



NOTAS TÉCNICAS Nº IDB-TN-2852

Como reduzir as listas de espera dos sistemas de saúde pública?: aprendizagens de três pilotos implementados no Chile

Banco Interamericano de Desenvolvimento
Divisão de Proteção Social e Saúde

Dezembro 2023



Como reduzir as listas de espera dos sistemas de saúde pública?: aprendizagens de três pilotos implementados no Chile

Banco Interamericano de Desenvolvimento
Divisão de Proteção Social e Saúde

Dezembro 2023

Catálogo na fonte fornecida pelo
Biblioteca Felipe Herrera da
Banco Interamericano de Desenvolvimento

Como reduzir as listas de espera dos sistemas de saúde pública?:
aprendizagens de três pilotos implementados no Chile / Banco Interamericano
de Desenvolvimento.

p. cm. — (Nota técnica do BID ; 2852)

Inclui referências bibliográficas.

1. Public health-Chile. 2. Hospitals-Waiting lists-Chile. 3. Health facilities-
Chile. 4. Primary health care-Chile. 5. Medical care-Chile. I. Banco
Interamericano de Desenvolvimento. Divisão de. Proteção Social e Saúde II.
Título. III. Série.

IDB-TN-2852

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2023 Banco Interamericano de Desenvolvimento. Esta obra está licenciada sob uma
licença Creative Commons CC BY 3.0 IGO
(<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>). Os termos e condições indicados no
link URL devem ser atendidos e o respectivo reconhecimento deve ser concedido ao BID.

Além da seção 8 da licença acima, qualquer mediação relacionada a disputas decorrentes de tal licença
deve ser conduzida de acordo com as Regras de Mediação da OMPI. Qualquer controvérsia
relacionada ao uso das obras do BID que não possa ser resolvida amigavelmente deverá ser submetida
à arbitragem de acordo com as regras da Comissão das Nações Unidas sobre Direito Comercial
Internacional (UNCITRAL). O uso do nome do BID para qualquer finalidade que não seja atribuição e o
uso do logotipo do BID estarão sujeitos a um contrato de licença por escrito separado entre o BID e o
usuário e não está autorizado como parte desta licença.

Observe que o link da URL inclui termos e condições que são parte integrante desta licença.

As opiniões expressas nesta publicação são de responsabilidade dos autores e não refletem
necessariamente a posição do Banco Interamericano de Desenvolvimento, de sua Diretoria Executiva,
ou dos países que eles representam.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/SocialProtection



Como reduzir as listas de espera dos sistemas de saúde pública?

Aprendizagens de três pilotos implementados no Chile



Banco Interamericano de Desenvolvimento
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577
www.iadb.org

Copyright © 2023 Banco Interamericano de Desenvolvimento. Esta obra está licenciada sob uma licença Creative Commons CC BY 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>). Os termos e condições indicados no link URL devem ser atendidos e o respectivo reconhecimento deve ser concedido ao BID.

Além da seção 8 da licença acima, qualquer mediação relacionada a disputas decorrentes de tal licença deve ser conduzida de acordo com as Regras de Mediação da OMPI. Qualquer controvérsia relacionada ao uso das obras do BID que não possa ser resolvida amigavelmente deverá ser submetida à arbitragem de acordo com as regras da Comissão das Nações Unidas sobre Direito Comercial Internacional (UNCITRAL). O uso do nome do BID para qualquer finalidade que não seja atribuição e o uso do logotipo do BID estarão sujeitos a um contrato de licença por escrito separado entre o BID e o usuário e não está autorizado como parte desta licença.

Observe que o link da URL inclui termos e condições que são parte integrante desta licença.

As opiniões expressas nesta publicação são de responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a posição do Banco Interamericano de Desenvolvimento, de sua Diretoria Executiva, ou dos países que eles representam.





Como reduzir as listas de espera dos sistemas de saúde pública?

Aprendizagens de três pilotos implementados no Chile

Convidamos você a consultar os outros textos desta série:

- Determinantes da espera para atenção especializada: uma proposta de otimização da gestão das listas de espera na área de saúde.
- Otimização da gestão de listas de espera na área da saúde: três casos de implementação na rede metropolitana de saúde do Chile
- Estudo exploratório para quantificar os resultados do modelo de gestão e acompanhamento do cuidado de pessoas na lista de espera não-GES do sistema de saúde pública do Chile.



Como reduzir as listas de esperados sistemas de saúde pública? Aprendizagens de três pilotos implementados no Chile

Resumo¹

O aumento das listas de espera para atendimento é um problema muito relevante para os sistemas de saúde. Apesar de algumas das causas estarem relacionadas a deficiências no fornecimento de profissionais, equipamentos e infraestrutura; outras estão relacionadas à deficiente gestão de pacientes.

As experiências internacionais confirmam a importância de combinar gestão e financiamento. E, no gerenciamento, considerar o percurso do paciente por vias de atendimento. Os sistemas de encaminhamento desempenham um papel fundamental no manejo do fluxo de pacientes para não serem afetados pela perpetuação dos vários focos de ineficiência.

No âmbito do projeto de cooperação técnica do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) com o Ministério da Saúde do Chile (MINSAL), em conjunto com o Laboratório de Inovação Pública da Pontifícia Universidade Católica do Chile, foi realizado um estudo para identificar os principais desafios de prestação de serviços que representam oportunidades de melhora na gestão para a diminuição de listas e tempo de espera em atenção especializada. Do estudo surgiu um modelo de otimização da gestão clínica que foi aplicado como piloto em três especialidades. Além disso, as medições de desempenho foram analisadas comparativamente para avaliar os resultados dessas experiências. Cada um destes aspectos - diagnóstico, experiência de implementação e resultados - deu origem a uma série de três textos, cuja síntese é apresentada neste artigo.

Classificação JEL: I12, I18, I31, I38.

Palavras-chave: espera em saúde, listas de espera, tempo de espera, sistema de saúde, atenção à saúde, continuidade do atendimento, gestão clínica, atendimento especializado, acompanhamento, priorização, Responsividade

1. As opiniões expressas nesta publicação são de responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a posição do BID, de sua Diretoria Executiva ou dos países que representa.



Tabela de conteúdo

1 • Introdução	1
2 • A importância da gestão clínica e do fluxo de pacientes no controle das listas de espera	4
3 • Navegação do paciente pela rede de saúde pública do Chile	7
3.1 • Nós críticos no fluxo de pacientes	10
3.1.1 • Atualização da lista de espera	10
3.1.2 • Priorização da lista de espera	10
3.1.3 • Possibilidade de contato com o paciente	10
3.1.4 • Agendamento e confirmação de presença	11
3.1.5 • Consultas de controle	11
3.1.6 • Uso da telemedicina	11
3.1.7 • Informações e comunicação com os pacientes	12
3.1.8 • Comunicação e coordenação entre os níveis de atenção	12
4 • Modelo de gestão do atendimento e acompanhamento de pessoas em lista de espera	13
4.1 • Componentes do modelo	17
4.1.1 • Informações aos pacientes	17
4.1.2 • Priorização e agendamento de pacientes	18
4.1.3 • Monitoramento do estado de saúde dos pacientes durante o período de espera	19
4.1.4 • Comunicação com os pacientes	19



4.1.5 • Gestão da oportunidade e da capacidade de resolução dos serviços de saúde	20
4.1.6 • Acompanhamento de pacientes prioritários	20
4.1.7 • Atualização da lista de espera	21
4.2 • Gestão de equipes de alto desempenho	22
<hr/>	
5 • Implementação do modelo	24
5.1 • Especialidade de Gastroenterologia no Hospital Padre Hurtado	25
5.1.1 • Atualização da lista de espera	26
5.1.2 • Monitoramento do estado de saúde dos pacientes durante o período de espera	27
5.1.3 • Comunicação com os pacientes	27
5.1.4 • Acompanhamento de pacientes prioritários	28
5.1.5 • Priorização e agendamento de pacientes	28
5.1.6 • Informações aos pacientes	29
5.1.7 • Gerenciamento da oportunidade e da capacidade de resolução dos serviços de saúde	29
5.2 • Especialidade de Traumatologia no Hospital Padre Hurtado	30
5.2.1 • Atualização da lista de espera	30
5.2.2 • Monitoramento do estado de saúde dos pacientes durante a espera	31
5.2.3 • Comunicação com os pacientes	31
5.2.4 • Acompanhamento de pacientes prioritários	31
5.2.5 • Priorização e agendamento de pacientes	32
5.2.6 • Informações aos pacientes	32
5.2.7 • Gestão da oportunidade e da capacidade de resolução dos serviços de saúde	32



5.3 • Especialidade de Cardiologia do Hospital San Juan de Dios	33
5.3.1 • Atualização da lista de espera	33
5.3.2 • Monitoramento do estado de saúde dos pacientes durante a espera	33
5.3.3 • Comunicação com os pacientes	34
5.3.4 • Priorização e agendamento de pacientes	34
5.3.5 • Informações aos pacientes	35
5.3.6 • Gerenciamento da oportunidade e da capacidade de resolução dos serviços de saúde	35
5.3.7 • Encaminhamento direto de pacientes para subespecialidades de cardiologia	37
5.3.8 • Protocolo de encaminhamento para pacientes com baixa complexidade cardíaca	37
5.3.9 • Processo de referência e contrarreferência	37
5.3.10 • Transferências cirúrgico-cardiológicas	37
5.3.11 • Gestão de controles	38
<hr/>	
6 • Resultados descritivos dos pilotos	39
<hr/>	
7 • Quantificação dos resultados do modelo	42
7.1 • Dados disponíveis para o estudo	43
7.1.1 • Dados do SSMSO	43
7.1.2 • Dados do Hospital San Juan de Dios	44
7.2 • Metodologia	44
7.2.1 • Indicadores	44
7.2.2 • Grupos de interesse e de comparação	45



7.3 • Resultados	46
7.3.1 • Casos abertos	46
7.3.2 • Tempos de espera	48
7.3.3 • Casos encerrados	51
7.3.4 • Razões para a remoção de pacientes da lista	53
7.3.5 • Tempos de espera, casos abertos e altas	53
<hr/>	
8 • Conclusões	55
<hr/>	
9 • Referências	58
<hr/>	



Introdução



Os tempos de espera para atendimento são um condicionante de qualquer sistema de saúde, mas as esperas desnecessárias e prolongadas são consideradas um problema com efeitos sobre a saúde das pessoas e sobre o desempenho e os custos dos sistemas de atenção. Os tempos de espera são uma expressão do descompasso entre a oferta e a demanda, e é necessário priorizar a assistência. A gestão da espera permite priorizar efetivamente o que é mais urgente e responder progressivamente à demanda por atenção em um contexto de oferta e recursos limitados (IDB, 2016).

A gestão da lista de espera é entendida como o processo pelo qual um sistema de saúde administra seu fluxo de pacientes. Quando uma situação de saúde justifica encaminhar um paciente para um nível mais alto de complexidade, a resposta dependerá da organização dos recursos, processos e procedimentos no próximo nível de resolução. É nas etapas de encaminhamento entre os níveis de atenção que é mais provável ocorrer o congestionamento.

Entre as estratégias mais promissoras para controlar as listas de espera para atendimento estão aquelas que abordam o fluxo de pacientes reduzindo a complexidade dos sistemas de alocação de tempo. As lições aprendidas mostraram a necessidade de abordar as duas dimensões do problema considerando a oferta de forma complementar. Por um lado, fornecendo os recursos necessários para garantir uma capacidade de resposta adequada. Por outro lado, focando nos aspectos gerenciais da atenção.

Nesse contexto, desde 2019, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) vem trabalhando com o Ministério da Saúde do Chile (MINSAL) e o Laboratório de Inovação Pública da Pontifícia Universidade Católica do Chile no projeto e na implementação de um modelo para a gestão e o acompanhamento de pessoas em listas de espera no sistema público de saúde. Como parte dessa pesquisa, o fluxo real de pacientes entre atenção primária e secundária foi observado para identificar oportunidades de otimizar a gestão e melhorar sua experiência. Posteriormente, foram implementados pilotos para identificar alternativas eficazes para a redução das listas de espera com a dinamização do gerenciamento clínico, como alternativa enquanto se avança nos processos de replanejamento estrutural do financiamento, dos mecanismos de pagamento e dotação.

Os pilotos implementados desse projeto foram realizados em dois hospitais do Serviço de Saúde Metropolitano Sudeste (SSMSO), na área metropolitana de Santiago, em três espe-



cialidades não incluídas no Plano de Garantias Explícitas de Saúde (GES)²: gastroenterologia e traumatologia do Centro de Referência em Saúde (CRS) do Hospital Padre Hurtado e cardiologia do Centro de Diagnóstico e Tratamento (CDT) do Hospital San Juan de Dios.

Este documento apresenta a análise do fluxo de pacientes na rede e seus respectivos nós críticos. Em seguida, são apresentados os vários elementos do modelo desenvolvido como parte deste projeto. Em uma seção seguinte, são descritos os detalhes da implementação do modelo nos três pilotos mencionados acima. Por fim, são apresentados os principais resultados relacionados aos pilotos.³

2. São patologias que, por não estarem incluídas no Regime Geral do GES, têm cobertura normal de acordo com o plano de saúde do afiliado e, portanto, a prioridade de atendimento não é assegurada, exceto pelo critério de priorização de acordo com o risco clínico apresentado.

3. Este documento sintetiza os aprendizados de Tello, Riveros e Jara-Maleš (2023a); Tello, Riveros e Jara-Maleš (2023b); e Celhay e Jiménez (2023).



2

A importância da gestão clínica e do fluxo de pacientes no controle das listas de espera*

* Para obter mais informações, consulte Tello, Riveros e Jara-Maleš (2023a).



Os resultados mais promissores das estratégias de gerenciamento de espera por atenção combinam a triagem na gestão inicial dos pacientes e o monitoramento da relação entre a oferta de recursos assistenciais disponíveis e a demanda da população. As intervenções no fluxo de pacientes usando um ou mais desses elementos podem ser eficazes em serviços ambulatoriais comunitários (Harding et al., 2018). Além disso, os sistemas de classificação que atualizam o risco clínico podem melhorar o fluxo geral de pacientes (Harding et al., 2011).

Os sistemas de encaminhamento desempenham uma função importante no gerenciamento do fluxo de pacientes e na prestação de cuidados. No entanto, esses sistemas podem ser prejudicados pela persistência de vários focos de ineficiência em áreas como a falta de clareza nos critérios de avaliação de risco, priorização da atenção e encaminhamento de pacientes (Rathnayake e Clarke, 2021).

A literatura sobre medidas e estratégias para diminuir o tempo de espera dos pacientes para cirurgias eletivas mostra que as estratégias implementadas são frequentemente multifatoriais e multidimensionais (Rathnayake e Clarke, 2021). Uma revisão baseada em evidências (Bachelet, et al., 2019) sugere que os aspectos aprimorados da gestão precisam ser combinados com recursos adicionais para alcançar maior capacidade produtiva hospitalar. E, dentro do gerenciamento, uma ampla consideração sobre o caminho que o paciente percorre para chegar ao atendimento (Tello et al., 2020).

As tendências atuais no setor de saúde são promissoras para melhorar a pontualidade e a qualidade do atendimento. Elas incluem atendimento médico preditivo e personalizado que incorpora tecnologias de informação e comunicação, atendimento domiciliar, prevenção e promoção da saúde por meio do empoderamento dos pacientes e coordenação da atenção (Gandarillas e Goswami, 2018). Também, os hospitais estão migrando de um modelo organizacional tradicional para um modelo centrado no paciente. Nessa estrutura, o uso da tecnologia pode ser decisivo e uma condição essencial para a atenção integrada.

Alguns resultados promissores já foram observados em relação à incorporação do gerenciamento digital de pacientes no processo de prestação de serviços de saúde. No entanto, as evidências parecem apontar para a necessidade de combinar essas estratégias com uma melhor compreensão do fluxo de pacientes e projetar o processo de atendimento em torno dos usuários. Uma revisão da literatura (Tlapa et al., 2020) mostrou que essa forma de otimização de processos baseada no controle do fluxo de pacientes ajudou a reduzir o tempo de espera e o tempo de permanência no atendimento ambulatorial, principalmente devido ao seu foco na identificação e minimização de atividades sem valor agregado.



As experiências conhecidas a partir dessa revisão que mostraram bons resultados em termos de pontualidade e qualidade da atenção envolvem profissionais de diferentes áreas na equipe de otimização de processos. Por meio delas, ainda se consegue a adesão de todas as partes interessadas, introduzindo uma abordagem coletiva de solução de problemas. Os resultados dessa revisão sugerem que entender a relação entre capacidade e demanda é fundamental para melhorar o fluxo de pacientes (Tlapa et al., 2020).



3

Navegação do paciente pela rede de saúde pública do Chile*

* Para mais informações, consulte Tello, Riveros e Jara-Maleš (2023a).



Há várias qualidades que se destacam no sistema de saúde do Chile, mas há duas que merecem destaque do ponto de vista dos tempos de espera para atendimento. Uma delas é a definição de um plano de benefícios de saúde conhecido como GES, que priorizou as patologias mais relevantes. Embora essa decisão tenha gerado problemas no congestionamento da demanda de atendimento para patologias não priorizadas, o Chile é um país em que os tempos máximos de espera fazem parte do plano de benefícios explícito e são direitos exigíveis dos segurados. A outra qualidade é digna de nota a publicação regular do número de pessoas que aguardam consultas especializadas ou cirurgias e o número médio de dias de espera, o que não é comum nos sistemas de saúde.

No entanto, como na maioria dos países, o acúmulo de pessoas aguardando atendimento e a duração dos tempos de espera continuam sendo problemas críticos. Embora algumas das causas estejam relacionadas à disponibilidade do fornecimento de profissionais de saúde, equipamentos e infraestrutura, outras estão relacionadas à deficiente gestão das listas de espera. Assim, este projeto procurou entender, em particular, qual o fluxo de pacientes para chegar ao nível secundário de atenção e receber atendimento especializado.

O processo de geração de uma interconsulta⁴ não coberta pela garantia de oportunidade do modelo GES começa quando o paciente vai ao seu centro de saúde de atenção primária por causa de uma doença. Lá, ele é avaliado por um profissional que determina se deve ser feita uma solicitação de interconsulta com um especialista de nível secundário. Essas interconsultas também podem ser geradas em departamentos de emergência, por outros especialistas em nível secundário ou após a alta de um paciente hospitalizado em nível terciário. Ao concluir o atendimento, o profissional instrui o paciente a aguardar até que seja chamado do nível secundário para ser atendido por um especialista.

Na atenção primária, a solicitação é avaliada pelo médico controlador do estabelecimento de saúde, que autoriza ou recusa a alta para o nível secundário. Apesar de existir diretrizes gerais, cada unidade de saúde define como notificar uma decisão de recusa ao paciente. As solicitações geradas em outros níveis de atenção não são auditadas dessa forma.

Na atenção secundária, a solicitação pode seguir por vias diferentes, dependendo do centro que a recebe. Alguns centros têm equipes que analisam as interconsultas recebidas, enquanto em outros centros as interconsultas são recebidas diretamente por cada especialidade. A partir daí, as solicitações recebidas são priorizadas e uma ordem é gerada para o atendimento dos pacientes.

4. Um encaminhamento é a avaliação de um paciente para fazer um diagnóstico, formular ou ajustar um tratamento. Esse encaminhamento ocorre quando o médico em uma clínica ou hospital considera necessário que o paciente seja avaliado por um médico especialista, seja no mesmo centro de saúde ou em um hospital mais complexo.



Paralelamente ao processo mencionado acima, o paciente está aguardando na atenção secundária a ser chamado. Em caso de dúvidas, ele geralmente se dirige à unidade de saúde primária, onde não será possível fornecer informações sobre o processo, pois os diferentes níveis de atenção ou centros de saúde não compartilham esse tipo de dados. Diante disso, pode insistir em ir ao mesmo centro de saúde secundário para obter orientação, onde o pessoal administrativo também não tem acesso diferente à informação, de forma que a resolução da sua dúvida dependerá da capacidade de pesquisa da pessoa que o atender.

Se o estado de saúde do paciente piorar durante o período de espera, ele provavelmente retornará ao seu Centro de Saúde da Família (CESFAM) ou ao pronto-socorro, onde poderiam criar um (novo) pedido de interconsulta ou indicar a necessidade de hospitalização. Dessa forma, a nova condição de saúde do paciente não é atualizada na solicitação inicial e o número de solicitações em espera aumenta. O paciente também poderia se dirigir a centros de saúde privados ou, como ocorre em menos casos, vir a falecer.

Por fim, o paciente é chamado para comparecer à sua consulta médica com o especialista. Se, após três tentativas de contato telefônico em dias e horários diferentes, o paciente não puder ser contatado, uma carta registrada será enviada ou uma visita será feita à casa do paciente para convocá-lo para a consulta. Se ainda assim não for possível contatá-lo, sua solicitação de interconsulta será excluída do sistema após alguns meses.

Se o paciente tiver resultados de exames anteriores, os levará para a primeira consulta com o especialista. Porém, devido ao longo tempo de espera, esses exames provavelmente não estão mais atualizados e o paciente pode ser solicitado a refazê-los e pode ser colocado em uma nova lista de espera para exames ou procedimentos. Após o recebimento dessa primeira consulta, a solicitação de uma interconsulta é registrada no sistema que monitora os tempos de espera, mesmo que o paciente ainda não tenha resolvido o motivo inicial da consulta.

No caso de pacientes com condições mais complexas, o especialista geralmente autoriza vagas adicionais para atendê-los novamente e solicita as medidas necessárias para agilizar o atendimento. Os pacientes que não precisam de atendimento urgente devem comparecer ou telefonar no dia em que cada unidade aloca horas de atendimento, e podem ser colocados novamente em uma lista de espera até que haja uma vaga disponível.



3.1 • Nós críticos no fluxo de pacientes

A partir dessa análise do fluxo de pacientes, foi possível identificar os seguintes nós críticos no processo de gerenciamento da lista de espera não-GES:

3.1. • Atualização da lista de espera

Em muitos casos, não há um sistema integrado para gerenciar os diferentes tipos de interconsultas, o que dificulta o processamento em uma única lista de espera. Uma segunda dificuldade está relacionada à atualização das informações sobre as interconsultas, pois não há mecanismos adequados para identificar casos de duplicidade (mais de uma interconsulta para o mesmo problema de saúde do mesmo paciente), atendimento do paciente em outra unidade ou instalação, mudança de endereço, mudança de sistema de seguro de saúde ou óbito.

3.1.2 • Priorização da lista de espera

Não existe um sistema único de priorização clínica nos estabelecimentos de saúde. Alguns estabelecimentos têm sistemas com 2, 3 ou 4 categorias diferentes de priorização em suas diversas especialidades. Também foram observadas diferenças no próprio processo de priorização, com algumas unidades categorizando de acordo com a gravidade da condição clínica com base no histórico descrito na interconsulta. Outras unidades, por outro lado, fazem contrarreferências (a resposta do especialista ao profissional solicitante) para obter mais informações básicas. Essa falta de padronização do processo de priorização contribui para o acúmulo de interconsultas e dificulta o resgate oportuno de solicitações que precisam de uma resposta imediata.

3.1.3 • Possibilidade de contato com o paciente

As equipes de saúde tentam entrar em contato com os pacientes com base nos dados registrados na consulta, mas, com o tempo, muitos desses dados ficam desatualizados. Apesar do fato de que, durante a fase de espera, os pacientes visitam as unidades de saúde inúmeras vezes em busca de informações, essas interações nem sempre são usadas para atualizar seus detalhes de contato. Assim, quanto mais antiga for a interconsulta, menor será a probabilidade de o paciente ser contatado de forma eficaz ao tentar marcar uma consulta.



3.1.4 • Agendamento e confirmação de presença

Diferentes unidades e estabelecimentos de saúde usam critérios diferentes para o agendamento de pacientes. Em alguns casos, são agendados com base na antiguidade das interconsultas. Em outros, com base em sua prioridade clínica. O primeiro critério permite proporcionar consulta a quem esperou mais tempo por um serviço de saúde, mas deixa em espera os pacientes recém-admitidos com problemas de saúde que exigem atenção imediata. Por sua vez, enquanto o critério de prioridade clínica permite que as pessoas com problemas de saúde mais graves sejam atendidas primeiro, os pacientes de média ou baixa complexidade nunca sejam agendados.

A confirmação de presença em consultas médicas é uma atividade que a maioria das unidades de saúde não realiza. Isso se deve à falta de pessoal para realizar essa ação e à falta de acesso a tecnologias que poderiam cumprir a mesma função. Como não há canais de comunicação entre os pacientes e os serviços especializados, a única maneira de notificar a necessidade de mudança de horário seria comparecer à unidade.

3.1.5 • Consultas de controle

De acordo com os regulamentos do MINSAL, os exames médicos devem corresponder a 68% das consultas agendadas em unidades especializadas, deixando os 32% restantes para consultas com pacientes internados. Entretanto, em muitos casos, observa-se uma porcentagem maior de consultas de controle. Contribui para essa situação o baixo número de altas concedidas pelos especialistas, que muitas vezes preferem manter os pacientes com doenças crônicas sob controle por anos ou indefinidamente. Em muitos casos, essa decisão é incentivada pela falta de confiança na capacidade de resolução do nível de atenção primária e pela falta de canais de acompanhamento compartilhados entre os diferentes níveis de atenção. Da mesma forma, os pacientes preferem continuar no nível secundário, pois consideram a consulta especializada de «maior qualidade», além de facilitar o acesso a solicitações de interconsulta a outras especialidades por meio de encaminhamento interno entre especialistas.

3.1.6 • Uso da telemedicina

Apesar de sua alta resolução, a telemedicina síncrona (em tempo real e ao vivo entre o médico especialista e o médico responsável pelo tratamento ou paciente) exige vários recursos tecnológicos e conexão com a Internet, que nem sempre estão disponíveis nos serviços



ou nos pacientes. Além disso, para ser realmente eficiente, a telemedicina exige horas de tempo da equipe de enfermagem e administrativa para a gestão prévia e pós-tratamento. Portanto, é mais provável que a telemedicina seja usada em algumas especialidades e em alguns estágios do processo de atendimento.

3.1.7 • Informações e comunicação com os pacientes

Os pacientes muitas vezes não entendem ou não têm conhecimento do processo de gerenciamento de cuidados e de seus direitos e responsabilidades em relação a interconsultas. A falta de compreensão do processo gera sentimento de frustração com relação à espera e prejudica sua capacidade de contribuir para a resolução bem-sucedida dos casos. Também não têm canais de comunicação direta com a especialidade por meio dos quais possam interagir sem precisar ir pessoalmente. E se eles vão ao hospital para perguntar sobre sua interconsulta, a resposta que recebem geralmente é insatisfatória.

3.1.8 • Comunicação e coordenação entre os níveis de atenção

A coordenação e a comunicação entre os estabelecimentos da Atenção Primária à Saúde (APS) e os níveis secundário e terciário são incipientes. Não há mecanismos formais para resolver as dúvidas clínicas do médico da APS ao emitir interconsultas, para alertar o nível secundário sobre interconsultas de maior complexidade e urgência, ou para informar do nível secundário ao primário sobre solicitações de interconsulta rejeitadas. Ademais, a falta de um único prontuário de atendimento dificulta o acesso às informações do paciente pelos diversos profissionais com os quais o paciente interage ao longo do processo de atenção.



4

Modelo de gestão do atendimento e acompanhamento de pessoas em lista de espera*

* Para obter mais informações, consulte Tello, Riveros e Jara-Maleš (2023a).



Com base nos nós críticos mencionados acima, foi criado um modelo de gerenciamento para melhorar a experiência dos usuários. Em particular, foram identificadas ações que contribuem para:

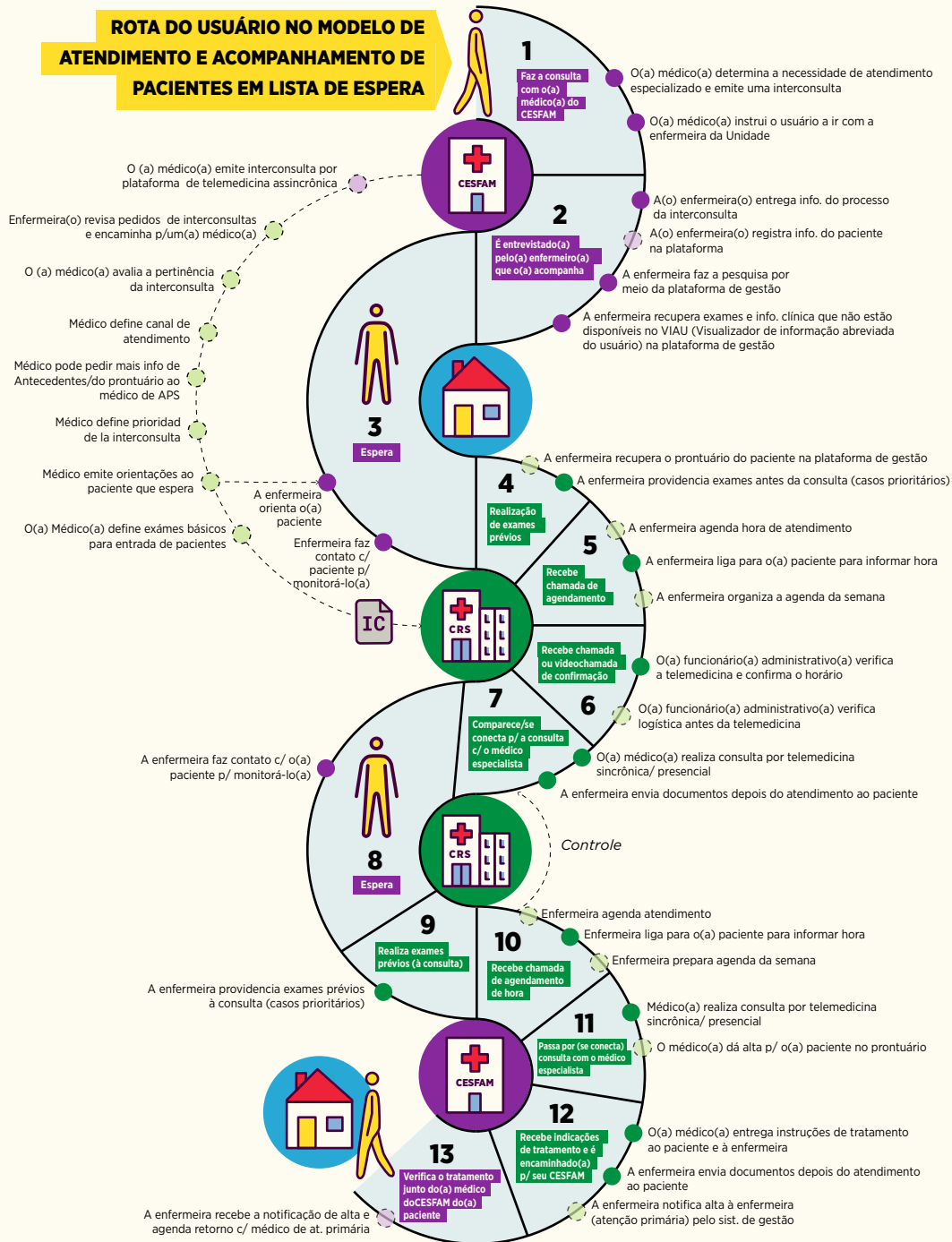
1. Aumentar o acesso dos usuários a informações sobre seu diagnóstico, processo de atendimento e status da consulta, a fim de melhorar sua autoeficácia na gestão do cuidado de sua saúde e processo de atenção.
2. Melhorar a continuidade e a integração do processo de atenção e cuidado ao paciente.
3. Melhorar o gerenciamento e a coordenação da pontualidade e da resolutividade dos serviços de saúde disponíveis.
4. Implementar um processo de monitoramento do estado de saúde do usuário durante o período de espera para atualizar sua prioridade de atendimento e seu acesso aos benefícios de saúde de que necessita.

O modelo construído propõe um replanejamento do processo a partir da perspectiva do paciente, de forma a articular a gestão das diversas funções, atividades, unidades operacionais e equipes de acordo com as necessidades e os tempos de cada paciente. A Figura 1 mostra o processo de atendimento replanejado do ponto de vista do paciente.



FIGURA 1

ROTA DO PACIENTE PELO PROCESSO DE ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENT



Fonte: elaboração própria.



Diante de uma doença ou desconforto, o paciente solicita uma consulta em seu CESFAM. Se, durante seu atendimento, o médico determinar que ele deve ser tratado por um especialista em nível secundário, é feita uma solicitação de interconsulta. O paciente também é avaliado de forma integral por esse profissional, que decide se o paciente é considerado uma pessoa que precisa de mais cuidados em nível secundário.

Ao sair do consultório do profissional, o paciente se dirige à pessoa encarregada de vincular os níveis de atendimento de saúde, que lhe entrega uma cópia de sua consulta, orienta-o pelo processo no sistema e lhe dá um documento de apoio. Essa pessoa também pede que o paciente confirme seus dados de contato e informe se mudar de endereço durante a espera.

Se o paciente pertencer a um programa de patologia crônica no CESFAM e, durante seus check-ups, notar qualquer deterioração ou mudança significativa em seu estado de saúde, ou se for ao departamento de emergência ou para consultas espontâneas devido a uma deterioração em seu estado de saúde, também será gerada uma comunicação com o nível secundário para avaliar a redefinição de prioridades da interconsulta.

Enquanto aguarda a consulta com o especialista, o paciente é contatado por telefone por um funcionário do nível secundário, que verifica a necessidade de ser atendido, atualiza suas informações de contato, avalia-o de acordo com critérios clínicos pré-estabelecidos e solicita exames admissionais de acordo com sua condição de saúde. Se o paciente precisar, é marcada uma consulta, além do agendamento do paciente com o especialista. O paciente também recebe um número de telefone ou e-mail para contato direto com a especialidade.

Ao chegar no dia da consulta, o paciente é atendido e, como geralmente acontece, pode precisar de pelo menos mais uma consulta para confirmar o diagnóstico. Em seguida, o paciente recebe prescrição de tratamento e exames pré-diagnósticos e é informado por quanto tempo precisará ser monitorado. Uma vez definido o diagnóstico, o médico pode determinar a alta, e o paciente continua a ser atendido em seu CESFAM com indicações de contrarreferência. Caso se trate de uma patologia mais complexa, o paciente é orientado a permanecer no CESFAM para fazer check-ups especializados e novos exames. Caso necessite de acompanhamento, o paciente terá tempo hábil para fazê-lo.

Se o médico especialista determinar que seu tratamento requer resolução cirúrgica, o paciente é encaminhado para avaliação de um cirurgião e de uma equipe pré-cirúrgica. Essa equipe coordena o monitoramento e a preparação para a cirurgia com o encaminhamento da conexão CESFAM com a finalidade de garantir que o paciente se apresente em condições ideais para o procedimento. Se houver qualquer alteração no estado de saúde do paciente



durante a espera, isso é notificado entre as equipes. Quando chega o momento, o paciente é operado de acordo com as indicações recebidas pela equipe pré-cirúrgica. Depois que o paciente recebe alta da cirurgia, ele retorna ao seu CESFAM com as indicações de contrarreferência para continuar sua reabilitação e monitoramento.

4.1 • Componentes do modelo

Os componentes desse novo modelo de gerenciamento podem ser agrupados em sete dispositivos, que são descritos a seguir.

4.1.1 • Informações aos pacientes

Para fortalecer sua autoeficácia para gerenciar seus cuidados com a saúde, o primeiro componente do modelo busca aumentar as informações que as pessoas têm sobre seu diagnóstico e processo de tratamento em quatro domínios específicos:

1. Melhorar o nível de informação sobre seu diagnóstico ou suspeita de diagnóstico e sobre os cuidados de saúde que precisarão receber.
2. Proporcionar informações sobre o processo de gerenciamento de encaminhamentos para novas consultas de especialidade (CNE) ou cirurgia.
3. Dar uma estimativa do tempo de espera que pacientes semelhantes tiveram para serem atendidos na instituição para a qual foram encaminhados.
4. Informar sobre a etapa e o status de sua consulta.

A ideia é colocar um canal de informação presencial no CESFAM de origem da interconsulta, para facilitar o acesso de cada paciente aos esclarecimentos que forem necessários. Pode haver um kit de informações para explicar a cada paciente como é o processo de atendimento na rede e os tempos de espera estimados. Além disso, se o CESFAM tivesse acesso às informações clínicas dos pacientes e ao seu processo de atendimento, os pacientes poderiam ir até lá quando quisessem se informar sobre o status de sua interconsulta. Quando viável, um canal digital pode ser implementado para permitir que os pacientes acessem informações detalhadas sobre seu processo de atendimento. Também pode ser relevante habilitar o canal telefônico do Salud Responde⁵, como um meio de fornecer informações detalhadas sobre o processo de atenção de cada paciente.

5. O Programa Salud Responde é uma plataforma multicanal da MINSAL para informar, orientar e educar sobre aspectos relacionados à assistência à saúde das pessoas e aos serviços disponíveis na rede de assistência à saúde.



4.1.2 • Priorização e agendamento de pacientes

O modelo propõe melhorias nos processos de critérios e processos de priorização e agendamento de pacientes. Em termos de critérios, propõe-se a implementação de uma modalidade de prioridade cumulativa⁶ que combina critérios clínicos do paciente com as datas mais antigas das interconsultas. Essa modalidade permite que os pacientes com prioridade clínica média ou baixa sejam agendados após um tempo de espera razoável.

Uma segunda área de reformulação está relacionada à pontualidade da priorização. O modelo propõe estabelecer um processo regular de priorização para novas interconsultas, de modo que os casos mais urgentes e complexos sejam identificados prontamente por um profissional médico designado. Complementarmente, conforme se detalha mais adiante, o modelo propõe estabelecer canais formais de comunicação com as equipes de atenção primária para alertar as equipes de especialidades quando encaminharem pacientes para atendimento urgente.

Uma terceira área para aprimoramento é a necessidade de atualizar a priorização de acordo com a evolução do estado de saúde de cada paciente, de modo que a prioridade seja uma categoria dinâmica. No caso de pacientes que passarão por uma espera de médio a longo prazo, propõe-se estabelecer um mecanismo formal para atualizar sua prioridade, componente que também se descreve detalhadamente mais adiante. Caso seja identificada uma piora no estado de saúde do paciente, a equipe da especialidade procederá à atualização da posição do paciente na ordem de prioridade.

Em relação ao agendamento de horas, propõe-se o uso de uma ferramenta de alocação⁷ com base na modalidade de prioridade cumulativa mencionada anteriormente, que permite que as horas sejam agendadas de acordo com a ordem de prioridade construída com esses critérios. Além disso, propõe-se estabelecer um processo de confirmação de horas por meio de ferramentas digitais, como o WhatsApp Business.

6. Proposta desenvolvida pelo Departamento de Engenharia Industrial da Universidade do Chile para a SSMSO na estrutura do piloto.

7. Ferramenta desenvolvida pelo Departamento de Engenharia Industrial da Universidade do Chile para a SSMSO no âmbito do piloto.



4.1.3 • Monitoramento do estado de saúde dos pacientes durante o período de espera

Para monitorar o estado de saúde dos pacientes enquanto eles aguardam atendimento, são propostos dois mecanismos complementares. O mecanismo principal funcionará no mesmo CEFAM onde o paciente será atendido, de modo que, se o estado de saúde do paciente piorar, ele se dirigirá a esse estabelecimento para solicitar uma nova avaliação. Caso seja diagnosticada uma piora no estado de saúde do paciente, a equipe da APS comunicará essa situação, por meio de um canal formal, à equipe da especialidade correspondente para que esta atualize sua prioridade.

Um mecanismo de monitoramento complementar proposto é o canal de comunicação que é habilitado entre a enfermeira especializada e o paciente assim que o processo de atenção começa. Se o paciente perceber uma piora no seu estado de saúde, pode entrar em contato com a equipe de enfermagem, que fará uma avaliação por telefone ou videochamada. Na mesma ligação, o paciente também receberá orientações sobre as medidas a serem tomadas em seu tratamento e informações sobre sinais para atendimento de emergência.

4.1.4 • Comunicação com os pacientes

A comunicação entre as equipes de saúde e os pacientes exige que estejam contatáveis. Propõe-se que toda vez que um usuário entrar em contato com uma unidade de saúde, deverá ser solicitado a atualizar seu número de telefone, endereço e endereço de e-mail. Em um primeiro estágio, os vários níveis de atenção poderão consultar os detalhes de contato de um paciente entre si, mas é preciso avançar no sentido de ter uma única base de informações.

Uma segunda área de comunicação está relacionada ao estabelecimento de canais de comunicação bidirecional entre as equipes de saúde e os pacientes. Propõe-se a implementação de um canal telefônico e de mensagens em cada especialidade por meio do qual os pacientes possam ser encontrados. Para não congestionar esse canal telefônico e não sobrecarregar a equipe da especialidade, objetiva-se o uso de plataformas que permitam a programação de respostas personalizadas e a triagem de chamadas que deverão ser atendidas pela equipe administrativa ou de enfermagem, como o Whatsapp Business. Além disso, como canal complementar, sugere-se a criação de um endereço de e-mail para cada especialidade.



4.1.5 • Gestão da oportunidade e da capacidade de resolução dos serviços de saúde

O modelo propõe várias estratégias para coordenar a oportunidade dos diversos serviços de saúde de que o paciente necessita, buscando a maior resolução possível em cada um dos atendimentos. Essas estratégias incluem:

1. Contatos telefônicos prévios com cada paciente para verificar se possui os exames necessários para cada especialidade. Caso não os tenha ou os tenha desatualizados, será fornecida o pedido médico para que possam ser realizados antes de seu atendimento médico e os horários necessários serão combinados com os serviços correspondentes da unidade de saúde.
2. Habilitação de teleconsultas por meio de videochamadas prévias pelo profissional administrativo ou gestor, a fim de verificar o funcionamento correto da videochamada ou da assistência telefônica. Essa habilitação prévia permitirá que o especialista se concentre no atendimento clínico sem perder tempo com problemas técnicos de conectividade.
3. Gestão dos check-ups dos pacientes que iniciam o tratamento para agendá-los nos intervalos estabelecidos pelo especialista até a alta, mas em coordenação com o agendamento integral de novos casos e outros check-ups realizados pela mesma especialidade. Propõe-se a incorporação de critérios de priorização que permitam uma distribuição justa e eficiente das horas disponíveis.
4. Gerenciamento de pré-exames do paciente, resolução de problemas que afetam a oportunidade cirúrgica e a transferência para operação pela equipe pré-cirúrgica de cada especialidade em nível terciário.
5. Avaliação pela equipe pré-cirúrgica de pacientes que precisam esperar longos períodos antes da cirurgia com objetivo de identificar se há algum fator que afete sua oportunidade cirúrgica.

4.1.6 • Acompanhamento de pacientes prioritários

Embora o modelo busque acompanhar todos os pacientes que aguardam um CNE ou uma intervenção cirúrgica que corresponda à lista de espera não-GES, tendo em vista as restrições na disponibilidade das equipes, propõe-se concentrar o acompanhamento em dois grupos:

1. Pessoas com determinadas patologias ou condições subjacentes, como patologias psiquiátricas, deficiência intelectual e/ou comprometimento parcial ou total da mobilidade.



2. Pessoas em circunstâncias sociais de vulnerabilidade, considerando os diagnósticos da CID-10 sobre «Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados à sua situação socioeconômica e psicossocial» (Z55 a Z65).

Além de qualquer uma dessas condições, também devem estar precisando de assistência devido à sua condição e não contar com redes de apoio para atender suas necessidades.

Esses pacientes, identificados na unidade de saúde primária no momento da interconsulta ou durante o processo de atendimento, serão categorizados como «pessoas que precisam de acompanhamento» e, portanto, inseridos no sistema de atenção.

4.1.7 • Atualização da lista de espera

O modelo propõe fortalecer a capacidade das equipes de especialidades de atualizar sua lista de espera. Esse processo consiste nas seguintes etapas:

1. Compilação de todos os bancos de dados disponíveis de solicitações de interconsulta e documentos, físicos e digitais, de várias fontes de interconsulta.
2. Revisão e verificação cruzada das informações coletadas para obter o número total de consultas.
3. Identificação de interconsultas que podem ser liberadas administrativamente.
4. Acesso administrativo a esses aplicativos do banco de dados do SIGTE.
5. Contato telefônico com pacientes cujas interconsultas estejam vigentes. Deve-se tentar ligar para cada número disponível três vezes em horários diferentes. Dependendo do resultado da ligação:
 - Se a tentativa de comunicação não for bem-sucedida, uma carta registrada deverá ser enviada notificando a situação ou uma visita domiciliar de resgate deverá ser agendada. O paciente tem 90 dias para responder à carta e reiniciar o processo de agendamento.
 - Se a comunicação ocorrer, a necessidade de cuidados deve ser atualizada. Essa chamada pode ser feita por um técnico de enfermagem sênior (TENS) ou por profissional de administração treinado.
 - Se não houver necessidade de cuidados, será realizado o procedimento administrativo de alta correspondente.
 - No caso de pacientes que mudam de casa, se deve se oferecer para providenciar a transferência da solicitação para uma nova unidade de saúde.



- Caso o paciente precise de atendimento, o caso é encaminhado à equipe de enfermagem para entrar em contato com o paciente e atualizar sua prioridade clínica para agendamento posterior.

4.2 • Gestão de equipes de alto desempenho

O modelo de acompanhamento proposto baseia-se no trabalho conjunto e coordenado das equipes nos três níveis de saúde. O objetivo dessa coordenação deve ser o de proporcionar a cada paciente uma experiência de atendimento contínuo e de qualidade ao longo do tempo.

No caso do nível primário, deve haver uma equipe que implemente o modelo em cada estabelecimento que gere as referências para a CNE. Dependendo das capacidades e dos recursos de cada lugar, essa equipe poderia ser composta por um profissional de saúde (enfermeiro, parteira, assistente social ou cinesiologista), um controlador médico, um referente para gerenciamento da lista de espera, uma pessoa responsável pelo registro da lista de espera, a gerência do estabelecimento de saúde, técnicos de saúde e pessoal administrativo. Suas funções seriam:

1. Entregar informações aos pacientes sobre o processo de gestão de interconsultas e o tempo de espera estimado.
2. Coordenar com as equipes de nível secundário e pré-cirúrgico para garantir a triagem de casos urgentes, atualizar a priorização de interconsultas, coordenar serviços complementares no nível primário e gerenciar contrarreferências.
3. Avaliar o paciente para determinar o plano de acompanhamento mais adequado.

No caso do nível secundário, propõe-se a formação de uma equipe para coordenar a execução eficiente das consultas de admissão, controles, contrarreferências e encaminhamentos para pré-cirurgia. Essa equipe será composta por um profissional de saúde que gerencia a especialidade, o médico chefe da unidade, o médico prioritário, um assistente administrativo e um técnico de saúde. Suas funções incluiriam:

1. Atualizar a priorização inicialmente concedida, no caso de uma piora da condição.
2. Criar ou ter uma bateria de exames e procedimentos úteis para ter no primeiro atendimento.
3. Agendamento de pacientes, após a verificação da realização dos exames e procedimentos necessários.



4. Providenciar a realização dos exames solicitados pelo especialista e a emissão de receitas.
5. Gerenciar o encaminhamento para o nível primário do paciente que deve continuar sendo monitorado lá ou daquele que tiver recebido alta (contrarreferências).

Após o nível secundário, vários estabelecimentos de saúde terciários estabeleceram equipes ou unidades pré-cirúrgicas. Essas equipes gerenciam o atendimento ao paciente antes da cirurgia, facilitando exames e avaliações por especialistas e obtendo transferências médicas. Em alguns casos, são responsáveis pelo agendamento da mesa cirúrgica nas enfermarias.

Esse modelo propõe complementar as funções atuais das unidades pré-cirúrgicas e concentrá-las mais em um “processo cirúrgico”, canalizando as ações para um objetivo além da cirurgia em si, como a recuperação e a reabilitação da pessoa. Algumas ações propostas para realizar esse processo são:

1. Coordenar com a equipe de atenção primária a gestão da oportunidade cirúrgica de pacientes com prioridade média ou baixa, de modo que, quando forem agendados para cirurgia, estejam em condições adequadas para serem operados.
2. Gerenciar check-ups pós-operatórios e a emissão de prescrições pelo médico especialista.
3. Administrar o encaminhamento do paciente que recebeu alta para o estabelecimento de nível primário correspondente (contrarreferência), enviando as informações necessárias para o tratamento e a reabilitação.
4. O modelo requer a existência de instâncias de coordenação e comunicação permanentes entre as equipes, por meio de mecanismos formais, rápidos e contínuos de trabalho conjunto. Isso pode ser desenvolvido por meio dos canais existentes, mas o ideal é que sejam habilitados suportes digitais para o processamento e a análise das informações geradas pelos diferentes níveis de atenção. Também para coordenar as ações necessárias em relação aos diferentes casos que são gerenciados.

Por outro lado, a gestão da mudança envolvida na implementação do modelo proposto requer líderes com características que devem ser transversais nas equipes de trabalho. Para isso, é necessário assegurar a gestão da informação e o desenvolvimento de atividades fundamentais para que a unidade funcione de forma articulada e consciente da situação que enquadra seu trabalho, incluindo:

1. Organizar reuniões com todos os níveis da equipe e com outras equipes complementares.
2. Garantir um fluxo adequado de informações dentro da equipe.
3. Assegurar de que a equipe receba induções e capacitações adequadas para o desempenho correto do trabalho.



5

Implementação do modelo *

* Para mais informações, consulte Tello, Riveros e Jara-Maleš (2023b).



No final de abril de 2020, como resultado do contexto pandêmico, as unidades de saúde secundárias estavam praticamente sem atendimento na maioria dos serviços de saúde e CESFAMs, que são os principais pontos de entrada para pacientes em listas de espera para atendimento especializado. Nesse cenário, foi analisada a alternativa de modificar o projeto original do modelo proposto na seção anterior, concentrando-se no nível secundário e favorecendo o uso de canais remotos para o acompanhamento e o atendimento dos pacientes. Em conjunto com a Unidade de Saúde Digital e a equipe de telemedicina do SSMSO e parte da equipe de gestão do Hospital Padre Hurtado, o modelo inicial foi ajustado para implementação na especialidade de gastroenterologia desse CRS.

Em março de 2021, iniciou-se o trabalho com a Unidade de Cardiologia do Hospital San Juan de Dios do Serviço de Saúde Metropolitano do Oeste (SSMOc). Ainda em março de 2021, iniciou-se o trabalho com a equipe do CESFAM Poetisa Gabriela Mistral na comuna de San Ramón, parte da rede do Hospital Padre Hurtado. Junto com eles, foi criado um modelo de solicitação de interconsultas para patologias não-GES sob o enfoque do modelo de gestão e acompanhamento da atenção. Sua implementação começou com encaminhamentos para a Unidade de Gastroenterologia Padre Hurtado, com o objetivo de articular os dois níveis de atenção.

Em abril de 2021, iniciou-se a implementação do piloto na Unidade de Traumatologia do Hospital Padre Hurtado. Lá, o trabalho de gestão pré-consulta foi substancialmente enriquecido com a colaboração da equipe médica, que contribuiu com a criação de instrumentos de avaliação a serem aplicados por telefone aos usuários e com a padronização de uma bateria de exames a serem solicitados de acordo com a suspeita diagnóstica, permitindo maior resolutividade na primeira consulta.

A experiência de implementação do modelo nessas unidades de saúde, os processos realizados, as estatísticas de desempenho e os resultados preliminares em cada unidade são detalhados a seguir.

5.1 • Especialidade de Gastroenterologia no Hospital Padre Hurtado

No início da intervenção, em junho de 2020, o serviço de gastroenterologia do Hospital Padre Hurtado contava com cinco médicos especialistas, uma enfermeira responsável pela gestão e um assistente administrativo. No entanto, como esses últimos exerciam suas funções na gastroenterologia e em outras cinco especialidades, foi recrutada uma enfermeira



exclusivamente para o projeto. Essa enfermeira trabalhou ao lado de um teletrabalhador do TENS fornecido pelo Padre Hurtado para apoiar a implementação. A essa equipe de enfermagem juntaram-se o médico chefe da especialidade e um médico prioritário. Além disso, houve assistência constante da equipe de gerenciamento do CRS.

As atividades realizadas na especialidade como parte do piloto estão descritas abaixo.

5.1.1 • Atualização da lista de espera

Quando a implementação desse piloto começou, o Hospital Padre Hurtado tinha a lista de espera mais longa para gastroenterologia na SSMSO. Para realizar a primeira atualização administrativa, fez-se à revisão dos bancos de dados e compilação de todas as solicitações existentes de interconsulta, cruzando as informações para obter o número total de solicitações. Em seguida, foram identificadas as interconsultas que poderiam ser liberadas administrativamente e foi gerenciada sua baixa no Sistema de Gerenciamento do Tempo de Espera (SIGTE) do MINSAL. Após essa atualização, foram obtidas diferentes porcentagens de validade por ano para as consultas recebidas (variando de 49% a 95%).

A segunda atualização da lista foi realizada via contato telefônico com os pacientes para corroborar a necessidade de serem atendidos. A possibilidade de contato foi medida através da comunicação telefônica efetiva realizada pelo TENS de acordo com os protocolos MINSAL (três chamadas telefônicas para cada um dos números de contato disponíveis, em três dias e horários diferentes). Seguindo essas diretrizes, a comunicação telefônica foi realizada com metade das pessoas em espera.

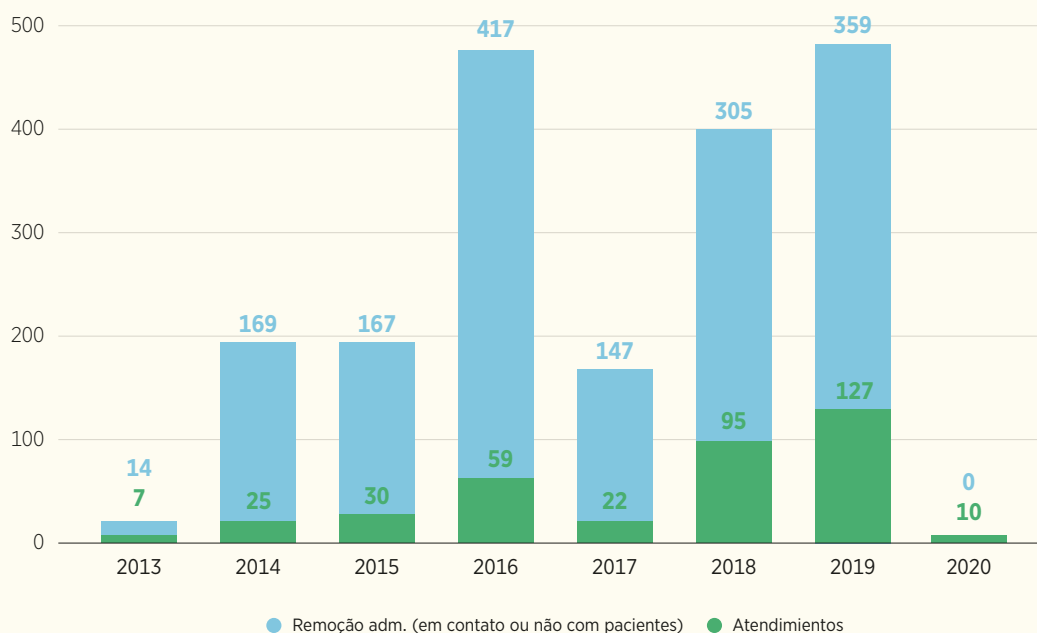
Quando a TENS conseguia entrar em contato com o paciente por telefone, verificava se o paciente ainda precisava ser atendido e atualizava as informações de contato. Outras altas administrativas também poderiam ser geradas se o paciente recusasse o atendimento oferecido.

Após a atualização da lista de espera por meio da revisão dos bancos de dados e de tentativas de comunicação com os pacientes, foi possível remover aproximadamente 80% das interconsultas do SIGTE por motivos administrativos. Assim, sobraram apenas 20% das solicitações disponíveis para serem atendidas pelo especialista e receberem alta por motivos médicos (gráfico 1).



GRÁFICO 1

NÚMERO DE PACIENTES, POR ANO DE GERAÇÃO DE INTERCONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA, QUE RECEBERAM ALTA APÓS SEREM ATENDIDOS PELO MÉDICO ESPECIALISTA OU POR VIA ADMINISTRATIVA



Fonte: elaboração própria (corte em junho de 2021).

5.1.2 • Monitoramento do estado de saúde dos pacientes durante o período de espera

Em uma segunda ligação para os pacientes que aceitaram a solicitação de consulta, a enfermeira realizou uma avaliação clínica aplicando um questionário. Isso permitiu detectar agravos e priorizar a necessidade de atendimento, se necessário. Os pacientes também recebiam um número de telefone e um endereço de e-mail para que pudessem relatar alterações em seu estado de saúde, entre outros temas. O paciente também podia ser contatado pelo WhatsApp Business.

5.1.3 • Comunicação com os pacientes

Ainda que inicialmente tenha sido decidido usar o canal telefônico para a comunicação com os pacientes, o grande número de chamadas levou à decisão de ativar o aplicativo WhatsApp Business. Por esse canal, os usuários podiam informar sobre consultas perdidas,



descobrir como agendar consultas para check-ups médicos ou exames, informar alterações no número de telefone e relatar uma piora no estado de saúde.

Também foi estabelecido um canal de comunicação com o Escritório de Informações, Reclamações e Sugestões (OIRS) do centro de saúde. A equipe do OIRS informava à enfermeira, por e-mail, sobre os casos de pacientes que perguntavam sobre o status de suas solicitações e, em seguida, a profissional ligava de volta para dar uma solução à solicitação.

Tratava-se de contribuir para a comunicação com o paciente através da implementação da ferramenta Cotalker de forma articulada nos diferentes níveis de assistência médica. Para isso, foram compartilhados os dados de contato atualizados dos pacientes.

5.1.4 • Acompanhamento de pacientes prioritários

O objetivo foi identificar os pacientes que necessitavam de acompanhamento em seu processo de atendimento no nível secundário durante os contatos telefônicos e atendimentos médicos. Aqui, considerando o fluxo de avaliação proposto no respectivo protocolo, foram detectadas pessoas com patologias graves, dificuldades de locomoção ou visão prejudicada e idosos sem redes de apoio, entre outras condições. Para esses pacientes, foi facilitado o agendamento de consultas médicas e exames.

5.1.5 • Priorização e agendamento de pacientes

Foi introduzida uma rotina semanal de priorização de interconsultas. Isso teve um grande impacto, pois os atrasos nessa atividade afetaram todo o processo de agendamento subsequente.

Em uma segunda ou terceira ligação telefônica, a enfermeira informava ao paciente o horário da consulta. A ordem inicialmente usada para o agendamento foi estabelecida considerando a priorização médica, os pacientes detectados como preferenciais na avaliação telefônica e o tempo (antiguidade) das solicitações. Em seguida, uma ferramenta de computador foi usada para determinar a ordem de entrega das consultas aos pacientes de acordo com a prioridade médica e o tempo maior de espera.

Durante o processo de gerenciamento de cuidados, a prioridade do paciente podia mudar. Com isso em mente, espera-se que, quando os níveis de atendimento forem mais bem articulados, as mudanças no estado de saúde do paciente possam ser relatadas e, por conseguinte, a priorização do paciente ser alterada.



5.1.6 • Informações aos pacientes

Durante os contatos telefônicos, a enfermeira indicava ao paciente as etapas a serem seguidas no processo de assistência, fornecia informações sobre os meios de contato da Unidade e orientava o paciente sobre os sinais de alerta para consultar no departamento de emergência.

5.1.7 • Gerenciamento da oportunidade e da capacidade de resolução dos serviços de saúde

Durante a ligação telefônica, a enfermeira perguntava ao paciente sobre a validade dos exames que ele precisava fazer para a primeira consulta. Se ele não os tivesse ou se não estivessem atualizados, ela providenciaria para que fossem realizados antes do atendimento médico. No caso de pacientes atendidos via telemedicina síncrona, a enfermeira solicitava que os exames fossem enviados digitalmente.

Quando o atendimento era feito por meio de telemedicina síncrona, a enfermeira se comunicava um dia antes da consulta com o paciente através de videochamada. Isso foi feito para verificar o funcionamento de seus dispositivos e para orientá-los quanto ao uso para facilitar a conexão com o médico. Após o atendimento, o médico entregava todos os documentos gerados à enfermeira, que gerenciava sua entrega ao paciente. Os agendamentos para atendimento médico, exames e procedimentos foram facilitados para pacientes que precisavam de acompanhamento ou com diagnósticos críticos.

Nos casos de telemedicina assíncrona, foi possível implementar esse formato de atendimento por um curto período devido à suspensão temporária de sua plataforma. Seu uso permitiu a resolução de solicitações de interconsulta de baixa e média complexidade em um curto período, que na modalidade tradicional de atendimento provavelmente teriam uma espera de anos para serem resolvidas.



5.2 • Especialidade de Traumatologia no Hospital Padre Hurtado

Quando a implementação do modelo começou em abril de 2021, o serviço de trauma do Hospital Padre Hurtado tinha dezessete médicos especialistas. Também contava com dois enfermeiros em funções administrativas e clínicas, com uma alta demanda por seus serviços. Por isso, a *Universidad del Desarrollo* - instituição educacional associada ao Hospital Padre Hurtado - colaborou com a contratação de um cinesiologista por 22 horas semanais para a implementação do piloto. Por sua vez, o CRS colaborou com horas de teletrabalho para um TENS e um assistente administrativo.

Juntamente com essa equipe, o médico chefe da especialidade assumiu o trabalho de implementação do piloto. Um médico especialista e um dos enfermeiros da unidade também colaboraram. Assim como na gastroenterologia, a equipe de gerenciamento do CRS forneceu informações e orientações sobre a operação do centro e a aplicação das bases técnicas ministeriais.

As atividades realizadas na especialidade de acordo com os componentes do modelo são descritas a seguir.

5.2.1 • Atualização da lista de espera

Quando a implementação do piloto começou, a lista de espera para CNE não-GES em traumatologia apresentava 6.377 solicitações acumuladas desde 2010. Naquela época, o Hospital Padre Hurtado tinha a maior lista de espera para a especialidade de traumatologia na SSMSO.

Na primeira atualização da lista de espera, os bancos de dados contendo as solicitações para as primeiras altas da lista do SIGTE foram revisados e cruzados. Ao mesmo tempo, as informações foram atualizadas com os pacientes via chamada telefônica. O objetivo da primeira ligação era saber se ele ainda precisava ser atendido e, então, atualizar suas informações pessoais e de contato.

Com relação à possibilidade de contato, em uma primeira tentativa de comunicação com os pacientes, as chamadas não efetivas superaram as efetivas (1.008 vs. 924). As chamadas efetivas resultaram em diferentes ações, como o gerenciamento de interconsultas aceitas



ou o indeferimento administrativo das rejeitadas. Com relação às chamadas não efetivas, em 9 de agosto de 2021, 584 pacientes não tinham sido encontrados. Uma carta registrada foi enviada a 580 casos e 4 foram solicitados a serem contatados em campo devido ao tempo passado de sua solicitação.

5.2.2 • Monitoramento do estado de saúde dos pacientes durante a espera

Em uma segunda chamada, a cinesiologista aplicou um questionário para avaliar clinicamente e priorizar os pacientes que aceitaram sua solicitação. Essa avaliação foi desenvolvida em colaboração com as equipes de traumatologia de acordo com as áreas de subespecialidade.

Nessa mesma chamada, o paciente foi informado sobre o número de telefone da equipe para que pudesse notificar a equipe caso seus sintomas aumentassem e, assim, priorizar seu processo de atendimento, quando necessário. Paralelamente, o WhatsApp Business foi ativado para que os pacientes pudessem relatar alterações em seu estado de saúde.

5.2.3 • Comunicação com os pacientes

Além do canal de comunicação telefônica, foi estabelecido um canal de comunicação com o OIRS para resgatar os pacientes que estavam com consultas pendentes na traumatologia. O WhatsApp Business também foi implementado para melhorar o fluxo de informações.

5.2.4 • Acompanhamento de pacientes prioritários

Como parte da implementação desse piloto, não foi realizada nenhuma categorização dos pacientes que precisavam de acompanhamento. Isso porque o objetivo era agilizar a entrega de horas para o atendimento médico recebido e o gerenciamento de exames para todos os pacientes que os solicitassem, a fim de facilitar o processo. Mais detalhes são compartilhados nos pontos a seguir.



5.2.5 • Priorização e agendamento de pacientes

O cinesiólogista agendou um horário para a admissão do paciente de acordo com a idade da solicitação, a prioridade médica designada no momento da solicitação e a nova prioridade detectada pela aplicação dos questionários.

5.2.6 • Informações aos pacientes

Durante cada contato telefônico, as etapas a serem seguidas no processo de atendimento eram explicadas ao paciente. O paciente recebia o número de contato da Unidade e recebia orientação sobre os sintomas para os quais deveria consultar o departamento de emergência.

Espera-se avançar na articulação da especialidade de traumatologia com o nível de atenção primária à saúde através da plataforma Cotalker, com o objetivo de obter as mesmas vantagens alcançadas na gastroenterologia.

5.2.7 • Gestão da oportunidade e da capacidade de resolução dos serviços de saúde

Foi criada uma pauta para os exames de imagem com os quais o paciente deve comparecer à primeira consulta e com relação à validade deles. Essa informação era obtida durante a ligação telefônica com o paciente e, caso fossem necessárias novas imagens, era dado um prazo para que o paciente as fizesse antes da avaliação médica. Isso foi possível graças à gestão realizada com a Unidade de Imagens Padre Hurtado, com quem foi acordada a reserva de vagas para o piloto. Graças ao número de exames administrados durante a implementação, conseguiu-se um aumento do número de atendimentos devido à organização de um dia de jornada.

De acordo com as informações disponíveis no SIGTE em 17 de junho de 2021 - ou seja, após dois meses de implementação do piloto - houve uma redução na lista de espera para o CNE de trauma de 6.377 para 5.531 solicitações.



5.3 • Especialidade de Cardiologia do Hospital San Juan de Dios

No início do estudo, em maio de 2021, a Policlínica de Cardiologia do Hospital San Juan de Dios tinha 8 consultórios de atendimento e 4 salas de procedimentos. Contava com 6 cardiologistas e 3 médicos de subespecialidade, além de 4 enfermeiros (um encarregado da gestão, um encarregado dos procedimentos e 2 de apoio à especialidade de arritmia). Também tinha 2 funcionários administrativos, 2 técnicos de enfermagem e uma enfermeira que contribuía com 44 horas de dedicação exclusiva por semana ao projeto.

5.3.1 • Atualização da lista de espera

O projeto de cardiologia do Hospital San Juan de Dios começou com a atualização da lista de espera. Trabalhou-se em conjunto com o Serviço de Orientação Médico Estatístico (SOME) para identificar as listas de espera, concentrando a intervenção na lista relacionada à CNE. Naquela época, essa lista tinha 1.141 pacientes em 2018.

Particularmente nesse projeto, o SOME foi responsável pelos primeiros componentes do processo (altas administrativas, revisão de duplicação, cuidados prestados e altas por morte). A lista de espera foi entregue à enfermeira do projeto. O processo continuou com a leitura da interconsulta para avaliar a relevância, o encaminhamento ou a admissão e para dar a classificação preliminar de prioridade.

5.3.2 • Monitoramento do estado de saúde dos pacientes durante a espera

O componente de monitoramento do estado de saúde durante a espera será abordado nas próximas etapas do projeto em conjunto com a PHC. Atualmente, o monitoramento é feito durante a chamada para priorizar o paciente e, se ele apresentar sinais de deterioração, será encaminhado para a consulta médica o mais rápido possível.



5.3.3 • Comunicação com os pacientes

Para entrar em contato com o paciente, fez-se busca por números de telefone nos diferentes sistemas de computador do SOME, alcançando uma taxa de contato de 98%. O trabalho colaborativo com a equipe do SOME foi essencial, mas o processo era ineficaz: o agendamento de um paciente levava cerca de 20 minutos.

Durante o projeto, também foi reforçada a importância de atualizar os números de contato dos pacientes para a equipe de atendimento da Policlínica. Além disso, o processo de resgate de pacientes foi revisto, e foi acordado que, se o contato telefônico não fosse conseguido, seria feita uma visita domiciliar e entregue uma carta registrada com o horário da consulta. Para isso, foi decidido agendar pacientes acima das cotas devido à baixa porcentagem de atendimento em experiências anteriores do SOME.

Com relação ao estabelecimento de canais de comunicação bidirecionais entre as equipes de saúde e os pacientes, houve progresso no processo de chamada. No entanto, a ligação não é um canal oficial estabelecido. Se o paciente apresentasse exames que complementassem as informações para priorização, a enfermeira indicava que ele deveria enviar fotografias para serem avaliadas. Em seguida, o paciente recebia um feedback sobre o andamento do processo, dependendo do resultado da priorização.

5.3.4 • Priorização e agendamento de pacientes

Uma pauta de priorização com nomenclaturas foi criada para definir as prioridades, que foram padronizadas para a nomenclatura correspondente ao serviço de saúde.

- Prioridade 1: interconsultas de alta prioridade cuja patologia é de relativa urgência. Em outras palavras, são patologias que não podem esperar pelo fornecimento mensal de cotas, mas que, ao mesmo tempo, não apresentam um risco vital imediato que mereça um encaminhamento ao departamento de emergência. Sugere-se que o tempo de atendimento pelo especialista seja inferior a 30 dias.
- Prioridade 2: consultas de prioridade normal. Sugere-se que o tempo de atenção por parte do seja de até 6 meses.

Nesse piloto, a priorização do atendimento ao paciente foi realizada pela enfermeira do projeto sob a supervisão do médico-chefe. Ao fazer a ligação telefônica, um formulário era preenchido com os dados do paciente, a aceitação ou rejeição da consulta, os sinais de alarme identificados, os exames realizados anteriormente e as informações fornecidas. Ao



final da ligação, a enfermeira priorizava o paciente e marcava a consulta. Em alguns casos, o médico-chefe era consultado por telefone ou pessoalmente para dar a qualificação de prioridade.

5.3.5 • Informações aos pacientes

Devido aos estágios iniciais do piloto nessa especialidade, não houve progresso nesse componente de acordo com o modelo. Em vez disso, o piloto se concentrou no aprimoramento da gestão e dos processos.

Durante o contato com o paciente, se perguntava sobre sinais de alarme e exames. Com base nisso, a enfermeira do projeto tinha uma ideia da gravidade para aplicar a diretriz de priorização. Nessa etapa, o paciente era informado sobre a continuação do processo. Ao mesmo tempo, era explicado ao paciente em que casos ele deveria consultar o departamento de emergência. Por fim, o paciente recebia informações sobre a importância de comparecer à consulta com os exames relevantes e avisar com 48 horas de antecedência caso não pudesse comparecer.

5.3.6 • Gerenciamento da oportunidade e da capacidade de resolução dos serviços de saúde

Com base na diretriz de priorização, eram estabelecidos uma qualificação e prazos para que o paciente recebesse atendimento. Ao mesmo tempo, foram implementados mecanismos para garantir que o paciente fosse admitido no consultório médico com a realização dos exames necessários.

Desde o início do projeto, foram organizados exames pré-diagnósticos para apenas 25% dos pacientes admitidos para novas consultas. O longo tempo de espera para obter uma consulta médica em uma especialidade tão essencial como a cardiologia faz com que o paciente busque alternativas. De fato, 50% dos pacientes fizeram consultas e exames pré-diagnósticos fora do sistema.

Foram desenvolvidas várias estratégias para melhorar a oportunidade do atendimento. Desde o início, foram implementadas reuniões semanais de lista de espera com os chefes do SOME, CDT e cardiologia. O ponto de partida foi a modificação do desempenho das agendas médicas, onde, de acordo com a análise da lista de espera, foi ajustado o número de atendimentos para cada item, levando em conta as diretrizes do MINSAL de conceder 30% das cotas ao CNE.

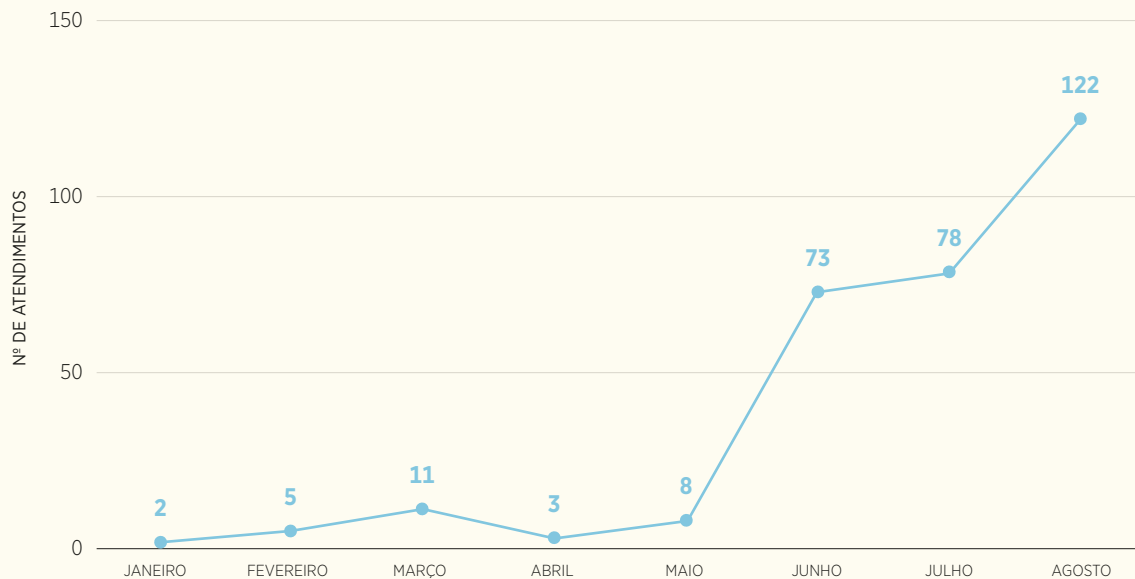


É importante observar que a especialidade de cardiologia apresenta desafios particulares em termos de gestão de controle. Isso se deve ao fato de que a maioria dessas patologias exige acompanhamento semestral ou anual, razão pela qual muitos pacientes não recebem alta e são contrarreferenciados à APS. Para as próximas etapas do projeto, é importante considerar o trabalho da APS no fornecimento de ferramentas aos médicos para melhorar sua resolução. Também ocorre um trabalho para criar o perfil do chefe de enfermagem de cardiologia, que inclui as tarefas de monitoramento da lista de espera e a administração da demanda.

A implementação dessas estratégias reduziu a lista de espera em 38% desde o início do projeto (corte em março de 2021). Outro resultado considerável é o aumento de 600% nas altas mensais da lista de espera (figura 2).

GRÁFICO 2

NÚMERO DE INTERCONSULTAS DE PACIENTES ATENDIDOS EM CARDIOLOGIA E RETIRADAS DO REPOSITÓRIO SIGTE ENTRE JANEIRO E AGOSTO DE 2021



Fonte: elaboração própria.



5.3.7 • Encaminhamento direto de pacientes para subespecialidades de cardiologia

Foram definidos critérios para o encaminhamento de pacientes às subespecialidades de cardiologia. Essa estratégia exige a coleta exaustiva do prontuário do paciente e de exames diagnósticos e a implementação de canais de comunicação direta com as demais subespecialidades. Entretanto, permite o encaminhamento de pacientes que atendam aos critérios de admissão direta à subespecialidade, ampliando a oferta de horas disponíveis por não exigir uma primeira avaliação pela cardiologia.

5.3.8 • Protocolo de encaminhamento para pacientes com baixa complexidade cardíaca

Foi implementado um protocolo que permitiu que a especialidade de medicina interna realizasse o primeiro atendimento de pacientes cardiológicos de baixa complexidade, determinando se eles precisavam de internação em cardiologia ou de atendimento contínuo em medicina interna. A implementação desse protocolo exigiu fluxos de comunicação direta entre as especialidades, garantindo acesso a exames cardiológicos para concluir o diagnóstico pela medicina interna e fluxos de encaminhamento de pacientes entre as duas especialidades.

5.3.9 • Processo de referência e contrarreferência

Foram realizadas reuniões sobre os processos de referência e contrarreferência do serviço para dar início a um plano de trabalho colaborativo. Como parte desses esforços, foi feita uma análise abrangente da lista de espera, detectando nós críticos e fazendo propostas de melhoria. Como resultado, foram iniciados planos de feedback para a APS com a finalidade de melhorar o processo de encaminhamento para o CNE.

5.3.10 • Transferências cirúrgico-cardiológicas

Em junho de 2021, com a diminuição dos casos de COVID-19 e a reativação das enfermarias, foi identificado um aumento nos encaminhamentos internos para avaliação cardiológica pré-operatória. Foi identificada ainda a necessidade de desenvolver um protocolo com critérios de admissão para pacientes que requerem avaliação cardiológica pré-operatória.



5.3.11 • Gestão de controles

Foram feitas intervenções para melhorar a gestão dos check-ups da unidade. Especificamente, foi estabelecido que, após o atendimento médico, os pacientes que precisam de um próximo check-up devem se dirigir a um guichê para serem registrados em uma lista de espera. O objetivo dessa intervenção é fornecer o check-up clínico dentro dos prazos definidos pelo médico.



Resultados descritivos dos pilotos*

* Para obter mais informações, consulte Tello, Riveros e Jara-Maleš (2023b).



Quando o piloto de gastroenterologia começou no Hospital Padre Hurtado em junho de 2020, a lista de espera tinha 2.125 usuários, com interconsultas geradas desde 2013. No início de dezembro de 2021, havia 707 usuários, com consultas geradas desde 2020. Isso implica uma redução de 66,7%. Os casos na lista de espera inicial foram reduzidos em 98%. A tendência da lista de espera foi decrescente durante todo o período, permanecendo abaixo de 800 solicitações nos últimos meses, apesar do aumento sustentado das interconsultas e da atenção contínua aos pacientes prioritários admitidos durante 2021. Os usuários que saíram da lista por motivos administrativos representaram 46% do total de altas e o restante saiu devido ao atendimento prestado.

Na traumatologia, a lista de espera inicial era composta por 6.377 usuários, com interconsultas de internação geradas desde 2010. No início de dezembro de 2021, essa lista era composta por 4.029 solicitações, uma redução de 36,8%. Quanto aos motivos da saída da lista, 47% dos usuários foram retirados por motivos administrativos e o restante teve alta após receber o atendimento solicitado. Considerando os usuários na lista de espera inicial, 3.882 pacientes ainda estavam pendentes de uma decisão. Isso implica uma redução de 39,1% da lista de espera original, com uma tendência de diminuição constante durante a implementação do piloto.

No caso da especialidade de cardiologia do Hospital San Juan de Dios, no início do piloto havia 1.086 pacientes na lista de espera, com interconsultas criadas desde 2019. No encerramento do piloto, um total de 953 usuários foram registrados em espera desde 2016, o que implica uma redução de 12,2%. Um total de 853 usuários foram retirados por diferentes motivos, o que corresponde a uma redução de 74%. Os pacientes que receberam alta por motivos administrativos representaram 30% e os demais receberam alta por cuidados prestados. A tendência de consultas em lista de espera nessa especialidade permaneceu estável, com uma leve redução nos últimos meses do piloto. Foi possível manter a lista abaixo de 1.000 solicitações nos últimos meses, apesar do aumento significativo nas interconsultas.

Tanto na gastroenterologia quanto na traumatologia, o Hospital Padre Hurtado disponibilizou gradualmente horas da equipe técnica para auxiliar no contato telefônico com os pacientes. No caso da gastroenterologia, foi implementada a função médica de gerente de demanda na plataforma de telemedicina assíncrona e na plataforma interna do hospital para gerenciar a lista de espera. Além disso, a função do médico gestor foi distribuída na equipe, onde, além de priorizar as interconsultas admitidas na lista de espera, foram indicados exames pré-diagnósticos. Na especialidade de cardiologia do Hospital San Juan de Dios, também foi estabelecida a função de gerente de demanda, juntamente com um chefe de enfermagem. No caso da especialidade de traumatologia do Hospital Padre Hurtado, foi contratado um cinesiologista por 22 horas semanais.



Em todas as três especialidades, foram estabelecidas reuniões semanais da equipe para a tomada de decisões e apresentação de informações sobre o piloto e o gerenciamento da lista de espera. No caso específico da traumatologia, foi estabelecida ainda uma reunião mensal com o diretor do hospital e a equipe da especialidade, na qual foi apresentado um relatório atualizado sobre a lista de espera. Na cardiologia, também foram realizadas reuniões com as equipes do Hospital Félix Bulnes e do Hospital Talagante para identificar suas carteiras de serviços, e foram planejadas reuniões futuras para melhorar os processos de referência e contrarreferência.

Nas especialidades de gastroenterologia e traumatologia, foram estabelecidos acordos com outras unidades do Hospital Padre Hurtado para garantir cotas protegidas de exames ou imagens para pacientes antes da primeira consulta. No caso da gastroenterologia, o convênio foi com a Unidade de Laboratório e, no caso da traumatologia, com a Unidade de Radiologia. Na traumatologia, também foram realizadas sessões mensais em massa para a realização de ultrassonografias em pacientes antes da primeira consulta.

Em termos de práticas e mecanismos de comunicação, no Hospital Padre Hurtado foi estabelecido um canal de e-mail entre ambas as especialidades e a equipe da OIRS, permitindo a resolução de casos de pacientes que perguntam sobre o status de sua interconsulta. Em gastroenterologia, ativaram o Whatsapp Business e um canal de comunicação direto com a APS, com foco no resgate de pacientes, atualização do contato telefônico e capacitação na plataforma de telemedicina e SIDRA do SSMSO. Além disso, foi estabelecido um canal de comunicação com a equipe de gestão de atenção a pessoas idosas.

Em relação aos procedimentos, foram desenvolvidos os seguintes protocolos em ambas as especialidades do Hospital Padre Hurtado:

1. Diretrizes para funcionários que fazem contato telefônico com pacientes.
2. Questionários para contatos telefônicos.
3. Fluxos e questionários para avaliação clínica, bem como a determinação de exames laboratoriais ou de imagem para a primeira consulta.
4. Fluxograma e protocolo para priorização e agendamento.

No caso da especialidade de cardiologia do Hospital San Juan de Dios, foi desenvolvido um protocolo para o fluxo de atendimento interno de cardiologia.



7

Quantificação dos resultados do modelo*

* Para obter mais informações, consulte Celhay, P.; e Jiménez, H. (2023).



Após a implementação dos pilotos, foi realizado um estudo para analisar os resultados obtidos. Para isso, foram construídos indicadores para estudar os tempos de espera e a gestão de listas de espera não-GES nos estabelecimentos da SSMSO, incluindo as especialidades de traumatologia e gastroenterologia do Hospital Padre Hurtado. Ademais, foi considerada a experiência da Unidade de Cardiologia do Hospital San Juan de Dios, com ênfase nas mudanças de tendências que poderiam estar relacionadas à implementação do modelo de acompanhamento.

7.1 • Dados disponíveis para o estudo

As principais fontes de dados utilizadas neste estudo foram o SIGTE no SSMSO e o Sistema de Informação sobre Listas de Espera (SISLE) do Hospital San Juan de Dios. Os atributos disponíveis para cada registro permitem identificar, entre outras variáveis, o caso em espera, o sexo do paciente, a data de nascimento, o serviço de saúde específico para o qual estava ou está aguardando, a especialidade responsável pela resolução do serviço, a data de entrada na lista de espera e os estabelecimentos de origem e destino. Para casos encerrados, a data e a causa da alta também podem ser identificadas.

7.1.1 • Dados do SSMSO

No caso do SSMSO, foram analisadas informações históricas sobre a lista de espera para um CNE de 2010 a 30 de junho de 2022, a data de corte para este estudo. Essa fonte tem informações sobre todas as especialidades presentes na rede do SSMSO. Trata-se de 1.236.700 observações únicas de interconsulta associadas à CNE.

As saídas da lista de espera do SSMSO são observadas principalmente desde 2015. Desde então, houve um aumento constante no número de altas até 2018, quando 214.431 casos foram encerrados. Em contraste, e como esperado como resultado da pandemia, o ano com o menor número de altas é 2020, com 104.575 altas. Em 2022, 75% das altas foram encerradas por motivos médicos e 16,3% retirados por motivos administrativos por falta de contato com o paciente.

Em relação aos casos abertos, o conjunto de dados tem 128.178 observações associadas a casos únicos de interconsultas correspondentes à CNE. A validação dos dados mostra que



33,4% dos casos abertos entraram em 2022, o que significa 42.707 admissões. Em 20a21, 32,4% dos casos abertos foram admitidos, mostrando um aumento nos últimos dois anos. Apenas 1% dos casos abertos de SSMSO foram admitidos em 2015 ou antes.

7.1.2 • Dados do Hospital San Juan de Dios

No caso do Hospital San Juan de Dios, os casos fechados mais antigos são de 2015. Na cardiologia, todas as altas registradas correspondem àquelas identificadas entre 2015 e 2022. Quanto aos motivos de alta, tanto em nível geral quanto em cardiologia, a maioria das altas está associada a motivos médicos.

Tanto no nível geral do SISLE quanto no nível de cardiologia, a maioria dos casos abertos foi admitida em 2021, seguida por 2022. A maioria vem do CRS Salvador Allende, seguido pelo Centro de Salud Familiar Pudahuel Estrella.

7.2 • Metodologia

7.2.1 • Indicadores

Em primeiro lugar, é analisado o número de interconsultas que aguardam atendimento médico. O tempo de espera para essas interconsultas corresponde ao número de dias decorridos entre a data de admissão e a data de corte estabelecida para a análise (31 de junho de 2022). Para fins deste estudo, os tempos de espera medianos são analisados a fim de refletir melhor sua distribuição.

Em segundo lugar, é analisada a evolução dos casos encerrados, identificando mudanças relativas na composição das causas de alta/remoção das listas. Assim, espera-se que a intervenção contribua para aumentar o número de altas com base no atendimento prestado. No caso das causas administrativas, espera-se que haja maior contato com os pacientes.

Dada a natureza e os objetivos do modelo, a idade dos casos que receberam alta antes e depois do piloto é analisada, considerando os esforços para garantir que os pacientes com tempos de espera mais longos vejam sua situação resolvida.



7.2.2 • Grupos de interesse e de comparação

Nas três especialidades que fizeram parte do piloto, os dados enviados atendem a uma das seguintes condições:

1. Casos encerrados que liberaram a lista de espera entre junho de 2020 e junho de 2022.
2. Casos abertos a partir da data de corte de 31 de junho de 2022, que estavam no mesmo status em algum momento durante o período de junho de 2020 a junho de 2022.

Com o objetivo de comparar os resultados do piloto com outros grupos não tratados, para a especialidade de gastroenterologia do Hospital Padre Hurtado, foram analisadas as mudanças na tendência do grupo mencionado acima. Analisamos as interconsultas da mesma especialidade no Hospital Sótero del Río e no Hospital Clínico Metropolitano La Florida, ambos hospitais da SSMSO. Os resultados foram comparados com as interconsultas de cardiologia e broncopulmonar no Hospital Padre Hurtado. Essas especialidades foram escolhidas como referência devido ao fato de exigirem exames específicos que têm um longo tempo de espera. Da mesma forma, são especialidades médicas nas quais raramente são realizadas cirurgias, como na gastroenterologia.

No caso de trauma no Hospital Padre Hurtado, os resultados também são comparados com dois grupos: em primeiro lugar, casos de traumatologia abertos e fechados no Hospital Sótero del Río e no Hospital Clínico Metropolitano La Florida e, em segundo lugar, os resultados são contrastados com as especialidades de ginecologia e otorrinolaringologia do Hospital Padre Hurtado. Nesse caso, as especialidades para comparação foram escolhidas por sua semelhança com a traumatologia, pois são especialidades médico-cirúrgicas em que os profissionais realizam cirurgias além de atender a consultas médicas.

Quanto à especialidade de cardiologia do Hospital San Juan de Dios, é analisada a evolução dos indicadores das especialidades de otorrinolaringologia e broncopulmonar do mesmo hospital. Essas especialidades foram escolhidas porque também exigem encaminhamento para uma especialidade cirúrgica. No caso da otorrinolaringologia, a exigência de exames para determinar um diagnóstico preciso é semelhante.



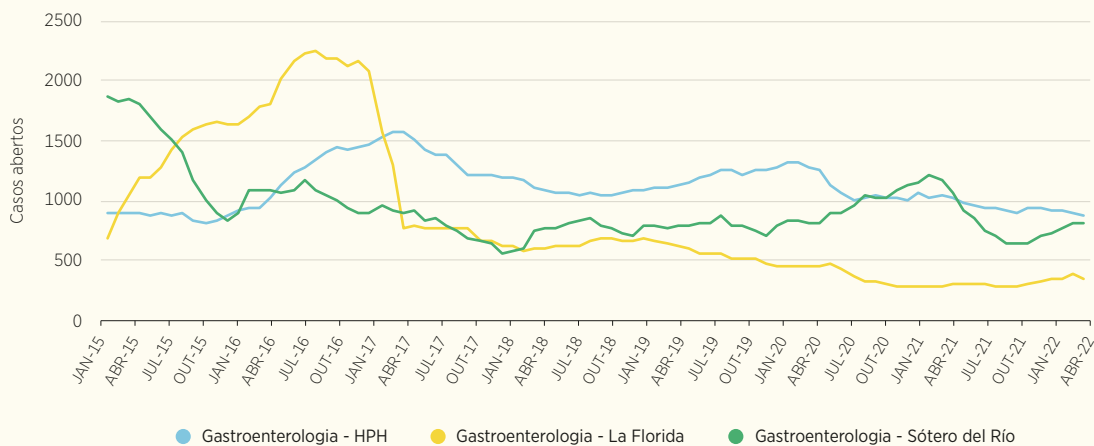
7.3 • Resultados

7.3.1 • Casos abertos

Em relação aos casos abertos, são observadas quedas significativas nas três intervenções. Desde o início do piloto até dezembro de 2021, observa-se uma queda média mensal de 1,7% em gastroenterologia no Hospital Padre Hurtado. Em comparação com outras instalações, são obtidos bons resultados: durante esse período, a lista de espera diminuiu em 347 casos no Hospital Padre Hurtado, enquanto na mesma especialidade no Hospital Clínico Metropolitano La Florida e no Hospital Sótero del Río a queda foi de 169 e 173 casos, respectivamente (Figura 3).

GRÁFICO 3

EVOLUÇÃO DOS CASOS ABERTOS NA ESPECIALIDADE DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL PADRE HURTADO, METROPOLITANO DE LA FLORIDA E SÓTERO DEL RÍO



Fonte: elaboração própria com base nos dados do SIGTE.

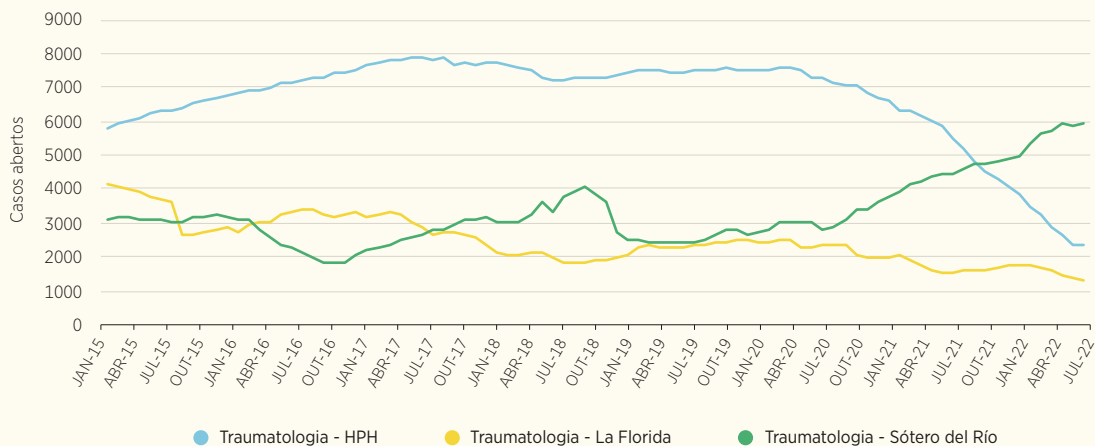
Distinguindo por especialidade, a queda em gastroenterologia no Hospital Padre Hurtado é relativamente menor do que em cardiologia e broncopulmonar no mesmo hospital. No entanto, somente em cardiologia e gastroenterologia há uma mudança de tendência no número de casos abertos, diminuindo constantemente desde 2020.



Destaca-se uma tendência de queda nos casos abertos na especialidade de traumatologia do Hospital Padre Hurtado desde maio de 2020. No entanto, desde a implementação do piloto, a queda é ainda mais significativa. Entre maio de 2020 e abril de 2022, os casos abertos na especialidade diminuíram 1,7% por mês, em média, enquanto entre maio de 2021 e junho de 2022 a queda foi de 6,5%, em média. Assim, em abril de 2021, a Unidade de Traumatologia tinha 4.250 casos abertos, diminuindo em 2.380 casos até junho de 2022. Isso reflete uma queda de 61,5%, que se destaca acima da observada na mesma especialidade em outros estabelecimentos e com outras especialidades no mesmo hospital (gráfico 4).

GRÁFICO 4

EVOLUÇÃO DOS CASOS ABERTOS NA ESPECIALIDADE DE TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL PADRE HURTADO, METROPOLITANO DE LA FLORIDA E SÓTERO DEL RÍO



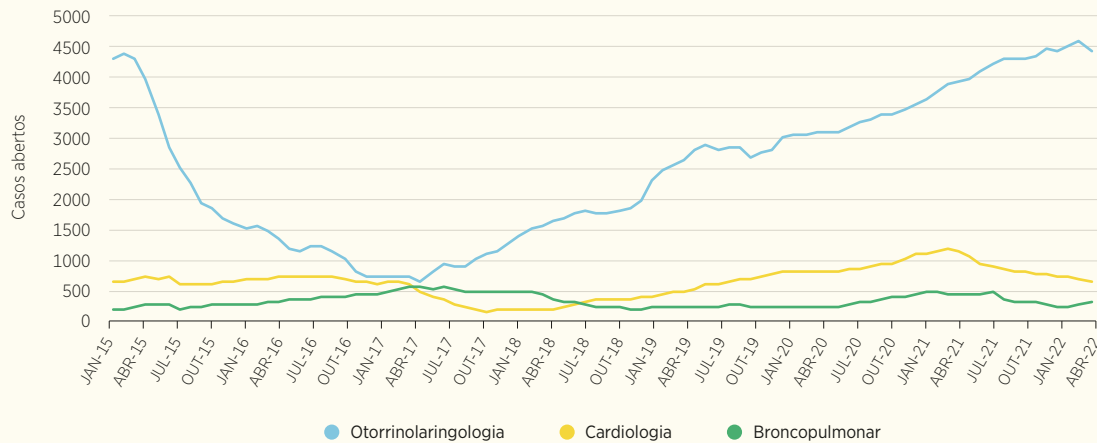
Fonte: elaboração própria com base nos dados do SIGTE.

No caso da cardiologia no Hospital San Juan de Dios, 1.201 casos foram abertos em maio de 2021 e depois diminuíram constantemente até junho de 2022, quando 682 casos foram abertos. Essa tendência difere do aumento constante no número de casos abertos em otorrinolaringologia e broncopulmonar (figura 5).



GRÁFICO 5

EVOLUÇÃO DOS CASOS ABERTOS NAS ESPECIALIDADES DE CARDIOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA E BRONCOPULMONAR NO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS



Fonte: elaboração própria com base nos dados do SIGTE.

7.3.2 • Tempos de espera

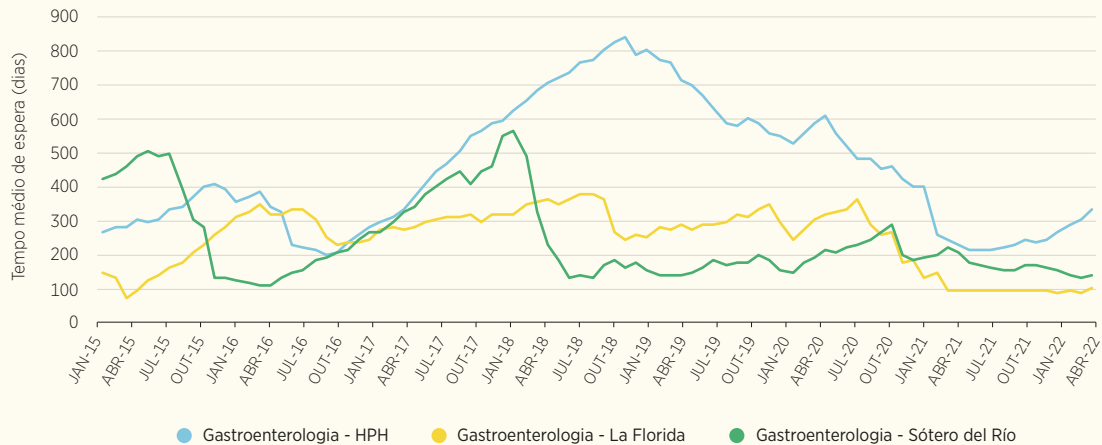
Na especialidade de gastroenterologia do Hospital Padre Hurtado, desde o início do piloto, os tempos de espera diminuíram, consolidando uma tendência de queda no número mediano de dias de espera. Entre fevereiro de 2019 e junho de 2020, em média, esse indicador cai 1,7% por mês, enquanto de julho de 2020 a dezembro de 2022 o número mediano de dias de espera cai 4,4% por mês, em média, com a queda sendo acentuada durante a maior parte do período piloto. Especificamente, enquanto o tempo médio de espera chegou a 608 dias no início do piloto em 2020, em dezembro de 2021 chegou a 246 dias. Portanto, houve uma redução de 59,5%.

Os demais hospitais da SSMSO analisados também registram quedas nesse indicador. No entanto, em termos de redução nos dias de espera, a queda é mais significativa em gastroenterologia no Hospital Padre Hurtado (Figura 6). Em 2022, há um aumento nos tempos de espera em gastroenterologia no Hospital Padre Hurtado. Como o restante dos estabelecimentos não passou por essa situação, é possível que ela esteja relacionada à interrupção do piloto durante esse período.



GRÁFICO 6

EVOLUÇÃO DO TEMPO DE ESPERA PARA CASOS ABERTOS NA ESPECIALIDADE DE GASTROENTEROLOGIA NO HOSPITAL PADRE HURTADO, METROPOLITANO DE LA FLORIDA E SÓTERO DEL RÍO



Fonte: elaboração própria com base nos dados do SIGTE.

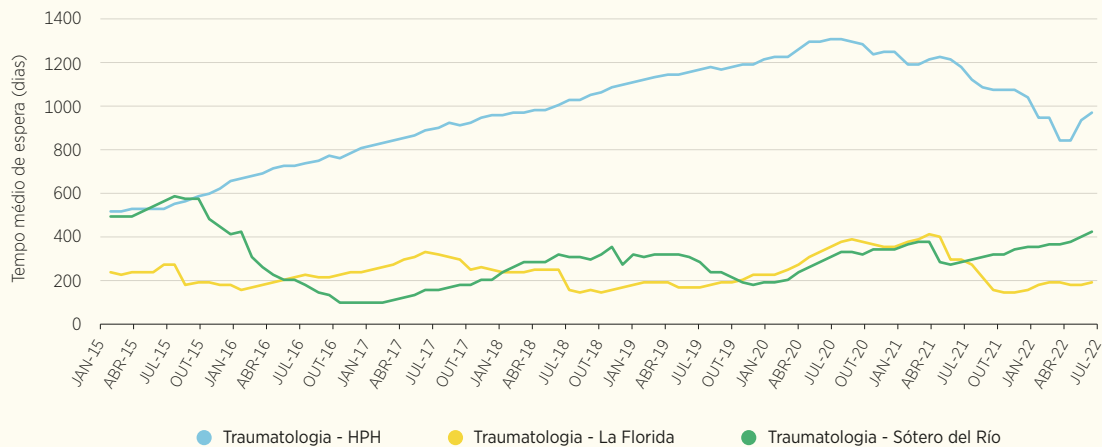
Quando comparado a outras especialidades no mesmo hospital, no caso da área de cardiologia do Hospital Padre Hurtado, os tempos de espera caíram 50% entre junho de 2020 e dezembro de 2021, enquanto na broncopulmonar a redução foi de 29%. Em seguida, em 2022, a tendência dos tempos de espera em gastroenterologia é semelhante à observada em cardiologia e broncopulmonar. Assim, pelo menos até a implementação do piloto na Unidade de Gastroenterologia, são observadas quedas consideráveis nos tempos de espera, tanto em comparação com a mesma especialidade em outras instalações quanto em relação a outras especialidades no mesmo hospital.

Uma situação semelhante em relação aos tempos de espera para consultas abertas é observada na traumatologia do Hospital Padre Hurtado, diminuindo em média 3% ao mês entre junho de 2021 e maio de 2022, com uma queda sustentada. Em comparação com o mês anterior ao início do piloto, a mediana do tempo de espera diminuiu 30,6%, passando de 1.217 dias em abril de 2021 para 845 dias em maio de 2022. Considerando a mesma especialidade em outros estabelecimentos, apenas o Hospital Clínico Metropolitano La Florida também apresenta uma queda significativa nos tempos de espera.



GRÁFICO 7

EVOLUÇÃO DO TEMPO DE ESPERA PARA CASOS ABERTOS NA ESPECIALIDADE DE TRAUMATOLOGIA NO HOSPITAL PADRE HURTADO, METROPOLITANO DE LA FLORIDA E SÓTERO DEL RÍ



Fonte: elaboração própria com base nos dados do SIGTE.

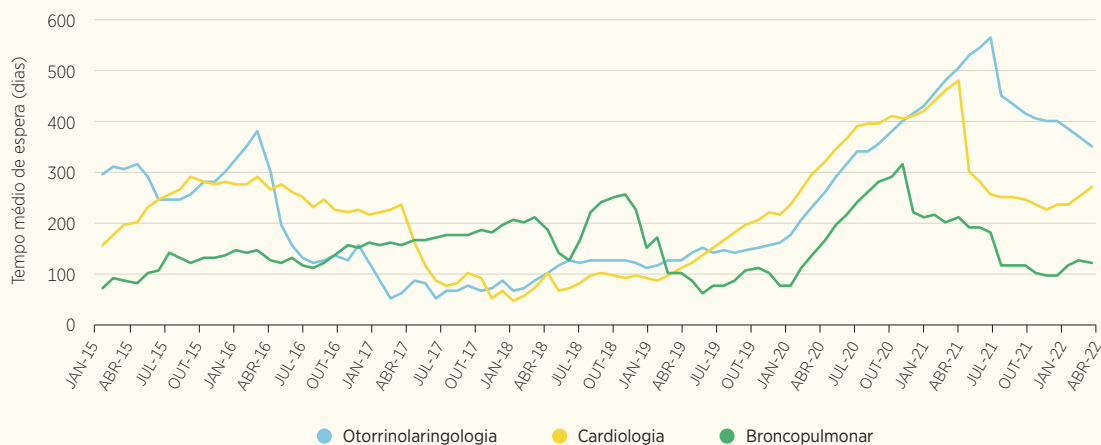
Em comparação com a ginecologia e a otorrinolaringologia, a Unidade de Traumatologia tem um bom desempenho. Em todas as três especialidades, observam-se reduções nos tempos de espera entre abril de 2021 e o início de 2022. Porém, no período mencionado, a espera diminuiu 180 dias em otorrinolaringologia, 69 dias em ginecologia e 324 dias em traumatologia.

Na especialidade de cardiologia do Hospital San Juan de Dios, o tempo de espera vem diminuindo desde o início do piloto. Enquanto em junho de 2021 o tempo médio de espera era de 481 dias, em fevereiro de 2022 era de 230 dias. Portanto, houve uma redução de 52,1%. Em todo caso, essa diminuição também é observada em especialidades como otorrinolaringologia e medicina broncopulmonar.



GRÁFICO 8

EVOLUÇÃO DO TEMPO DE ESPERA PARA CASOS ABERTOS NAS ESPECIALIDADES DE CARDIOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA E BRONCOPULMONAR NO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS



Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados do SISLE, Hospital San Juan de Dios.

7.3.3 • Casos encerrados

Na especialidade de gastroenterologia do Hospital Padre Hurtado, entre 2019 e 2020, houve um aumento de 55,6% nas altas, de 498 para 775. Embora se trate do primeiro ano da pandemia, deve-se observar que essa situação não é observada na mesma especialidade em outros hospitais. Em 2021, houve um aumento nas altas de 160,2% em relação a 2019. Na mesma especialidade e no mesmo período, a variação foi de -0,4% no Hospital Sótero del Río e de -15,8% no Hospital Clínico Metropolitano La Florida.

A estratégia de gestão empregada no piloto se reflete no tempo de espera dos casos encerrados nos anos de implementação. No Hospital Padre Hurtado, destaca-se a existência de casos que aguardam entre 2 e 3 anos e 3 anos ou mais em 2020 e 2021, já que quase 50% dos casos com alta em 2020 fazem parte desse grupo. A situação em outros estabelecimentos difere consideravelmente, com uma concentração de altas com menos de um ano.



Em termos de altas no Hospital Padre Hurtado, enquanto as altas de gastroenterologia aumentaram 160% entre 2019 e 2021, as de otorrinolaringologia e cardiologia aumentaram 54,3% e 97,6%, respectivamente. Considerando que antes do piloto os casos de gastroenterologia que recebiam alta eram mais recentes, após a intervenção há um aumento nas altas mais antigas.

Na especialidade de traumatologia do Hospital Padre Hurtado, o número de casos que receberam alta da lista de espera em 2021 foi o maior desde 2015, chegando a 3.693 altas. Isso representa um aumento de 142,2% em comparação com os casos encerrados em 2019 na mesma unidade. No Hospital Sótero del Río e no Hospital Clínico Metropolitano La Florida, o aumento de casos encerrados no mesmo período foi de 30,8% e 5,8%, respectivamente. Além disso, até 31 de junho de 2022, na traumatologia do Hospital Padre Hurtado houve um aumento de 32,8% em comparação com as altas em 2019, situação não observada nos estabelecimentos de comparação.

Em termos da idade dos casos liberados, na traumatologia do Hospital Padre Hurtado, quase 70% das consultas encerradas correspondem a casos com três anos ou mais, enquanto em 2019 essa proporção chegou a 49%. Essa situação difere consideravelmente da observada em outros estabelecimentos da SSMSO, pois a maioria dos casos que recebem alta desses hospitais tem menos de dois anos espera.

Por outro lado, o aumento nas altas em traumatologia é consideravelmente maior do que em ginecologia e otorrinolaringologia no mesmo estabelecimento. Entre 2021 e 2019, as altas em ginecologia diminuíram em 28,3% e em otorrinolaringologia aumentaram em 54,3%. Desde 2020, também em traumatologia, é digno de nota que quase 60% das altas têm três anos ou mais, refletindo o esforço para dar alta a interconsultas com tempos de espera mais longos.

No caso da cardiologia do Hospital San Juan de Dios, desde o início do piloto, os casos liberados aumentaram 114,1% em comparação com 2019, de 481 para 1.030. Além disso, até 31 de junho de 2022, 466 casos receberam alta, apenas 15 a menos do que em todo o ano de 2019. Em comparação com outras especialidades do estabelecimento, a Unidade de Cardiologia está posicionada como uma das que apresentam o maior crescimento no número de altas.

Com relação ao tempo de espera dos casos encerrados, tanto em 2021 quanto em 2022, os casos foram liberados com espera entre dois e três anos, mudando assim a tendência dos anos anteriores. Em particular, em 2021, apenas 406 dos 1.030 casos encerrados nesse período tinham menos de um ano de espera.



7.3.4 • Razões para a remoção de pacientes da lista

Em relação às causas de remoção de pacientes da lista de espera em gastroenterologia no Hospital Padre Hurtado, tanto em 2020 quanto em 2021 há aumentos nas altas por motivos médicos. Entre 2019 e 2021, as altas por motivos médicos cresceram 90,2%, enquanto nos estabelecimentos de comparação houve uma redução de 2%. Nas outras especialidades do mesmo hospital também houve um aumento, mas menor do que na gastroenterologia (14,7% na otorrinolaringologia e 79,9% na cardiologia), sendo que em gastroenterologia houve um aumento significativo no número de consultas encerradas por motivos administrativos com contato com o paciente, passando de 5,4% em 2019 para 20,3% em 2020.

Na traumatologia do Hospital Padre Hurtado, cerca de 55% dos casos que receberam alta entre 2021 e o primeiro semestre de 2022 tiveram uma resolução médica. As altas associadas ao atendimento médico aumentaram 107,9% entre 2019 e 2021, passando de 951 para 1.977. No mesmo período, na traumatologia do Hospital Clínico Metropolitano La Florida, os casos de alta aumentaram 5,8% e no Hospital Sótero del Río, 30,8%.

Por fim, na cardiologia do Hospital San Juan de Dios, o aumento no número de casos encerrados entre 2020 e 2021 se deve principalmente a cuidados médicos e causas administrativas com contato com o paciente. Os motivos médicos foram responsáveis por 71,7% das altas em 2021. Por outro lado, enquanto em 2020 apenas 4,2% das altas corresponderam a uma causa administrativa com contato com o paciente, no ano de aplicação do piloto essa proporção chegou a 11,9%. Em comparação com as especialidades de referência, o aumento das altas por motivos médicos é substancialmente maior no caso da área de cardiologia.

7.3.5 • Tempos de espera, casos abertos e altas

Uma das principais características do modelo implementado foi concentrar esforços para que as interconsultas com longos períodos de espera recebessem alta. Além disso, o objetivo era que os casos fossem encerrados principalmente por causa dos cuidados médicos. Portanto, é essencial analisar como essas variáveis estão relacionadas e se a tendência mudou desde o piloto.

No caso da gastroenterologia, desde o início do piloto, houve um declínio constante no número de casos à espera de atendimento médico, juntamente com um aumento considerável no número de altas por motivos médicos. Por outro lado, a tendência de queda nos tempos de espera continua e o número de altas com mais de dois anos de espera aumenta.



No entanto, em 2022, o número de altas por consultas mais antigas caiu e a mediana do tempo de espera aumentou, situação que coincide com o fim do piloto na Unidade.

Um padrão semelhante é observado no caso da traumatologia. Desde junho de 2021, as altas com mais de dois anos aumentaram, embora sigam a tendência que começou no início de 2020. Desde a mesma época, tem havido uma queda constante nos tempos de espera. Da mesma forma, a queda nos casos abertos se acentua junto com o aumento das altas por motivos médicos.

Na cardiologia do Hospital San Juan de Dios, a situação é diferente. Ainda que o número de casos abertos tenha caído consideravelmente desde o início do piloto, o número de altas por motivos médicos tem sido irregular. Cabe ressaltar que essa é uma especialidade com tempos de espera mais curtos, portanto, também não se constata aumento de altas em interconsultas com maior tempo de espera.



8

Conclusões



A otimização da gestão em todo o ciclo de prestação de cuidados pode ser uma contribuição importante para a criação de mecanismos permanentes de melhoria na assistência à saúde. Dada a importância de combinar a gestão com o financiamento, na primeira é imperativo projetar o processo de atendimento em torno dos usuários.

O exercício realizado como ponto de partida para propor esse modelo identificou que o gerenciamento de pacientes é fortemente influenciado por critérios de categorização, sendo o tempo em que foram solicitadas as interconsultas e o risco clínico dois critérios que nem sempre coexistem no sistema de agendamento destas.

Comprovou-se que a comunicação pode ser um elemento-chave ao estabelecer um esquema dinâmico de priorização que analisa o estado de saúde, reatribui a prioridade no atendimento e atualiza a solicitação dos exames necessários para as consultas, minimizando os contatos entre as equipes de gestão administrativa e clínica com os usuários, mas aumentando sua eficiência. Além disso, os mecanismos e a frequência de contato com os pacientes são fundamentais para o seu respectivo acompanhamento.

A análise dos resultados dos pilotos mostra que o modelo projetado ajudou a reduzir o tempo de espera dos casos abertos, reduzindo também o número de casos em si. Isso pode estar relacionado às modificações conduzidas pelos próprios pilotos na estratégia de priorização, concentrando os esforços em atender primeiro os casos mais antigos e mais graves (o que afeta diretamente o tempo de espera dos casos abertos).

Em segundo lugar, em todas as três especialidades, foram observados aumentos no número de casos encerrados, que eram principalmente altas por motivos médicos. Além disso, também foram observados aumentos na taxa de contato com o paciente e nas altas de casos com tempos de espera mais longos. Embora, a longo prazo, seja desejável ter uma baixa taxa de remoção da lista de espera por motivos administrativos (em favor de altas por atendimento prestado), esse processo de “atualização” da lista de espera é necessário para reduzir os tempos de espera de casos abertos e melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.

Por fim, a análise dos resultados em comparação com a mesma especialidade em outros estabelecimentos ou outras especialidades no mesmo hospital sugere que as mudanças introduzidas poderiam ser efetivas para uma melhor gestão das listas de espera na rede de saúde do Chile como um todo. Entretanto, precisam ser mais específicas de acordo com as particularidades clínicas das especialidades e dos hospitais.



Essa experiência é uma intervenção que, do lado da oferta, aborda oportunidades para otimizar o gerenciamento do fluxo de pacientes. Com base apenas nos dados descritivos, é possível afirmar que os pilotos atingiram seus objetivos de atualizar a lista de espera inicial do CNE, redefinir a prioridade dos pacientes contatados que aguardam atendimento na lista de espera inicial e reduzir as listas e os tempos de espera.

Para desenvolver ainda mais essas estratégias, seria necessário fortalecer a metodologia de comparação utilizada. Isso poderia ser feito, por exemplo, tomando os hospitais que sofreram intervenção como unidades tratadas e gerando unidades sintéticas com o restante das unidades hospitalares e especialidades, na medida em que houver acesso às informações originadas pelos respectivos sistemas. Um bom próximo passo, portanto, seria avaliar o impacto dessa estratégia em uma escala maior, o que permitiria impactos causais mais rigorosos.



9

Referências



- Bachelet, V., Goyenechea, M., y Carrasco, V. Policy strategies to reduce waiting times for elective surgery: A scoping review and evidence synthesis. *Int J Health Plann Manage.* 2019 Apr;34(2):e995-e1015. doi: 10.1002/hpm.2751. Epub 2019 Feb 22. PMID: 30793372.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Listas de espera: un mecanismo de priorización del gasto en salud. Breve 15. 2016. Serie de políticas y métodos basados en presentaciones a expertos. CRITERIA, Red de conocimiento sobre priorización y planes de beneficios en salud. Washington., D.C.
- Celhay, P.; y Jiménez, H. (2023). Estudio exploratorio de cuantificación de resultados del modelo de gestión del cuidado y acompañamiento de personas en lista de espera no GES en el sistema público de salud de Chile. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.
- Gandarillas, MA, Goswami, N. Merging current health care trends: Innovative perspective in aging care. *Clin Interv Aging.* 2018 Oct 23;13:2083-2095. doi: 10.2147/CIA.S177286. PMID: 30425463; PMCID: PMC6203171.
- Harding, KE, Taylor, NF, Leggat, SG. Do triage systems in healthcare improve patient flow? A systematic review of the literature. *Aust Health Rev.* 2011 Aug;35(3):371-83. doi: 10.1071/AH10927. PMID: 21871201.
- Harding, KE, Leggat, SG, Watts, JJ, Kent, B, Prendergast, L, Kotis, M, O'Reilly, M, Karimi, L, Lewis, AK, Snowdon, DA, Taylor, NF. A model of access combining triage with initial management reduced waiting time for community outpatient services: A stepped wedge cluster randomised controlled trial. *BMC Med.* 2018 Oct 19;16(1):182. doi: 10.1186/s12916-018-1170-z. PMID: 30336784; PMCID: PMC6194740.
- Rathnayake, D., Clarke, M., y Jayasinghe, V. Patient prioritisation methods to shorten waiting times for elective surgery: A systematic review of how to improve access to surgery. *PLoS One.* 2021 Aug 30;16(8):e0256578. doi: 10.1371/journal.pone.0256578. PMID: 34460854; PMCID: PMC8404982.
- Tello, C., Fulgueiras, M., Riveros, S., Parra, J., y Jara-Maleš, P. Salud centrada en el paciente. Modelo de acompañamiento a personas que esperan por atención en el sistema público de salud en Chile. 2020. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. Nota Técnica N°IDB-TN-2030.



- Tello, C.; Riveros, S.; y Jara-Maleš, P. (2023a). Determinantes de la espera por atención de especialidad: una propuesta de optimización de la gestión de las listas de espera en salud. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.
- Tello, C.; Riveros, S.; y Jara-Maleš, P. (2023b). Optimización de la gestión de las listas de espera en salud: tres casos de implementación en la red metropolitana de salud en Chile. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.
- Tlapa D, Zepeda-Lugo CA, Tortorella GL, Baez-Lopez YA, Limon-Romero J, Alvarado-Iniesta A, Rodriguez-Borbon MI. Effects of Lean Healthcare on Patient Flow: A Systematic Review. Value Health. 2020 Feb;23(2):260-273. doi: 10.1016/j.jval.2019.11.002. Epub 2020 Jan 23. PMID: 32113632.

