



PRIMERA REVISIÓN

ESTUDIO DE CASO DESAFÍO LEVANTEMOS CHILE

¿Pueden las organizaciones de la sociedad civil reducir las listas de espera? Revisión a partir de la estrategia colaborativa público-privado desarrollada por Desafío Levantemos Chile en la Región del Maule.

ELABORADO POR

Centro para el Desarrollo de Iniciativas
Sociales (CEDIS)
Vinculación con el Medio
Mayo, 2022



VINCULACIÓN CON EL MEDIO

"En el CEDIS queremos ir más allá de la etapa de diagnóstico y articular a los sectores de la sociedad de forma colaborativa. Para lograrlo, entregamos capacidades a las empresas y a la sociedad civil, de modo que puedan contar con las herramientas necesarias para enfrentar los desafíos actuales de forma conjunta. Nuestras puertas se encuentran abiertas a todos aquellos que busquen ser parte de la solución y reconstruir juntos el tejido social chileno".



PROFESOR RAFAEL MIES PH.D
DIRECTOR DEL CEDIS ESE BUSINESS
SCHOOL



AGRADECIMIENTOS

El Centro para el Desarrollo e Iniciativas Sociales (CEDIS) ESE Business School de la Universidad de los Andes y Desafío Levantemos Chile, agradecen la labor del Gobierno Regional, Consejeros Regionales y Servicio de Salud de la Región del Maule.

Agradecemos en igual medida a los profesionales del área de la salud, administrativos y auxiliares pertenecientes a los diferentes servicios y unidades de los hospitales públicos de nuestro país, quienes hicieron posible la materialización del proyecto para la reducción de listas de espera.

CONTEXTUALIZACIÓN

CENTRO PARA EL DESARROLLO DE INICIATIVAS SOCIALES (CEDIS)

El Centro para el Desarrollo de Iniciativas Sociales (CEDIS) ESE Business School Universidad de los Andes, fue fundado en el año 2021 para apoyar al mundo empresarial, para que éste en colaboración con las organizaciones de la sociedad civil, cumpla con su rol social y genere un impacto positivo en la sociedad, para ello contamos con las siguientes áreas:

- Investigación aplicada.
- Formación de ejecutivos, mundo privado y non profit.
- Actividades de articulación que favorezcan la colaboración entre el sector público, privado y la sociedad civil.

DESAFÍO LEVANTEMOS CHILE

Desafío Levantemos Chile es una Organización no Gubernamental (ONG) creada en el año 2010 por el empresario Felipe Cubillos y busca por medio del levantamiento de recursos públicos o privados asistir a las comunidades en situación de emergencia. Para ello, mantienen una presencia constante en terreno para poder conocer la realidad de las familias y lograr empoderar a la sociedad civil en la construcción de un Chile con más oportunidades.





ÍNDICE

1. Las Listas de Espera en Chile	1-2
a. Caracterización de la población en Lista de Espera Quirúrgica por sexo y edad (Gráfico)	2
b. Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica en los distintos Servicios de Salud a nivel nacional (Gráfico)	2
2. Descripción del Caso de Estudio	3-5
a. Caracterización de la población beneficiaria del Proyecto Reducción Listas de Espera por sexo y edad (Gráfico)	3
b. Una alianza triple: El Gobierno Regional, los Servicios de Salud y Desafío Levantemos Chile	4
c. Etapas del Proyecto (Diagrama)	5
3. Análisis	6-10
a. Transiciones en Salud	6
b. Osteoartritis: Envejecer es una experiencia de género	7
c. Conceptualizando la espera	9
d. Caracterización de las Garantías GES Incumplidas no Atendidas Cerradas por Fallecimiento según sexo y edad (Gráfico)	10
e. Garantías GES Incumplidas no Atendidas Cerradas por Fallecimiento según sexo y edad en los distintos Servicios de Salud a nivel nacional	10
f. Alianzas Público Privadas	11
4. Resumen	12
5. Observaciones Finales	13
6. Referencias	14-16



¿Pueden las organizaciones de la sociedad civil reducir las listas de espera?

Revisión a partir de la estrategia colaborativa público-privado desarrollada por Fundación Desafío Levantemos Chile en la Región del Maule

RESUMEN:

La siguiente revisión se enmarca en la alianza colaborativa de investigación realizada entre el Centro para el Desarrollo de Iniciativas Sociales (CEDIS), perteneciente al ESE Business School y la Fundación Desafío Levantemos Chile. La investigación aún en desarrollo, busca evaluar las formas en que las iniciativas sociales fundadas a partir de este tipo de alianzas, nos ayudan a pensar formas alternativas para la solución de los problemas actuales, tales como la reducción de listas de espera en el sector público.

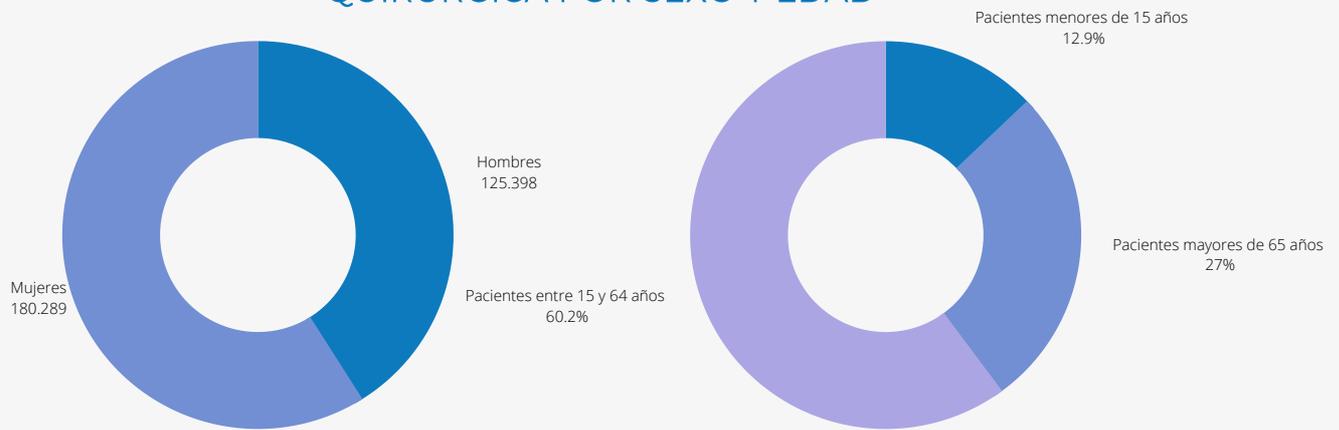
1. LAS LISTAS DE ESPERA EN CHILE

En Chile, según los datos del Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) (1), en el año 2020, el total de personas en espera por intervención quirúrgica era de 305.687, de las cuales 70.787 corresponden a pacientes pertenecientes a la Región Metropolitana, con un promedio de días de espera a nivel nacional estimado en 583 días. Respecto a la caracterización de la población que se encontraba en esta lista ese mismo año, 125.398 corresponden a hombres y 180.289 a mujeres. En lo que respecta al rango etario, la mayoría de las personas que se encuentran esperando una intervención quirúrgica tienen entre 15 y 64 años, sumando un total de 191.763, seguido por el grupo de pacientes mayores de 65 años (77.1818) y finalmente los menores de 15 años (36.743) (SUBREDES, 2021).

(1) El Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) es un sistema informático que se creó en Chile en el año 2011, con el propósito de individualizar y monitorear los registros de derivaciones y gestión de pacientes en listas de espera en la Red Pública de Atención.

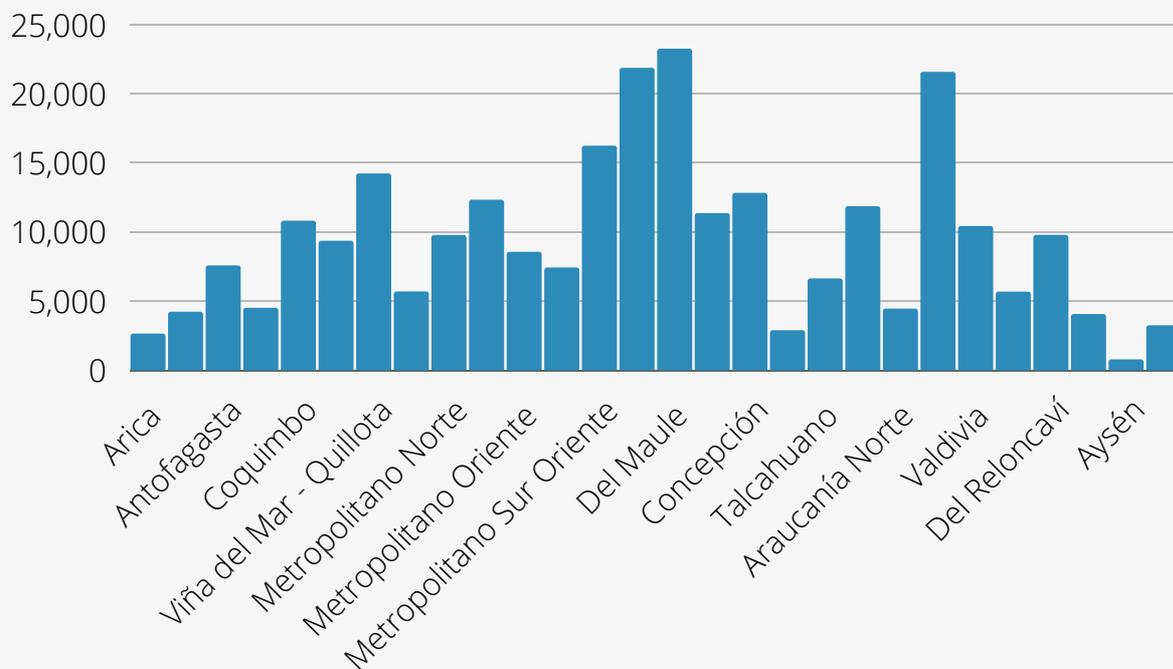


1.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR SEXO Y EDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos entregados por el Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) junio 2020

1.2 PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN LOS DISTINTOS SERVICIOS DE SALUD A NIVEL NACIONAL



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos entregados por el Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) junio 2020

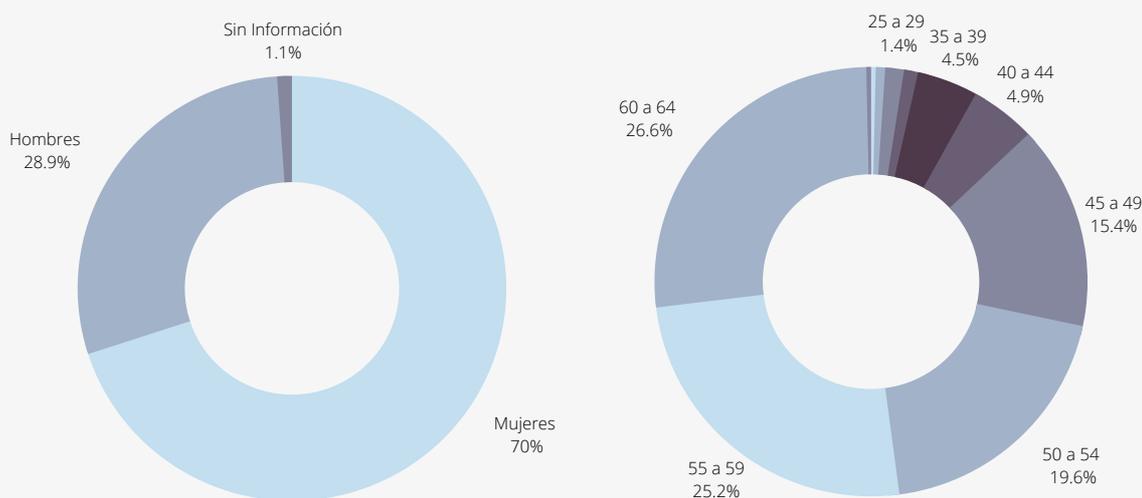


2. DESCRIPCIÓN DEL CASO DE ESTUDIO:

Entre los años 2016 y 2019, Desafío Levantemos Chile, específicamente por medio del trabajo de su área de acción en salud, liderado por Camilo Rozas, llevó a cabo la implementación de un Proyecto para la Reducción de las Listas de Espera No GES, beneficiando a un total de 288 pacientes que se encontraban a la espera de cirugías en prótesis con reemplazo total de cadera (ETC) en la Región del Maule, en la zona central de Chile. El proyecto fue financiado por fondos públicos destinados a los Gobiernos Regionales para el desarrollo de proyectos de carácter social, con cargo a la glosa 02, N°1 de la Ley N°21.053 de Presupuestos del Sector Público.

En lo que respecta a la caracterización de la población beneficiaria, podemos señalar que el 70% corresponde a mujeres y el 28,9% a hombres, con un promedio de edad de 53 años, perteneciendo en su mayoría al grupo etario de personas entre 60 y 64 años (26,6%), seguidos por los pacientes entre 55 a 59 años de edad (25,2%).

2.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL PROYECTO REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA POR SEXO Y EDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos entregados por el Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) junio 2020



Por su parte, la Región del Maule, tiene el mayor número de pacientes en lista de espera quirúrgica en los distintos servicios de salud a nivel nacional y posee una de las redes sanitarias más grandes del país, compuesta por: 13 Hospitales, 30 Departamentos de Salud, 43 Centros de Salud Familiar, 216 Centros Comunitarios de Salud.

2.2 UNA ALIANZA TRIPLE: EL GOBIERNO REGIONAL, LOS SERVICIOS DE SALUD Y DESAFÍO LEVANTEMOS CHILE

El Gobierno Regional, con previa aprobación del **Consejo Regional**, fue el organismo encargado de proveer los fondos sociales con cargo a su presupuesto, transferidos directamente a Desafío Levantemos Chile, cumpliendo también una función auditora. En segundo lugar, los **Servicios de Salud** se encargaron de las gestiones requeridas para que las Direcciones de los Hospitales facilitaran el uso de las instalaciones, así como de la citación de los pacientes a las cirugías, llevando un registro detallado de las intervenciones realizadas(2). Finalmente, **Desafío Levantemos Chile**, asumió la responsabilidad de administrar y coordinar el proyecto, por medio de las siguientes funciones:

- a. Adquisición de las prótesis y rendiciones al Gobierno Regional.
- b. Contratación de un referente para el proyecto, residente en la Región, quien estará encargado de elaborar el registro del proyecto mediante informes de avance y de un profesional a cargo de las finanzas para gestionar los pagos y rendiciones de cuentas ante el Gobierno Regional.
- c. Pago de los honorarios por prestaciones médicas al personal a cargo de las intervenciones.

"Hoy día, Desafío Levantemos Chile no busca mejorar la pobreza, sino que más bien nos encargamos de dar herramientas a las personas para que se puedan reactivar. En esa línea las cirugías que nosotros gestionamos, apuntan a patologías que son dolorosas, invalidantes y de alto costo, buscan reactivar a las personas, poder otorgarles una prestación en el menor tiempo posible, principalmente en listas no GES para que esas personas puedan volver a trabajar, retomar sus sueños y ser motor de cambio en sus comunidades"
(Fragmento de entrevista, mayo 2022)

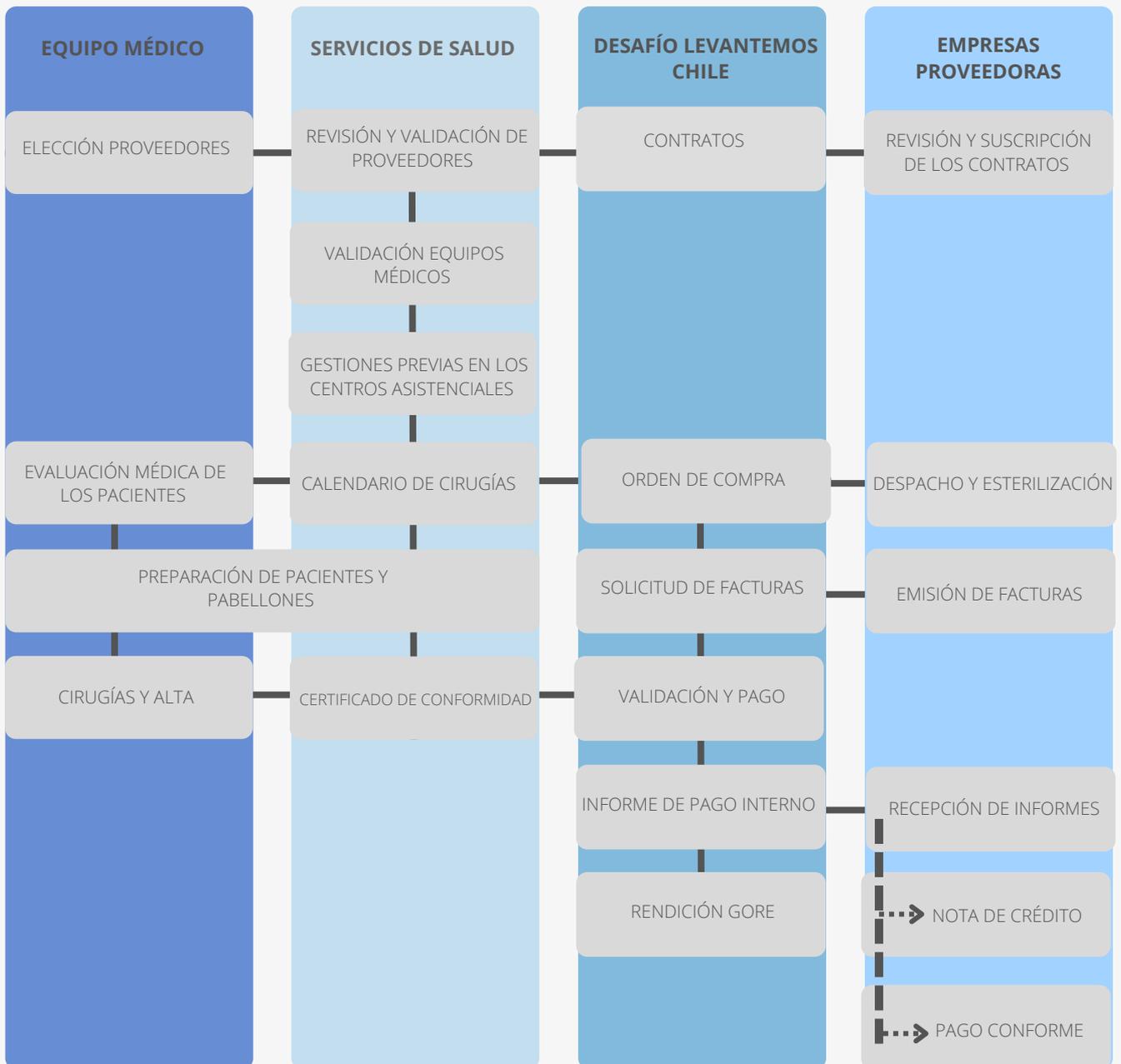


CAMILO ROZAS
DESAFÍO LEVANTEMOS CHILE

(2) Los Servicios de Salud mantienen las labores encomendadas expresamente por ley, velando que los pacientes elegidos fuesen quienes contaban con mayor antigüedad según los datos entregados por el RNLE . Los médicos a cargo de las cirugías serán competentes para el ejercicio de sus funciones. De la opinión de los Servicios de Salud depende la selección del tipo de prótesis. De este modo, no hubo delegación de funciones médicas desde los Servicios de Salud a Desafío Levantemos Chile.



2.3. ETAPAS DEL PROYECTO



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos entregados en "Minuta Explicativa Resolución que Aprueba el Convenio de Subvención Celebrado entre el Gobierno Regional de Valparaíso y Desafío Levantemos Chile" (2018)



3. ANÁLISIS

3.1 TRANSICIONES EN SALUD

Actualmente Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada, la cual se caracteriza por bajas tasas de natalidad y mortalidad, ocasionando un aumento de personas pertenecientes al grupo etario mayor de sesenta y cinco años y una disminución de la población de quince a sesenta y cuatro años. De acuerdo con la información entregada por el CENSO 2017, en Chile existen 2.850.171 personas que tienen sesenta años o más, lo que corresponde al 16,1% de la población y se espera que este número continúe en aumento, llegando a constituir el 20% de la población para el año 2025 y el 25% en 2050. De esta manera, se proyecta que para el año 2025 la población de adultos de sesenta años o más supere al número de menores de quince años a nivel nacional (INE, 2017).

El resultado de esta transición demográfica, vinculada a mayores niveles de desarrollo, se traduce en un aumento en la frecuencia de enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento. Actualmente los principales problemas de salud, tales como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares en Chile, son enfermedades no comunicables, esto ha llevado a los médicos a transformar su enfoque. En el año 2020, en Chile más del 50% de las muertes fueron ocasionadas por la suma entre enfermedades cardiovasculares y cáncer, superando incluso al 18% del total de defunciones ocasionadas por la pandemia del Covid-19 (SUBREDES, 2021).

La década de 1985 y 1995 estuvo marcada por la presencia de enfermedades infecciosas, tales como la fiebre purpúrica brasileña, el virus hanta, enfermedades antiguas y bien conocidas, pero que de alguna forma cambiaron su patogenicidad y distribución (Farmer, 1996). En 1971 Abdel Omran, en su paper sobre transición epidemiológica, atrajo la atención a los cambios en salud provocados por los cambios demográficos, identificando diferentes etapas y modelos de transición. La teoría de Omran identificaba tres estados de la transición epidemiológica: la edad de la peste y el hambre, la edad de las pandemias retraídas y la edad de las enfermedades degenerativas (Omran, 1971).



Para el antropólogo Paul Farmer (1996), el modelo de transición en salud que sugiere que los estados naciones atraviesan diferentes etapas de transformación epidemiológica, debe ser problematizado. Un ejemplo de lo anterior toma lugar en el siglo XX, cuando la población de doce estados del sur de Estados Unidos contaban con aproximadamente 25 millones de casos de malaria por año, si bien una parte de la disminución de la enfermedad se debió a las medidas aplicadas para controlarla, una gran parte se explica por el desarrollo en agricultura. De acuerdo con los planteamientos de Farmer, la pobreza y las desigualdades sociales, que llevaron a tasas diferenciales de mortalidad, junto con las mejoras en infraestructura, beneficiaron a aquellos con mayor riesgo de contraer malaria. En otras palabras, *“la mayoría de este tipo de enfermedades, afectan principalmente a la población más vulnerable, los grupos en riesgo de contraer determinadas enfermedades, son al mismo tiempo aquellos que usualmente deben lidiar con mayores dificultades socioeconómicas”* (Farmer, 2016, p.120).

Los modelos de transición epidemiológica, como el propuesto por Omran (Omran, 1971), no han logrado explicar la relación que existe entre las enfermedades infecciosas y cómo éstas pueden ocasionar enfermedades crónicas (Mercer, 2018). Los seres humanos han evolucionado social y biológicamente, el conocimiento de los contextos socio-ecológicos históricos pueden contribuir a una mejor comprensión sobre las causas individuales y colectivas de la enfermedad. El estilo de vida, la cultura, circunstancias socioeconómicas y el acceso a recursos materiales, educación y servicios de salud, afectan el riesgo del desarrollo de condiciones mórbidas y contribuir a las diferencias en las tasas de mortalidad a nivel nacional y entre los diferentes grupos de la sociedad (OMS, 2008).

3.2 OSTEOARTROSIS: ENVEJECER ES UNA EXPERIENCIA DE GÉNERO

La osteoartritis (OA) es una patología que se caracteriza por el deterioro y pérdida de cartílago hialino articular, alteraciones del hueso subcondral y variados compromisos de tejidos blandos que incluye a la membrana sinovial (MINSAL, 2020). Debido a la asociación que existe entre el envejecimiento y el desarrollo de OA, por mucho tiempo se conoció a esta patología como Enfermedad Degenerativa Articular (EAD), hoy en día sabemos que existen otros factores determinantes como los que determinan la predisposición a la enfermedad y aquellos asociados a una carga biomecánica anormal (MINSAL, 2020).



De acuerdo con los datos entregados por la Encuesta Nacional de Salud (2016-2017), para el grupo de 55 años o más (punto de corte GES), la prevalencia de artrosis y de caderas es cercana al 23%, un 4,6% presenta coexistencia de ambas patologías, por lo que el porcentaje total de los dos tipos de OA, sería aproximadamente de un 19%. (MINSAL, 2017). Por su parte, si analizamos la prevalencia de artrosis de cadera en relación a la previsión de salud de los pacientes, en el caso de FONASA la osteoartritis de cadera es de 10,3% y de rodillas 15,8%, con una coexistencia de los dos tipos de 5,3%. Mientras que en el caso de las isapres, es de 2,7% en el caso de caderas y 12,4% en rodillas, con una coexistencia de ambas de 1,6% (MINSAL, 2020).

Si bien los datos sobre la incidencia de osteoartritis mundial son escasos (MINSAL, 2010), se estima que en pacientes mayores de sesenta años, más del 80% presenta alteraciones radiológicas de OA (Fondo Nacional de la Discapacidad, 2006) y que las mujeres presentan un riesgo 2,6 veces más alto que los hombres de desarrollar la enfermedad (MINSAL, 2020). La osteoartritis como patología degenerativa, progresiva e irreversible genera molestias que se traducen en 7,1 años de vida perdidos por discapacidad y muerte prematura (MINSAL, 2010).

Envejecer es entonces una experiencia de género. En todas las sociedades, la vida de hombres y mujeres se caracteriza por la diferencia de roles, sin embargo, producto de esta separación, muchas veces las mujeres experimentan mayores niveles de pobreza, problemas de salud y malnutrición (Murray, 2013) y pareciera ser que la separación y desigualdad entre géneros se intensifica en la vejez.

En Chile, la tendencia de la discapacidad va en aumento con la edad, el grupo etario de 60 años y más concentra el mayor número de personas con discapacidad (38,3%); seguido por quienes tienen entre 55 y 59 años (14,6%). Las mujeres mayores de 18 años, no solo se ven más afectadas por la discapacidad que los hombres, sino que también poseen tasas de inclusión laboral más bajas. A su vez, el número de mujeres mayores de 18 años, que padecen algún tipo de discapacidad es mayor que en el caso de los hombres. Las diferencias entre la prevalencia de la discapacidad entre sexos, se va acentuando a medida que envejecen. Las mujeres en situación de discapacidad, también poseen tasas de inclusión laboral más bajas (SENADIS, 2016).



3.3 CONCEPTUALIZANDO LA ESPERA

El desequilibrio existente entre la oferta y la demanda en los servicios de salud (BID, 2016), se refleja en la gestión del tiempo, donde se vuelve necesario establecer sistemas de priorización (Cabesés, et al., 2008) . En Chile con base en la Ley 19.966 se crea en el año 2005 el Régimen General de Garantías de Salud o GES, el cual prioriza las denominadas “patologías GES”, dando origen de igual forma a un grupo de problemas de salud “no GES”.

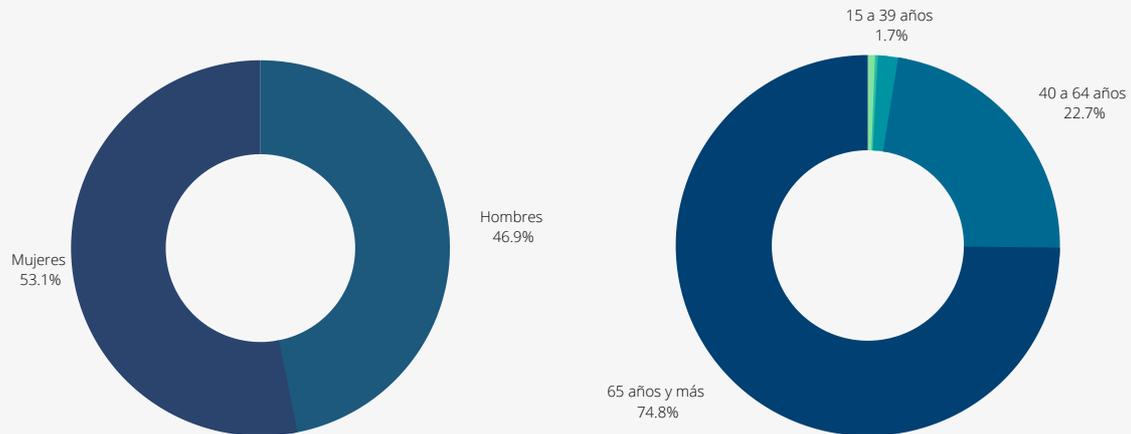
En el país, entre los meses de enero y diciembre del 2019, el total de "Garantías de Oportunidad GES Incumplidas no Atendidas Cerradas por Fallecimiento" fue de 4.036.097, lo que corresponde a 2.753.321 personas fallecidas mientras se encontraban en lista de espera (3). Por su parte, el promedio de Garantías incumplidas por mes fue de 5.973, dentro de esta categoría se encuentran aquellas categorizadas como “Garantías Incumplidas no Atendidas Cerradas por Fallecimiento”, las cuales sumaron un total de 851 Garantías GES incumplidas, equivalente a 830 personas fallecidas (SUBREDES, 2021).

Las listas de espera no solo constituyen un desafío a nivel administrativo en la medida que pone en cuestionamiento la legitimidad de los sistemas de salud, sino que también tienen un efecto directo en el deterioro del estado de salud de las personas, en la medida que prolonga el sufrimiento (Bernal, 2002) y posiciona a quienes esperan en un “limbo” donde el tiempo se encuentra detenido (Throne et al., 1999). Así, el tiempo de espera se materializa en la vida de los pacientes por medio de una baja participación en actividades de la vida cotidiana, sentimientos de ansiedad y dificultad para elaborar planes a futuro (Throne et al., 1999). Según Caroline Fogarty y Patricia Cronin (Fogarty y Cronin, 2007) la incertidumbre generada por estos tiempos en el sistema de salud se ve agravada por la falta de información, lo que lleva a las personas a sentirse indefensas. (Bernal, 2002).

(3) Para el período enero - diciembre 2019, el promedio de garantías por personas fue de 1,47, esto explica el desfase numérico entre el total de Garantías Incumplidas y el número total de fallecimientos.

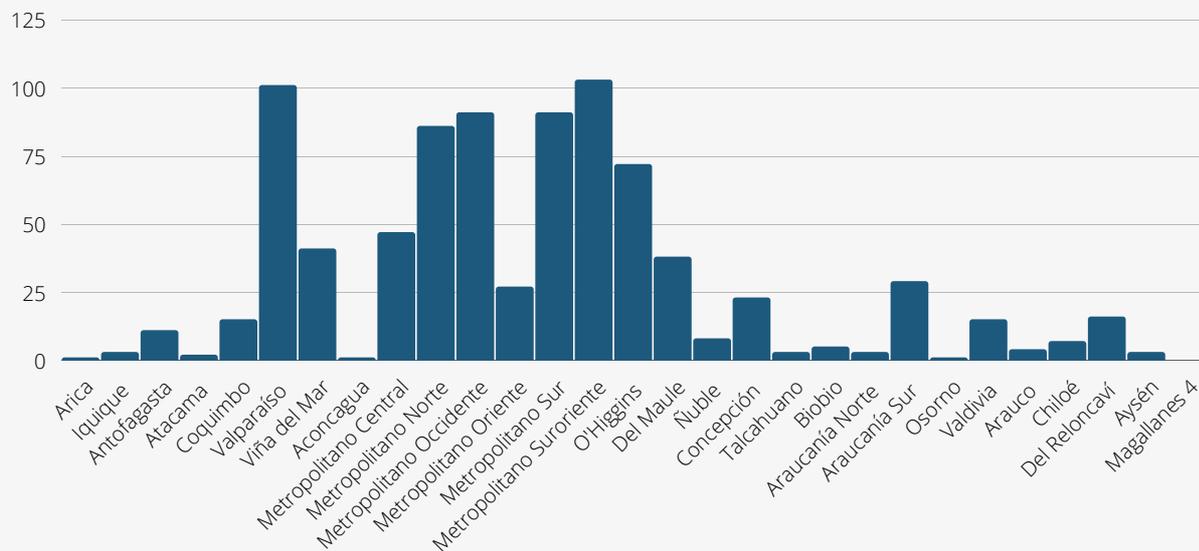


CARACTERIZACIÓN DE LAS GARANTÍAS GES INCUMPLIDAS NO ATENDIDAS CERRADAS POR FALLECIMIENTO POR SEXO Y EDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos entregados por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud, octubre, 2020

GARANTÍAS GES INCUMPLIDAS NO ATENDIDAS CERRADAS POR FALLECIMIENTO EN LOS DISTINTOS SERVICIOS DE SALUD A NIVEL NACIONAL



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos entregados por el Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud (SIGGES) diciembre, 2019.



3.4 ALIANZAS PÚBLICO PRIVADAS

Las Alianzas Público Privadas (APP), en inglés “*Public-private partnerships*” (PPPs), se han masificado en los últimos cuarenta años (Wang, et al., 2018), llegando a ser consideradas como una nueva forma de gobernanza (Osborne, 2000). Para Stephen Osborne (Osborne, 2000), las APP no solo se han transformado en un mecanismo eficiente para la implementación de la política pública, también se han articulado de forma que entregan grandes beneficios en el desarrollo de comunidades socialmente inclusivas. Estas instancias colaborativas permiten combatir la exclusión social integrando los componentes privados, las comunidades locales, los gobiernos y grupos voluntarios de la sociedad civil, entregando la posibilidad de reformar los servicios públicos, haciéndolos más accesibles en la medida que utiliza recursos de la esfera pública y privada para la creación estrategias de costo eficiente (Osborne, 2000).

En la actualidad, las APP o PPP, se han transformado en la estrategia más efectiva para dar solución a los desafíos presentes en los sistemas de salud públicos (Azami-Aghdash, et al., 2019). Por medio de estas alianzas, el sector público (gobiernos y otras entidades gubernamentales) hace uso de las capacidades del sector privado (empresas y ONGs), tales como conocimiento, experiencia y recursos financieros para proveer de servicios de infraestructura (Azami-Aghdash, et al. 2020B). De esta forma, el rol de los gobiernos pasa de inversor, implementador y beneficiario de proyectos de infraestructura a regulador o supervisor de la calidad y cantidad de los servicios entregados (Azami-Aghdash, et al., 2020A).

En este escenario, la sociedad civil cumple un papel fundamental, ya que por medio de acciones de articulación intersectorial, logran movilizar a la población y especialmente a los grupos más vulnerables, permitiendo la construcción de sistemas de salud más equitativos. Tal como propuso Naciones Unidas (ONU) por medio de la propuesta del ODS 17 “Alianzas para lograr los objetivos”, el establecimiento de alianzas inclusivas (mundiales, regionales, nacionales y locales), es de gran importancia para garantizar la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Sin embargo, existen ciertas consideraciones al momento de promover este tipo de alianzas, es necesario considerar por ejemplo el contexto político, histórico y cultural de los países, ya que de esto depende el grado de acuerdo entre los participantes, así como el nivel de alcance de participación social de estas instancias (Devlin y Moguillansky, 2009).

4. EN RESUMEN

1

EN CHILE, SEGÚN LOS DATOS DEL REPOSITORIO NACIONAL DE LISTAS DE ESPERA (RNLE) (1), EN EL AÑO 2020, EL TOTAL DE PERSONAS EN ESPERA POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ERA DE 305.687 (125.398 HOMBRES Y 180.289 MUJERES).

LA OSTEOARTRITIS DE CADERA, ES UNA PATOLOGÍA DEGENERATIVA Y PROGRESIVA QUE OCASIONA PÉRDIDA DE AÑOS DE VIDA POR DISCAPACIDAD Y MUERTE PREMATURA. LAS MUJERES TIENEN UN RIESGO 2,6 VECES MAYOR DE PADECER LA ENFERMEDAD QUE LOS HOMBRES (MINSAL, 2020).

2

3

ENVEJECER ES UNA EXPERIENCIA DE GÉNERO. EN CHILE LA INCIDENCIA DE LA DISCAPACIDAD AUMENTA CON LA EDAD. EL GRUPO ETARIO DE 60 AÑOS Y MÁS, CONCENTRA EL MAYOR NÚMERO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (38,3%) (SENADIS, 2015).

EL ESTILO DE VIDA, LA CULTURA Y LAS CIRCUNSTANCIAS SOCIOECONÓMICAS AFECTAN EL RIESGO DEL DESARROLLO DE CONDICIONES MÓRBIDAS Y CONTRIBUYEN A LAS DIFERENCIAS EN LAS TASAS DE MORTALIDAD A NIVEL NACIONAL Y ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS DE LA SOCIEDAD (OMS, 2008).

4

5

ENTRE LOS MESES DE ENERO Y DICIEMBRE DEL 2019, SE REGISTRÓ UN TOTAL DE 851 GARANTÍAS GES INCUMPLIDAS NO ATENDIDAS CERRADAS POR FALLECIMIENTO, LO QUE EQUIVALE A 830 PERSONAS FALLECIDAS A NIVEL NACIONAL (SUBREDES, 2021).

LAS ALIANZAS PÚBLICO PRIVADAS (APP) EN INGLÉS "PUBLIC -PRIVATE PARTNERSHIPS" (PPP) SE HAN TRANSFORMADO EN LA ESTRATEGIA MÁS EFECTIVA PARA DAR SOLUCIÓN A LOS DESAFÍOS PRESENTES EN LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA (AZAMI-AGHDASH ET AL., 2019)

6



5. OBSERVACIONES FINALES

Aunque los modelos de transición epidemiológica como el propuesto por Abdel Omran (Omran, 1971) se centran principalmente en la descripción y por consiguiente no logran explicar en su totalidad la realidad del sistema de salud pública. En Chile, es importante generar estudios que nos permitan visibilizar el impacto que tiene el avance de las patologías silenciosas en el país. Es por ello que es necesario comprender la enfermedad como una experiencia multidimensional, en Chile padecer de osteoartritis de cadera no solo conlleva lidiar con los problemas de movilidad ocasionados por la OA, sino que a su vez, ser incluido dentro de un grupo poblacional altamente vulnerable, es decir quienes se ven afectados por la discapacidad. Si consideramos que las mujeres tienen un riesgo 2,6 veces más alto de padecer la enfermedad (MINSAL, 2020) y que las posibilidades de desarrollar OA aumentan a medida que el paciente envejece, estamos frente a una compleja combinación de elementos: ser mujer, adulto mayor y padecer algún tipo de discapacidad.

Por consiguiente, las iniciativas orientadas a reducir las listas de espera en patologías como la osteoartritis de cadera, constituyen un gran aporte para el estado, los pacientes y sus familias. Este tipo de proyectos nos ayudan a pensar respecto a la multiplicidad de dimensiones y actores que intervienen en la construcción de lo que entendemos por salud. De esta forma, las iniciativas colaborativas propuestas por la sociedad civil nos ayudan a pensar nuevas estrategias para la gestión de los recursos, propuestas de acción colaborativas-público privado, etc. No obstante, el elemento más importante que surge cuando nos preguntamos ¿Pueden las organizaciones de la sociedad civil reducir las listas de espera? es cómo pasamos de un enfoque individual de la salud a una conceptualización colectiva y multidimensional de la misma. Tal como señala Thomas McKeown (McKeown, 1978), quizás la pregunta más importante a la que se enfrenta la medicina hoy, es si los problemas de salud más comunes en la actualidad, son en esencia diferentes a los problemas de salud que afectaron a las personas en el pasado, o si bien, al igual que las infecciones, éstas pueden ser prevenidas por medio de la modificación de las condiciones que llevan a su desarrollo.



Referencias

Azami-Aghdash, S., Charaee, H., Saadati, M., Sadeghi-Bazargani, H. (2020A) Experts' perspectives on the application of public-private partnership policy in prevention of road traffic injuries. *Chin J Traumatol*, Vol 23, 152-158.

Azami-Aghdash, S., Charaee, H., Tabrizi, J. (2020B) Public-Private Partnership Policy in Primary Health Care: A Scoping Review. *Journal of Primary Care and Community Health*, Vol 11, 1-17.

Azami-Aghdash, S., Farahbakhsh, M., Charaee, H., Karamouz, M., Nosratnejad, S., Sadesht, J. (2019) Analysis of Public-Private Partnership in Providing Primary Health Care Policy: An Experience from Iran. *Journal of Primary Care and Community Health*, Vol 10, 1-17.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2016). Listas de Espera: Un Mecanismo de Priorización del Gasto en Salud. Recuperado de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Breve-15-Listas-de-espera-Un-mecanismo-de-priorizaci%C3%B3n-del-gasto-en-salud.pdf>

Bernal, E. (2002) ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? *Gac Sanit*, Vol 16 (5), 436-439.

Cabasés, J., Inza, F., Sánchez, E. (2008). Instrumentos Económicos para la Priorización de Pacientes en Listas de Espera: la Aplicación de Modelos de Elección Discreta. *Gac Sanit*, Vol 22 (2), 90-97.

Desafío Levantemos Chile (2018). Minuta Explicativa Resolución que Aprueba el Convenio de Subvención celebrado entre el Gobierno Regional de Valparaíso y la Fundación "Desafío Levantemos Chile".

Devlin, R., Moguillansky, G. (2009). Alianzas público-privadas como estrategias nacionales de desarrollo a largo plazo. *Revista CEPAL*, Vol 97, 97-116.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2017). Síntesis de Resultados Censo 2017. Recuperado de <http://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>



Farmer, P. (1996). Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases. En Brown, P. J. y Closser, S., *Understanding and Applying Medical Anthropology* (p. 99-104). Nueva York, Estados Unidos: Routledge.

Fogarty C., Cronin, P. (2007). Waiting for Healthcare: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 61 (4), 463 - 47.

McKeown, T. (1978). Determinants of Health. En Brown, P. J. y Closser, S., *Understanding and Applying Medical Anthropology* (p. 99-104). Nueva York, Estados Unidos: Routledge.

Mercer, A. J. (2018). Updating the Epidemiological Transition Model. *Epidemiology and Infection*, Vol 146, 680-687.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2020). Resumen Ejecutivo Guía de Práctica Clínica de Tratamiento Médico en Personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, Leve o Moderada. Recuperado de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177437/re_final_gpc-artrosis-cadera-y-rodilla-mayores-55-anos_2018_v1.pdf

Ministerio de Salud (MINSAL) (2017). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Primeros Resultados. Recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

Ministerio de Salud (MINSAL) (2010). Guía Clínica 2010. Endoprótesis Total de Cadera en Personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Endopr%C3%B3tesis-para-Artr%C3%B3sis-de-Cadera-65-a%C3%B1os-y-m%C3%A1s.pdf>.

Murray, A. (2013). *From Outrage to Courage: The Unjust and Unhealthy Situation of Women in Poorer Countries and What They are Doing About It*, Standord, CA, Estados Unidos, Anne Firth Murray.



Omran, A. (1971). The Epidemiologic Transition. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol 49, 509-538.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Closing the Gap in a Generation: Health Quality Through Action on the Social Determinants of Health. Recuperado de file:///C:/Users/pacam/Downloads/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf

Osborne, S. (2000) *Public-Private Partnerships: Theory and Practice in International Perspective*. Reino Unido, Routledge: Taylor & Francis Group.

Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) (2016). II Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile 2015. Recuperado de <file:///C:/Users/pacam/Downloads/Libro%20Resultados%20II%20Estudio%20Nacional%20de%20la%20Discapacidad.pdf>

Subsecretaría de Redes Asistenciales (SUBDERES) (2021). Glosa 06 Lista de Espera No Ges, Garantías de Oportunidad GES Retrasadas y Análisis Epidemiológico y Causas de Muerte de Personas Fallecidas estando en Lista de Espera No Ges. Ley de Presupuesto N°21.192. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ORD-2308-DIGERA-Glosa-06.pdf>

Thorne, S., Hams S.R., Hislop, T.G y Vestrop, J.A. (1999). The Experience of Waiting for Diagnosis after an Abnormal Mammogram. *The Breast Journal*, Vol 5 (1).

Wang, H., Wu, G., Xiong, W., Zhu, D. (2018). Public-private partnership in Public Administration discipline: a literature review. *Public Management Review*, Vol 20 (2), 293-316.