospitalizado.

Los países en general han ido avanzando hacia estrategias para minimizar el tiempo global del proceso y no optimizar sólo una parte de él, especialmente en atenciones de urgencia.

Este tipo de enfoque requiere la implementación de importantes mecanismos de información coordinados que implican fuertes inversiones de instalación, proceso y análisis de información, ya que en estos casos el promedio de espera no es la principal medición, ya que muchas veces ese valor está influenciado por pocos casos extremos. La mediana es una mejor medida de la experiencia promedio del paciente.

También son utilizados frecuentemente medidas del “proporción de pacientes esperando más de cierto tiempo” o los tiempos de espera en diferentes percentiles de la distribución, como se aprecia en el siguiente cuadro, que muestra la realidad observada en los hospitales públicos australianos para ciertos procedimientos específicos en los años 2008-2009.



## TIEMPOS DE ESPERA PARA HOSPITALIZACIÓN EN HOSPITALES PÚBLICOS DE AUSTRALIA, 2008-2009

	Admissions	Days waited at 50th percentile (median)	Days waited at 90th percentile	Percentage waiting more than 365 days
Total hip replacement	7 939	100	364	9.6
Total knee replacement	11 493	147	393	14.9
Cataract extraction	51 436	84	320	3.6
Hysterectomy	9 879	48	171	1.2

Source: National Elective Surgery Waiting Times Data Collection, Table 10.7, AIHW (2010), Australian Hospital Statistics 2008-09, Health Services Series No. 17, No. HSE 84, AIHW, Canberra.

**Fuente:** "Waiting Time Policies in the Health Sector, What Works?" Febrero 2013, OCDE Health Policy Studies, OCDE Publishing, Feb 2013.

¿Qué es específicamente lo que se debe medir?. Sí se observa la experiencia de los diferentes países, no hay un consenso al respecto. Lo más común es reportar esperas por tratamientos específicos (por ejemplo, cataratas, reemplazo de cadera etc.), especialidades (oftalmología, ortopedia por ejemplo) o test de diagnósticos (por ejemplo resonancias magnéticas). Un estudio reciente sobre las metodologías utilizadas por los países de la OCDE indicó que la medición más común es la medición de tiempos de espera por especialidad.

- **La demanda por atención de salud responde a los tiempos de espera.**

En los mercados tradicionales, el precio es la herramienta que permite racionalizar la demanda. En materias de salud, debido a la cobertura de los sistemas de salud que tienden a minimizar el aporte económico de las personas al financiamiento de las prestaciones de salud, la racionalización opera a través de los "tiempos de espera". Frecuentemente, los pacientes que enfrentan largas esperas por atención eligen no esperar, desistiendo de la atención o buscando alternativas en el sector privado que financian directamente o a través de seguros de salud privados.

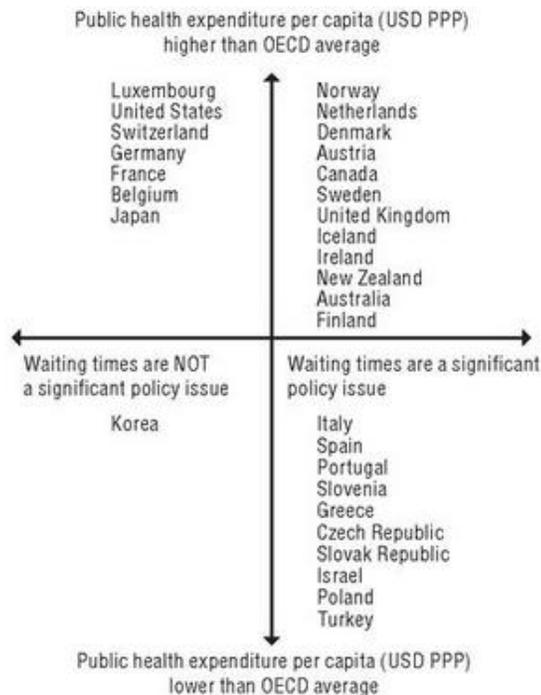
Algunos estudios empíricos llevados a cabo en Inglaterra sugieren que la demanda por atención de salud es relativamente inelástica a los tiempos de espera: -0,2, es decir, un aumento de 10% de los tiempos de espera baja la lista de espera en un 2%, sin embargo estudios similares desarrollados en Australia muestran que la demanda es bastante elástica: -1,7, es decir, un aumento de 10% de los tiempos de espera baja la demanda en un 17%. Una posible explicación de estas diferencias puede estar en el rol de mayor preponderancia que tienen los prestadores privados en Australia, lo que permite a las personas buscar soluciones alternativas.

- **Alto gasto en salud no es garantía de bajos tiempos de espera.**

Si se analiza la realidad de diferentes países y se compara su situación, es posible determinar que no existe una relación directa entre gasto de salud y tiempos de espera. Tampoco es posible identificar una vinculación directa con la disponibilidad de recursos de salud, como número de camas o profesionales de salud.

### Cuadro N°1

## RELACIÓN ENTRE GASTO PÚBLICO Y TIEMPOS DE ESPAR POR ATENCIÓN



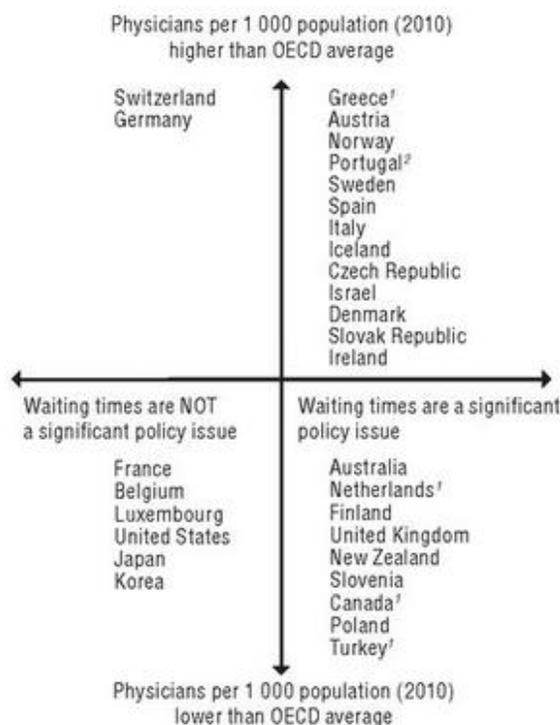
### Cuadro N°2

## RELACIÓN ENTRE CAMAS HOSPITALARIAS Y TIEMPOS DE ESPERA POR ATENCIÓN



### Cuadro N°3

## RELACIÓN ENTRE CAMAS HOSPITALARIAS Y TIEMPOS DE ESPERA POR ATENCIÓN



Fuente Cuadros 1-2-3: "Waiting Time Policies in the Health Sector, What Works?" Febrero 2013, OCDE Health Policy Studies, OCDE Publishing, Feb 2013.

Sin embargo, si se acota la muestra y se define específicamente el concepto de "tiempo de espera excesivo", definido como la proporción de pacientes que espera más de cuatro meses por una cirugía electiva, es posible determinar que existe una clara relación con la disponibilidad de camas por habitante, una relación directa pero más débil con el nivel de gasto en salud y una relación poco directa con la disponibilidad de médicos. Sin embargo la disparidad de los resultados sugiere que el tema de los tiempos de espera no sólo tiene relación con la "oferta" de recursos de salud, sino que tiene un importante componente de demanda, en el cual juegan un rol preponderante la edad de la población, acceso a tecnología diagnóstica y terapéutica, sistemas de copago, sistemas de pago a prestadores e incluso las "preferencias" de las personas, que evalúan los costos y beneficios de ciertas prestaciones médicas, optando por no realizarse algunos procedimientos.

- **Los tiempos de espera pueden afectar los resultados de salud de la población.**

Existe numerosa evidencia que largos tiempos de espera para atenciones de urgencia empeoran síntomas, deterioran la condición de los pacientes y empeoran los resultados de salud, pudiendo incrementar la probabilidad de muerte. Sin embargo, esta evidencia es menos concluyente cuando se trata de procedimientos menos urgentes como pueden ser cirugías de reemplazo de caderas o rodillas.

5

La importancia de este tipo de análisis es que da consistencia al concepto de "priorizar" atenciones de salud para administrar eficientemente los tiempos de espera, sin embargo es bueno considerar que en estos análisis no se ha medido la experiencia del paciente y la

ansiedad asociada con la espera, la que generalmente no es capturada en los estudios clínicos. En esta línea destaca la iniciativa implementada en Suecia recientemente, donde se ha comisionado al Ministerio de Salud para desarrollar un modelo de monitoreo de tiempos de espera de pacientes con todo tipo de cánceres, con un foco en la perspectiva del paciente.

Otra observación empírica es que, en general los tiempos de espera son mayores en procedimientos menos relacionados con diagnósticos más severos, lo que indica que detrás del proceso existe un grado de priorización para administrar los tiempos de espera de los pacientes en función de la gravedad.

### ¿QUÉ ESTRATEGIAS FUNCIONAN?

En el estudio de la OCDE se hace un exhaustivo análisis de las políticas de optimización que han implementado diferentes países, concluyendo que existen algunos aspectos comunes que sistemáticamente son medidas eficaces, y se pueden resumir en los siguientes puntos:

- La política más comúnmente observada es la de establecer garantías de tiempos de espera máximos (lo que conlleva trabajar el complejo tema de clasificación y priorización de condiciones de salud).
- Crecientemente se ha observado la asociación de estas garantías con el establecimiento de objetivos específicos de cumplimiento a los prestadores y sanciones por no cumplimiento.
- Las garantías de atención a menudo van aparejadas a grados de elección por parte del usuario, competencia e incremento de la oferta de prestadores públicos y privados. Especialmente eficaces resultan las estrategias de elección de un prestador alternativo si se acompaña de una política en que los recursos siguen al paciente, lo que genera pérdida de fondos al prestador que incumple la garantía.
- La experiencia práctica en diferentes países, como Inglaterra, Suecia, Irlanda e Italia entre otros, muestran que avanzar en grados de libertad a los pacientes para elegir prestadores privados disminuyen los tiempos de espera.

### Tiempos de espera para exámenes de diagnóstico por tipo de proveedor en Italia, 2009.

Average number of days

	Public hospital	Public outpatients clinic	NHS accredited private facility	All
Traditional X-rays	61	36	7	41
Ecography	44	66	25	42
Endoscopy tests	46	73	78	54
CT scan	46	73	49	53
MRI	65	91	15	52

Source: Fattore, G., G. Mariotti and V. Rebba (2012), "Waiting Times in Italy", in L. Siciliani, M. Borowitz and V. Mora (eds.), *Waiting-time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Publishing, Paris (Chapter 9 in this volume).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/88893275471>

- Por el lado de la demanda, se observa un trabajo sobre guías clínicas, priorización de pacientes en atención a sus necesidades clínicas y políticas de incentivos a la contratación de seguros privados que permita trasladar demanda de prestadores públicos a privados.
- Las políticas que se han concentrado únicamente en un aumento de la oferta de atenciones de salud han tenido efectos limitados.
- Otro aspecto importante de considerar es que se observan mejores resultados cuando se combinan medidas que apuntan a mejorar el proceso desde el punto de vista de la oferta y la demanda, lo que potencia su efecto. La experiencia de algunos países que han mostrado buenos resultados en disminuir los tiempos de espera demuestran que una política basada en garantías explícitas de plazos de atención funciona mejor cuando está asociada a sanciones e incentivos económicos para el prestador y capacidad real del paciente de hacer exigibles sus derechos de usar un prestador alternativo público o privado, (Ej.: Boucher de atención en prestador privado alternativo, experiencia similar al Bono AUGE implementado en Chile).

El siguiente cuadro muestra un resumen de las diferentes políticas más comúnmente implementadas por los 13 países analizados y a juicio de los investigadores, el grado de contribución de cada medida en la reducción de los tiempos de espera.

## POLÍTICAS DE MANEJO DE TIEMPOS DE ESPERA

Políticas		Países que la usan	Efecto potencial estimado
Políticas por el lado de la oferta	Programación de Fondos adicionales para aumentar la producción	6 de 13 países	Débil
	Contratos con el sector privado	6 de 13 países	Débil
	Envío de pacientes al extranjero	3 de 13 países	Débil
	Aumento de productividad por la introducción de DRGS	3 de 13 países	Mediano
	Aumento de elección de prestadores	5 de 13 países	Mediano
	Mejoramiento en la administración de listas de espera		
Políticas por el lado de la demanda	Guías explícitas para priorizar pacientes	7 de 13 países	Mediano
	Subsidio al aseguramiento privado	5 de 13 países	Débil
Políticas Combinadas	Garantías de tiempos de espera máximos	13 de 13 países	Débil
	Con Sanciones	3 de 13 países	Fuerte
	Con elección y competencia	6 de 13 países	Fuerte

**Fuente** : “Waiting Time Policies in the Health Sector, What Works?” Febrero 2013, OCDE Health Policy Studies, OCDE Publishing, Feb 2013.

Dada la importancia de este tema en la condición de salud de las personas y sus niveles de satisfacción con el sistema, es interesante analizar y aprender de las experiencias detalladas que se presentan en el estudio presentado por la OCDE. En todo caso, la conclusión es que no hay una receta infalible, pero si una serie de medidas que pueden contribuir a optimizar los tiempos de espera y de esta forma mejorar la atención de un sistema de salud.

**Este documento ha sido elaborado en base información presentada en la publicación de la OCDE “Waiting Time Policies in the Health Sector, What Works?”, Febrero 2013**

*Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.*