

Artículo de reflexión

Diseño de procesos para reducir tiempo en lista de espera traumatológica no garantizada, Hospital público Chileno

Alicia Contreras Vielma¹, Medina-Giacomozi Alex²

¹ Directora Hospital San Carlos, alicia.contreras@redsalud.gov.cl

² Profesor asociado Universidad del Bío-Bío

Fecha de envío: 20/01/2017

Fecha de correcciones 30/01/2017

Fecha de aceptación 30/09/2017

Fecha de publicación 31/01/2018

Resumen: resolver el alto tiempo de espera de las consultas de especialidad en un Hospital público, desde el momento de solicitud de interconsulta, hasta la resolución de ésta tienen directa relación con la satisfacción de los usuarios. Se rediseñaron los procesos administrativos en el departamento de gestión del usuario para reducir el tiempo de permanencia de los usuarios en la lista de espera de especialidad traumatológica no garantizada. Para ello se identificaron los nudos críticos del proceso administrativo y mediante metodología de rediseño de procesos se logró una propuesta que implicó la definición de diagramas de flujo para reducir el tiempo de espera entre las distintas etapas del proceso, lo que fue coherente con los objetivos sanitarios 2011-2020 y los compromisos de gestión definidos para la disminución de tiempos de espera para consultas de especialidad e intervenciones quirúrgicas.

Palabras clave: rediseño de proceso, gestión listas de espera, nudos críticos, proceso atención de especialidad, lista espera traumatológica.

Copyright © Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira. 1995-2017. Todos los derechos reservados *

Design processes to reduce time in under guaranteed traumatological waiting list, Chilean Public Hospital

Abstract: resolving the high waiting time of the specialist consultations in a public hospital, from the time an application for consultation is entered until the resolution of this one is in direct relation with the user dissatisfaction. This reality was faced by redesigning the administrative processes in the user management department to reduce the time of permanence of the users in the waiting list of non-guaranteed traumatological specialty. To this end, the critical nodes of the administrative process were identified to achieve a redesign proposal, through a process redesign methodology. This involved the design of flow diagrams that allowed the waiting time to be reduced between the different stages of the process was consistent with the health objectives 2011-2020 and the management commitments defined for the reduction of waiting times for specialist consultations and surgical interventions.

Keywords: process redesign, Management waiting lists, Critical nodes, specialty attention process, trauma waiting list.

Copyright © Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira. 1995-2017. All rights reserved *.

Introducción

Las altas listas de espera tanto de consultas como de intervenciones quirúrgicas son una problemática frecuente en los servicios de salud en Chile debido a la alta demanda de pacientes y a la poca o nula existencia de procesos formales estandarizados y herramientas de apoyo para su gestión, seguimiento y control, por lo que el Gobierno de Chile ha establecido la estrategia nacional de salud de Chile 2011-2020[1], en la cual se ha fijado como meta la disminución de las listas de espera, como “aumentar a 90% la proporción de servicios de salud con adecuada razón de resolución de listas de espera excesivamente prolongadas, fijando para el año 2010 un 21%, para el año 2015 un 52% y para el año 2020 un 90% con adecuada resolución”.

El Ministerio de Salud, MINSAL, a través de los compromisos de gestión para el año 2015, según se señala en las orientaciones para la planificación y programación en red año 2015 [2], ha definido además el tiempo de espera por atención, a la “oportunidad con la cual las personas en espera, reciben la atención requerida de consulta o intervención quirúrgica”, señalando un cambio de enfoque centrado en el “número de usuarios en espera” a “tiempos de espera individuales”.

Estos antecedentes confirman la necesidad del análisis en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES (garantía explícita de salud), en cuanto a los costos involucrados y al rediseño de los procesos administrativos que se utilizan para asegurar la continuidad en la atención de los pacientes a través de las distintas etapas que se desarrollan en el establecimiento, previos a la realización de la intervención quirúrgica, de manera que se reduzca el tiempo de permanencia de los usuarios en la lista de espera en el Hospital de San Carlos (HSC) [3].

La gestión por procesos, a través de flujos definidos, permite evaluar el cómo se realizan las actividades para ir descartando acciones supernumerarias que no agregan valor al objetivo, así como, ir detectando los nudos críticos y las oportunidades de mejora, separando y analizando las actividades en detalle, para entender y modificar aquellos objetivos que son inadecuados [4].

La elección del rediseño de los procesos se basa en el alto volumen de pacientes en lista de espera de consultas no GES en el HSC, que al corte del 31 de junio del 2015 alcanza a 16.322 pacientes, donde 11.010 son consultas de especialidad, 1.173 son de la especialidad de traumatología, 3.897 son consultas odontológicas y 1.415 son de intervenciones quirúrgicas que en promedio esperan hasta tres años en su resolución para pasar a las otras listas de espera, que son las listas de espera ocultas, de exámenes e imageneología y procedimientos [5].

La unidad en estudio, actualmente, ha tratado de resolver las listas de espera a través de bases de datos provenientes de un registro centralizado a nivel provincial, denominado repositorio nacional de lista de espera (RNLE) que son bases de datos iniciales, y que a través del sistema Sinetsur, sistema disponible en Hospital, les permiten realizar las respectivas agendas para las especialidades que dispone el establecimiento.

Las agendas de horas de pacientes en listas de espera para las distintas especialidades se realizan con base a procedimientos no estandarizados, sin el seguimiento formal de pacientes en el tránsito entre las distintas listas de espera, sin la existencia de manuales que pudieran describir el

proceso de gestión de la demanda. El ingreso de nuevos pacientes a la lista de espera para la gestión de los nuevos cupos, llamadas SIC, solicitudes de interconsultas, se realiza con tantos criterios como funcionarios se destinan para dicha función con instrucciones dadas informalmente según las contingencias del día a día, no existiendo criterios establecidos para la asignación de cupos por especialidad.

Con estos antecedentes se establece la siguiente pregunta de investigación: ¿Si se mejora la gestión de procesos administrativos, es posible reducir el tiempo de permanencia de los usuarios en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES? y se plantea la siguiente hipótesis: La mejora en la gestión de los procesos administrativos permite una reducción del tiempo de espera de los usuarios que se encuentran en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES del HSC.

Antecedentes

La mayor parte de la literatura especializada se ha centrado en el análisis de las distintas formas de priorización de las listas de espera y no en la disminución de los tiempos de espera. Se ha detectado que no existen estudios que aborden un análisis de los procesos administrativos que permitan una disminución de los tiempos desde que se generan las solicitudes de interconsultas en la atención primaria hasta la resolución de estas listas, durante todo el proceso de atención hasta el alta del paciente.

A nivel internacional, el estudio de Vila y Garrote señala que “Cualquier estrategia de actuación frente a las listas de espera debe partir del análisis inicial de las causas que las motivan, dimensionando y/o descartando, en primer lugar, los posibles problemas estructurales, para centrarse, a continuación, en las limitaciones de la capacidad de oferta”. [6]

Así también Álvarez y Abad señala que “a pesar de que los sistemas sanitarios han adoptado diferentes medidas para hacer frente al problema de las listas de espera, éstas persisten. El fracaso de algunas de esas medidas se debe, principalmente, a fallos a la hora de detectar el origen multifactorial de las listas y, por tanto, a la hora de definir un abordaje coordinado e integral que, muchas veces, involucra a diferentes niveles del sistema sanitario”. [7]

Asimismo Letelier indica que “con enfoque en los nodos críticos evidentes, en todo el proceso de la gestión interna de este establecimiento conduciendo o manejando la lista de espera, es necesario protocolizar los procesos internos de tipo administrativos, estandarizando los tiempos máximos de espera de la solicitud en cada etapa, con indicadores de seguimiento y resultados junto a alertas, aspectos monitorizados por el equipo de calidad local y/o de control de gestión, en esta línea se recomienda que dichos indicadores estén ingresados a las metas sanitarias o de gestión del establecimiento indicando expresamente unidades o departamentos y profesionales responsables, que permitan efectivamente movilizar las acciones diarias a la resolución efectiva de la lista de espera, junto con la motivación por parte de los equipos gestores hacia los equipos operativos tantos médicos como administrativos». [8]

Por otra parte, analizando la forma de enfrentar la resolución del problema a investigar, Niebel y Freivalds señala que “el ingeniero de métodos usa técnicas adecuadas para realizar un mejor trabajo en menor tiempo” y describe los pasos principales en un programa de ingeniería de métodos desde seleccionar el proyecto, obtener y presentar datos, analizarlos, presentar e instalar el método, desarrollar el análisis del trabajo hasta el seguimiento. Señala además que la ingeniería de métodos es el análisis sistemático a fondo de todas las operaciones directas e indirectas con el fin de implementar mejoras que permitan que el trabajo se desarrolle más fácilmente, en términos de salud y seguridad para el trabajador, y permite que éste se realice en menor tiempo con una menor inversión por unidad [9].

Dado que se realizará una intervención en una unidad de trabajo de un establecimiento de salud, será necesario generar confianza, y en este ámbito, Cook señala que una de las principales metas de la gestión es crear un entorno en el cual los empleados estén dispuestos y puedan compartir sus ideas con su superior inmediato, por lo que la metodología empleada generará esa instancia de conversación que permita mejorar los procesos en la unidad bajo estudio. [10]

Walton señala que la calidad no proviene de la inspección, sino en la mejora en el proceso y con instrucción se pueden reclutar trabajadores para que participen en esta mejora, así también menciona que se deben derribar las barreras entre las áreas, ya que muchas veces no laboran como equipo para resolver o prever los problemas y que las metas de un departamento pueden causar problemas al otro [11].

Según menciona un análisis realizado por el MINSAL a través de la estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011 – 2020, señala que en Chile se han implementado diversas estrategias para resolver las listas de espera, una de ellas en la línea de fortalecimiento del recurso humano, dirigida a mejorar la capacidad de la oferta, a través de contratación de especialistas. Otra línea de inversión fue en equipamiento e infraestructura; y otras implementadas por FONASA, como el programa de reducción de brechas en prestaciones. [1].

De esta forma un usuario al ingresar al sistema hospitalario desde la atención primaria permanece en una lista de espera de primeras consultas, posteriormente permanece en tantas lista como número de citaciones realizadas, una lista para la citación del especialista tras el diagnóstico, otra lista para procedimientos, otra para exámenes de laboratorio o de imageneología, otra para intervenciones no quirúrgicas previo al acto operatorio, si requiere ser visto por médico internista o cardiólogo previo a una cirugía.

Complementando lo anterior, se ha mencionado que el orden administrativo debe involucrar diferentes aspectos para el logro de sus metas, destacando los siguientes: su visión debe estar dirigido al cliente, debe orientarse a los procesos como eje de la gestión administrativa; como elemento de investigación competitiva, debe involucrar al benchmarking; debe tomar a la información como materia prima para la toma de decisiones y el trabajo administrativo; como herramientas de trabajo, debe tener presente a las nuevas tecnologías de información y por último el análisis del valor agregado como elemento de definición de lo que se debe o no hacer. [12].

Con estos antecedentes y considerando la misión del establecimiento “Entregar atención de salud a los usuarios de la red asistencial de Ñuble, para mantener y recuperar la salud de las personas, con acciones confiables y de excelencia, utilizando eficientemente sus recursos”, se debe centrar la mirada en el usuario, gestionando las listas de espera con otros criterios, que no sólo sean los tiempos de espera, sino también en aspectos administrativos con la utilización de metodologías y herramientas de apoyo a la gestión de procesos internos que conlleven a mejorar el tránsito expedito de los pacientes por los diferentes procesos del establecimiento como partes de una red [13].

Caracterización del sujeto de la investigación

El servicio de orientación médica y estadística (SOME), es una unidad que depende de la subdirección de recursos físicos y financieros, cuyo funcionamiento fue aprobado por el MINSAL a través de la Resolución Exenta 926 del 14 de junio de 1989 con el manual de procedimientos que establece normas relativas a la admisión de pacientes, recaudación, estadística y otras disposiciones relativas a la atención de los usuarios. El reglamento orgánico de los servicios de salud aprobado por Decreto Supremo 42, disponía que en todos los establecimientos existiría un SOME que dentro de los

objetivos estaba velar por la expedita, racional y oportuna admisión, referencia y atención de los usuarios que concurran al establecimiento, facilitando la realización de los procesos y trámites asistenciales y administrativos correspondientes. [14]

Al interior de los servicios de salud, la ley 19937 creó la figura de los hospitales autogestionados en red, cuyas competencias centrales son:

Desarrollo de la cartera de servicios: Esta es una tarea central del hospital, dinámica, que debe realizarse en función de los recursos disponibles y del desarrollo posible de las especialidades.

- Gestión de la referencia y la contrareferencia: Se debe definir, mantener y administrar la forma y condiciones en que los pacientes son derivados a las especialidades y contraderivados para continuar sus tratamientos y controles en el origen.
- Gestión de las listas de espera: Conocer y gestionar las listas de espera es indispensable para la gestión del hospital, pero implica un ordenamiento que toca distintos ámbitos del quehacer hospitalario, que deben funcionar bien y coordinadamente. Tal coordinación redundará en que las listas sean fuente de retroalimentación, se ordenen, se prioricen y se acorten y, al mismo tiempo, que quienes esperan reciban respuestas confiables y materializables dentro de plazos razonables [15].

Ante estos profundos cambios contenidos en la reforma, esta unidad, SOME permanecía estancada, ya que no se desarrollaron sistemas que permitieran gestionar adecuadamente las listas de espera (ver figura 1).

La institución se encuentra regulada en el Título IV del DFL N° 1, de 2005, de Salud, artículos 31 y siguientes y en el Capítulo II del Decreto Supremo N° 38 como reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red que señala en su artículo 18, letra e) que el establecimiento deberá “contar con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumplir con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo” y en el artículo 26, letra e) que se deberá “cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieren convenido con el Director del Servicio o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, para lo que se requerirá un informe del director del servicio correspondiente, salvo en los casos de los establecimientos que formen parte de la red asistencial de alta especialidad” [16].

Materiales y métodos

Se diseñó un estudio transversal sobre los procesos administrativos en el SOME del HSC, para ello se invitó al personal a un espacio de conversación colaborativo que permitió adherencia, trabajo en equipo y sentido de pertenencia con las mejoras propuestas en el mediano plazo.

En estas instancias se aplicó un formulario, que permitió registrar las actividades que se realizan. Con las preguntas ¿qué se hace?, ¿por qué se hace?, y ¿cómo lo hace? se determinó el propósito de la actividad, lo que fue posible recabar con dicho formulario. Luego con base a otro formulario, cada integrante plasmó la información requerida, que dio cuenta de los procesos que se realizan, en el que se registraron los procesos de entrada y de salida de cada uno de los integrantes de la unidad. Con la información recabada se elaboraron los diagramas de proceso y flujo actual.

Con estos insumos, a través de un check list que se aplicó en terreno a la unidad sujeto de esta investigación, con las preguntas ¿dónde lo hace? y ¿por qué lo hace en ese lugar?, se determina el lugar en que se realiza cada actividad.

La etapa siguiente consideró utilizar la técnica de consulta mediante el análisis sucesivo de cada actividad a una serie sistemática y progresiva de preguntas preliminares en busca del propósito, el lugar, sucesión, persona y medios de ejecución buscando la justificación de

cada respuesta a las preguntas: qué se hace, por qué se hace, dónde lo hace, cuándo se hace, entre otras, para lograr eliminar secuencias innecesarias, combinar o reordenar el orden del flujo y simplificar el proceso.

Con la información de las etapas anteriores se aplicó un tercer formulario, que permitió ir dando respuesta a las preguntas ¿cuándo se hace? y ¿por qué se hace en ese momento?, lo que visualizó la sucesión o el orden que ocupa cada actividad dentro de la secuencia. Con la información de cada formulario y un check list se construyó el diagrama de flujo de la situación actual, utilizando la simbología de la American Society of Mechanical Engineers (ASME), que permitió determinar, entre otros, los pasos supernumerarios (17).

Posterior a esto, se continuó con la misma técnica de consulta, pero con las preguntas de fondo que permitieron determinar si era posible mejorar el proceso, su factible reemplazo, optimizar la sucesión y/o medios indicados. En esta etapa se realizaron las preguntas que más podría hacerse y qué se debería hacer, dónde, cuándo, quién y cómo. En esta etapa se realizó además una lista de comprobación como herramienta de mejora continua, con preguntas dicotómicas como parte de una lista de chequeo.

Para la definición del nuevo método se elaboraron los diagramas de flujo mejorados donde se consignaron por escrito las normas de ejecución o un manual de instrucciones con todos los detalles que permita ser consultado posteriormente, que dé cuenta de una gestión por proceso rediseñando los flujos actuales.

Por último, para la aplicación de este método y de sus etapas se realizaron reuniones de trabajo, donde primó una mentalidad abierta y capacidad de escucha para que el clima de trabajo no se tornara tenso y no fracasara la búsqueda de información. Como grupo experto se consideró siempre la participación del jefe del departamento y las jefaturas de secciones y eventualmente la jefatura superior para ir evaluando los hallazgos encontrados en cada una de las sesiones de trabajo.

Para concretar la identificación de los nudos críticos se realizaron cuatro reuniones con el total de funcionarios de SOME de una duración de 90 minutos, oportunidad donde se analizaban los resultados de los formularios, remitidos previamente vía correo electrónico. Se efectuaron 8 reuniones con las jefaturas intermedias con la finalidad de revisar en conjunto los avances y analizar tanto los quiebres como las posibles mejoras. Además, se realizaron 6 visitas a los puestos de trabajo en terreno para analizar los procesos efectuados por los integrantes del equipo.

Resultados

Al aplicar los formularios se podía apreciar abismantes diferencias entre las respuestas de los integrantes del equipo, pudiendo identificar quiebres mucho más serios que sólo la elaboración de los flujos de los procesos, por lo que los nudos críticos identificados son diversos, en las brechas de recursos humanos y sus competencias, en la infraestructura del edificio y en los procesos, a saber:

1. Sistemas informáticos paralelos que no conversan entre sí. Se utilizan bases de datos del RNLE, Anita, Sinetsur y el módulo listas de espera (MLE), que se exportan en forma manual, utilizando como fuente de actualización las rebajas de horas realizadas por las admisionistas.
2. Falta de autonomía en el establecimiento para cargar la información actualizada al RNLE., ya que el mismo proceso se realiza en el HSC y en el Servicio de Salud Nuble, provocando retrasos de aproximadamente 45 días.
3. Asignación de horas en las agendas sin vincular las SIC de la lista de espera, no rebajando el sistema RNLE, inflando la lista de Espera.
4. Gran cantidad de horas de agenda ejecutadas y asignadas, que no fueron rebajadas en los años 2010 al 2014, que obliga revisar fichas

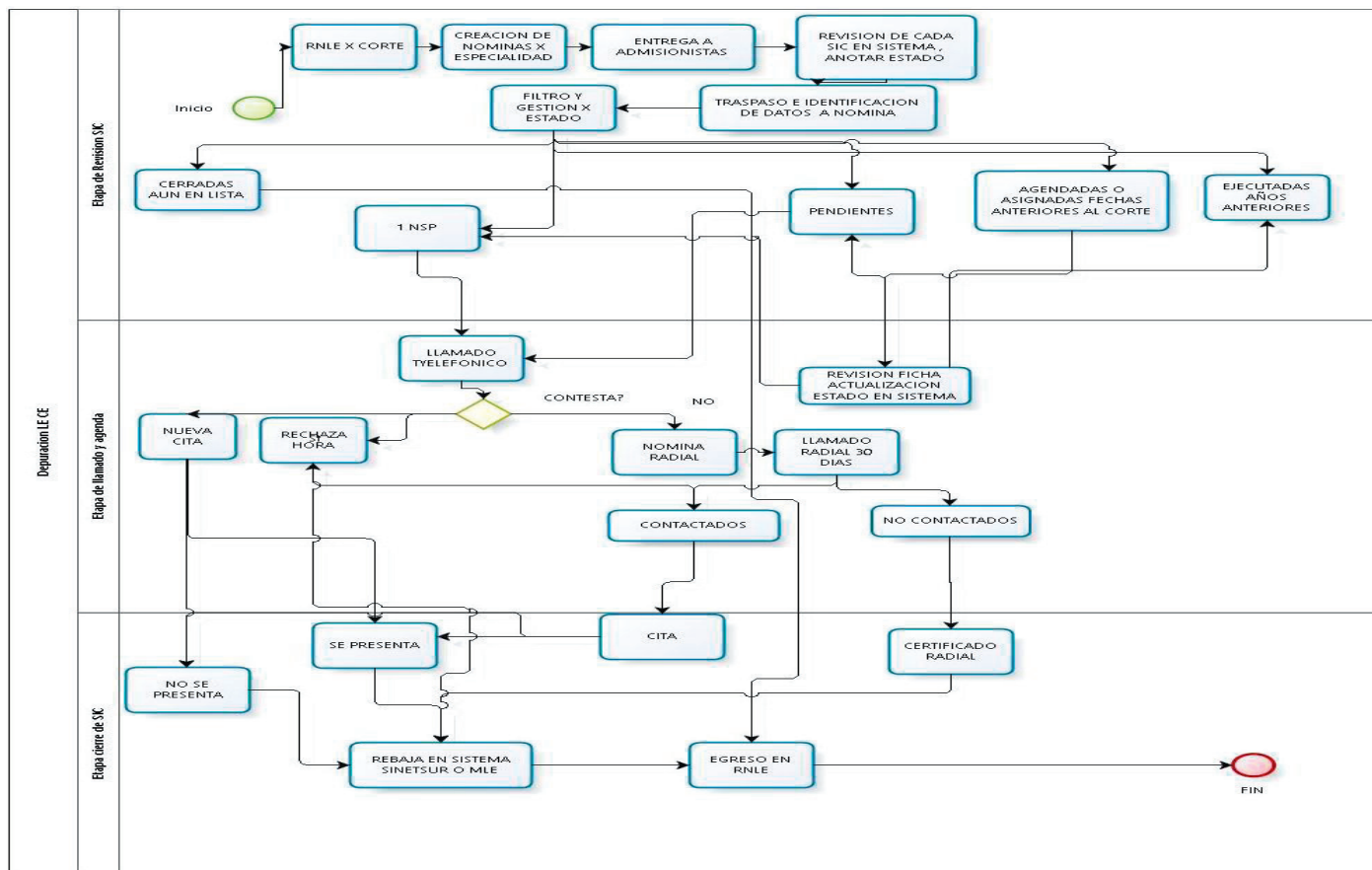
caso a caso.

5. No contar con un manual de procedimientos actualizado en la unidad SOME para definir un proceso único.
6. Pasos supernumerarios que se desarrollan en base a procedimientos no estandarizados, ya que no existen flujos uniformes en los procesos de agenda ni de gestión de la listas de espera.
7. El departamento no trabaja como equipo para resolver o prever los problemas diarios, se presentan conflictos de autoridad y no es clara la responsabilidad de cada integrante.
8. La unidad de Archivo, carece de espacio par a la creciente demanda de usuarios, generando deterioro de las historias clínicas, hacinamiento, extravío, lentitud en los procesos y sobrecarga del recurso humano.
9. Desintegración de la parte clínica de la administrativa, ya que por la cantidad de errores hay una disputa continua, tanto por solucionar como para generar las explicaciones cuando se presentan.
10. No existe claridad de las funciones de cada integrante, cumpliendo una labor automatizada y sin análisis, ejecutando asignación de tareas encomendadas diariamente.
11. Rotación de funcionarios por ausentismo por Licencias médicas. Rotación que sin una buena instrucción por falta de manuales de procedimientos afectan en los resultados.
12. Constitución histórica de la unidad, con funcionarios con mal desempeño que obliga a la aplicación de medidas disciplinarias contenidas en el estatuto administrativo.
13. Discontinuidad de actividades claves del proceso por falta de financiamiento como el funcionamiento de call center.
14. Asignación de horas en la agenda sin ser vinculadas a las SIC, que conlleva a que estos pacientes sigan apareciendo en LE y por ende abultando a ésta,

Cabe señalar que al aplicar el primer formulario de la metodología, a todos los funcionarios de la unidad, se pudo constatar que no existe una claridad de que las funciones que desarrollan son parte de un proceso dentro de la gestión de la lista de espera. Se aplicó dos veces este formulario, para darles tiempo de identificar las tareas realizadas.

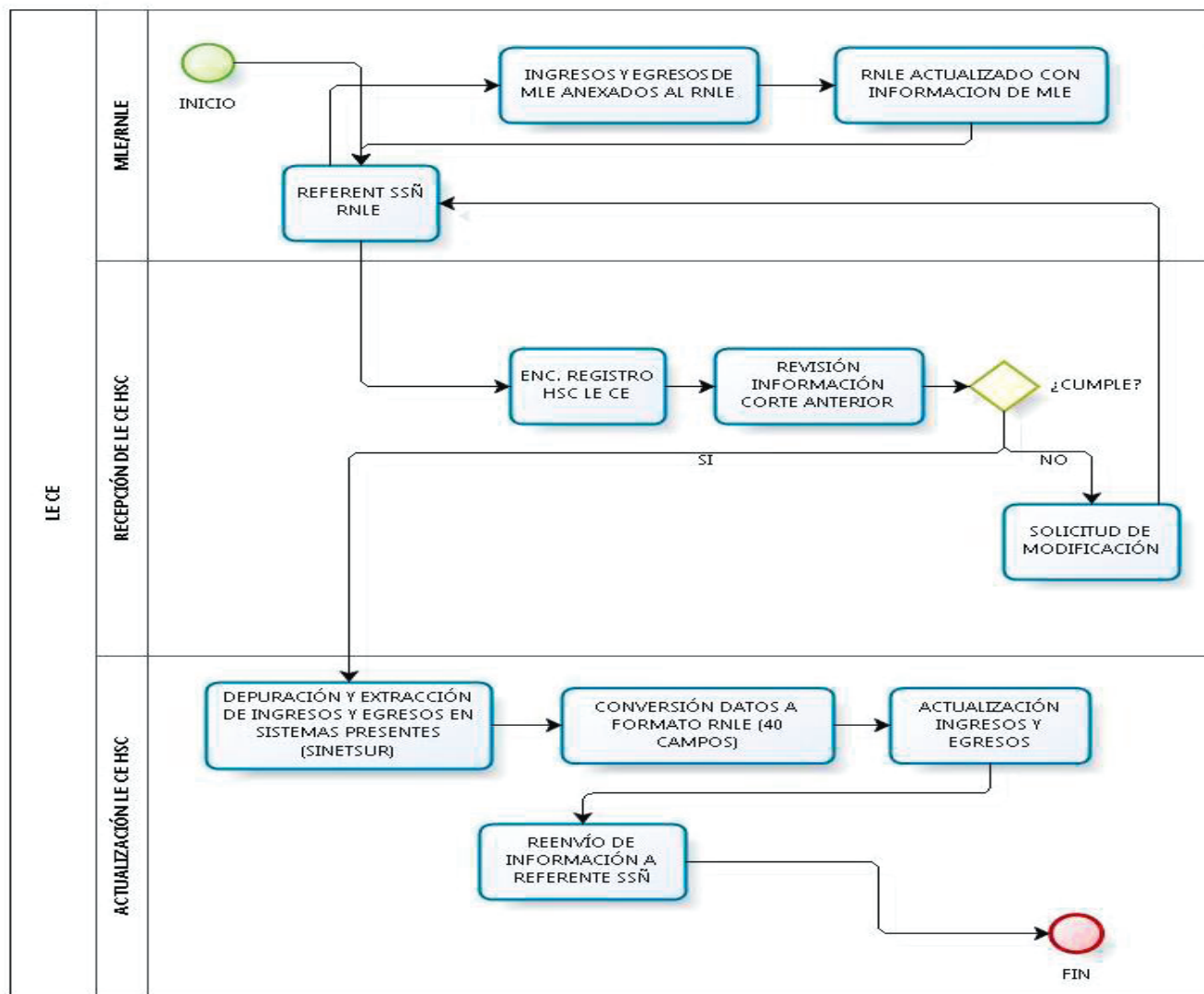
Para la construcción del flujograma actual (figura 1), no fue posible su construcción desde una etapa inicial hasta una etapa final, ya que argumentaban más etapas del proceso para complejizar sus funciones y sentirse indispensables dentro de la organización.

Figura N° 1: Flujograma Depuración Lista de espera de Consultas



El flujograma actual diseñado del proceso de gestión de las listas de espera (figura 2), desde la obtención de las bases de datos del RNLE hasta el egreso del paciente de la lista de espera. Este flujograma lo ejecutan individualmente como unidades que no se relacionan entre sí y no en forma lineal con todas las unidades participantes para dar una mirada integral al proceso con la intervención de todos los integrantes de éste, dificultando analizar la participación de cada individuo dentro del proceso.

Figura N° 2: Flujograma Actualización Lista de espera de Consultas



5.1.- Rediseño procedimientos mediante diagramas de flujos

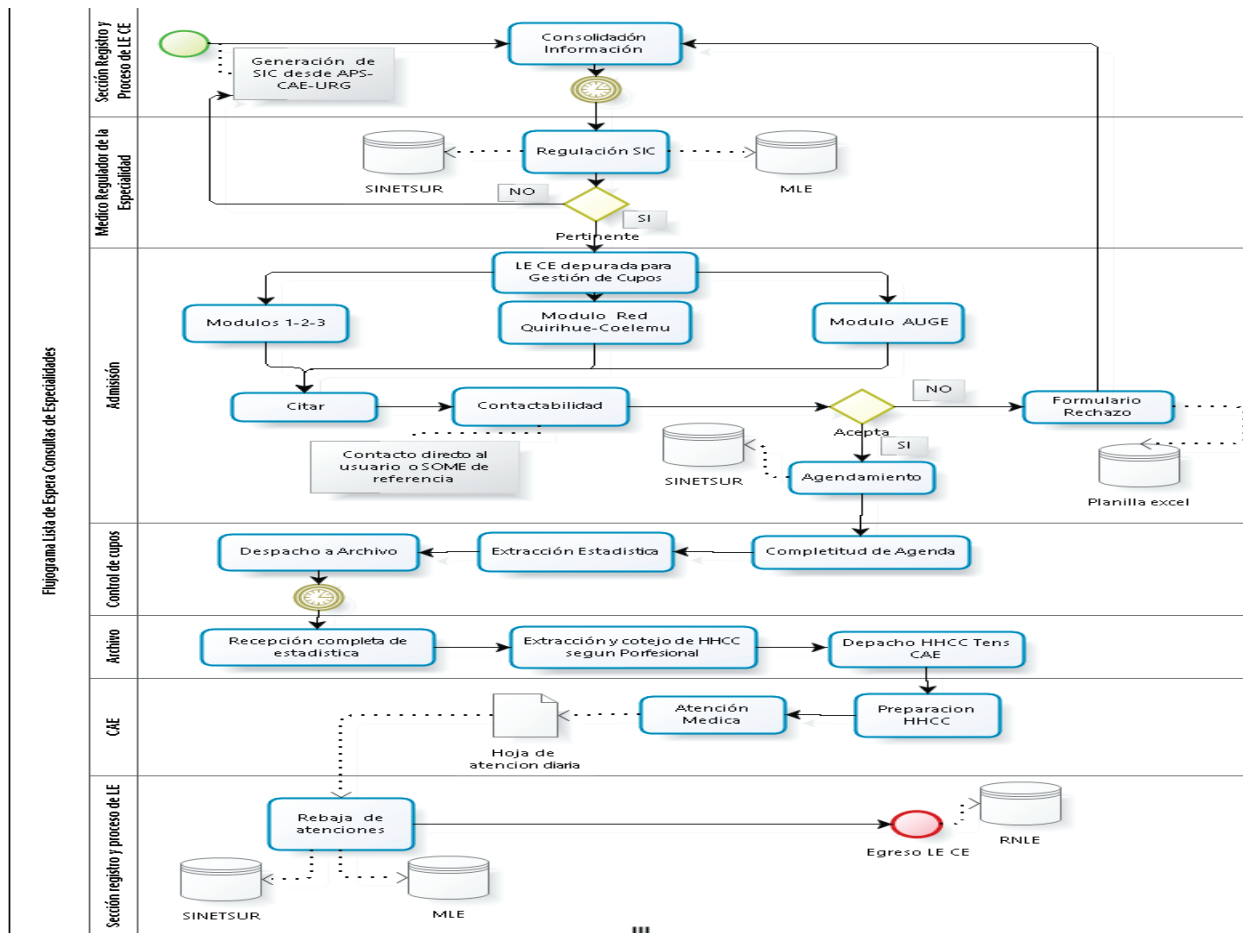
Para realizar el diseño del nuevo diagrama de flujo del proceso de atención que permita reducir el tiempo de espera en la atención de especialidad de traumatología no GES en el HSC que integren las mejores propuestas, se efectuaron reuniones de trabajo con las jefaturas intermedias del departamento SOME, utilizando cuatro de las ocho reuniones contempladas.

En la definición de este rediseño fue necesario tener una mirada integral del departamento, pensando en toda la línea de producción que ejecutan y así se llegó a la definición de cuatro grandes líneas de trabajo, que implicó un cambio de foco en las jefaturas de la unidad, al estar enfocados en la producción y no en el usuario, pero en el análisis se llega a un consenso para determinar estos cuatro grandes productos, que representan y definen los procesos que cada integrante del departamento debe ejecutar.

Los cuatro grandes productos se definen como: Gestión de lista de espera de consultas de especialidad; Gestión de lista de espera de intervenciones quirúrgicas; Gestión de listas de espera de procedimientos; y Gestión de convenios y servicios licitados.

Considerando el presente estudio, se logra definir el diagrama de flujo para la gestión de lista de espera de consultas de especialidad, que se muestra en la figura 3, en ésta se muestra claramente las unidades participantes en los procesos involucrados, desde la creación de las SIC, hasta que el paciente es egresado de la lista de espera.

Figura N° 3: Flujograma Gestión de Lista de Espera de Consultas de Especialidad



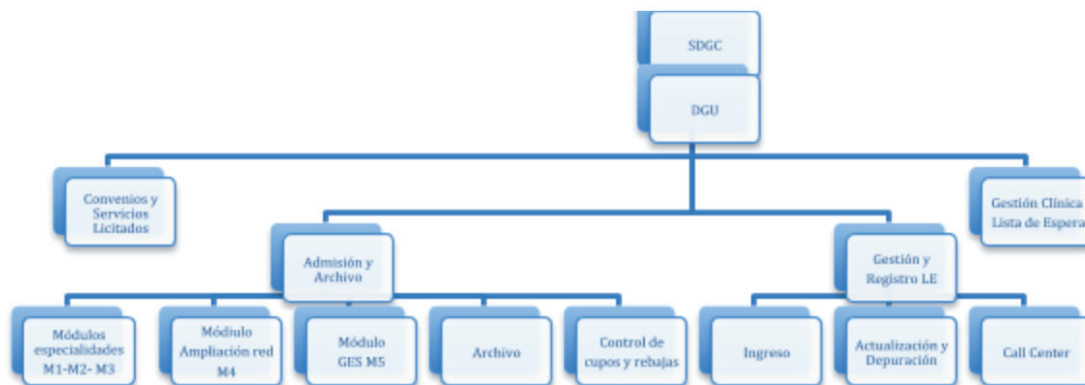
Este diagrama, como se mencionó incorpora las unidades participantes y logra tener una mirada unidireccional del proceso y no en forma parcializada e individualista en el análisis de las listas de espera. Cabe señalar que este flujograma necesariamente requiere de la definición de un manual de procedimiento asociado, el cual también fue abordado, para lograr una solución integral.

5.2.- Rediseños de funciones administrativas

Para el rediseño de funciones administrativas de las unidades que intervienen en el proceso que genera el retraso de atención de especialidad traumatológica no GES en el HSC, se propone un nuevo enfoque para la unidad centrado en el usuario, con dependencia directa desde la subdirección de gestión del cuidado, y que su denominación sea departamento de gestión del usuario, DGU, que puede implementarse al tener el establecimiento la categoría de hospital autogestionado.

La departamentalización como modelo organizacional que se propone, no es por funciones, sino por productos o servicios que se entienden son procesos. Cada recuadro agrupa a todos los funcionarios que tienen relación con ese proceso (figura 4).

Figura N° 4: Propuesta Organigrama Funcional DGU, Hospital San Carlos



Lo importante de esta propuesta es el cambio de modelo de gestión con un nuevo enfoque centrado en el usuario, dado que tendrá una mirada del cuidado de la salud basado en las necesidades de las personas al depender de la subdirección de gestión del cuidado y no de la subdirección de recursos físicos y financieros, que tenía una prioridad centrada en la producción en base a la programación de prestaciones. Esta propuesta se basa en lo dispuesto en la normativa que rige a los hospitales autogestionados, en el DS 38, que en su artículo 23 señala que el Director del establecimiento podrá diseñar la estructura organizacional, de acuerdo a políticas y normas técnicas que imparte al efecto el Ministerio de Salud, asimismo el artículo 18 letra e) indica que el establecimiento debe contar con un sistema de registro y gestión de listas de espera.

Esta organización incorpora nuevas funciones tanto para ordenar el funcionamiento, así como para abordar la brecha de recursos humanos para funciones básicas que requieren permanencia en el tiempo, dado el alto de volumen de información y de procesos que son necesarios mantener, hasta no contar con un sistema informático integrador.

El Departamento de gestión del usuario, DGU, debe estar a cargo de un profesional del área clínica, con experiencia en gestión. Y debe contar con dos secciones operativas, la Sección admisión y archivo, y la Sección gestión y registro de LE, a las que se le incorporan mejoras en algunos de los procesos.

La Sección admisión y archivo se propone se organice en tres módulos de especialidades, con dos admisionistas por módulo, fusionándose las actividades que eran individuales. Los tres módulos, será una división organizacional de especialidades o profesionales que se agrupen en un orden que responde a una lógica de la oferta: el módulo 1 resolvería la especialidad de ginecología y obstetricia, las especialidades de odontología e imagenología. El módulo 2, pediatría, medicina interna, cirugía adulta, profesionales no médicos; el módulo 3, traumatología, oftalmología, dermatología, otorrinolaringología, cirugía Infantil, neurología Infantil y otros profesionales no médicos de estas especialidades. La asignación de horas para exámenes básicos y tomas de muestras serán asignados por los tres módulos.

Cuando se presenten ausencias o contingencias, los reemplazos serán monitoreados por el integrante presente del módulo. Se distribuirán las funciones para dar cumplimiento a la atención de público y a los que soliciten horas de procedimientos, controles, exámenes, e interconsultas.

Se propone además la asignación de un administrativo exclusivo que realice la extracción de hojas diarias y control de cupos (función que realizaban los admisionistas), alertar a los admisionistas en completar todas las agendas. Con reportes diarios para solicitar en la unidad de archivo la extracción de las fichas respectivas. Una vez extraídas las historias clínicas, debe realizar el cotejo verificando se despachen el 100% de ellas, todo esto antes de ser retiradas de archivo por los TENS que preparan los pacientes para las distintas especialidades, estos últimos son los encargados de esta función dependiente del CAE. Esta incorporación permitirá liberar a las admisionistas de esta función para que no abandonen sus puestos de trabajo y con ello no descuiden la atención de los usuarios consultantes. Con esta estrategia se pretende se obtenga una gestión oportuna de las horas y permitirá entregar las historias clínicas para la atención. Este administrativo también deberá realizar el registro de las hospitalizaciones de los pacientes que tengan esta indicación desde urgencia y desde gestión quirúrgica.

Se recomienda incorporar además otra función, exclusiva para rebajar atenciones diarias de consultas en el sistema informático Sinetsur, controles, procedimientos y exámenes para entregarlas oportunamente al Departamento de Información para la gestión (DIG), dato que representa la producción diaria del Consultorio Adosado de Especialidades, CAE, permitiendo conocer los egresos por atenciones realizadas, no presentación (NSP) y otras causas. Pudiendo ser extraídas e informadas por el encargado de listas de espera (LE) oportunamente en cada corte. Además, tendrá la función de cargar las SIC en los sistemas de la red del hospital base de la provincia, que es el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán. también deberá realizar seguimiento y monitoreo de estas y de los cambios de estado de las SIC realizados por los reguladores, asegurando que lo que se deriva y que genera lista de espera estén depuradas y no cuentan con observaciones de no pertinencia por falta de antecedentes; en caso de tener observaciones deberá solicitar al profesional que deriva la corrección de estos datos y con eso reingresar la SIC. Se debe mantener la admisionista exclusiva y capacitada en GES, que administre y asigne horas dispuestas para casos GES de primeras consultas, controles, exámenes, procedimientos y otros requerimientos oportunamente para dar cumplimiento a las garantías de los problemas de salud resueltos en el establecimiento. También debe otorgar información a los usuarios sobre sus garantías y sus citaciones. Se recomienda además que la asignación de cupos sea coherente con la lista de espera, como una función permanente del establecimiento. Ya no se deberán dar cupos a la atención primaria de salud (APS) en forma directa, recomendándose retomar todo lo pendiente, sugiriéndose implementar las siguientes medidas:

- Que la asignación de las horas y el llamado de pacientes sea realizado únicamente por admisión. Debiendo dejar registro de cada caso, a qué paciente o familiar se notificó, señalando fecha y responsable de la llamada.
- Se deben completar los bloques de todas las agendas.
- Se realiza una revisión de casos para rebajar la LE, por las distintas causales que corresponden a cada SIC ingresada en la LE de especialidades.
- Se elaboró plan radial para ubicar pacientes, ya que con esta estrategia se pueden egresar definitivamente los pacientes que presentan 2 NSP y actualizar aún más la LE.

La Sección gestión y registro de LE: Se deberá encargar de la gestión de la información de listas de espera de especialidades, quirúrgica y de procedimientos, así mismo será responsable de la depuración de éstas y la entrega de informes permanentes de su estado. Operativamente realizará consolidados de ingresos y egresos por cortes, lo que consiste en extraer de los sistemas disponibles, la información y configurarla según requerimiento ministerial antes de ser informada al Servicio de Salud para su carga en el RNLE.

Supervisará las funciones administrativas de registro, monitoreo y seguimiento de la LE de consultas, Intervenciones quirúrgicas y procedimientos manteniendo actualizada la información a modo de que esté disponible para la toma de decisiones. Para la lista de espera se recomienda contar con tres funcionarios, uno que se encargue de registros de ingresos y egresos de la lista de espera ambulatoria, otro administrativo de ingresos y egresos quirúrgicos y un administrativo de ingresos y egresos de procedimientos.

Con todas estas propuestas el encargado de registros suministra la base de datos de RNLE mensualmente a la encargada de admisión, donde se procesará la información, se separarán las interconsultas (IC) por especialidad en nóminas y se entregarán a cada ventanilla responsable, admisionistas de esa especialidad. Quienes deberán revisar uno a uno los pacientes según antigüedad, agendando en las horas dispuestas en agenda para LE.

Por otra parte, se deberán ir cerrando los casos de los pacientes de las SIC que rechazan la atención y otros ya resueltos no actualizados, ya que los cortes de la información del RNLE no es actualizada en línea. Estas nóminas deben contener las observaciones descritas por los admisionistas de pacientes llamados, agendados o que rechazan la atención. Nómina que debe contener obligatoriamente los siguientes datos: fecha llamada, fecha citación, números telefónicos a los que se llamó y a quien se contactó.

Los rechazos y otras observaciones deberán ser entregadas a encargada de agenda quien cargará los datos en la base del corte enviado por encargado LE. Con estas observaciones digitalizadas, se enviará a encargado de registro quien realizará el cruce y cotejo de las agendadas que asistieron. También las que fueron rebajadas por las distintas causas, elaborará la nómina de pacientes que ya han tenido dos citaciones, para ser citadas vía radial y egresarlas definitivamente de la LE. Esto permitirá enviar la información depurada al servicio de salud para la actualización de egresos en RNLE. También, luego de las rebajas se podrán definir los NSP y se volverán a asignar horas a estos casos.

Por otra parte, se sugiere que en este departamento se integre en forma estable la unidad de call center, con tres funcionarios cuya principal función debe ser el llamado de confirmación de las distintas horas asignadas por las admisionistas. Esta función deberá ser permanente, mientras se instale un sistema de contactabilidad automática que pudiese reducir de 3 a 2 funcionarias en una primera etapa, las que podrán apoyar a admisión en el llamado de listas de espera.

Se sugiere además que el responsable de la unidad de gestión y registro de lista de espera debe ser un profesional del ámbito informático, para cruzar las bases datos y actualizar el RNLE.

Se propone además que los convenios de resolutivez sigan estando bajo la responsabilidad del jefe del futuro DGU, con una funcionaria encargada de la asignación y citación de pacientes, consolidación e informe de datos del número de prestaciones realizadas y usuarios atendidos, a través de la modalidad institucional y de extensión de horas, a esta función se sugiere denominar convenios y servicios licitados.

Otra unidad que se recomienda es la de Gestión clínica de lista de espera, que debe estar a cargo de una enfermera para que realice el seguimiento de los pacientes y asegure su control dependiendo de la patología y la indicación médica; con esta función se otorga la continuidad de los procesos en función de los pacientes, continuidad hasta su alta.

Con esta incorporación, además se debería potenciar el departamento con la incorporación de profesionales, dado que los integrantes de este departamento son administrativos no pudiendo tomar decisiones de orden técnico ni de complejidad.

Discusión

Hay muchos factores que inciden en el abordaje de la lista de espera, que permitan reducir el tiempo de permanencia de los usuarios en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES en el HSC que no sólo se centran en el proceso, sino en aspectos administrativos de gestión. Para ello se realiza una propuesta de rediseño de los procesos administrativos en el departamento SOME, para lo cual se sugiere además un cambio en la estructura organizacional con dependencia directa desde la subdirección de gestión del cuidado, trasladándose desde la subdirección de recursos físicos y financieros, proponiendo un enfoque centrado en el usuario, y no en la producción. La propuesta de organización sugiere además que ciertas funciones sean consideradas en procesos de selección como profesionales y no administrativos como hasta ahora.

En la construcción de los diagramas de flujo del proceso administrativo para representar la situación actual, se aplicaron instrumentos creados para este fin que permitieron evaluar el cómo se realizan las actividades e ir descartando actos supernumerarios que no agregaban valor al objetivo, evidenciándose que existe una baja claridad en las funciones que desarrollan y no se percibe que forman parte de un proceso dentro de la gestión de la resolución de la lista de espera.

La identificación de los nudos críticos en el proceso administrativo fue la base para otorgar una propuesta de rediseño de éstos, el análisis sistemático a fondo de todas las operaciones directas e indirectas logra implementar mejoras para que el trabajo se desarrolle más fácilmente permitiendo que éste se realice en menor tiempo con una menor inversión por unidad. En esta etapa se constatan múltiples criterios como funcionarios existentes, con instrucciones dadas informalmente con base en contingencias de problemas estructurales, que fundamenta la necesidad de protocolizar los procesos internos de tipo administrativos por lo que, mediante la metodología aplicada, se logra definir el diseño del diagrama de flujo del proceso de atención, que permite reducir el tiempo de espera entre las distintas etapas del proceso.

Para diseñar las funciones administrativas de las unidades que intervienen en el proceso que genera el retraso de atención de especialidad traumatológica no GES en el HSC, se constata que las agendas de horas de los pacientes que están en las listas de espera para las distintas especialidades se realizan con base a procedimientos no estandarizados, sin el seguimiento formal de los pacientes en el tránsito entre las distintas listas de espera, ni con la existencia de manuales que pudieran describir el proceso de gestión de la demanda, es por ello que se define el manual de organización propuesto que viene a ordenar los problemas detectados y se transforma en una guía administrativa de las unidades que intervienen en el proceso que genera el retraso de atención de especialidad traumatológica no GES en el establecimiento.

Cabe anotar que muchos de los problemas que se manifiestan para el abordaje de la lista de espera es la sobrecarga de atención de público y algunos de los quiebres en los procesos tienen que ver con problemas que genera el CAE, ya que la poca oportunidad en que entregan la oferta médica para programar las agendas congestionan la atención y producen entorpecimiento en los procesos continuos, ya que se debe destinar, gran parte de la jornada a realizar nuevas citaciones y agendas.

Sin duda el entencimiento del proceso tiene que ver en que este establecimiento no fue priorizado en su desarrollo informático, lo que

se traduce que se cuente con dos subsistemas donde se debe realizar doble registro, lo que incide en la cantidad de errores y procesos que se desarrollan a repetición para la corrección de estos.

Se recomienda en forma prioritaria informatizar la unidad, para llegar a realizar no sólo el proceso de agenda, control y seguimiento de la lista de espera.

En resumen, se puede concluir que los rediseños de los procesos administrativos permiten reducir el tiempo de permanencia de los usuarios en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES en el HSC, siempre que el personal que administre el proceso conozca el procedimiento a ejecutar y que tenga claridad que es parte de él y que cumple un rol fundamental para el desarrollo continuo del proceso que asegure su continuidad. Asimismo, es necesario concluir y destacar que mejorando la gestión de procesos administrativos en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES, es posible abordar las listas de espera de las otras especialidades del establecimiento, ya que es posible extrapolarlo, dado que el proceso administrativo es el mismo, sólo van cambiando los exámenes intermedios, que son distintivos de cada especialidad.

Referencias

1. Gobierno de Chile. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Gob. de Chile. 2011.
2. Subsecretaría de Redes asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red 2015. División de atención primaria. 2015. Tomado de http://web.minsal.cl/sites/default/files/OPPR_2015.pdf el 10.11.2016.
3. Arango, L. Importancia de los costos de la calidad y no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad. Rev. EAN. 2009.67. 75-94.
4. Paneque, P. Gestión por proceso en el sistema sanitario público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud. 2002.
5. Hospital San Carlos. Estadística egresos y listas de espera. SOME. 2015.
6. Vila, J. y Garrote, C. Gestión de la lista de espera y de la actividad de los servicios quirúrgicos. Rev. Cirug. Esp. 2003. 74(1). 15.22
7. Álvarez, B. y Abad, G. (2003). Modelos alternativos de gestión de las listas de espera en sanidad: aplicación al Servicio Galego de Saúde. Inst. de est. Econ. de Galicia Pedro Barrié de la Maza. Working papers. 2003. 71.
8. Letelier, A. Situación y abordaje de lista de espera en el centro de referencia de salud Maipú. Tesis Magister Salud Pública. Santiago. Universidad Mayor. 2013.
9. Niebel, B. y Freivalds, A. Ingeniería Industrial. Métodos estándares y diseño del trabajo. 12a Ed. México: Alfaomega. 2015.
10. Cook, M. Coaching Efectivo. México. Mc Graw Hill. 2004.
11. Walton, M. El Método Deming en la práctica. Colombia. Norma. 2004.
12. Champy, J. Reingeniería de la dirección: el imperativo del nuevo liderazgo. Madrid. Díaz de Santos. 1996.
13. Hernández, A.; Nogueira, D.; Medina, A. y Marqués, M. Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica. Rev. Adminst. 2013. 48(4). 739-756.
14. Gobierno de Chile. Decreto supremo 42: Reglamento orgánico de los servicios de salud. Ministerio de Salud. 1986.
15. República de Chile. Modifica el DL. 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. República de Chile. 2008.
16. Subsecretaría de Salud Pública. Decreto supremo 38: Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red, Ministerio de Salud. 2005.
17. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Guía para la Elaboración de Diagramas de Flujo. Costa Rica. Mideplan. 2009.