

# GESTIÓN DEL ACCESO OPORTUNO Y DE CALIDAD A LA ATENCIÓN EN SALUD

## I. JUSTIFICACIÓN

En el marco de la Reforma del Sistema de Salud se han elaborado desde el Ministerio de Salud Pública diferentes instrumentos para mejorar la accesibilidad de los usuarios al Sistema y promover cambios en los modelos de atención y de gestión. Es necesario continuar desarrollando y promoviendo diferentes herramientas desde la **macro gestión** del sistema, potenciando el rol de la participación social en la misma y fortaleciendo la capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria. Sin embargo, es a nivel de la gestión llevada adelante en los propios prestadores y servicios por sus gestores y administradores, a nivel organizacional ó **meso gestión**, así como en el desarrollo de la práctica individual, médica y de otros profesionales y técnicos, y de los equipos de salud en la **micro gestión**, donde se materializan las acciones necesarias para impactar en el desarrollo de los nuevos modelos y lograr un acceso más oportuno y de calidad a la atención en salud.

La nueva institucionalidad que surge a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud propicia un accionar sinérgico entre los diferentes actores del sector, donde las **responsabilidades de cada nivel de gestión confluyan en una estrategia común que tiene como objetivo final garantizar el derecho a la salud de toda la población**. La interacción entre los tres niveles de gestión afecta los procesos y los resultados.

Desde la autoridad sanitaria, el Ministerio de Salud Pública, incluyendo a la Junta Nacional de Salud, la contribución es desde la formulación de ejes orientadores y la coordinación de esfuerzos, la evaluación y el monitoreo de los avances y dificultades.

Desde la gestión de los servicios de salud, la responsabilidad implica conocer tanto las demandas específicas de la población a cargo de cada prestador, como sus necesidades de atención en salud. Las demandas y las necesidades no siempre coinciden en un mundo de incertidumbres e importantes asimetrías de información como es el sector salud. La organización y gestión de los servicios deberá entonces adaptarse a esas necesidades, procurando una atención oportuna y de calidad. La participación de trabajadores y usuarios en

la mejora de los procesos resulta entonces clave en el nuevo modelo de gestión, aprovechando la experiencia de la práctica diaria, para realizar un mejor uso de los recursos, que redundará en mejores resultados en salud y mayor satisfacción de todos los actores involucrados. Existen innumerables ejemplos de mejoras en este sentido, de buenas prácticas que han logrado mejorar el acceso, disminuir los tiempos de espera, priorizar la atención según necesidades, entre otras, y que deben ser compartidas y puestas en práctica adaptándolas a las condiciones de cada prestador.

A nivel de la microgestión, en la práctica clínica, profesional y administrativa, también hay muchas acciones que resultan en mayor satisfacción de la población usuaria, mayor efectividad y eficiencia, y finalmente, sin duda, en mejores resultados en salud.

### ***1.1 Oferta y demanda de servicios de salud***

Mejorar el acceso a la atención en salud implica tener en cuenta la demanda realizada por los usuarios y la capacidad de oferta de los prestadores.

Desde el lado de la demanda, los usuarios recurren a los servicios de salud por diversos motivos, y sus expectativas sobre la oportunidad y calidad de la atención dependerá de diversos factores. La espera representa para ellos un costo en tiempo y en muchos casos incertidumbre sobre su condición de salud.

Diversas estrategias llevadas adelante en la Reforma, como la baja de tiquets y órdenes, la gratuidad de consultas para prevención, la estrategia de médico de referencia, las metas asistenciales tanto en mujer y niñez, incorporando luego al adulto mayor, y finalmente adolescentes y adultos, con énfasis en controles y rutinas preventivas, así como la difusión de derechos, han incrementado el acceso de los usuarios, y como consecuencia, han aumentado la demanda. A esto se agregan aspectos no modificables de la demanda tales como el envejecimiento de la población y la mayor preocupación por la calidad de vida que presionan en el sentido del incremento de la utilización (Martín-Vegue, González, & Turlenque, 2002).

Desde el lado de la oferta, no es posible que los prestadores puedan ofrecer todos los servicios en el mismo momento en que son demandados. Implicaría disponer de recursos humanos y materiales, que pueden no estar disponibles.

La oferta de algunas especialidades médicas así como personal de enfermería y otros técnicos es limitada, agudizándose el problema en las regiones suburbanas de los países. Pero aún en el caso hipotético de que los recursos disponibles fueran suficientes para satisfacer en forma inmediata la demanda, implicaría altísimos costos. Ningún país tiene los recursos suficientes para atender todas las necesidades de salud en forma instantánea.

Es necesario entonces encontrar un equilibrio entre los costos del usuario asociados a la espera y la incertidumbre, y los costos que cada prestador y el país en su conjunto pueden afrontar. La estrategia común desde los tres niveles de gestión del sistema debe por lo tanto orientarse a realizar el mejor uso posible de los recursos disponibles.

Se entiende por una asignación eficiente de los recursos disponibles, aquella que logre los mejores resultados en salud para toda la población. El criterio de equidad implica que las necesidades de salud son el único determinante de la prioridad de atención, evitando cualquier otra barrera al acceso. Será necesario priorizar la atención de forma que el estado de salud de los usuarios determine el grado de urgencia o el tiempo de espera posible.

Una espera es excesiva cuando afecta negativamente el bienestar y la salud del paciente. Puede resultar en un empeoramiento de sus condiciones de salud y también en mayores costos posteriores para el paciente y para el prestador de salud.

### ***1.2 Tiempos de espera y listas de espera***

Siguiendo a Cañizares Ruiz y Santos Gómez (2011), se plantean algunas definiciones y explicaciones de la problemática sobre listas de espera.

***Los tiempos de demora o de espera*** en la atención son un indicador de la respuesta de los servicios de salud que expresan su capacidad para proporcionar la asistencia correcta en el tiempo adecuado. El concepto se relaciona con el de ***listas de espera*** (LE) o sea el conjunto de registros de pacientes que "precisan" una determinada prestación a la que el sistema sanitario no puede dar respuesta de forma simultánea a su prescripción o demanda.

Representan un indicador de equidad en el acceso, de la eficiencia y calidad de los servicios.

### ***Diversos determinantes de los tiempos y listas de espera***

Su análisis exige considerar que se trata de un problema complejo donde intervienen factores diversos. Algunos de estos factores incluyen:

- Recursos humanos (disponibilidad, sistema de remuneraciones, regímenes de trabajo)
- Infraestructuras existentes
- Tecnología disponible
- Identificación de la morbilidad atendida
- Rol de los usuarios y población en general (estrechamente vinculado al grado y tipo de desarrollo de la participación social)
- Medios de comunicación
- Financiamiento
- Organización de los cuidados
- Educación para la salud y conocimiento disponible por el ciudadano sobre sus procesos de enfermedad
- Relacionamiento – integración de los servicios del sistema

Por lo tanto, intentar modificar los tiempos de espera exige un abordaje sistemático y riguroso de estos factores.

La experiencia internacional nos muestra que el problema de los tiempos y listas de espera en salud es común a la mayoría de los países en todos los ámbitos de atención (atención primaria, consultas con especialistas, urgencias, cirugías), y también es con frecuencia objeto de debates políticos.

### ***Necesidad de diagnóstico de áreas problemáticas***

Cañizares Ruiz y Santos Gómez (2011) plantean: “Los tiempos de espera no representan problemas homogéneos y uniformes. Permanecer en una lista de espera no es necesariamente un problema y el número de pacientes en espera no tiene, en sí mismo, ningún significado, aunque este dato sea utilizado de forma reiterada”. Así, los autores ponen como ejemplo, que pocos pacientes esperando para una intervención vinculada con cáncer constituyen un problema grave; por el contrario, cientos de personas esperando la revisión de la agudeza visual que no les impide su actividad habitual representan un problema menos

importante. De esta manera, el desafío se encuentra en alcanzar tiempos de espera que se consideren acordes al riesgo que presentan los usuarios.

Es necesario identificar en qué áreas existen problemas con tiempos de espera excesivos. Para ello se requiere de información de calidad que de cuenta de esta realidad: cual es el tiempo medio de espera y el número de pacientes en espera en las consultas de las especialidades básicas y secundarias, en las intervenciones quirúrgicas y en el acceso a estudios paraclínicos y procedimientos de alta complejidad.

Luego de identificadas las áreas problemáticas, deben establecerse sus causas que estarán vinculadas a uno a varios de los factores mencionados anteriormente y que requerirán por lo tanto soluciones diferentes.

A su vez, las situaciones no son las mismas ni entre los diferentes prestadores (ASSE y IAMC, por ejemplo), como tampoco entre los prestadores con servicios en la capital del país o en el interior, y en este último caso también será diferente si nos referimos a la capital de un departamento o a un centro de salud de un área rural.

## II. GESTIÓN DEL ACCESO

Las responsabilidades en la gestión oportuna y de calidad del acceso a la atención, requieren en el marco del cambio del modelo de atención y de gestión, de acciones desde todos los niveles y por parte de todos los actores del sistema.

### *II.1 Avances desde la rectoría del MSP*

A nivel de la macro gestión el Ministerio de Salud Pública ha impulsado normativas, reglamentaciones y proyectos que pretenden incentivar una mejor gestión de los recursos de los prestadores. Sin embargo, es a nivel de la gestión de las propias instituciones de salud donde se pueden desarrollar las mejores prácticas respecto a la organización de los servicios y diseño de procesos que prioricen la atención oportuna, según necesidades de salud,

minimizando las esperas innecesarias para los usuarios, a la vez que asegurando la integralidad y continuidad de la atención.

En este sentido, pretenden actuar diversas propuestas impulsadas por la autoridad sanitaria y que podemos agrupar en torno a dos ejes principales:

1. Sistemas de información
2. Recursos Humanos

### **1. Sistemas de información**

El desarrollo de sistemas de información que apoyen la toma de decisiones tanto a nivel del regulador como de los propios gestores de los servicios, es considerado una inversión que resultará en una gestión más eficaz y eficiente de los recursos tanto humanos como materiales, mejorando los tiempos y calidad del acceso en todo el proceso de atención. A su vez la estandarización y normalización de los datos facilita la coordinación y complementación entre diferentes prestadores, aportando también de esta forma a la atención en redes que acerquen los servicios y acciones de salud a los usuarios.

#### **1.1. Salud.uy**

Se trata de un proyecto liderado por el Ministerio de Salud Pública junto a Presidencia (AGESIC) y el Ministerio de Economía y Finanzas que tiene como principal objetivo la modernización de los procesos, tanto en los propios prestadores de salud como en los organismos responsables de la regulación del sector, de forma de mejorar el acceso y la calidad de la atención recibida por la población.

“Su finalidad es desarrollar los mecanismos, las acciones transversales y la infraestructura tecnológica necesaria, a los efectos de generar las condiciones para que los prestadores de salud puedan prestar sus servicios en forma integrada, complementaria y centrada en el usuario.” (Memoria 2013)

Su principal línea de acción es el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica nacional. Su proceso de desarrollo comenzó con la generación del Conjunto Mínimo de Datos (CMD), definido como un grupo de variables que generadas en asistencias en primer nivel de atención, emergencia y egreso hospitalario, configuran un Banco de Datos de carácter clínico. Otro elemento clave del proyecto lo constituye el desarrollo de un Sistema Nacional de Teleimagenología que permita la complementación de servicios de imágenes entre prestadores. Este sistema impactará positivamente en los tiempos de espera para el acceso a estos estudios, fundamentalmente fuera de las áreas urbanas.

### **1.2. Sistema de agenda de consulta externa**

Esta herramienta surge a partir de la necesidad del desarrollo de un método estandarizado para medir y reportar tiempos de espera, y de esta forma identificar la demanda insatisfecha y poder actuar sobre ella. La información existente en los prestadores de salud no permitía medir con transparencia y en forma estandarizada los posibles tiempos de espera para cada servicio demandado. La evaluación realizada a un año del inicio de las mediciones muestra importantes avances en la implementación del sistema, más allá de situaciones heterogéneas entre los diferentes prestadores, y también muestra mejoras en los tiempos de espera reportados, así como en la gestión de las agendas.

Sin embargo, este sistema no permite ver la espera total del paciente en un proceso de atención. Es importante entonces desarrollar otras herramientas informáticas para medir y monitorear los diferentes tiempos del proceso además de asegurar la continuidad de la atención.

## **2. Recursos Humanos**

Desde el comienzo de esta administración el tema de los RRHH ha sido marcado como una prioridad tanto en los aspectos que hacen a la disponibilidad, distribución en el territorio y capacitación, así como a los regímenes de trabajo y sistemas de remuneraciones. El MSP tiene como uno de sus cometidos el trabajo en el diagnóstico y la propuesta de mejoras en cada

uno de estos aspectos en consulta permanente con los trabajadores, prestadores y usuarios del sector.

En esta línea se viene trabajando en la configuración de un modelo de atención que pueda satisfacer las demandas y necesidades en salud de la población. El acceso oportuno a la atención primaria junto a las acciones de promoción y prevención, disminuyen las condiciones que generan la necesidad de recurrir a los servicios de salud, impactando en la reducción de los tiempos de espera.

Muchas de las dificultades en el acceso oportuno a la atención se relacionan con deficiencias en la dotación de RRHH y la organización del trabajo, así como también con la organización del sistema de salud, en donde coexisten pautas del viejo y el nuevo modelo de atención.

Ante estas dificultades el MSP ha desarrollado acciones enfocándose en los aspectos centrales del modelo de atención que la reforma de la salud pautó desde sus inicios, con el objetivo de brindar una cobertura integral, equitativa y de calidad (necesidad de dar continuidad a la atención del usuario abordando los problemas de salud desde una perspectiva biosicosocial, aumentar la resolutivez del primer nivel de atención, el enfoque multidisciplinario de la atención, entre otros).

Para ello ha avanzado en la construcción de distintas herramientas y definiciones dentro de las cuales se deben destacar:

1. La definición de las características y competencias de los equipos de salud.
2. La figura del médico de referencia como elemento central para el desarrollo de estos equipos.
3. El cambio en el régimen de trabajo médico a través de la creación de los Cargos de Alta Dedicación Médico (CAD), cambio que permite darle viabilidad al establecimiento de los equipos de salud y dentro de este al médico de referencia.
4. Creación de las Unidades Docentes Asistenciales (UDAS) como una estrategia para la formación de recursos humanos escasos y la descentralización de la atención.

## **2.1. Equipos de salud**

Uno de los desafíos que contribuye a la accesibilidad desde la perspectiva de los RRHH de la Salud para el SNIS es la definición de la composición, competencias y nivel de resolutivez de los Equipos de Primer Nivel de Atención. En este sentido, el MSP ha elaborado una propuesta de conformación de los equipos de salud de primer nivel de atención que plantea una imagen objetivo de la organización, las funciones y responsabilidades de estos equipos como grupos asistenciales dentro del primer nivel.<sup>1</sup>

La organización acordada implica la existencia de un equipo de proximidad (EP) que debería ser la puerta de entrada al sistema de salud y que es el equipo de referencia del usuario, y un Equipo de Primer Nivel de Atención que tiene una escala mayor y a los cuales se referencian un conjunto de EP. La organización propuesta implica mejorar el acceso de los usuarios tanto a su equipo de salud de referencia, como al resto de las especialidades frente a episodios de enfermedad. La idea central es que el usuario acceda al sistema de salud a través del EP y sea éste el que lo referencie en caso de necesidad a otras especialidades o profesionales de la salud. Esto permite organizar el primer nivel y reducir consultas innecesarias con especialidades que son relativamente más escasas, mejorando el acceso de los usuarios al EP pero también a las restantes especialidades.

Actualmente el MSP se encuentra trabajando en una estrategia que permita una óptima implementación de esta propuesta.

## **2.2. Médicos de referencia**

En el avance hacia la conformación de los Equipos de Salud, el MSP ha buscado potenciar la figura del médico de referencia en el primer nivel de atención en el convencimiento de su impacto en la mejora de calidad de la atención y la

---

<sup>1</sup> El documento Equipos de Salud de Primer Nivel de Atención (ESPNA), fue elaborado de forma conjunta por un grupo inter-direccional del MSP en el transcurso del año 2012, bajo la coordinación de la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de la Salud del SNIS, buscando reorientar y ordenar la discusión sobre la composición y funciones que deberían desarrollar los ESPNA, su lugar en el proceso asistencial y su pertinencia como parte fundamental en la reforma de la salud. <http://www.msp.gub.uy/publicacion/equipos-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion>

gestión clínica, con la consiguiente satisfacción para el usuario y la utilización más racional de los recursos.

En los Contratos de Gestión firmados entre la JUNASA y los prestadores integrales en el año 2012, éstos se comprometen a implementar líneas de acción con incentivos adecuados para establecer un proceso de atención basado en un vínculo longitudinal a lo largo del tiempo con un Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención y un médico de referencia. El compromiso también implica el desarrollo de estrategias para que este equipo tenga la mayor capacidad resolutoria respecto de los problemas de salud que atiende en el primer nivel.

Con respecto al médico de referencia los contratos promueven el impulso por parte del prestador, de estrategias para derivar al médico de Referencia toda vez que el usuario/a consulte en la emergencia y/o luego del alta de internación, junto a la información correspondiente, así como el fomento de la atención domiciliaria realizada por el mismo profesional.

De este modo, el médico de referencia pasa a ser un integrante clave para consolidar un modelo de atención con abordaje biopsicosocial de la salud individual y colectiva en el primer nivel de atención.

Las metas asistenciales, particularmente la meta 2, fue una herramienta utilizada para jerarquizar la figura del médico de referencia. La misma se inició con un proceso de adscripción de los usuarios a médicos generales, médicos de familia, pediatras y geriatras de la institución.

Esta legitimación del médico a través de la meta se ha realizado desde dos ejes. En primer lugar, establecer un monitoreo y seguimiento de salud de la población usuaria adolescente, adulta y adulta mayor bajo las pautas establecidas en los programas de salud. Por otro lado, se avanza en la referenciación de los usuarios a un médico tratante que es elegido y aceptado por el usuario, generando una cultura de atención en el primer nivel basada en médico de referencia, garantizando la continuidad y longitudinalidad de la atención.

### **2.3. Cargos de Alta Dedicación**

Si se piensa en términos de mejorar el acceso oportuno y de calidad a la atención que la población recibe, los CAD se han pensado como una de las herramientas para ello, posibilitando la puesta en práctica de los equipos de salud y modificando las características del régimen de trabajo que se necesita para que la figura del médico de referencia cumpla con los objetivos planteados anteriormente.

El cambio en la organización del trabajo médico que se ha laudado en los Consejos de Salarios del grupo N° 15, incrementa las cargas horarias de los profesionales aumentando de esta forma la cobertura, garantiza un mínimo de horas para policlínica, e incorpora la polifuncionalidad a los cargos lo que permite una atención longitudinal de los usuarios dando una continuidad en la asistencia. La mayor dedicación horaria contribuye a la fidelización de los trabajadores médicos con las instituciones y sus usuarios, y permite mejorar la gestión de las consultas por parte de los prestadores.

Los CAD implican la presencia diaria de los médicos en la institución y definen un método de referenciación que de ser utilizado, mejoraría sustancialmente el acceso de los usuarios referenciados a estos médicos, entre otras cosas porque establece cupos para cada médico de acuerdo a la carga horaria dedicada a la atención en policlínica y a la edad de los usuarios referenciados.

En el caso de las IAMC, los CAD ya están siendo implementados para medicina general y las especialidades básicas<sup>2</sup>, más medicina intensiva y medicina interna, mientras se sigue trabajando para llevar estos cargos al resto de las especialidades. En ASSE se ha priorizado las especialidades donde existían problemas de cobertura, por lo que se han concentrado los cargos principalmente en las especialidades quirúrgicas y pediatría.

El desafío es acompañar la implementación de los CAD con otras mejoras como el aumento de la resolutivez del primer nivel, la incorporación de sistemas de referencia y contra referencia, la historia clínica electrónica, y la apuesta a la interconsulta; herramientas tendientes a optimizar la oferta de horas médicas existentes, así como a mejorar el acceso oportuno a la consulta por parte de los usuarios.

---

<sup>2</sup>Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria y Ginecología.

### 2.4. UDAS

Por último, las UDAS surgieron como un instrumento para mejorar la distribución de los RRHH de la Salud, el fortalecimiento de la formación de RRHH para la atención sanitaria y la generación de conocimiento. "...son ámbitos donde de forma coordinada, los servicios docentes de la Facultad de Medicina de la UdelaR se integran al funcionamiento de los Servicios de Salud de los prestadores públicos, cumpliendo funciones de atención a la salud, enseñanza de grado y postgrado, extensión e investigación"<sup>3</sup>.

Se originan con el objetivo de profundizar el proceso de descentralización de la UdelaR y aumentar la dotación de profesionales del principal prestador público, ASSE, en aquellas especialidades en las que presentan escasez relativa. Para las especialidades de demanda "crítica" de ASSE la creación de estas unidades con la intervención de la Facultad de Medicina genera nuevos espacios para la formación académica de los recursos humanos con baja dotación. Por otra parte, estimula los cargos docentes de alta dedicación horaria, acompañado de un compromiso de gestión en cuanto a metas docentes y asistenciales. Es además, una de las herramientas utilizadas para mejorar la dotación y formación de los RRHH adecuados al nuevo modelo de atención, buscando dar respuesta a una doble necesidad: la atención integral a la salud de la población y la formación de recursos humanos.

Las primeras UDAS se crean por Ley 18.362 de Rendición de Cuentas y balance de ejecución presupuestal, ejercicio 2007 en su Art. 487.

Recientemente, entre las estrategias para fomentar la radicación de RRHH en el medio rural desde el MSP se ha propuesto crear UDAS en el primer nivel de atención, con especial énfasis en salud rural. Se destaca la participación de las siguientes disciplinas en las UDAS del interior del país: Medicina General, Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, Ginecología, Auxiliar y Lic. en Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Parteras.

---

<sup>3</sup> Extraído de la Convocatoria a los Servicios, Departamentos y Cátedras de la Facultad de Medicina para la creación y fortalecimiento de Unidades Docentes Asistenciales. Sin fecha de publicación.

Las propuestas y estrategias impulsadas por el MSP y reseñadas en este apartado no son las únicas desarrolladas en el sentido de mejorar el acceso de la población a una atención más oportuna y de calidad. Sin embargo, constituyen los principales ejes ilustrativos del camino por el que se pretende avanzar. A su vez, cada una de las medidas promovidas ha tenido diferentes impactos entre los prestadores que es necesario continuar relevando y evaluando entre todas las partes, de forma de extraer experiencias y afinar las medidas adaptándolas a cada realidad.

## ***II.2 Buenas prácticas en gestión del acceso***

La experiencia internacional nos brinda diversos ejemplos de acciones y prácticas desarrolladas a nivel de la gestión institucional, meso y microgestión, y que han resultado en una atención más oportuna a la población. En particular, la gestión de la espera, tanto de las listas como de los tiempos, es uno de los aspectos que ha recibido mayor atención por tratarse de un problema generalizado en todos los sistemas de salud, impactando en la calidad y equidad de los cuidados y resultados en salud.

Sánchez Martínez et al. (2008), distinguen tres tipos básicos de estrategias que han utilizado diversos países para actuar sobre la reducción de las listas y tiempos de espera:

- i. Reducción del tamaño de las listas de espera por la vía del aumento de la oferta o de la moderación de la demanda.
- ii. Reducción de los tiempos de espera, mediante el incremento de la oferta, cambios en la práctica clínica y utilización de tiempos de garantía.
- iii. Racionalización de las listas de espera mediante la mejora de los sistemas de información y la aplicación de sistemas de priorización.

En base al análisis de diferentes experiencias Rodríguez E. et al. (2008) extraen algunas conclusiones:

- Plantean que cualquier incremento de los recursos sanitarios disponibles provoca un aumento de la demanda a mediano plazo contrarrestando la mejora inicial de los indicadores de espera. Este resultado, afirman, no cuestiona la eficacia de las medidas basadas en los incrementos de recursos

especialmente si existe una demanda latente previamente ignorada, pero reafirma la necesidad de combinar los incrementos de recursos con estrategias de control de demanda.

- “Resulta necesario avanzar en estrategias destinadas a la priorización de aquellos pacientes que están esperando un determinado servicio. Una priorización adecuada de pacientes no incide directamente sobre los indicadores de lista de espera, pero sí actúa sobre la eficiencia y la equidad de su gestión.”
- Finalmente concluyen que la efectividad de las estrategias antes señaladas “dependerá del desarrollo de medidas complementarias orientadas a la racionalización en la gestión de los recursos físicos y humanos disponibles en cada centro.”

A continuación se destacan algunas de las estrategias que han resultado exitosas en la experiencia internacional. Algunas de ellas ya son practicadas en nuestro sistema de salud, y surge como necesidad, un relevamiento exhaustivo y una evaluación de las buenas prácticas a nivel nacional para mejorar la calidad de la espera a través de la mejora en los procesos de gestión.

### **1. Priorización de pacientes**

Existen diversas estrategias destinadas a la priorización de aquellos pacientes que esperan acceder a un determinado servicio, contribuyendo a una gestión más eficiente de los recursos (mejores resultados en salud) y teniendo en cuenta criterios de equidad (considerando las diferentes necesidades). El orden en que se accede será por lo tanto diferente al cronológico o de llegada o demanda de la atención.

La experiencia identifica criterios tanto clínicos como sociales o diferentes combinaciones. En particular se destacan los “sistemas lineales de puntos” que han sido investigados en Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda y España. “Los sistemas lineales de puntos incorporan criterios clínicos (gravedad, pronóstico), funcionales (capacidad laboral y para realizar actividades cotidianas) y sociales (existencia de cuidadores o de personas dependientes).” (Sánchez Martínez, F. et al. , 2008)

La definición de los criterios de priorización no es una tarea fácil y requiere de consensos tanto desde el lado de los profesionales y los gestores de los servicios como con los usuarios del sistema.

En el caso de los usuarios es preciso en primer lugar transmitir la necesidad de realizar priorizaciones producto de la escasez de recursos que pueden destinarse al cuidado de la salud. Dependiendo de la forma de financiamiento de los diferentes sistemas, la concientización del costo y la escasez por parte de los usuarios, puede ser más o menos dificultosa.

Las estrategias de priorización facilitan la definición de tiempos máximos de espera garantizados por lo que ambas medidas suelen aplicarse coordinadamente, de forma que las garantías de tiempo tengan en cuenta criterios de equidad, necesidad y eficiencia.

Estos sistemas son aplicables en los diferentes ámbitos o niveles asistenciales, En general en la práctica clínica se establecen prioridades (de ingreso desde urgencia, de uso de block quirúrgico, gestión de camas, etc.), pero el desarrollo de un sistema protocolizado o estandarizado tanto para especialidades médicas como quirúrgicas en los distintos niveles de internación, es claramente beneficioso en la gestión del acceso con la consecuente ganancia en la satisfacción de las necesidades asistenciales; en el segundo y tercer nivel también se aplican dichos procesos, tanto en el ámbito médico como en el quirúrgico; algunos de los ejemplos de parámetros a tener en cuenta para la priorización son internaciones según patología, tratamientos oncológicos, necesidades inminentes de otros tratamientos, oportunidades quirúrgicas, siempre con la clara información al paciente y su familia, respecto a los criterios utilizados.

Distintas experiencias en varios países han manejado la utilización de estrategias de priorización de usuarios con diferentes realidades, pero reafirmando no solamente lo dificultoso en la reducción de las listas y tiempos de espera de acuerdo a lo que el usuario considera más oportuno, sino que además es necesaria la combinación y utilización de diversos elementos en la optimización del acceso. Algunos ejemplos específicos de aplicación de criterios de priorización a tener en cuenta son las del hospital Universitario Vall d'Hebron, la de la Corporación Sanitaria Parc Taulí, ambas en Barcelona, la del servicio Catalán de salud para los casos de pacientes con cataratas, artroplastia de cadera y rodilla o la correspondiente a Cataluña respecto a la priorización de

pacientes para cirugía de várices. Otras experiencias de priorización de pacientes se documentan en OCDE (2013).

Es importante destacar el rol clave que cumplen los sistemas de información en la implementación exitosa de esta estrategia, permitiendo aplicar oportunamente los criterios de priorización y llevar un registro así como permitir el seguimiento de los usuarios seleccionados, y habilitar futuras evaluaciones de impacto de las medidas.

- ***Unidad de evaluación y clasificación de interconsultas, técnicas y procedimientos***

En línea a lo referido, y sin subestimar la importancia y necesidad de coordinación para servicios de internación, es a nivel ambulatorio o de consulta externa donde se visualiza la mayor dificultad para satisfacer la demanda de servicios; por tal motivo, es en dicho ámbito donde se plantean en esta oportunidad, acciones de incidencia en la gestión.

Vista la dificultad en la entera satisfacción a toda la población usuaria al momento de brindar la respuesta adecuada y oportuna a los requerimientos, se han planteado distintas alternativas de abordaje, entre las cuales la gestión del acceso a las prestaciones a través del ordenamiento de solicitudes de servicio, ha sido una de ellas, con diversas experiencias internacionales que se pueden tomar como referencia. Un ejemplo refiere a las derivaciones a consulta externa de Medicina Interna realizadas en un Servicio de La Coruña.

Una unidad propia institucional dedicada específicamente a la gestión de las citas, con recursos humanos adecuados y con el manejo integrado de la información y la aplicación de criterios unificados, podría optimizar los recursos disponibles. Algunas de las posibles medidas refieren a depuraciones administrativas de las listas, para verificar con anterioridad a su realización la concurrencia del usuario o la permanencia de la indicación.

Un primer ordenamiento de las solicitudes de servicio clasificándolas según corresponda a la realización de un diagnóstico, control o seguimiento de patologías del paciente, resulta en una priorización que tiene en cuenta tanto la necesidad y oportunidad, como la incertidumbre en la espera del usuario. Por un lado la necesidad de establecer un tratamiento inminente a partir de un diagnóstico, y por otro dar la seguridad y continuidad a pacientes con

patologías crónicas, son situaciones diferentes que ordenadas con tal criterio redundan en una gestión más equitativa de la espera.

### **2. Consultas de alta resolución**

El desarrollo de un modelo de consulta única o de alta resolución con el objetivo de realizar el mismo día la consulta y las pruebas complementarias indicadas y completar un informe de asistencia, puede aplicarse en algunas especialidades (ejemplo: neumología, cardiología, urología, neurología).

“La consulta de alta resolución o acto único pretende incluir en un mismo acto asistencial la realización de las exploraciones necesarias para el diagnóstico y su tratamiento. Ello implica reducir las visitas del paciente evitando demoras de las pruebas y citas a posteriores consultas. El desarrollo de una consulta en la que se realicen las exploraciones y se indique el tratamiento sin demora conduce a una mayor eficiencia asistencial y aumenta la satisfacción de los usuarios”. (Falces, C. 2008).

Con la aplicación de este modelo se busca resolver el problema con el que el usuario es derivado desde atención primaria, realizando aquellas pruebas, técnicas e interconsultas con especialidades o técnicos, necesarias para llegar al diagnóstico o eventualmente realizar los tratamientos correspondientes. Es conveniente entonces disponer de criterios de derivación consensuados y que el médico de referencia del usuario sea quien asuma el control crónico del paciente.

Tanto los diferentes estudios y procedimientos diagnósticos, y eventualmente terapéuticos, si corresponde, que se efectúen ese mismo día varían de acuerdo de la especialidad que se trate; también aplica cuando la valoración solicitada corresponde a un profesional o técnico de otra especialidad diferente a la que fue remitido inicialmente el usuario. Es importante destacar que una vez efectuada la interconsulta o realizada la prueba complementaria, el paciente regresa a su tratante inicial, donde se continúa con su proceso y seguimiento asistencial, sobre todo en pacientes con patologías crónicas.

La consulta única o de alta resolución constituye entonces una alternativa de mejora de la eficiencia para el sistema sanitario frente a los sistemas tradicionales de atención ambulatoria.

Algunas referencias de experiencias internacionales puestas en práctica y que merecen ser tenidas en cuenta, nos permiten abrir expectativas ciertas en esta dirección considerando como positiva la posibilidad de su aplicación en nuestro medio. Son ejemplos los casos de consultas de alta resolución en Cardiología desarrolladas en Barcelona y Valladolid, y unidades de Neumología y Gastroenterología en Andalucía.

### **3. Protocolos de referencia y contrarreferencia**

La reorganización y optimización del uso de los recursos ha demostrado ser una medida que impacta positivamente en la disminución de las listas y tiempos de espera. Para ello se requiere de una mayor coordinación e integración entre los diferentes niveles de atención y a la interna de éstos.

Muchas veces los usuarios solicitan determinado tipo de atención, por ejemplo un especialista, sin que sea el servicio más adecuado para sus necesidades de salud. De esta forma pueden estar ocupando un espacio que podría ser utilizado por otro usuario para el que este tipo de atención es más adecuada, alargando su tiempo de espera. Por lo tanto establecer criterios o protocolos de referenciación a otras especialidades o para la realización de estudios implica un mejor uso de los recursos en el sentido de priorizar las necesidades de los pacientes y brindarles una respuesta más oportuna y eficaz.

Se entiende entonces como referencia a la derivación del paciente desde un establecimiento o un servicio de menor capacidad resolutoria hacia otro de mayor o mejor capacidad de respuesta, o de complementación diagnóstica o de tratamiento. La contrarreferencia es la derivación de los pacientes en sentido inverso, devolviendo información sobre los servicios prestados y respuestas al apoyo solicitado.

El trabajo a través de redes asistenciales, normalizando procesos mediante guías de práctica clínica y con circuitos claros de referencia y contrarreferencia ha resultado en una forma más eficiente y eficaz de organizar los servicios de salud.

### **4. Protocolos de atención, guías de práctica clínica**

Las guías de práctica clínica son una de las herramientas que ayudan a disminuir la variabilidad de la práctica médica determinada fundamentalmente por la incertidumbre de los procesos de salud y enfermedad, por la escasez de recursos, o por presiones externas. Se han desarrollado a nivel internacional diversos instrumentos y metodologías para la elaboración de estas guías, con el objetivo de incorporar y difundir las mejores prácticas y experiencias, realizando recomendaciones con respecto a la práctica clínica. Su diseño requiere de una evaluación de los riesgos y los beneficios de diferentes alternativas, promoviendo una atención óptima y equitativa para toda la población. Sin dudas son una herramienta que contribuye a una mejor calidad de la atención.

Los protocolos de atención o protocolos clínicos están más asociados a aspectos normativos y administrativos, definiendo procesos o secuencias de actividades frente a un problema asistencial, definiendo responsables y recursos necesarios. Se vinculan estrechamente a las guías de práctica clínica viabilizando su aplicación en condiciones concretas.

Ambas herramientas facilitan la gestión de la demanda y la priorización de casos. Tal como fue desarrollado anteriormente, la priorización de pacientes es una de las soluciones que diversos países han aplicado ante el problema de las listas de espera.

### **5. Transparencia y estrategias de comunicación con la población**

Resulta de particular importancia destacar el rol del usuario en el buen uso de los servicios de salud, reconociendo la responsabilidad conjunta de usuarios y gestores en la resolución del presente problema.

La importancia de las estrategias de comunicación con la población tanto por parte de los propios servicios de salud como de las autoridades del sistema, constituyen un elemento destacado en varios países, como forma de facilitar la comprensión del problema de las listas y tiempos de espera. El conocimiento de los criterios de priorización por parte de los usuarios, genera mayor confianza y mayor comprensión. Sin embargo no es fácil el logro de consensos con criterios clínicos y sociales, con lo cual la forma que debe adoptar el proceso de

participación de los usuarios en la definición de garantías de tiempos máximos y necesidades de priorización debe ser considerada cuidadosamente.

### III. CONCLUSIONES

La reforma del sistema de salud ha producido importantes avances en la cobertura universal, tanto en su dimensión poblacional como en el conjunto de las prestaciones a los que la población tiene derecho, así como también en la reducción de barreras económicas al acceso. Otras dificultades adquieren entonces mayor relevancia, entre ellas, los tiempos de espera, que pueden ir en contra del principio de equidad en el acceso. Si se realiza un balance de las acciones desarrolladas por el MSP en relación a la gestión del acceso oportuno y de calidad, se puede observar a través de los puntos detallados, que se han realizado importantes avances. Sin embargo **es posible y necesario desarrollar nuevas propuestas y acciones desde todos los niveles de gestión del sistema tendientes al logro de un acceso más equitativo.**

El incremento de la demanda surgido como resultado de la extensión de la cobertura, sumado al incremento de la utilización propio de las características de la población usuaria (envejecimiento) y del medio donde se inserta, refuerzan el desafío en términos de la **gestión de colas, agendas y el establecimiento de tiempos de espera razonables y criterios de priorización**, que se adecúen al riesgo de los usuarios.

En este sentido, los **sistemas de información** adquieren un rol fundamental, incrementando la necesidad de contar con datos oportunos y de calidad, que permitan, entre otras cosas, un conocimiento del volumen y significado de las listas de espera, de forma de aproximarnos a la definición de tiempos de espera que resulten "razonables".

Cuando se consideran las experiencias internacionales en torno a las políticas utilizadas para mejorar los tiempos de espera, se observa la variabilidad de acciones que se han implementado, muchas de las cuales son de escasa o nula aplicación en nuestro país. Dentro de ellas se puede destacar el uso de **protocolos de atención y guías de práctica clínica y definiciones de tiempos de espera asociados, políticas que tienden a mejorar los mecanismos de comunicación entre las instituciones y los usuarios, la gestión de las listas de espera en base a distintos criterios de**

**priorización, ya sea clínicos o sociales, la creación de consultas de alta resolución**, entre otras. Esto muestra que no existe una única forma de abordar el problema y que se precisa necesariamente de definiciones y establecimiento de prioridades en los tres niveles de gestión (micro, meso y macro).

Resulta necesario realizar un **relevamiento exhaustivo de las buenas prácticas de gestión del acceso** llevadas adelante por los prestadores de salud de nuestro medio, de forma de extraer experiencias y aprendizajes que permitan una mayor satisfacción de los usuarios y mejores resultados en salud.

Por otro lado, es importante enfatizar el **rol que los usuarios juegan en este proceso** y destacar que, así como es fundamental el conocimiento de sus derechos, también es muy importante el conocimiento de las responsabilidades asociados a ellos, con el objetivo de promover el buen uso de los servicios.

En el marco de la discusión del acceso oportuno de los usuarios al sistema de salud y los lineamientos de la reforma vinculados al desarrollo de una estrategia de APS, es crucial avanzar en **mejorar el acceso de los usuarios al equipo de proximidad de referencia**. Para esto no alcanza solo con aumentar la carga horaria de los profesionales, sino que es necesario organizar los mecanismos de referenciación para evitar la sobrecarga de trabajo en algunos equipos que redundaría en aumento de los tiempos de espera. En suma, si no se establecen límites claros a la capacidad de referenciación de los equipos de salud, existe la posibilidad de que el incremento en la disponibilidad horaria de los profesionales sea proporcional al crecimiento en la cantidad de usuarios referenciados, y por ende persistan los problemas de acceso en el primer nivel de atención.

**Surge entonces la necesidad de lograr acuerdos y consensuar propuestas y caminos que involucren a todos los actores del sistema, comprometiendo a cada una de las partes en su mejor esfuerzo para lograr un acceso más oportuno, equitativo y de calidad a la atención en salud.**

#### IV. BIBLIOGRAFÍA

- Bravo Santervás, J.; Zambrana García, J.; Ruiz Romero, J.; Velasco Malagón, M.; Rosa Jiménez, F.; Amat Vizcaíno, M. (2002). *Impacto sobre el tiempo de espera del modelo de consulta única en Neumología frente a la consulta convencional*. Neumosur 2002; 14, 3: 187-192
- Canadian Institute for Health Information. (2012). *Health Care in Canada, 2012: A focus on wait times*. Ottawa, ON: CIHI; 2012
- Canadian Medical Association. (2004). *The Taming of the queue: toward a cure for health care wait times*. Discussion Paper. July 2004.
- Cañizares Ruiz, A.; Santos Gómez, A. (2011). *Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis*. Documento de trabajo 174/2011.
- Consejos de Salarios, grupo N°15. (2012). *Acuerdo Laudo Médico*. Uruguay.
- Departamento de Estudios y Desarrollo. (2010). *La administración de las Listas de Espera en Salud*. Chile.
- Facultad de Medicina, S. C. (s.f.). *Programa para la formación y fortalecimiento de los RRHH de los prestadores públicos de los servicios de salud ASSE*.
- Facultad de MEDicina, S. (s.f.). *Programa para la formación y fortalecimiento de los RRHH de los prestadores públicos de los servicios de salud ASSE*.
- Falces, C.; Sadurní, J.; Monell, J.; Andrea, R.; Ylla, M.; Moleiro, A.; Cantillo, J. (2008). *Consulta inmediata ambulatoria de alta resolución en Cardiología: 10 años de experiencias*. (Rev Esp Cardiol 2008; 61: 530 – 533)
- Granja Romero E, Trinidad San José JC, González Rivero C, del Río Romero D, Moreno Fernández A, López Soto A. (2004). *Estudio de las derivaciones a una consulta externa de Medicina Interna: ¿se puede gestionar la lista de espera?* An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 72-74.
- Herrerías, JM et al. (2008) *Consulta de alta resolución de digestivo en Andalucía: ¿qué es y cómo debe funcionar?* Rev. esp. enferm. dig. v.100 n.1 Madrid ene. 2008
- Martí-Valls, J.; Ballesta, E.; Gonzalez, R.; Solé, M.; Torras, G. (2006). *Resultados de un plan de gestión de listas de espera quirúrgica de prótesis articulares*. Gac Sanit v.20 n.3 Barcelona mayo-jun. 2006
- Martín-Vegue, A. R., González, C. M., & Turlenque, V. E. (2002). *Gestión de consultas externas y pruebas diagnósticas programadas en atención especializada*. Papeles médicos.

- Ministerio de Salud Pública, U. (2014). *Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención*.
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2010). *Garantías de oportunidad en el AUGE*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Desarrollo de un sistema de priorización de pacientes para técnicas de reproducción humana asistida*. Cataluña: Agencia de Evaluación de Tecnología.
- Pardo, L., Zabala, C., Gutiérrez, S., Pastorini, J., Ramírez, Y., Otero, S., y otros. (2008). *Sistemas de referencia y contrarreferencia en pediatría. Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico Pereira Rosell*.
- Rodríguez, E.; Álvarez, B.; Abad, P. (2008). *Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones*. Cad. Saúde Pública. Brasil.
- Sánchez Martínez, F; Abellán, JM.; Martínez, J. (2008). *¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales*. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):126-36
- Siciliani, L.; Borowitz, M.; Moran, V. (eds.) (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.