



NOTA TÉCNICA N° IDB-TN-2852

¿Cómo acortar las listas de espera en los sistemas públicos de salud? Aprendizajes de tres pilotos implementados en Chile

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Diciembre 2023



¿Cómo acortar las listas de espera en los sistemas públicos de salud? Aprendizajes de tres pilotos implementados en Chile

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Diciembre 2023

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo

¿Cómo acortar las listas de espera en los sistemas públicos de salud?:
aprendizajes de tres pilotos implementados en Chile / Banco Interamericano
de Desarrollo.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 2852)

Incluye referencias 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 Desarrollo. División de Protección Social y Salud. II.
Título. III. Serie.

IDB-TN-2852

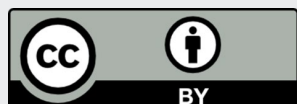
<http://www.iadb.org>

Copyright © 2023 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra se encuentra sujeta a una
licencia Creative Commons CC BY 3.0 IGO
(<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>). Se deberá cumplir los términos y
condiciones señalados en el enlace URL y otorgar el respectivo reconocimiento al BID.

En alcance a la sección 8 de la licencia indicada, cualquier mediación relacionada con disputas que
surjan bajo esta licencia será llevada a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la
OMPI. Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse
amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la Comisión de las Naciones
Unidas para el Derecho Mercantil (CNUDMI). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al
reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia y
requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones que forman parte integral de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan
el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/SocialProtection



¿Cómo acortar las listas de espera en los sistemas públicos de salud?

Aprendizajes de tres pilotos implementados en Chile



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

Copyright © 2023 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons CC BY 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>). Se deberá cumplir los términos y condiciones señalados en el enlace URL y otorgar el respectivo reconocimiento al BID.

En alcance a la sección 8 de la licencia indicada, cualquier mediación relacionada con disputas que surjan bajo esta licencia será llevada a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la OMPI. Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil (CNUDMI). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones que forman parte integral de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.





¿Cómo acortar las listas de espera en los sistemas públicos de salud?

Aprendizajes de tres pilotos implementados en Chile

**Te invitamos a consultar el resto de los
documentos que conforman esta serie:**

- **Determinantes de la espera por atención de especialidad: una propuesta de optimización de la gestión de las listas de espera en salud.**
- **Optimización de la gestión de las listas de espera en salud: tres casos de implementación en la red metropolitana de salud en Chile.**
- **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.**



¿Cómo acortar las listas de espera en los sistemas públicos de salud?

Aprendizajes de tres pilotos implementados en Chile

Resumen¹

El aumento de las listas de espera por atención es un problema muy relevante para los sistemas de salud. Si bien algunas de las causas se relacionan con déficits en la oferta de profesionales, equipamiento e infraestructura, otras se relacionan con la deficiente gestión de los pacientes.

Las experiencias internacionales refrendan la importancia de combinar gestión con financiamiento. Y, dentro de la gestión, la consideración del tránsito o viaje del paciente por la ruta de la atención. Los sistemas de referencia desempeñan un rol clave en el manejo del flujo de pacientes y pueden verse afectados debido a la persistencia de varios focos de ineficiencia.

En el marco del proyecto de cooperación técnica del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), y de la mano del Laboratorio de Innovación Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se llevó a cabo un estudio para la identificación de los nudos prestacionales clave que representan oportunidades de mejora en la gestión para la reducción de listas y tiempos de espera en atenciones de especialidad. De ese estudio surgió un modelo de optimización de la gestión clínica que se aplicó de manera piloto en tres especialidades. Además, se analizaron comparativamente las métricas de desempeño para evaluar los resultados de estas experiencias. Cada uno de estos aspectos – diagnóstico, experiencia de implementación y resultados – ha dado origen a una serie de tres documentos cuya síntesis se ofrece en este documento.

Clasificación JEL: I12, I18, I31, I38.

Palabras clave: esperas en salud, listas de espera, tiempos de espera, sistema de salud, atención en salud, continuidad de la atención, gestión clínica, atención de especialidad, acompañamiento, priorización, resolutiveidad.

1. Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



Contenido

| | |
|---|----|
| 1 • Introducción | 1 |
| 2 • La importancia de la gestión clínica y del flujo de pacientes en el manejo de listas de espera | 4 |
| 3 • La navegación del paciente por la red de salud pública de Chile | 7 |
| 3.1 • Nudos críticos en el flujo de pacientes | 10 |
| 3.1.1 • Actualización de la lista de espera | 10 |
| 3.1.2 • Priorización de la lista de espera | 10 |
| 3.1.3 • Contactabilidad de los pacientes | 10 |
| 3.1.4 • Agendamiento y confirmación de asistencia | 11 |
| 3.1.5 • Consultas de control | 11 |
| 3.1.6 • Uso de la telemedicina | 11 |
| 3.1.7 • Información y comunicación con los pacientes | 12 |
| 3.1.8 • Comunicación y coordinación entre niveles de atención | 12 |
| 4 • Modelo de gestión del cuidado y acompañamiento de personas en lista de espera | 13 |
| 4.1 • Componentes del modelo | 17 |
| 4.1.1 • Información a los pacientes | 17 |
| 4.1.2 • Priorización y agendamiento de pacientes | 18 |
| 4.1.3 • Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera | 19 |
| 4.1.4 • Comunicación con los pacientes | 19 |



| | |
|--|----|
| 4.1.5 • Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud | 20 |
| 4.1.6 • Acompañamiento a pacientes prioritarios | 20 |
| 4.1.7 • Actualización de la lista de espera | 21 |
| 4.2 • Gestión de equipos de alto desempeño | 22 |
| <hr/> | |
| 5 • Implementación del modelo | 25 |
| 5.1 • Especialidad de Gastroenterología del Hospital Padre Hurtado | 26 |
| 5.1.1 • Actualización de la lista de espera | 27 |
| 5.1.2 • Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera | 28 |
| 5.1.3 • Comunicación con los pacientes | 28 |
| 5.1.4 • Acompañamiento de pacientes prioritarios | 29 |
| 5.1.5 • Priorización y agendamiento de los pacientes | 29 |
| 5.1.6 • Información a los pacientes | 30 |
| 5.1.7 • Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud | 30 |
| 5.2 • Especialidad de Traumatología del Hospital Padre Hurtado | 31 |
| 5.2.1 • Actualización de la lista de espera | 31 |
| 5.2.2 • Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera | 32 |
| 5.2.3 • Comunicación con los pacientes | 32 |
| 5.2.4 • Acompañamiento de pacientes prioritarios | 32 |
| 5.2.5 • Priorización y agendamiento de los pacientes | 33 |
| 5.2.6 • Información a los pacientes | 33 |
| 5.2.7 • Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud | 33 |



| | |
|---|----|
| 5.3 • Especialidad de Cardiología del Hospital San Juan de Dios | 34 |
| 5.3.1 • Actualización de la lista de espera | 34 |
| 5.3.2 • Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera | 34 |
| 5.3.3 • Comunicación con los pacientes | 35 |
| 5.3.4 • Priorización y agendamiento de los pacientes | 35 |
| 5.3.5 • Información a los pacientes | 36 |
| 5.3.6 • Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud | 36 |
| 5.3.7 • Derivación directa de pacientes a subespecialidades de cardiología | 38 |
| 5.3.8 • Protocolo de derivación de pacientes de baja complejidad cardiológica | 38 |
| 5.3.9 • Proceso de referencia y contrarreferencia | 38 |
| 5.3.10 • Pases operatorios cardiológicos | 38 |
| 5.3.11 • Gestión de controles | 39 |
| <hr/> | |
| 6 • Resultados descriptivos de los pilotos | 40 |
| <hr/> | |
| 7 • Cuantificación de resultados del modelo | 43 |
| 7.1 • Datos disponibles para el estudio | 44 |
| 7.1.1 • Datos del SSMSO | 44 |
| 7.1.2 • Datos del Hospital San Juan de Dios | 45 |
| 7.2 • Metodología | 45 |
| 7.2.1 • Indicadores | 45 |
| 7.2.2 • Grupos de interés y de comparación | 46 |



| | |
|---|----|
| 7.3 • Resultados | 47 |
| 7.3.1 • Casos abiertos | 47 |
| 7.3.2 • Tiempos de espera | 49 |
| 7.3.3 • Casos cerrados | 52 |
| 7.3.4 • Causales de egreso | 54 |
| 7.3.5 • Tiempos de espera, casos abiertos y egresos | 54 |
| <hr/> | |
| 8 • Conclusiones | 56 |
| <hr/> | |
| 9 • Referencias | 59 |
| <hr/> | |



Introducción



Las esperas por atención son un hecho concomitante a cualquier sistema de salud, pero las esperas innecesarias y prolongadas se consideran un problema tanto por sus efectos sobre la salud de las personas como por el desempeño y costos de los sistemas de atención. Los tiempos de espera son una expresión del desajuste entre la oferta y demanda, siendo necesario establecer un orden en la asignación de prioridad para las atenciones. Gestionar tiempos de espera permite priorizar efectivamente lo más urgente y responder progresivamente a la demanda de atención en un contexto de oferta y recursos limitados (BID, 2016).

La gestión de las listas de espera se entiende como el proceso por el cual un sistema de salud administra su flujo de pacientes. Cuando una situación de salud amerita que un paciente sea referido a un nivel de mayor complejidad, la respuesta dependerá del esquema de organización de recursos, procesos y procedimientos del siguiente nivel de resolutivez. En las etapas de derivación entre niveles de atención es donde es más probable que se produzca congestión.

Entre las estrategias más promisorias de manejo de listas de espera por atención en salud destacan aquellas que abordan el flujo de pacientes reduciendo la complejidad de los sistemas de asignación de horas. Las lecciones aprendidas han mostrado la necesidad de atender de manera complementaria ambas dimensiones del problema por el lado de la oferta. Por un lado, mediante la dotación de recursos necesarios para asegurar una adecuada capacidad de respuesta. Y, por otro, enfocando la atención en aspectos relacionados con la gestión.

En este contexto, desde 2019 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) viene trabajando con el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y el Laboratorio de Innovación Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile en el diseño e implementación de un modelo de gestión y acompañamiento de personas que se encuentran en lista de espera en el sistema público de salud. Como parte de esta investigación, se observó el flujo real de los pacientes entre los niveles primario y secundario de atención para identificar oportunidades de optimización de la gestión y mejora de su experiencia. Posteriormente, se implementaron pilotos para identificar alternativas eficaces para la disminución de las listas de espera a partir de la optimización de la gestión de la gestión clínica, como una alternativa mientras se avanza en procesos de rediseño estructural sobre financiamiento, mecanismos de pago y dotación.

Los pilotos ejecutados como parte de este proyecto tuvieron lugar en dos hospitales de dos Servicio de Salud, en el área metropolitana de Santiago, en tres especialidades no incluidas



en el Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES)²: las especialidades de gastroenterología y traumatología del Centro de Referencia de Salud (CRS) del Hospital Padre Hurtado y la especialidad de cardiología del Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) del Hospital San Juan de Dios.

En este documento se presenta el análisis del flujo de pacientes en la red y sus respectivos nudos críticos. Posteriormente, se presentan los diversos elementos del modelo diseñado como parte de este proyecto. En una siguiente sección, se describen los detalles de la implementación del modelo en los tres pilotos mencionados arriba. Finalmente, se presentan los principales resultados asociados a los pilotos.³

2. Se trata de patologías que, por no estar incluidas en el Régimen General de GES, tienen una cobertura normal de acuerdo con el plan de salud del afiliado y, por tanto, la prioridad de la atención no está asegurada excepto por el criterio de priorización en función del riesgo clínico presentado.

3. Este documento sintetiza los aprendizajes recogidos en Tello, Riveros, y Jara-Maleš (2023a); Tello, Riveros y Jara-Maleš (2023b); y Celhay y Jiménez (2023).



2

La importancia de la gestión clínica y del flujo de pacientes en el manejo de listas de espera*

* Para más información, consultar Tello, Ríveros, y Jara-Maleš (2023a).



Los resultados más promisorios de estrategias de manejo de la espera por atención en salud combinan el triaje en la gestión inicial de los pacientes y el monitoreo de la relación entre la oferta de recursos asistenciales disponibles y la demanda poblacional. Las intervenciones de flujo de pacientes que utilizan uno o más de estos elementos pueden ser efectivas en servicios ambulatorios comunitarios (Harding et al., 2018). Además, los sistemas de clasificación que actualizan riesgo clínico pueden mejorar el flujo general de pacientes (Harding et al., 2011).

Los sistemas de referencia desempeñan un papel importante en el manejo del flujo de pacientes y en la prestación de la atención. Sin embargo, estos sistemas pueden verse afectados debido a la persistencia de varios focos de ineficiencia en temas como falta de claridad en los criterios de valoración del riesgo, priorización de la atención y derivación de pacientes (Rathnayake y Clarke, 2021).

La literatura sobre medidas y estrategias para reducir los tiempos de espera de los pacientes para cirugías electivas muestra que las estrategias aplicadas suelen ser multifactoriales y multidimensionales (Rathnayake y Clarke, 2021). Una revisión basada en evidencia (Bachellet, et al., 2019) sugiere que es necesario combinar aspectos mejorados de la gestión con recursos adicionales para lograr una mayor capacidad productiva hospitalaria. Y, dentro de la gestión, la consideración amplia del tránsito o viaje del paciente por la ruta de la atención (Tello et al., 2020).

Las tendencias actuales en la atención en salud son prometedoras para mejorar la oportunidad y la calidad de los cuidados. Entre ellas, se incluye la atención médica predictiva y personalizada que incorpora tecnologías de la información y la comunicación, la atención domiciliaria, la prevención y promoción de la salud a través del empoderamiento de los pacientes y la coordinación de la atención (Gandarillas y Goswami, 2018). También, los hospitales están pasando de un modelo organizativo tradicional a un modelo centrado en el paciente. En este marco, el uso de la tecnología puede resultar decisivo y ser una condición habilitadora clave para la atención integrada.

Ya se han visto algunos resultados promisorios relacionados con la incorporación de la gestión digital de pacientes al proceso de provisión de servicios de salud. Sin embargo, la evidencia parece alertar sobre la necesidad de combinar estas estrategias con una mejor comprensión del flujo de pacientes y diseñar el proceso de atención en torno a los usuarios. Una revisión de literatura (Tlapa et al., 2020) mostró que esta forma de optimizar procesos con base en el manejo del flujo de pacientes ayudó a reducir el tiempo de espera y la



duración de las estadías en la atención ambulatoria, principalmente debido a su foco en identificar y minimizar las actividades sin valor agregado.

Las experiencias conocidas en dicha revisión y que han mostrado buenos resultados en la oportunidad y calidad de la atención involucran a profesionales de diferentes áreas en el equipo de optimización de procesos. Además, obtienen la aceptación de todas las partes interesadas, introduciendo un enfoque colectivo de resolución de problemas. Los resultados de esta revisión sugieren que entender la relación entre capacidad y demanda es clave para mejorar el flujo de pacientes (Tlapa et al., 2020).



3

La navegación del paciente por la red de salud pública de Chile*

* Para más información, consultar Tello, Riveros, y Jara-Maleš (2023a).



Hay varias cualidades que destacan en el sistema de salud de Chile, pero hay dos que vale la pena resaltar desde el punto de vista de las esperas por atención. Por un lado, la definición de un plan de beneficios en salud conocido como GES, que priorizó las patologías más relevantes. Aunque esta decisión ha generado problemas en la congestión de la demanda por atención para las patologías no priorizadas, Chile es singular en cuanto a que los tiempos de espera máximos forman parte del plan explícito de beneficios y se constituyen en derechos exigibles para los asegurados. Por otro lado, destaca la publicación periódica del número de personas que esperan por consultas de especialidad o cirugía y el número de días promedio que llevan esperando, lo cual no es frecuente en los sistemas de salud.

Sin embargo, y como ocurre en la mayoría de los países, la acumulación de personas que esperan por atención y la extensión de los tiempos de espera siguen siendo problemas críticos. Si bien algunas de las causas se relacionan con la disponibilidad de la oferta de profesionales de la salud, equipamiento e infraestructura, otras se relacionan con la deficiente gestión de las listas de espera. Así, este proyecto buscó entender, en particular, cuál es el flujo de los pacientes para llegar al nivel secundario de atención y recibir la atención de un especialista.

El proceso de generación de una interconsulta⁴ no cubierta por la garantía de oportunidad del régimen GES comienza cuando el paciente acude a su centro de salud de atención primaria por una dolencia. Ahí es evaluado por un profesional que determina si hay que realizar una solicitud de interconsulta a un especialista del nivel secundario. Estas interconsultas también pueden generarse en los servicios de urgencia, desde otros especialistas en el nivel secundario o luego de otorgar el alta a un paciente hospitalizado en el nivel terciario. Al concluir la atención, el profesional le indica al paciente aguardar hasta ser llamado desde el nivel secundario para ser atendido por un especialista.

En el nivel primario de atención, la solicitud es evaluada por el médico contralor del centro de salud, quien autoriza o rechaza su salida al nivel secundario. Si bien existen lineamientos generales, cada centro de salud define cómo notificar una decisión de rechazo al paciente. A las solicitudes generadas en los otros niveles de atención no se les realiza esta auditoría.

Ya en el nivel secundario de atención, la solicitud puede seguir distintas rutas dependiendo del centro que la reciba. Algunos centros poseen equipos de trabajo que revisan las

4. Una interconsulta es la evaluación del paciente para efectuar un diagnóstico, formular o adecuar un tratamiento. Esta derivación ocurre cuando el médico de un consultorio u hospital considera necesario que ese paciente sea evaluado por un médico especialista, ya sea en el mismo centro de salud o en un hospital de mayor complejidad.



interconsultas entrantes, mientras que en otros centros las interconsultas son recibidas directamente por cada especialidad. A partir de ahí, se priorizan las solicitudes recibidas y se genera un orden para atender a los pacientes.

En paralelo al proceso antes mencionado, el paciente se encuentra esperando el llamado desde el nivel secundario para su atención. En caso de tener dudas, suele acudir a su centro de salud primaria, donde no podrán otorgarle información sobre el proceso ya que los distintos niveles de atención o centros de salud no comparten este tipo de datos. Frente a esto, puede insistir acudiendo al mismo centro de salud secundaria en busca de orientación, donde los administrativos tampoco tienen acceso a ésta y la resolución de su consulta dependerá de la capacidad de indagación de la persona que lo atienda.

Si el paciente presentara un empeoramiento de su estado de salud durante la espera, probablemente volverá a consultar en su Centro de Salud Familiar (CESFAM) o en la urgencia, donde podrían generarle una nueva solicitud de interconsulta o indicar necesidad de hospitalización. Así, la nueva condición de salud del paciente no es actualizada en la solicitud inicial y el número de peticiones en espera aumenta. También podría acudir a centros de salud privados o, en un número menor de casos, incluso podría fallecer.

Finalmente, el paciente es llamado para asistir a su ingreso médico con el especialista. Si después de tres intentos de contacto telefónico en días y horarios diferentes no es posible ubicarlo, se procede a enviarle una carta certificada o a visitarlo en su domicilio para poder citarlo a la consulta. Si a pesar de esto no es posible ubicarlo, su solicitud de interconsulta será egresada del sistema luego de unos meses.

Si el paciente dispone de resultados de exámenes tomados previamente los llevará a su primera consulta con el especialista. Sin embargo, debido a lo prolongado de la espera probablemente esos exámenes ya no estén actualizados y le soliciten realizárselos nuevamente, pudiendo entrar a una nueva lista de espera para exámenes o procedimientos. Al recibir esta primera atención, la solicitud de interconsulta es egresada del sistema que supervisa los tiempos de espera, a pesar de que el paciente podría no haber resuelto todavía su motivo inicial de consulta.

En el caso de pacientes que presentan cuadros más complejos, el especialista suele autorizar cupos adicionales para volver a atenderlos y solicita las gestiones necesarias para acelerar la atención. Los pacientes que no requieran una atención urgente deberán asistir o llamar el día en que cada unidad realiza la asignación de horas de atención, pudiendo entrar nuevamente en una lista de espera hasta conseguir un cupo para su atención.



3.1 • Nudos críticos en el flujo de pacientes

A partir de este análisis del flujo de los pacientes fue posible identificar los siguientes nudos críticos del proceso de gestión de las listas de espera no GES:

3.1.1 • Actualización de la lista de espera

En muchos casos, no existe un sistema integrado de gestión de los distintos tipos de interconsultas, lo que dificulta su procesamiento en una lista de espera única. Una segunda dificultad se relaciona con la actualización de la información de las interconsultas, ya que no existen mecanismos adecuados para identificar casos de duplicidad (más de una interconsulta generada por el mismo problema de salud de un mismo paciente), atención del paciente en otra unidad o establecimiento, cambio de domicilio del paciente, cambio de su sistema de aseguramiento de salud o su fallecimiento.

3.1.2 • Priorización de la lista de espera

No existe un sistema único de priorización clínica en los establecimientos de salud. Algunos establecimientos tienen sistemas con 2, 3 o 4 categorías distintas de priorización al interior de sus diversas especialidades. También se observaron diferencias en el proceso mismo de la priorización, ya que algunas unidades categorizan según la gravedad del cuadro clínico con base en los antecedentes descritos en la interconsulta. Otras unidades, por su parte, realizan contrarreferencias (respuesta del especialista al profesional solicitante) para recopilar mayores antecedentes. Esta falta de estandarización del proceso de priorización contribuye a la acumulación de interconsultas y complica el rescate oportuno de las solicitudes que necesitan una pronta respuesta.

3.1.3 • Contactabilidad de los pacientes

Los equipos de salud intentan contactar a los pacientes a partir de los datos registrados en la interconsulta, pero con el paso del tiempo muchos de estos datos quedan desactualizados. A pesar de que durante la fase de espera los pacientes concurren numerosas veces a los establecimientos de salud en busca de información, no siempre se aprovechan estas interacciones para actualizar sus datos de contacto. Así, mientras más antigua es la interconsulta, menor es la probabilidad de que ese paciente pueda ser contactado efectivamente al momento de intentar agendar su atención.



3.1.4 • Agendamiento y confirmación de asistencia

Las diversas unidades y establecimientos de salud utilizan criterios dispares para agendar pacientes. En algunos casos se agendan con base en la antigüedad de las interconsultas. En otros, con base en su prioridad clínica. El primer criterio permite otorgar una prestación de salud a quien lleva más tiempo esperando, pero deja en espera a los pacientes recientemente ingresados con problemas de salud que requieren una pronta atención. Por su parte, aunque el criterio de prioridad clínica permite atender primero a quienes tienen problemas de salud más graves, puede ocurrir que los pacientes de mediana o baja complejidad nunca sean agendados.

Por otra parte, la confirmación de asistencia a las consultas médicas es una actividad que no logra realizarse en la mayoría de los establecimientos de salud. Esto se produce por la escasez de personal para realizar esta acción y por la falta de acceso a tecnologías que podrían cumplir la misma función. Ya que no existen canales de comunicación entre los pacientes y los servicios de especialidad, la única manera de notificar sobre una necesidad de cambio de hora sería asistiendo presencialmente a la unidad.

3.1.5 • Consultas de control

Según la normativa del MINSAL, los controles médicos deben corresponder al 68% de las consultas programadas en las unidades de especialidades, quedando el 32% restante para consultas de ingreso. Sin embargo, en múltiples casos se observa un porcentaje mayor de consultas de control. Contribuye a esta situación el bajo número de altas otorgadas por los especialistas, que muchas veces prefieren mantener a los pacientes con cuadros crónicos en control por años o indefinidamente. En muchos casos, esta decisión se ve promovida por la desconfianza respecto a la capacidad de resolución del nivel primario de atención y a la inexistencia de canales de seguimiento compartido entre distintos niveles de atención. De igual modo, los pacientes prefieren continuar en el nivel secundario al considerar la consulta por especialista como algo “de mayor calidad”, además de facilitar el acceso a solicitudes de interconsultas a otras especialidades mediante la derivación interna entre especialistas.

3.1.6 • Uso de la telemedicina

A pesar de su alta resolutivez, la telemedicina sincrónica (en tiempo real y en vivo entre el médico especialista y el médico tratante o el paciente) requiere de múltiples recursos tecnológicos y conexión a internet, que no siempre están disponibles en los servicios o



por parte de los pacientes. También, para ser verdaderamente eficiente, la telemedicina requiere de horas de trabajo del equipo de enfermería y administrativos para realizar una gestión previa y posterior a la atención. Así, la telemedicina tiene mayores posibilidades de utilización en algunas especialidades y en algunas fases del proceso de atención.

3.1.7 • Información y comunicación con los pacientes

Los pacientes muchas veces no entienden o desconocen en qué consiste el proceso de gestión de la atención ni cuáles son sus derechos y deberes en relación con las interconsultas. No entender el proceso hace que tengan sentimientos de frustración en torno a la espera y les resta posibilidades de contribuir a la buena resolución de los casos. Además, no cuentan con canales de comunicación directos con la especialidad a través de los cuales interactuar sin tener que acudir presencialmente. Y si se acercan al establecimiento hospitalario a preguntar por su interconsulta, generalmente la respuesta que reciben es insatisfactoria.

3.1.8 • Comunicación y coordinación entre niveles de atención

Existe una débil coordinación y comunicación entre los establecimientos de la Atención Primaria de Salud (APS) y los niveles secundarios y terciarios. No existen mecanismos formales para resolver las dudas clínicas que tenga el médico de APS al momento de emitir interconsultas, alertar al nivel secundario acerca de interconsultas de mayor complejidad y urgencia, ni informar desde el nivel secundario al primario sobre las solicitudes de interconsultas rechazadas. Además, la inexistencia de una ficha única de atención dificulta el acceso a la información del paciente a los diversos profesionales con los que interactúa a lo largo de su proceso de atención.



4

Modelo de gestión del cuidado y acompañamiento de personas en lista de espera*

* Para más información, consultar Tello, Riveros, y Jara-Maleš (2023a).



Con base en los nudos críticos antes identificados, se construyó un modelo de gestión para mejorar la experiencia de los usuarios. En particular, se identificaron acciones que contribuyeran a:

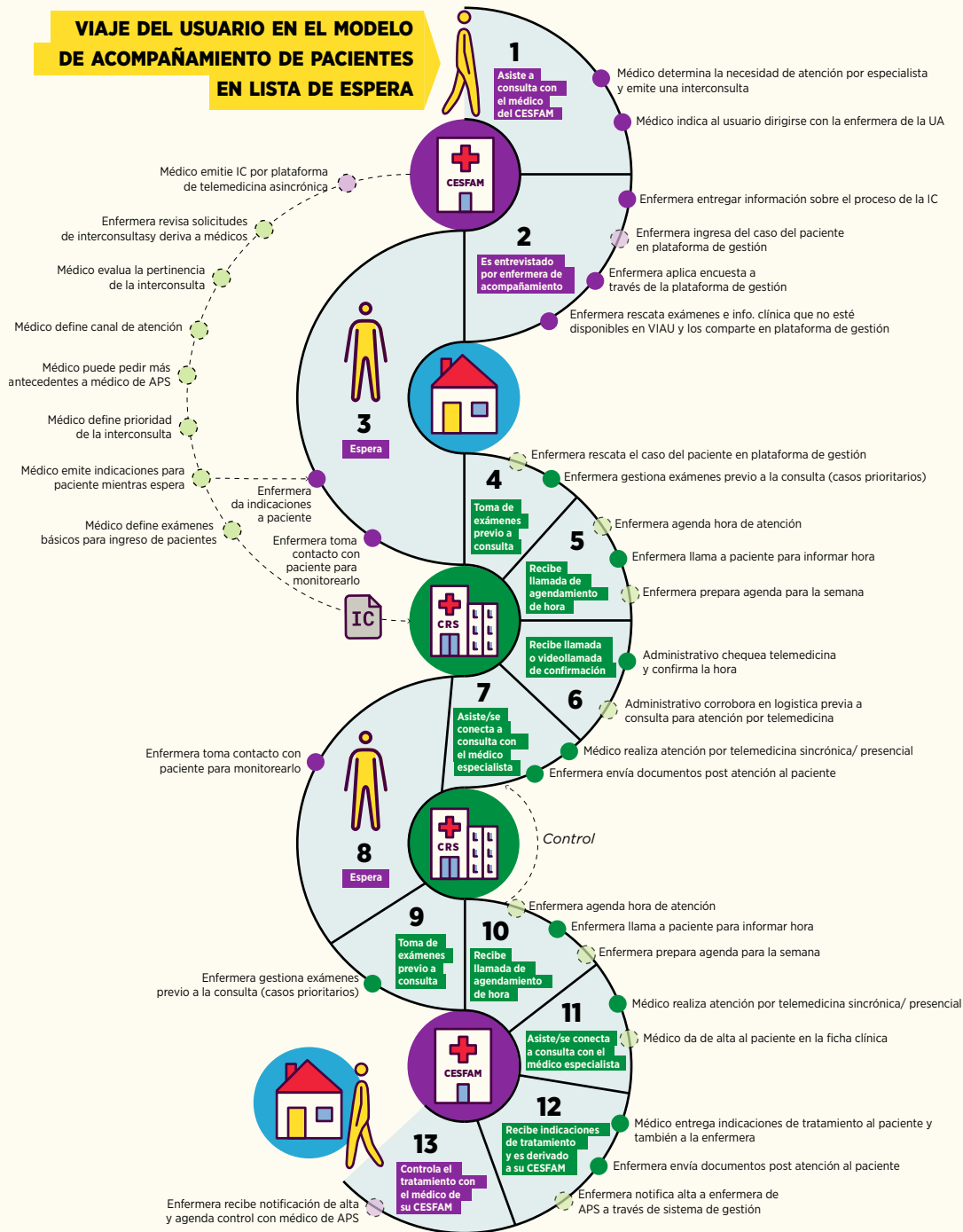
1. Aumentar el acceso de los usuarios a información sobre su diagnóstico, proceso de atención y estado de su interconsulta, para mejorar su autoeficacia en la gestión del cuidado de su salud y su proceso de atención.
2. Mejorar la continuidad e integralidad del proceso de atención y cuidado de los pacientes.
3. Mejorar la gestión y coordinación de la oportunidad y resolutivez de las prestaciones de salud disponibles.
4. Implementar un proceso de monitoreo del estado de salud del usuario durante la espera que permita actualizar su prioridad de atención y su acceso a las prestaciones de salud que requiera.

El modelo construido propone un rediseño del proceso desde la perspectiva del paciente, de manera de articular la gestión de las diversas funciones, actividades, unidades operativas y equipos de acuerdo con las necesidades y tiempos de cada paciente. En la figura 1 se muestra el proceso rediseñado de atención y cuidado desde el punto de vista del paciente.



FIGURA 1

VIAJE DEL PACIENTE A TRAVÉS DEL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN DEL CUIDADO



Fuente: elaboración propia.



Frente a una dolencia o malestar, el paciente solicita una hora para atención en su CESFAM. Si durante su atención el médico determina que debe ser tratado por un especialista del nivel secundario, le genera una solicitud de interconsulta. También el paciente es evaluado de forma integral por este profesional, quien decide si lo perfila como una persona que necesita mayor asistencia en el nivel secundario.

Al salir del box del profesional, el paciente se dirige donde la persona encargada de enlazar los niveles de atención de salud, quien le entrega la copia de su interconsulta, le orienta en el proceso que ésta sigue en el sistema y le entrega un documento de respaldo. Esta persona también le solicita confirmar sus datos de contacto e informar si cambian en el transcurso de la espera.

Si el paciente pertenece a algún programa de patologías crónicas en el CESFAM y durante sus controles se percibe algún deterioro o cambio relevante en su estado de salud o acude a urgencias o a consultas espontáneas por sufrir un compromiso de su estado de salud, también se genera comunicación con el nivel secundario para evaluar la repriorización de la interconsulta.

Durante la espera de la consulta con el especialista, el paciente es contactado telefónicamente por un funcionario del nivel secundario, quien verifica su necesidad de ser atendido, actualiza su información de contacto, le evalúa según criterios clínicos preestablecidos y le solicita exámenes de ingreso según su condición de salud. Si el paciente requiere acompañamiento se le facilita una cita, además de agendar su atención con el especialista. También se le entrega un número de teléfono o correo electrónico de contacto directo con la especialidad.

El paciente llega el día de su consulta, se realiza la atención y, como suele ocurrir en la generalidad de los casos, podría requerir al menos una consulta adicional para la confirmación de su diagnóstico. A continuación, se le indica un tratamiento y exámenes prediagnósticos y se le informa en cuánto tiempo más debe ser controlado. Una vez que es definido el diagnóstico, el médico puede determinar su alta, y el paciente sigue siendo atendido en su CESFAM con las indicaciones de contrarreferencia. Si es una patología más compleja, se le indica permanecer en controles de la especialidad y nuevos exámenes. En caso de requerir acompañamiento, se le facilitan las horas para realizarlo.

Si el médico especialista determina que su tratamiento requiere resolución quirúrgica, el paciente es derivado a evaluación por un cirujano y un equipo prequirúrgico. Éstos últimos coordinan su monitorización y preparación para la cirugía con el referente de conexión de su CESFAM, con el fin de que se presente en condiciones ideales al procedimiento. Si hay

algún cambio en el estado de salud del paciente durante la espera, esto es notificado entre los equipos. Llegado el momento, el paciente acude a su cirugía según las indicaciones recibidas por el equipo prequirúrgico. Luego del alta quirúrgica el paciente vuelve a su CESFAM con las indicaciones de contrarreferencia para seguir su rehabilitación y control.

4.1 • Componentes del modelo

Los componentes de este nuevo modelo de gestión se pueden agrupar en siete dispositivos que se describen a continuación.

4.1.1 • Información a los pacientes

Con el fin de fortalecer su autoeficacia para gestionar el cuidado de su salud, el primer componente del modelo busca aumentar la información que las personas tienen sobre su diagnóstico y su proceso de atención en cuatro ámbitos específicos:

1. Mejorar su nivel de información sobre su diagnóstico o sospecha diagnóstica y las prestaciones de salud que deberá realizarse.
2. Entregar información sobre el proceso de gestión de la derivación a consulta de nueva especialidad (CNE) o intervención quirúrgica.
3. Entregar una estimación del tiempo de espera que pacientes similares han experimentado para ser atendidos en el establecimiento al que ha sido derivado.
4. Brindar información sobre la etapa y el estado en que se encuentra su interconsulta.

La idea es habilitar un canal presencial de información en el CESFAM de origen de la interconsulta, con el fin de facilitar el acceso de cada paciente a las aclaraciones que requiera. Puede existir un kit informativo para explicarle a cada paciente cómo es el proceso de atención en la red y los tiempos estimados de espera. También, si el CESFAM tuviera acceso a la información clínica de los pacientes y su proceso de atención, estos podrían acudir allí cuando quieran informarse acerca del estado de su interconsulta. Por otro lado, cuando sea factible, se puede implementar un canal digital que permita a los pacientes acceder a la información detallada acerca de su proceso de atención. También puede ser relevante habilitar el canal telefónico de Salud Responde⁵, como un medio capaz de entregar información detallada sobre el proceso de atención de cada paciente.

5. El Programa Salud Responde es una plataforma multicanal del MINSAL para informar, orientar y educar sobre aspectos relacionados con el cuidado de la salud de las personas y los servicios disponibles en la red asistencial.



4.1.2 • Priorización y agendamiento de pacientes

El modelo propone mejoras en los criterios y procesos de priorización y agendamiento de pacientes. En cuanto a los criterios, se propone implementar una modalidad de prioridad acumulativa⁶ que combina criterios clínicos del paciente con la antigüedad de las interconsultas. Esta modalidad permite que pacientes con prioridad clínica media o baja logren ser agendados después de un tiempo razonable de espera.

Un segundo ámbito de rediseño se relaciona con la oportunidad de la priorización. El modelo propone establecer un proceso periódico de priorización de las nuevas interconsultas para que un profesional médico designado identifique prontamente los casos más urgentes y complejos. De manera complementaria, como se detalla más adelante, el modelo propone establecer canales formales de comunicación con los equipos de atención primaria para alertar a los equipos de especialidad cuando derivan pacientes que deben ser atendidos en forma urgente.

Un tercer ámbito de mejora es la necesidad de actualizar la priorización en conformidad a la evolución del estado de salud de cada paciente, de manera que la prioridad sea una categoría dinámica. En el caso de los pacientes que deberán experimentar una espera mediana o larga se propone establecer un mecanismo formal de actualización de su prioridad, componente que se detalla más adelante. En caso de identificarse un empeoramiento del estado de salud del paciente, el equipo de especialidad procederá a actualizar su lugar en el orden de prelación.

Finalmente, en relación con el agendamiento de horas, se propone utilizar una herramienta de asignación⁷ con base en la modalidad de prioridad acumulativa antes mencionada, que permite agendar horas según el orden de prelación construido con estos criterios. Adicionalmente, se propone establecer un proceso de confirmación de horas mediante herramientas digitales como WhatsApp Business.

6. Propuesta desarrollada por el Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile para el SSMSO en el marco del piloto.

7. Herramienta diseñada por el Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile para el SSMSO en el marco del piloto.

4.1.3 • Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera

Con el fin de monitorear el estado de salud de los pacientes mientras esperan su atención se proponen dos mecanismos complementarios. El mecanismo principal operará en el mismo CESFAM donde al paciente le corresponde atenderse, de manera que si su estado de salud empeora acuda a este establecimiento para solicitar una nueva evaluación. En el caso que se diagnostique un agravamiento en su estado de salud, el equipo de APS comunicará esta situación, mediante un canal formal, al equipo de la especialidad correspondiente para que éste actualice su prioridad.

Un mecanismo complementario de monitoreo propuesto es el canal de comunicación que se habilite entre enfermería de la especialidad y el paciente una vez que comience su proceso de atención, lo que se explicará más adelante. Si el paciente percibe un empeoramiento de su estado de salud, podrá contactar al equipo de enfermería, quien realizará una evaluación mediante un contacto telefónico o videollamada. En el mismo llamado también se procederá a orientar al paciente sobre los pasos a seguir en su atención y entregar información sobre signos frente a los cuales acudir a urgencia.

4.1.4 • Comunicación con los pacientes

Para que exista comunicación entre los equipos de salud y los pacientes se requiere que los pacientes sean posibles de contactar. Se propone que en cada contacto que tenga el usuario con un establecimiento de salud se le solicite actualizar sus números de teléfono, dirección y correo electrónico. En una primera etapa, los diversos niveles de atención podrán consultarse recíprocamente los datos de contacto de un paciente, pero deberá avanzarse hacia contar con una base de información única.

Un segundo ámbito de la comunicación se relaciona con el establecimiento de canales bidireccionales de comunicación entre equipos de salud y pacientes. Se propone implementar un canal telefónico y de mensajería en cada especialidad al cual se puedan contactar los pacientes. Con el fin de no congestionar este canal telefónico y no sobrecargar al equipo de la especialidad, se propone utilizar plataformas que permiten programar respuestas personalizadas y realizar un tamizaje de las llamadas que sí deben ser atendidas por el personal administrativo o de enfermería, como Whatsapp Business. También, como canal complementario se propone habilitar un correo electrónico por especialidad.

4.1.5 • Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud

El modelo propone varias estrategias para coordinar la oportunidad de las diversas prestaciones de salud que el paciente requiere, buscando la mayor resolutivez posible en cada una de las atenciones. Entre ellas se incluyen:

1. Contactos telefónicos previos con cada paciente para chequear si cuenta con los exámenes requeridos por cada especialidad. En caso de no tenerlos o tenerlos desactualizados, se le facilitará la orden médica para que se los pueda realizar antes de su atención médica y se gestionarán las horas requeridas con los servicios correspondientes del centro de salud.
2. Habilitación de teleconsultas por medio de videollamadas previas por parte del administrativo o profesional gestor con el fin de chequear el correcto funcionamiento de la videollamada o la asistencia telefónica. Esta habilitación previa permitirá al especialista enfocarse en la atención clínica sin perder tiempo en problemas técnicos de conectividad.
3. Gestión de los controles de los pacientes que comiencen un tratamiento de manera de agendarlos con la periodicidad establecida por el especialista hasta el alta, pero coordinándose con el agendamiento integral de casos nuevos y demás controles a cargo de la misma especialidad. Se propone incorporar criterios de priorización que permitan una justa y eficiente distribución de las horas disponibles.
4. Gestión de exámenes previos del paciente, resolución de problemas que afecten la oportunidad quirúrgica y pase operatorio por parte del equipo prequirúrgico de cada especialidad en el nivel terciario.
5. Evaluación de los pacientes que deban esperar periodos largos antes de ser intervenidos por parte del equipo prequirúrgico, de manera de identificar si existen factores que afectan su oportunidad quirúrgica.

4.1.6 • Acompañamiento a pacientes prioritarios

Aunque el modelo busca acompañar a todos los pacientes que se encuentran esperando una CNE o una intervención quirúrgica que correspondan a la lista de espera no GES, en vista de las restricciones de disponibilidad de los equipos se propone focalizar el acompañamiento en dos grupos:

1. Personas con ciertas patologías o condiciones de base, como patologías psiquiátricas, discapacidad intelectual, y/o disminución parcial o total de la movilidad.



2. Personas bajo circunstancias sociales de vulnerabilidad, considerando los diagnósticos del CIE-10 sobre “Personas con riesgos potenciales de salud relacionados con su situación socioeconómica y psicosocial” (Z55 al Z65).

Además de presentar alguna de estas condiciones, debe cumplirse que estas personas necesiten asistencia por su condición y que no posean redes de apoyo para suplir esta necesidad.

Estos pacientes, identificados en el establecimiento de nivel primario de salud al momento de generarse la interconsulta o durante el proceso de atención, serán categorizados como “personas con necesidad de acompañamiento” y serán ingresados así al sistema de atención.

4.1.7 • Actualización de la lista de espera

El modelo propone reforzar la capacidad de los equipos de especialidad para actualizar su lista de espera. Este proceso se compone de los siguientes pasos:

1. Recopilación de todas las bases de datos de solicitudes de interconsulta y documentos disponibles, tanto físicos como digitales, de las diversas fuentes de interconsultas.
2. Revisión y cruce de la información recopilada para obtener el número total de interconsultas.
3. Identificación de las interconsultas que pueden ser egresadas administrativamente.
4. Egreso administrativo de estas solicitudes de la base de datos del SIGTE.
5. Contacto telefónico con los pacientes cuyas interconsultas se encuentran vigentes. Se debe realizar un intento de comunicación telefónica a cada número disponible en tres oportunidades y en horarios diferentes. Según el resultado de esta llamada:
 - Si el intento de comunicación es fallido, se debe enviar una carta certificada notificando la situación o agendar una visita domiciliaria de rescate. El paciente tiene 90 días para responder la carta y reiniciar su proceso de agendamiento.
 - Si se logra la comunicación, se debe actualizar la necesidad de recibir la atención. Este llamado puede ser realizado por un técnico en enfermería de nivel superior (TENS) o administrativo capacitado.
 - En caso de no requerir la atención, se realiza la gestión correspondiente para egresos administrativos.

- En el caso de los pacientes que cambian de domicilio, se debe ofrecer realizar la gestión de traslado de la solicitud a su nuevo centro de salud.
- En el caso que el paciente requiera la atención, se deriva su caso al equipo de enfermería para que contacte al paciente y actualice su prioridad clínica para su posterior agendamiento.

4.2 • Gestión de equipos de alto desempeño

El modelo de acompañamiento propuesto se basa en el trabajo conjunto y coordinado de los equipos en los tres niveles de salud. Esta articulación debe tener como objetivo brindar a cada paciente una experiencia de atención continua en el tiempo y de calidad.

En el caso del nivel primario, se debería contar con un equipo que implemente el modelo en cada establecimiento que genere las referencias para CNE. Según las capacidades y recursos de cada centro, este equipo puede estar conformado por un profesional de la salud (enfermera/o, matró/a, asistente social o kinesiólogo/a), un/a médico contralor/a, un referente de gestión de la lista de espera, un responsable del registro de la lista de espera, directivos del centro, técnicos en salud y administrativos/as. Sus funciones serían:

1. Entregar información a los pacientes sobre el proceso de gestión de interconsultas y el tiempo estimado de espera.
2. Coordinar con los equipos del nivel secundario y prequirúrgico para garantizar el tamizaje de casos urgentes, actualizar priorización de interconsultas, coordinar prestaciones complementarias en el nivel primario y gestionar contrarreferencias.
3. Evaluar al paciente para determinar el plan de acompañamiento más adecuado.

En el caso del nivel secundario, se propone conformar un equipo que coordine la ejecución eficiente de las consultas de ingreso, controles, contrarreferencias y derivación a prequirúrgico. Este equipo estará conformado por un profesional de la salud que gestione la especialidad, el/la médico jefe/a de la unidad, el/la médico priorizador/a, un/a administrativo/a y un/a técnico en salud. Sus funciones incluirían:

1. Actualizar la priorización otorgada inicialmente, en el caso de agravamiento de la condición.
2. Crear o disponer de una batería de exámenes y procedimientos útiles de tener en una primera atención.



3. Agendar a los pacientes, previa verificación de la realización de los exámenes y procedimientos requeridos.
4. Gestionar la realización de los exámenes solicitados por el especialista y el otorgamiento de recetas.
5. Gestionar la derivación al nivel primario del paciente que debe seguir controlándose en éste o que haya sido dado de alta (contrarreferencias).

Luego del nivel secundario, diversos establecimientos de salud del nivel terciario han creado equipos o unidades prequirúrgicas. Estos equipos gestionan la atención del paciente previa a una cirugía, facilitando la realización de exámenes y evaluaciones por especialistas y la obtención de pases médicos. También, en algunos casos se encargan de la programación de la tabla quirúrgica de los pabellones.

Este modelo propone complementar las actuales funciones de las unidades prequirúrgicas y enfocarlas más bien a un “proceso quirúrgico”, encauzando las acciones a un objetivo más allá de la cirugía misma como es la recuperación y rehabilitación de la persona. Algunas acciones propuestas para realizar este proceso son:

1. Coordinar con el equipo de atención primaria la gestión de la oportunidad quirúrgica de los pacientes con priorización media o baja, con el fin de que cuando sean citados para su cirugía se encuentren en las condiciones adecuadas para ser intervenidos.
2. Gestionar controles postoperatorios y otorgamiento de recetas por parte del médico especialista.
3. Gestionar la derivación del paciente que haya sido dado de alta al establecimiento de nivel primario que le corresponda (contrarreferencia), enviando la información necesaria para su tratamiento y rehabilitación.

El modelo requiere de la existencia de instancias de coordinación y comunicación permanente entre los equipos, a través de mecanismos formales, expeditos y continuos de trabajo conjunto. Esto se puede desarrollar a través de los canales existentes, pero idealmente deben habilitarse soportes digitales para el procesamiento y análisis de la información generada por los distintos niveles de atención. También para coordinar las acciones necesarias respecto de los distintos casos que se gestionan.

Por otro lado, la gestión del cambio que implica la implementación del modelo propuesto necesita líderes o lideresas con características que deberían ser transversales en los equipos de trabajo. Para ello es necesario procurar el manejo de información y el desarrollo



de actividades que son fundamentales para que la unidad funcione de forma articulada y consciente de la situación que enmarca su trabajo, incluyendo:

1. Instaurar reuniones con todos los estamentos del equipo y con otros equipos complementarios.
2. Velar por un adecuado flujo de la información dentro del equipo.
3. Procurar que el equipo reciba las inducciones y capacitaciones adecuadas para su correcto desempeño laboral.



5

Implementación del modelo*

* Para más información, consultar Tello, Riveros, y Jara-Maleš (2023b).



A finales de abril de 2020, producto del contexto pandémico, los establecimientos de salud secundaria se encontraban prácticamente sin atenciones en la mayoría de los servicios de salud y los CESFAM, que son las principales vías de ingreso de pacientes a listas de espera por atenciones de especialidad. En este escenario, se analizó la alternativa de modificar el diseño original del modelo planteado en la sección previa, poniendo foco en el nivel secundario y privilegiando el uso de canales remotos de acompañamiento y atención de pacientes. En conjunto con la Unidad de Salud Digital y el equipo de telemedicina del SSMSO y parte del equipo directivo del Hospital Padre Hurtado, se ajustó el modelo inicial para implementarlo en la especialidad de gastroenterología de este CRS.

En marzo de 2021, se comenzó a trabajar con la Unidad de Cardiología del Hospital San Juan de Dios del Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOc). También en marzo de 2021, se inició el trabajo con el equipo del CESFAM Poetisa Gabriela Mistral de la comuna de San Ramón, parte de la red del Hospital Padre Hurtado. Junto a ellos se creó un modelo de solicitud de interconsultas para patologías no GES bajo el enfoque del modelo de gestión del cuidado y acompañamiento. Su implementación comenzó con derivaciones a la Unidad de Gastroenterología del Padre Hurtado, con el fin de articular ambos niveles de atención.

En abril de 2021 partió la implementación del piloto en la Unidad de Traumatología del Hospital Padre Hurtado. Allí, el trabajo de gestión previa a la consulta se enriqueció sustantivamente con la colaboración del equipo médico, quien aportó con la creación de instrumentos de evaluación para aplicar telefónicamente a los usuarios y con la estandarización de una batería de exámenes a solicitar según sospecha diagnóstica, permitiendo una mayor resolutivez en la primera consulta.

A continuación se detalla la experiencia de implementación del modelo en estos establecimientos de salud, los procesos llevados a cabo, las estadísticas de desempeño y los resultados preliminares en cada establecimiento.

5.1 • Especialidad de Gastroenterología del Hospital Padre Hurtado

Al inicio de la intervención, en junio de 2020, el servicio de gastroenterología del Hospital Padre Hurtado contaba con cinco médicos especialistas, una enfermera responsable de la gestión y una administrativa. Sin embargo, como estas últimas realizaban sus funciones tanto en gastroenterología como en otras cinco especialidades, se contrató una enfermera



con ocupación exclusiva al proyecto. Esta enfermera trabajó junto a una TENS en modalidad de teletrabajo facilitada por el Padre Hurtado para apoyar en la implementación. A este equipo de enfermería se sumó el médico jefe de la especialidad y un médico priorizador. Además, hubo asistencia constante del equipo de gestión del CRS.

A continuación, se describen las actividades realizadas en la especialidad como parte del piloto.

5.1.1 • Actualización de la lista de espera

Cuando se inicia la implementación de este piloto, el Hospital Padre Hurtado presentaba la lista de espera de la especialidad de gastroenterología más abultada del SSMSO. Para efectuar la primera actualización administrativa se procedió a revisar las bases de datos y recopilar todas las solicitudes de interconsulta existentes y cruzar información para obtener el total de solicitudes. Luego, se identificaron las interconsultas que podían ser egresadas administrativamente y se gestionó su egreso del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) del MINSAL. Después de esta actualización, se obtuvieron distintos porcentajes de vigencia por año de las interconsultas ingresadas (que fluctuaron entre 49 y 95%).

La segunda actualización de la lista se realizó a través del contacto telefónico con los pacientes, con el fin de corroborar su necesidad de ser atendidos. La contactabilidad fue medida a través de la comunicación telefónica efectiva realizada por la TENS siguiendo los protocolos del MINSAL (tres llamadas telefónicas a cada uno de los números de contacto disponibles, en tres días y tres horarios diferentes). Siguiendo esos lineamientos, se logró la comunicación telefónica con la mitad de las personas en espera.

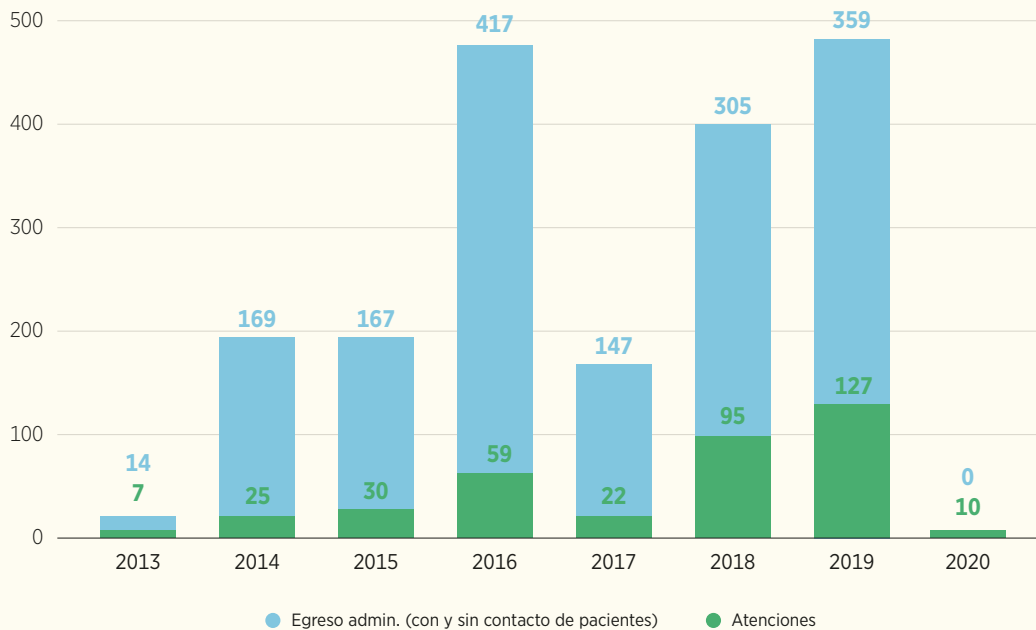
Cuando la TENS lograba contactarse telefónicamente con el paciente le consultaba si aún tenía la necesidad de ser atendido y actualizaba su información de contacto. También podían generarse nuevos egresos administrativos si el paciente rechazaba la atención ofrecida.

Luego de la actualización de la lista de espera mediante la revisión de bases de datos y a través de los intentos de comunicación con los pacientes, fue posible egresar del SIGTE aproximadamente 80% de las interconsultas por causa administrativa. Así, quedaron solo 20% de las solicitudes disponibles para ser atendidas por el especialista y ser egresadas por causal médica (gráfico 1).



GRÁFICO 1

NÚMERO DE PACIENTES POR AÑO DE GENERACIÓN DE SU INTERCONSULTA A GASTROENTEROLOGÍA, A LOS QUE SE EGRESÓ ADMINISTRATIVAMENTE O LUEGO DE SER ATENDIDOS POR EL MÉDICO ESPECIALISTA



Fuente: elaboración propia (corte en junio de 2021).

5.1.2 • Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera

En un segundo llamado a los pacientes que aceptaban la solicitud de interconsulta, la enfermera efectuaba una evaluación clínica a través de la aplicación de un cuestionario. Esto permitía detectar agravamientos y repriorizar la necesidad de atención en caso de ser necesario. También se les facilitaba a los pacientes un número telefónico y un correo electrónico para que pudieran notificar cambios en su estado de salud, entre otros temas. El paciente también podía contactarse mediante WhatsApp Business.

5.1.3 • Comunicación con los pacientes

Aunque al principio se decidió utilizar el canal telefónico para comunicación con los pacientes, la gran cantidad de llamadas hizo que se acabara optando por habilitar la aplicación WhatsApp Business. A través de este canal los usuarios podían notificar inasistencias a sus



citas, conocer la forma de agendar horas de control médico o de exámenes, avisar sobre cambios en su número telefónico y notificar un empeoramiento de su estado de salud.

También se estableció un canal de comunicación con la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) del centro de salud. El personal de la OIRS informaba vía correo electrónico a la enfermera sobre los casos de pacientes que consultaban sobre el estado de su solicitud para llamarlos posteriormente y dar solución a su requerimiento.

Además, se buscó contribuir a la comunicación con los pacientes a través de la implementación de la herramienta Cotalker de forma articulada en los distintos niveles de salud. Para esto, se compartían los datos de contacto actualizados del paciente.

5.1.4 • Acompañamiento de pacientes prioritarios

El objetivo era identificar a los pacientes con necesidad de acompañamiento en su proceso de atención en el nivel secundario durante los contactos telefónicos y las atenciones médicas. Aquí, considerando el flujo de evaluación propuesto en el respectivo protocolo, se detectaba a las personas con patologías graves, dificultad de movimiento o visión disminuida y a adultos mayores sin redes de apoyo, entre otras condiciones. A estos pacientes se les facilitaba la gestión de toma de horas para consultas médicas y exámenes.

5.1.5 • Priorización y agendamiento de los pacientes

Se instauró una rutina semanal de priorización de interconsultas. Esto tuvo un gran impacto, ya que los retrasos en esta actividad repercutían en todo el proceso de agendamiento posterior.

En un segundo o tercer llamado telefónico, la enfermera entregaba la hora de atención al paciente. El orden utilizado inicialmente para agendar se estableció considerando las priorizaciones médicas, los pacientes detectados como preferentes en la evaluación telefónica y la antigüedad de las solicitudes. Luego, se utilizó una herramienta informática para determinar el orden de entrega de las citas, a través del otorgamiento de puntajes a los pacientes según prioridad médica y antigüedad.

Durante el proceso de gestión de la atención, la prioridad del paciente podía modificarse. Teniendo esto en cuenta, se espera que cuando los niveles de atención estén mejor articulados se pueda notificar sobre cambios en el estado de salud del paciente, pudiendo cambiar su priorización.

5.1.6 • Información a los pacientes

Durante los contactos telefónicos la enfermera indicaba al paciente los pasos a seguir en su proceso de atención, le entregaba información sobre los medios de contacto de la Unidad y lo orientaba respecto a signos de alarma frente a los cuales consultar en la urgencia.

5.1.7 • Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud

Durante el llamado telefónico, la enfermera indagaba con el paciente sobre la tenencia y vigencia de los exámenes con los que debía acudir a su primera consulta. En caso de que no los tuviera o no estuvieran actualizados, le gestionaba la orden para que se los realizara antes de su atención médica. En el caso de los pacientes atendidos a través de telemedicina sincrónica, la enfermera solicitaba el envío digital de los exámenes.

Cuando se realizaba la atención mediante telemedicina sincrónica, la enfermera se comunicaba un día antes de la cita con el paciente a través de videollamada. Esto con el fin de corroborar el funcionamiento de sus dispositivos y orientarlo en su uso para facilitar la conexión con el médico. Posterior a la atención, el médico entregaba todos los documentos generados a la enfermera, quien gestionaba su entrega al paciente. Se facilitaron las citas para atenciones médicas y toma de exámenes y procedimientos a los pacientes con necesidad de acompañamiento o con diagnósticos críticos.

En los casos de telemedicina asincrónica, fue posible implementar este formato de atención por un tiempo breve debido a la suspensión temporal de su plataforma. Su uso permitió la resolución de solicitudes de interconsulta de baja y mediana complejidad en un corto plazo, que en la modalidad de atención tradicional probablemente habrían tenido una espera de años antes de su resolución.

5.2 • Especialidad de Traumatología del Hospital Padre Hurtado

Cuando inicia la implementación del modelo en abril de 2021, el servicio de traumatología del Hospital Padre Hurtado contaba con diecisiete médicos especialistas. También contaba con dos enfermeras con roles administrativos y clínicos con una alta demanda de sus servicios. Por esto, la Universidad del Desarrollo —institución educacional asociada al Hospital Padre Hurtado— colaboró contratando a una kinesióloga por 22 horas semanales para la implementación del piloto. Por su cuenta, el CRS colaboró con horas de teletrabajo de una TENS y una administrativa.

Junto a este equipo, el médico jefe de la especialidad asumió el trabajo de implementación del piloto. Colaboraron también una médica especialista y una de las enfermeras de la Unidad. Además, al igual que en gastroenterología, el equipo de gestión del CRS aportó mediante la entrega de información y orientación respecto al funcionamiento del centro y la aplicación de las bases técnicas ministeriales.

A continuación, se relatan las actividades realizadas en la especialidad según los componentes del modelo.

5.2.1 • Actualización de la lista de espera

Cuando inició la implementación del piloto, se recibió la lista de espera para CNE no GES de traumatología con 6.377 solicitudes acumuladas desde 2010. En ese momento el Hospital Padre Hurtado presentaba la lista de espera de la especialidad de traumatología más numerosa del SSMSO.

En la primera actualización de lista de espera se revisaron y cruzaron bases de datos que albergaban solicitudes para realizar los primeros egresos del listado de SIGTE. De forma paralela, se actualizó la información directamente con el paciente mediante llamadas telefónicas. El primer llamado tenía el objetivo de consultar al paciente si aún requería ser atendido y actualizar su información personal y de contacto.

Respecto a la contactabilidad, en un primer intento de comunicación con los pacientes los llamados no efectivos superaron a los efectivos (1.008 vs. 924). Los llamados efectivos derivaron en distintas acciones, como la gestión de las interconsultas aceptadas o el egreso



administrativo de las rechazadas. Respecto a los no efectivos, al 9 de agosto de 2021 no se había logrado la comunicación con 584 pacientes. A 580 de estos casos se les envió una carta certificada y a 4 se les solicitó rescate en terreno debido a la antigüedad de su solicitud.

5.2.2 • Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera

En un segundo llamado, la kinesióloga aplicaba un cuestionario con el fin de evaluar clínicamente y priorizar a los pacientes que aceptaron su solicitud. Esta evaluación fue elaborada con la colaboración de los equipos de traumatólogos según áreas de subespecialidad.

En esta misma llamada se le comunicaba al paciente el número de teléfono del equipo para que pudiera notificar en caso de aumentar su sintomatología, con el fin de repriorizar su proceso de atención si fuera necesario. En paralelo, se habilitó WhatsApp Business con el fin de que los pacientes pudieran notificar sobre cambios en su estado de salud.

5.2.3 • Comunicación con los pacientes

Además del canal de comunicación telefónica, se estableció un canal de comunicación con la OIRS para rescatar a los pacientes que preguntaran por interconsultas pendientes con traumatología. También, se implementó WhatsApp Business para mejorar el flujo de información.

5.2.4 • Acompañamiento de pacientes prioritarios

En el marco de la implementación de este piloto no se realizó una categorización de los pacientes con necesidad de acompañamiento. Esto ya que se buscó agilizar la entrega de horas para atención médica de ingreso y la gestión de los exámenes a todos los pacientes a los que se les solicitaran, para facilitar el proceso. En los puntos siguientes se comparten más detalles al respecto.

5.2.5 • Priorización y agendamiento de los pacientes

La kinesióloga agendaba una hora de atención de ingreso al paciente según la antigüedad de la solicitud, la prioridad médica designada al ingreso de la solicitud y la nueva prioridad detectada con la aplicación de los cuestionarios.

5.2.6 • Información a los pacientes

Durante cada contacto telefónico se le explicaban al paciente los pasos a seguir en su proceso de atención. Además, se le entregaba el número de contacto de la Unidad y se le orientaba respecto a síntomas frente a los cuales consultar en la urgencia.

Se espera avanzar con la articulación de la especialidad de traumatología con el nivel primario de salud a través de la plataforma Cotalker, con miras a conseguir las mismas ventajas alcanzadas en gastroenterología.

5.2.7 • Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud

Se creó una pauta con los exámenes imagenológicos con los que debía acudir un paciente a su primera consulta y su vigencia. Esta información era indagada en el llamado telefónico al paciente y, en caso de que necesitara nuevas imágenes, se le entregaba una hora para tomarlas antes de la evaluación médica. Esto fue posible gracias a la gestión realizada con la Unidad de Imagenología del Padre Hurtado, con la que se acordó la reserva de cupos para el piloto. Gracias al número de exámenes gestionados durante la implementación, se logró un aumento de las atenciones debido a la organización de una jornada extraordinaria.

Según la información disponible en el SIGTE al 17 de junio del 2021 —o sea, luego de dos meses de implementación del piloto—, se observó una disminución de la lista de espera de CNE de traumatología de 6.377 a 5.531 solicitudes.

5.3 • Especialidad de Cardiología del Hospital San Juan de Dios

Para el inicio del estudio, en mayo de 2021, el Policlínico de Cardiología del Hospital San Juan de Dios contaba con 8 boxes de atención y 4 de procedimientos. Asimismo, contaba con 6 médicos cardiólogos y 3 de subespecialidad, sumado a 4 enfermeras/os (una persona encargada de gestión, una de procedimientos y 2 de apoyo a la especialidad de arritmias). Además, se encontraban 2 administrativas, 2 técnicos de enfermería y una enfermera que aportó el proyecto con 44 horas semanales de dedicación exclusiva.

5.3.1 • Actualización de la lista de espera

El proyecto en cardiología del Hospital San Juan de Dios inició con la actualización de la lista de espera. Se trabajó en conjunto con el Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) para identificar las listas de espera y se enfocó la intervención en la lista relacionada con CNE. Para ese momento, esta lista tenía 1.141 pacientes desde 2018.

Particularmente en este proyecto, el SOME se encargó de realizar los primeros componentes del proceso (egresos administrativos, revisión de duplicidad, atenciones realizadas y egresos por fallecimiento). Luego, se entregó la lista de espera a la enfermera de proyecto. El proceso seguía con la lectura de la interconsulta para evaluar pertinencia, derivación o ingreso y otorgar la calificación preliminar de prioridad.

5.3.2 • Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera

El componente de monitoreo de estado de salud durante la espera será abordado en las próximas etapas del proyecto en conjunto con APS. Actualmente, el monitoreo se realiza durante la llamada para priorizar al paciente, donde si presenta signos de empeoramiento se le otorga su hora médica lo antes posible.

5.3.3 • Comunicación con los pacientes

Para lograr el contacto con el paciente se realizó la búsqueda de números telefónicos en los diferentes sistemas informáticos del SOME, logrando un 98% de contactabilidad. Para ello fue fundamental el trabajo colaborativo con el personal del SOME, pero el proceso era inefectivo: lograr el agendamiento de un paciente demoraba unos 20 minutos.

Durante el proyecto también se reforzó la importancia de actualizar los números de contacto de los pacientes al personal de ventanilla del Policlínico. Adicionalmente, se revisó el proceso de rescate con pacientes, acordando que si no se logra el contacto telefónico se realiza una visita domiciliaria donde se entrega una carta certificada con hora agendada. Para esto, se determinó el agendamiento de pacientes en sobrecupos debido al bajo porcentaje de asistencia que presentaban en experiencias previas del SOME.

En cuanto al establecimiento de canales bidireccionales de comunicación entre equipos de salud y pacientes, se avanzó en el proceso de llamado. Sin embargo, el llamado no es un canal oficial establecido. Si el paciente presentaba exámenes que complementaran la información para otorgar priorización, la enfermera indicaba que debía enviar fotografías para evaluarlas. Luego se retroalimentaba al paciente sobre cómo continuaba el proceso, según el resultado de priorización.

5.3.4 • Priorización y agendamiento de los pacientes

Se creó una pauta de priorización con nomenclaturas para definir las prioridades, que luego fueron homologadas a la nomenclatura correspondiente al servicio de salud.

- Prioridad 1: interconsultas de alta prioridad cuya patología reviste urgencia relativa. Es decir, son patologías que no pueden esperar la oferta mensual de cupos, pero a su vez no presentan riesgo vital inmediato que amerite una derivación al servicio de urgencia. Se sugiere que el tiempo de atención por el especialista sea antes de 30 días.
- Prioridad 2: interconsultas de prioridad normal. Se sugiere que el tiempo de atención por el especialista sea antes de 6 meses.

En este piloto, la priorización de la atención del paciente era realizada por la enfermera de proyecto bajo supervisión del médico jefe. Al realizar el llamado telefónico, se completaba un formulario con datos del paciente, aceptación o rechazo de la interconsulta, signos de alarma identificados, exámenes realizados previamente e información entregada. Al finalizar

la llamada, la enfermera otorgaba prioridad al paciente y gestionaba su agendamiento. En algunos casos, se consultaba de manera telefónica o presencial al médico jefe para otorgar la calificación de prioridad.

5.3.5 • Información a los pacientes

Debido a las etapas tempranas del piloto en esta especialidad, no se logró avanzar en este componente de acuerdo con el modelo. En su lugar, el piloto se enfocó en mejorar la gestión y procesos.

Durante el contacto con el paciente, se indagaba sobre signos de alarma y exámenes realizados. De acuerdo con esto la enfermera de proyecto lograba tener una idea de la gravedad y aplicar la pauta de priorización. En esta instancia, se le informaba al paciente cómo continuaba su proceso. Al mismo tiempo, se le explicaban los casos en los que debería consultar en servicio de urgencias. Por último, se le entregaba información sobre la importancia de asistir a consulta con los exámenes pertinentes y avisar con 48 horas de anticipación en caso de no poder asistir.

5.3.6 • Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud

En base a una pauta de priorización, se otorgaba calificación y se establecían plazos para que el paciente recibiera su atención. Al mismo tiempo, se generaban mecanismos para que el paciente ingresara a la consulta médica con los exámenes necesarios realizados.

Desde el inicio del proyecto, solo se gestionaron exámenes prediagnósticos a 25% de los pacientes que ingresaban a nueva consulta. El largo tiempo de espera para obtener una consulta médica de especialidad tan primordial como cardiología genera que el paciente busque alternativas. De hecho, 50% de los pacientes tuvieron consultas y exámenes prediagnósticos fuera del sistema.

Por otro lado, se trabajó en diversas estrategias para mejorar la oportunidad de la atención. Desde el inicio se implementaron reuniones semanales sobre las listas de espera con las jefaturas de SOME, CDT y cardiología. El punto de partida fue la modificación del rendimiento de las agendas médicas, donde de acuerdo con los análisis de la lista de espera se ajustó la cantidad de prestaciones para cada ítem, teniendo en cuenta los lineamientos del MINSAL para otorgar 30% de los cupos a CNE.

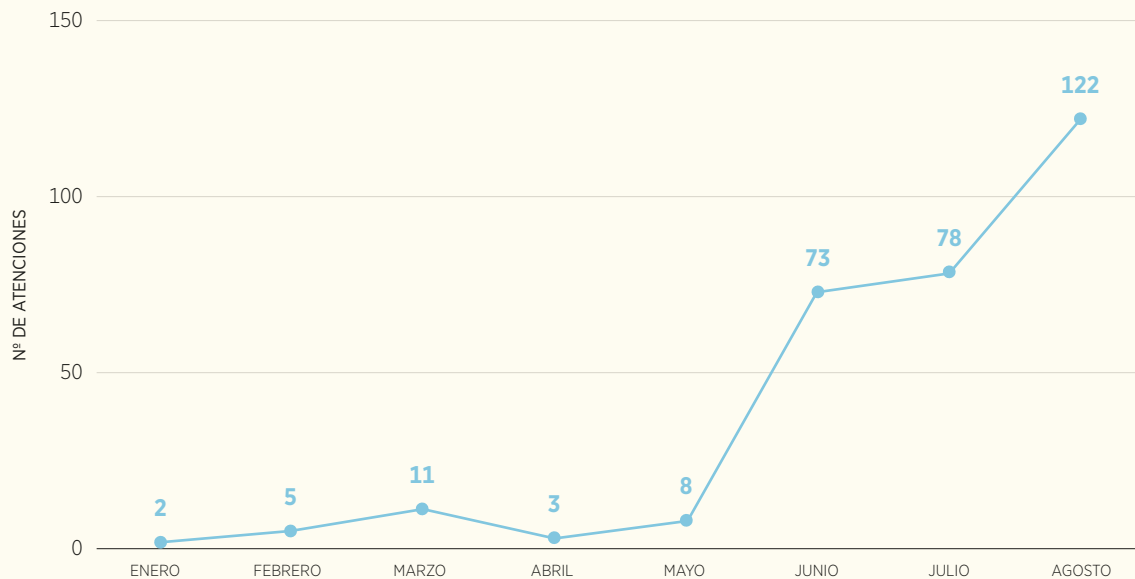


Es importante destacar que la especialidad de cardiología presenta desafíos particulares en cuanto a la gestión de controles. Esto se debe a que gran parte de estas patologías requieren monitoreo semestral o anual, por lo que muchos pacientes no reciben el alta y contrarreferencia hacia APS. Para las próximas etapas del proyecto, es importante considerar dentro del trabajo de APS otorgar herramientas a los médicos para mejorar su resolutivez. También se está trabajando en la creación del perfil de enfermera jefe de cardiología, donde se incluyen las tareas de monitoreo de la lista de espera y gestión de demanda.

La implementación de estas estrategias redujo la lista de espera en 38% desde el inicio del proyecto (corte marzo 2021). Otro resultado considerable es el aumento de 600% en egresos mensuales de la lista de espera (gráfico 2).

GRÁFICO 2

NÚMERO DE INTERCONSULTAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN CARDIOLOGÍA EGRESADAS DEL REPOSITORIO SIGTE ENTRE ENERO Y AGOSTO DE 2021



Fuente: elaboración propia.

5.3.7 • Derivación directa de pacientes a subespecialidades de cardiología

Se definieron criterios para derivar pacientes a las subespecialidades de cardiología. Esta estrategia requiere de la recopilación exhaustiva de antecedentes del paciente y exámenes diagnósticos y la implementación de canales de comunicación directa con el resto de las subespecialidades. Sin embargo, permite derivar pacientes que cumplan con los criterios para ingreso directo a la subespecialidad, ampliando la oferta de horas disponibles al no requerir una primera evaluación por cardiología.

5.3.8 • Protocolo de derivación de pacientes de baja complejidad cardiológica

Se implementó un protocolo que habilitaba a la especialidad de medicina interna a realizar la primera atención de pacientes cardiológicos de baja complejidad, determinando si requerían el ingreso a cardiología o continuaban su atención en medicina interna. La implementación de este protocolo requería de flujos de comunicación directa entre especialidades, otorgando acceso a exámenes de cardiología para completar diagnóstico por parte de medicina interna y flujos de derivación de pacientes entre ambas especialidades.

5.3.9 • Proceso de referencia y contrarreferencia

Se iniciaron reuniones sobre los procesos de referencia y contrarreferencia del servicio para iniciar un plan de trabajo colaborativo. Como parte de estos esfuerzos, se realizó un análisis exhaustivo de la lista de espera, detectando nodos críticos y haciendo propuestas de mejora. En consecuencia, se iniciaron planes de retroalimentación hacia APS para mejorar el proceso de referencia hacia las CNE.

5.3.10 • Pases operatorios cardiológicos

Durante junio de 2021, con el descenso de los casos de COVID-19 y la reactivación de los pabellones, se identificó un aumento de las derivaciones internas para evaluación cardiológica preoperatoria. Se identificó la necesidad de elaborar un protocolo con criterios de ingreso para los pacientes que requieran evaluación cardiológica preoperatoria.



5.3.11 • Gestión de controles

Se realizaron intervenciones para mejorar la gestión de los controles de la Unidad. Específicamente, se estableció que luego de la atención médica los pacientes que requieren un próximo control deben dirigirse hacia una ventanilla para ser registrados en una lista de espera. La finalidad de esta intervención es otorgar el control médico en los plazos definidos por el médico.



Resultados descriptivos de los pilotos*

* Para más información, consultar Tello, Riveros, y Jara-Maleš (2023b).



Cuando inicia el piloto de gastroenterología en el Hospital Padre Hurtado en junio de 2020, la lista de espera tenía 2.125 usuarios, con interconsultas generadas desde 2013. A principios de diciembre de 2021 había 707 usuarios, con interconsultas generadas desde 2020. Esto implica una reducción de 66,7%. Los casos que conformaban la lista de espera inicial se redujeron en 98%. La tendencia de la lista de espera se sostuvo a la baja durante todo el periodo, manteniéndose por debajo de las 800 solicitudes en los últimos meses a pesar del aumento sostenido de interconsultas y la atención continua a pacientes prioritarios que ingresaron durante 2021. Los usuarios que egresaron de la lista por causas administrativas corresponden al 46% de los egresos totales y los demás salieron por atención realizada.

En cuanto a traumatología, la lista de espera inicial estaba compuesta por 6.377 usuarios, con interconsultas de ingreso generadas desde 2010. A principios de diciembre de 2021, esta lista comprendía 4.029 solicitudes, lo que implica una reducción de 36,8%. En cuanto a las causales de egreso, los usuarios egresados por causas administrativas correspondieron al 47% y el resto egresó al recibir la atención solicitada. Considerando a los usuarios que conformaban la lista de espera inicial, todavía 3.882 pacientes tenían pendiente una resolución al respecto. Esto implica una reducción de un 39,1% de la lista de espera original, con una tendencia a la baja de forma constante durante la implementación del piloto.

En el caso de la especialidad de cardiología del Hospital San Juan de Dios, al inicio del piloto había 1.086 pacientes en lista de espera, con interconsultas creadas desde 2019. Al cierre, se registró un total de 953 usuarios en espera desde 2016, lo que implica una reducción de 12,2%. Se egresaron 853 usuarios por diferentes causales, lo que corresponde a 74% de reducción. Los pacientes egresados por causales administrativas corresponden al 30% y el resto salió por atención realizada. La tendencia de las interconsultas en lista de espera de esta especialidad se mantuvo estable, con una leve disminución en los meses finales del piloto. Se logró mantener la lista por debajo de las mil solicitudes en los últimos meses a pesar del significativo aumento de interconsultas.

Tanto en gastroenterología como en traumatología, el Hospital Padre Hurtado dispuso de forma gradual de horas de trabajo de funcionarios técnicos para colaborar en el rescate telefónico de pacientes. En el caso de gastroenterología, se implementó el rol médico de gestor de demanda en la plataforma de telemedicina asincrónica y en la plataforma interna hospitalaria para gestionar la lista de espera. También, la función del médico gestor se distribuyó dentro del equipo, donde además de priorizar las interconsultas ingresadas a la lista de espera se indicaban los exámenes prediagnóstico. En la especialidad de cardiología del Hospital San Juan de Dios también se estableció el rol médico de gestor de demanda, sumado a una enfermera gestora. En el caso de la especialidad de traumatología del Hospital Padre Hurtado, se contrató una kinesióloga por 22 horas semanales.



En las tres especialidades se establecieron reuniones semanales del equipo para toma de decisiones y exposición de información respecto al piloto y manejo de la lista de espera. En el caso particular de traumatología, se estableció además una reunión mensual con la directora del Hospital y el equipo de la especialidad, donde se expone un reporte actualizado sobre la lista de espera. En cuanto a cardiología, también se realizaron reuniones con equipos del Hospital Félix Bulnes y el Hospital de Talagante con el fin de identificar su cartera de servicios, y se planificaron próximas reuniones para mejorar los procesos de referencia y contrarreferencia.

En las especialidades de gastroenterología y traumatología se establecieron convenios con otras unidades del Hospital Padre Hurtado para garantizar cupos protegidos para toma de exámenes o imágenes a pacientes previo a su primera consulta. En el caso de gastroenterología, el convenio fue con la Unidad de Laboratorio y en el caso de traumatología con la Unidad de Radiología. En traumatología también se ejecutaron jornadas mensuales masivas para realización de ecografías a pacientes previo a su primera consulta.

En cuanto a prácticas y mecanismos de comunicación, en el Hospital Padre Hurtado se estableció un canal de correo electrónico entre ambas especialidades y el personal de la OIRS, permitiendo resolver casos de pacientes que preguntan por el estado de su interconsulta. Adicionalmente, en gastroenterología se habilitó Whatsapp Business y un canal de comunicación directa con APS, enfocado en rescate de pacientes, actualización de contacto telefónico y capacitación en plataforma de telemedicina y SIDRA del SSMSO. Además, se estableció un canal de comunicación con el equipo de gestión del cuidado del adulto.

En relación con los procedimientos, en ambas especialidades del Hospital Padre Hurtado se elaboraron los siguientes protocolos:

1. Pauta para personal que realiza contacto telefónico con pacientes.
2. Cuestionarios para contactos telefónicos.
3. Flujos y cuestionarios para evaluación clínica, además de la determinación de exámenes de laboratorio o imagenológicos para la primera consulta.
4. Flujograma y protocolo de priorización y agendamiento.

En el caso de la especialidad de cardiología del Hospital San Juan de Dios, se elaboró un protocolo de flujo de atención interna de cardiología.



7

Cuantificación de resultados del modelo*

* Para más información, consultar Celhay, P.; y Jiménez, H. (2023).



Tras la implementación de los pilotos, se realizó un estudio con el objetivo de analizar los resultados obtenidos. Para ello, se construyeron indicadores para estudiar los tiempos de espera y la gestión de lista de espera no GES en establecimientos del SSMSO, incluyendo las especialidades de traumatología y gastroenterología del Hospital Padre Hurtado. Además, se consideró la experiencia de la Unidad de Cardiología del Hospital San Juan de Dios, haciendo énfasis en cambios en tendencias que se podrían relacionar con la implementación del modelo de acompañamiento.

7.1 • Datos disponibles para el estudio

Las principales fuentes de los datos utilizados en este estudio fueron el SIGTE en el SSMSO y el Sistema de Información Sobre Listas de Espera (SISLE) del Hospital San Juan de Dios. Los atributos disponibles para cada registro permiten identificar, entre otras variables, el caso en espera, el sexo del paciente, su fecha de nacimiento, la prestación específica de salud por la cual estuvo o está en espera, la especialidad encargada de resolver la prestación, la fecha de ingreso a la lista de espera, y los establecimientos de origen y de destino. En cuanto a los casos cerrados también se puede identificar la fecha y causal de egreso.

7.1.1 • Datos del SSMSO

En el caso del SSMSO, se analizó la información histórica de la lista de espera por una CNE desde 2010 hasta el 30 de junio de 2022, fecha de corte de este estudio. En esta fuente se cuenta con información de todas las especialidades presentes en la red del SSMSO. Se trata de 1.236.700 observaciones de interconsultas únicas asociadas a CNE.

Los egresos de la lista de espera del SSMSO se observan principalmente desde 2015. Desde ese momento, se registra un aumento constante en el número de egresos hasta 2018, periodo en que 214.431 casos fueron cerrados. Por el contrario, y como es de esperar producto de la pandemia, el año con menor número de egresos es 2020, con 104.575 egresos. En 2022, 75% de los egresos se cerraron por causal médica y 16,3% por causal administrativa sin contacto con el paciente.

En relación con los casos abiertos, el conjunto de datos cuenta con 128.178 observaciones asociadas a casos únicos de interconsultas que corresponden a CNE. La validación de datos muestra que 33,4% de los casos abiertos ingresaron en 2022, lo que significa 42.707



ingresos. En 2021 ingresaron 32,4% de los casos abiertos, dando cuenta de un aumento durante los últimos dos años. Además, solo 1% de los casos abiertos del SSMSO ingresó en 2015 o antes.

7.1.2 • Datos del Hospital San Juan de Dios

En el caso del Hospital San Juan de Dios, los casos cerrados de mayor antigüedad son de 2015. En cardiología, todos los egresos registrados corresponden a los identificados entre 2015 y 2022. En cuanto a las causales de egreso, tanto a nivel general como en el ámbito de cardiología la mayoría de los egresos se asocian a causal médica.

Tanto a nivel general del SISLE como a nivel de cardiología, la mayoría de los casos abiertos ingresaron en 2021, seguido por 2022. La mayor parte proviene del CRS Salvador Allende, seguido por el Centro de Salud Familiar Pudahuel Estrella.

7.2 • Metodología

7.2.1 • Indicadores

En primer lugar, se analiza el número de interconsultas que están a la espera de una atención médica. El tiempo de espera de dichas interconsultas corresponde a la cantidad de días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de corte establecida para el análisis (31 de junio de 2022). Para efectos de este estudio se analiza la mediana de tiempos de espera, con el objetivo de reflejar de mejor manera su distribución.

En segundo lugar, se analiza la evolución de los casos cerrados, identificando cambios relativos en la composición de las causas de egreso. Así, se espera que la intervención contribuya a aumentar el número de egresos a partir de atenciones realizadas. En el caso de las causas administrativas, se espera que exista mayor contacto con los pacientes.

Además, dada la naturaleza y objetivos del modelo, se analiza la antigüedad de los casos egresados antes y después del piloto, considerando los esfuerzos para que pacientes que tenían mayores tiempos de espera vean resuelta su situación.



7.2.2 • Grupos de interés y de comparación

En las tres especialidades que formaron parte del piloto, los datos presentados cumplen alguna de las siguientes condiciones:

1. Casos cerrados que fueron egresados de la lista de espera entre junio de 2020 y junio de 2022.
2. Casos abiertos a la fecha de corte del 31 de junio del 2022, los cuales se encontraban en esa misma condición durante algún momento del periodo que va de junio de 2020 a junio de 2022.

Con el objetivo de comparar los resultados del piloto con otros grupos no tratados, para la especialidad de gastroenterología del Hospital Padre Hurtado se analizan los cambios en tendencia del grupo mencionado. También se analizan las interconsultas de la misma especialidad en el Hospital Sótero del Río y el Hospital Clínico Metropolitano La Florida, otros ambos del SSMSO. Además, se comparan los resultados con las interconsultas de cardiología y broncopulmonar del Hospital Padre Hurtado. Estas especialidades se han escogido como referencia por su requerimiento de exámenes específicos que cuentan con una amplia espera. Además, son especialidades médicas en que rara vez se realizan cirugías, al igual que en gastroenterología.

En el caso de traumatología del Hospital Padre Hurtado, los resultados también se comparan con dos grupos. Por una parte, casos abiertos y cerrados de traumatología en el Hospital Sótero del Río y el Hospital Clínico Metropolitano La Florida. Por otra, se contrastan los resultados con las especialidades de ginecología y otorrinolaringología del Hospital Padre Hurtado. En este caso, las especialidades de comparación se escogen dada la similitud con traumatología, pues son especialidades médico-quirúrgicas en que los profesionales realizan cirugías además de atender consultas médicas.

En cuanto a la especialidad de cardiología del Hospital San Juan de Dios, se analiza la evolución de indicadores las especialidades otorrinolaringología y broncopulmonar del mismo hospital. Se escogieron estas especialidades porque también requieren derivación a una especialidad quirúrgica. Además, en el caso de otorrinolaringología, es similar el requerimiento de exámenes para poder determinar un diagnóstico certero.



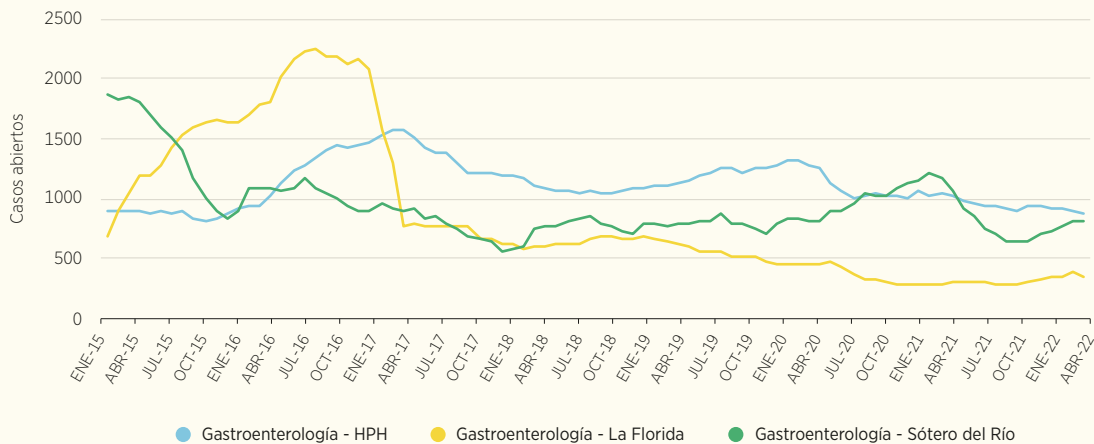
7.3 • Resultados

7.3.1 • Casos abiertos

En relación con los casos abiertos, se observan caídas importantes en las tres intervenciones. Desde que comenzó el piloto hasta diciembre de 2021, se observa una caída mensual de 1,7% en promedio en gastroenterología del Hospital Padre Hurtado. En comparación con otros establecimientos se obtienen buenos resultados: durante este periodo, la lista de espera disminuyó en 347 casos en el Hospital Padre Hurtado, mientras que en la misma especialidad del Hospital Clínico Metropolitano La Florida y del Hospital Sótero del Río la caída fue de 169 y 173 casos, respectivamente (gráfico 3).

GRÁFICO 3

EVOLUCIÓN DE CASOS ABIERTOS DE LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO, METROPOLITANO DE LA FLORIDA Y SÓTERO DEL RÍO



Fuente: elaboración propia a partir de datos del SIGTE.

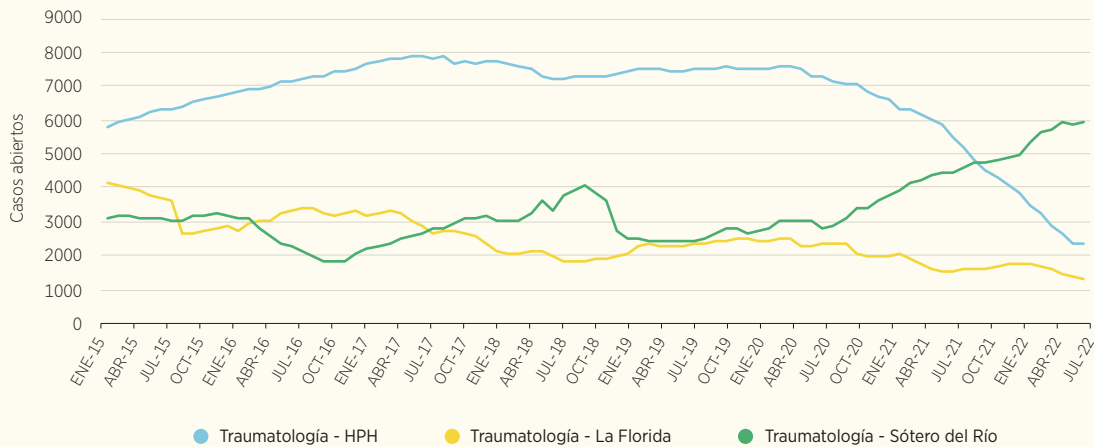
Distinguiendo por especialidad, la caída en gastroenterología del Hospital Padre Hurtado es relativamente menor a cardiología y broncopulmonar en el mismo hospital. Sin embargo, solo en cardiología y gastroenterología se observan cambios en tendencia en el número de casos abiertos, disminuyendo constantemente desde 2020.



Por otra parte, destaca una tendencia a la baja en los casos abiertos de la especialidad de traumatología en el Hospital Padre Hurtado desde mayo de 2020. Sin embargo, desde la implementación del piloto la caída es aún más importante. Entre mayo de 2020 y abril de 2022, los casos abiertos de la especialidad disminuyeron 1,7% al mes, en promedio, mientras que entre mayo de 2021 y junio de 2022 dicha caída fue de 6,5% en promedio. Así, al mes de abril de 2021 la Unidad de Traumatología registraba 4.250 casos abiertos, disminuyendo 2.380 casos a junio del 2022. Esto refleja una caída de 61,5%, que destaca por sobre lo observado en la misma especialidad de otros establecimientos y con otras especialidades del mismo hospital (gráfico 4).

GRÁFICO 4

EVOLUCIÓN DE CASOS ABIERTOS DE LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO, METROPOLITANO DE LA FLORIDA Y SÓTERO DEL RÍO



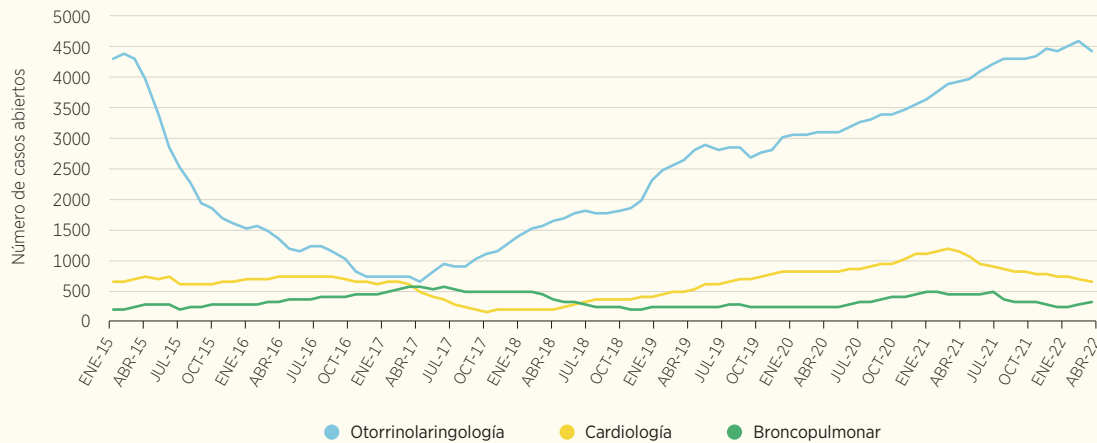
Fuente: elaboración propia a partir de datos del SIGTE.

En el caso de cardiología del Hospital San Juan de Dios, se registraron 1.201 casos abiertos en mayo de 2021 para luego descender de manera constante hasta junio de 2022, periodo en que se observan 682 casos. Esta tendencia difiere del aumento sostenido en el número de casos abiertos en otorrinolaringología y en broncopulmonar (gráfico 5).



GRÁFICO 5

EVOLUCIÓN DE CASOS ABIERTOS DE LAS ESPECIALIDADES DE CARDIOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA Y BRONCOPULMONAR DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS



Fuente: elaboración propia a partir de datos del SIGTE.

7.3.2 • Tiempos de espera

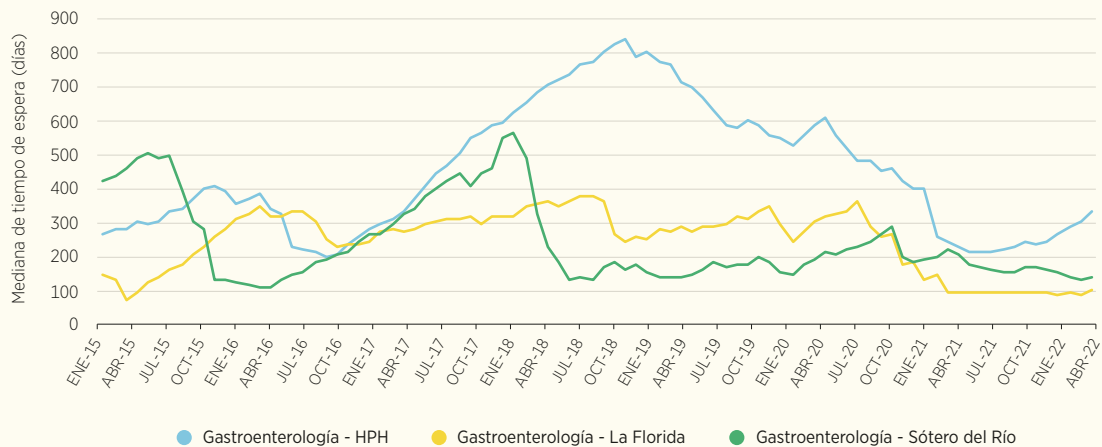
En la especialidad de gastroenterología del Hospital Padre Hurtado, desde el inicio del piloto se observan caídas en los tiempos de espera, consolidándose una tendencia a la baja en la mediana de días de espera. Entre febrero de 2019 y junio de 2020, en promedio este indicador cae 1,7% al mes, mientras que desde julio de 2020 hasta diciembre de 2022 la mediana de días de espera cae 4,4% al mes en promedio, acentuándose la caída en gran parte del periodo de ejecución del piloto. En específico, mientras que la mediana de espera alcanzó los 608 días a inicios del piloto en 2020, en diciembre del 2021 alcanzó 246 días. Es decir, hubo una disminución de 59,5%.

En el resto de los hospitales del SSMSO analizados también se observan caídas en este indicador. Sin embargo, en términos de reducción de días de espera la caída es más importante en gastroenterología del Hospital Padre Hurtado (gráfico 6). Durante 2022 se observa un aumento en los tiempos de espera en gastroenterología del Hospital Padre Hurtado. Como el resto de los establecimientos no experimentaron esta situación, es posible que se relacione con la discontinuidad del piloto durante este periodo.



GRÁFICO 6

EVOLUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA DE LOS CASOS ABIERTOS DE LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO, METROPOLITANO DE LA FLORIDA Y SÓTERO DEL RÍO



Fuente: elaboración propia a partir de datos del SIGTE.

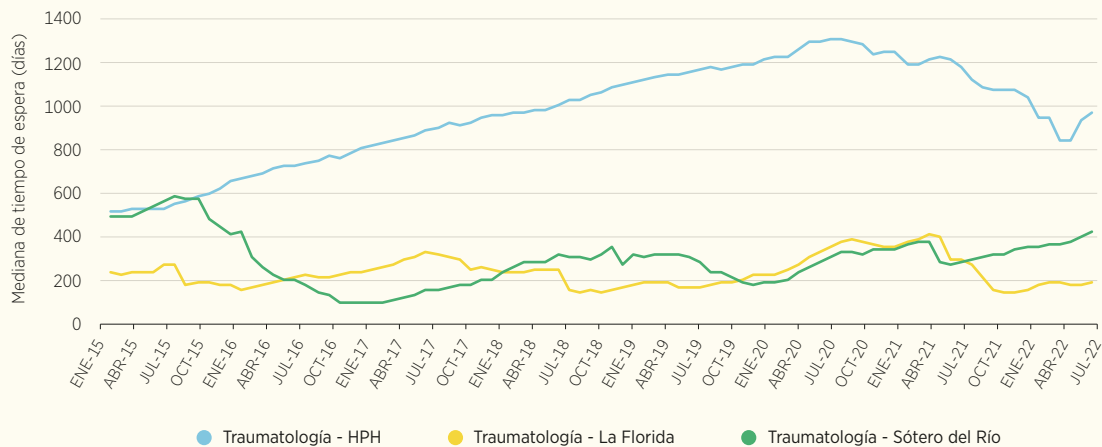
Al comparar con otras especialidades del mismo hospital, en el caso de cardiología del Hospital Padre Hurtado los tiempos de espera cayeron en 50% entre junio de 2020 y diciembre de 2021, mientras que en broncopulmonar la disminución fue de 29%. Luego, en 2022, la tendencia en tiempos de espera en gastroenterología es similar a la observada en cardiología y broncopulmonar. Así, al menos hasta que el piloto se implementó en la Unidad de Gastroenterología, se observan caídas considerables en los tiempos de espera, tanto al comparar con la misma especialidad de otros establecimientos como en relación con otras especialidades en el mismo hospital.

Una situación similar en relación con los tiempos de espera de las interconsultas abiertas se observa en traumatología del Hospital Padre Hurtado, disminuyendo en promedio 3% mensualmente entre junio de 2021 y mayo de 2022 con una caída sostenida. En comparación con el mes previo al inicio del piloto la mediana del tiempo de espera disminuyó 30,6%, pasando de 1.217 días en abril de 2021 a 845 días en mayo de 2022. Considerando la misma especialidad en otros establecimientos, solo en el Hospital Clínico Metropolitano La Florida se observa también una caída importante en los tiempos de espera.



GRÁFICO 7

EVOLUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA DE LOS CASOS ABIERTOS DE LA ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO, METROPOLITANO DE LA FLORIDA Y SÓTERO DEL RÍO



Fuente: elaboración propia a partir de datos del SIGTE.

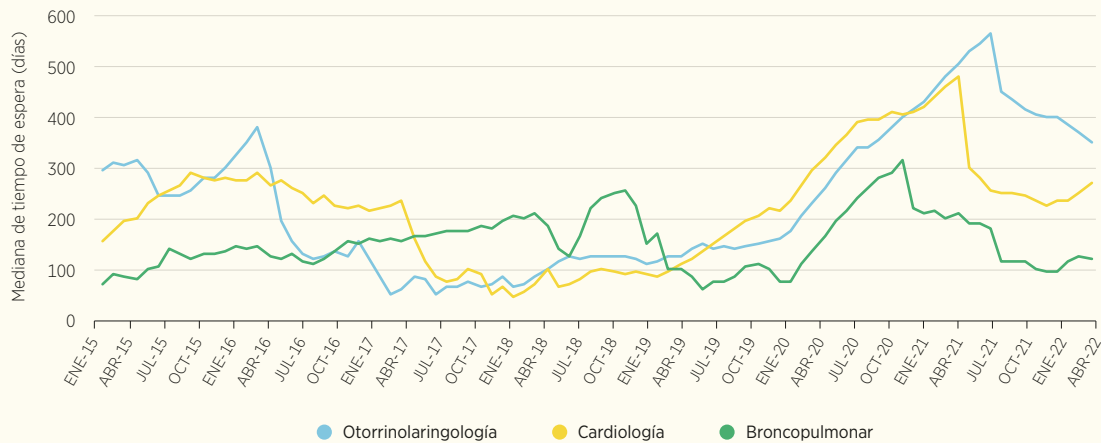
En comparación con ginecología y otorrinolaringología, la Unidad de Traumatología tiene un buen desempeño. En las tres especialidades se observan disminuciones en los tiempos de espera entre abril de 2021 e inicios de 2022. Sin embargo, en el periodo mencionado la mediana de tiempo de espera disminuyó en 180 días en otorrinolaringología, en 69 días en ginecología y en 324 días en traumatología.

En la especialidad de cardiología del Hospital San Juan de Dios, desde que comienza el piloto se observan disminuciones en los tiempos de espera. Mientras que a junio de 2021 la mediana de días de espera alcanzó los 481 días, en febrero del 2022 fue de 230 días. Es decir, hubo una reducción de 52,1%. En todo caso, esta disminución se observa también en especialidades como otorrinolaringología y broncopulmonar.



GRÁFICO 8

EVOLUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA DE LOS CASOS ABIERTOS DE LAS ESPECIALIDADES DE CARDIOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA Y BRONCOPULMONAR DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS



Fuente: elaboración propia a partir de datos del SISLE, Hospital San Juan de Dios.

7.3.3 • Casos cerrados

En la especialidad gastroenterología del Hospital Padre Hurtado, entre 2019 y 2020 se constata un alza de egresos de 55,6%, pasando de 498 a 775. Pese a que se trata del primer año en pandemia, cabe destacar que esta situación no se observa en la misma especialidad de otros hospitales. En 2021 se registró un aumento de egresos de 160,2% en comparación 2019. En la misma especialidad y en el mismo periodo, la variación fue de -0,4% en el Hospital Sótero del Río y de -15,8% en el Hospital Clínico Metropolitano La Florida.

La estrategia de gestión empleada en el piloto se refleja en la antigüedad de los casos cerrados en los años de implementación. En el Hospital Padre Hurtado destaca la participación de casos con espera entre 2 y 3 años y de 3 años o más los años 2020 y 2021, pues casi el 50% de los casos egresados del 2020 son parte de este grupo. La situación en otros establecimientos difiere considerablemente, concentrando egresos con antigüedad menor a un año.



En cuanto los egresos en el Hospital Padre Hurtado, mientras los egresos de gastroenterología aumentaron en 160% entre 2019 y 2021, en otorrinolaringología y cardiología aumentaron en 54,3% y 97,6% respectivamente. Además, considerando que previo al piloto en gastroenterología los casos egresados eran más recientes, luego de la intervención se ve un aumento de egresos con mayor antigüedad.

En la especialidad de traumatología del Hospital Padre Hurtado, el número de casos egresados de la lista de espera en 2021 fue el más alto desde 2015, alcanzando 3.693 egresos. Lo anterior significa un aumento de 142,2% en comparación con los casos cerrados en 2019 en el mismo establecimiento. Por otra parte, en el Hospital Sótero del Río y en el Hospital Clínico Metropolitano La Florida el aumento de casos cerrados en el mismo periodo fue de 30,8% y 5,8%, respectivamente. Además, hasta el 31 de junio de 2022, en traumatología del Hospital Padre Hurtado se observa un aumento de 32,8% en comparación con los egresos del 2019, situación no observada en los establecimientos de comparación.

En cuanto a la antigüedad de los casos egresados, en traumatología del Hospital Padre Hurtado casi el 70% de las interconsultas cerradas corresponden a casos con tres o más años de antigüedad, mientras que en 2019 esta proporción alcanzó el 49%. Esta situación dista considerablemente de lo observado en otros establecimientos del SSMSO, pues los egresos de estos hospitales son mayoritariamente casos con antigüedad menor a dos años.

Por otra parte, el aumento de casos egresados en traumatología es considerablemente mayor que en ginecología y otorrinolaringología del mismo establecimiento. Entre 2021 y 2019, en ginecología los egresos disminuyeron en 28,3% y en otorrinolaringología aumentaron en 54,3%. Desde el 2020, también en traumatología destaca que cerca del 60% de los egresos tienen una antigüedad de 3 años o más, reflejando el esfuerzo de egresar interconsultas con mayor tiempo de espera.

En el caso de cardiología del Hospital San Juan de Dios, desde el comienzo del piloto los casos egresados aumentaron en un 114,1% en comparación con 2019, pasando de 481 a 1.030. Además, hasta el 31 de junio de 2022 se registran 466 casos egresados, solo 15 menos que en todo el 2019. En comparación a otras especialidades del establecimiento, la Unidad de Cardiología se posiciona como una de las que muestra mayor crecimiento en el número de egresos.

Sobre la antigüedad de los casos cerrados, tanto en 2021 como en 2022 se egresan casos con tiempos de espera entre dos y tres años, cambiando así la tendencia de años previos. En particular, en 2021 solo 406 de los 1.030 casos egresados en dicho periodo presentaron una antigüedad menor a un año.

7.3.4 • Causales de egreso

En relación con las causas de egreso en gastroenterología en el Hospital Padre Hurtado, tanto en 2020 como en 2021 se registran alzas en egresos por causal médica. Entre 2019 y 2021 los egresos a partir de una atención médica crecieron 90,2%, mientras que en los establecimientos de comparación se observa una reducción de 2%. En las otras especialidades del mismo hospital también hubo aumento, pero inferior al experimentado en gastroenterología (14,7% en otorrinolaringología y 79,9% en cardiología). Además, en gastroenterología se observa un aumento importante en interconsultas cerradas por causas administrativas con contacto con el paciente, pasando de 5,4% en 2019 a 20,3% en 2020.

En traumatología del Hospital Padre Hurtado, cerca de 55% de los casos egresados entre 2021 y el primer semestre de 2022 tuvo una resolución médica. Los egresos asociados a atenciones médicas aumentaron 107,9% entre 2019 y 2021, pasando de 951 a 1.977. En el mismo periodo, en traumatología del Hospital Clínico Metropolitano La Florida los casos egresados aumentaron en 5,8% y en el Hospital Sótero del Río en 30,8%.

Finalmente, en cardiología del Hospital San Juan de Dios el aumento de casos cerrados entre 2020 y 2021 se debe principalmente a atenciones médicas y causales administrativas con contacto con el paciente. El 71,7% de egresos en 2021 corresponde a causales médicas. Por otra parte, mientras que en 2020 solo 4,2% de los egresos correspondían a una causa administrativa con contacto con el paciente, en el año de aplicación del piloto dicha proporción alcanzó 11,9%. En comparación con las especialidades de referencia, el aumento de egresos por causal médica es sustantivamente mayor en el caso de cardiología.

7.3.5 • Tiempos de espera, casos abiertos y egresos

Una de las características fundamentales del modelo implementado tiene relación con focalizar esfuerzos en que interconsultas con largos tiempos de espera egresen. Además, se buscaba que los casos se cerraran principalmente por una atención médica. Así, resulta indispensable analizar cómo se relacionan dichas variables y si la tendencia cambia a partir de los pilotos.

En el caso de gastroenterología, a partir del inicio del piloto se mantuvo una baja constante en los casos que esperaban una atención en salud, junto con aumentos considerables en el número de egresos por causal médica. Por otra parte, continúa la tendencia a la baja de los tiempos de espera y aumenta el número de egresos que tenían más de dos años de



espera. Ahora bien, en 2022 caen los egresos de interconsultas más antiguas y aumenta la mediana de tiempo de espera; situación coincide con el término del piloto en dicha Unidad.

En el caso de traumatología se observa un patrón similar. Desde junio de 2021 los egresos con antigüedad mayor a dos años aumentan, aunque siguen la tendencia que comenzó a inicios de 2020. Desde el mismo momento, se observa una caída constante en los tiempos de espera. De igual forma, se acentúa la caída de casos abiertos junto con aumentos en egresos por causal médica.

En cardiología del Hospital San Juan de Dios la situación difiere. Mientras que el número de casos abiertos cae considerablemente desde el inicio del piloto, los egresos por causal médica presentan un comportamiento irregular. Además, se trata de una especialidad con casos con menor tiempo de espera, por lo que tampoco se constata aumento de egresos de interconsultas con mayor antigüedad.



8

Conclusiones



La optimización de la gestión en todo el ciclo de provisión del cuidado puede ser un contribuyente importante a la creación de mecanismos permanentes de mejora en la atención de salud. Dada la importancia de combinar gestión con financiamiento, dentro de la primera es imperativo diseñar el proceso de atención en torno a los usuarios.

El ejercicio que se llevó a cabo como punto de partida para proponer este modelo identificó que la gestión de los pacientes está fuertemente influida por los criterios de categorización, siendo la antigüedad del origen de las interconsultas y el riesgo clínico dos criterios que no siempre coexisten dentro del sistema para agendar consultas.

De otro lado, se comprobó que la comunicación puede resultar un elemento clave al momento de plantear un esquema dinámico de priorización que revisa estado de salud, reasigna prioridad en la atención, y actualiza la solicitud de los exámenes necesarios para las consultas, minimizando los contactos entre los equipos administrativos y de gestión clínica con los usuarios pero aumentando su eficacia. Además, los mecanismos y frecuencia de contacto con los pacientes son claves para su seguimiento.

El análisis de los resultados de los pilotos muestra que el modelo diseñado ayudó a disminuir el tiempo de espera de los casos abiertos, reduciendo también el número como tal de casos. Esto se podría relacionar con las modificaciones impulsadas por los propios pilotos en la estrategia de priorización, centrando esfuerzos en atender primero los casos con mayor antigüedad y gravedad (lo que afecta directamente el tiempo de espera de los casos abiertos).

En segundo lugar, en las tres especialidades se observaron aumentos en el número de casos cerrados, tratándose de egresos producidos principalmente por causal médica. Además, se observan también aumentos en la tasa de contacto con pacientes y en los egresos de casos con mayor tiempo de espera. Si bien en el largo plazo es deseable tener una baja tasa de egresos administrativos (en favor de los egresos por atención otorgada), este proceso de “actualización” de la lista de espera es necesario para disminuir los tiempos de espera de los casos abiertos y mejorar la calidad de atención a los pacientes.

Finalmente, el análisis de los resultados en comparación con la misma especialidad de otros establecimientos u otras especialidades del mismo hospital sugiere que los cambios introducidos podrían ser efectivos para una mejor gestión de las listas de espera en el conjunto de la red asistencial en Chile. Sin embargo, deben concretarse en función de las particularidades clínicas de las especialidades y centros hospitalarios.



Esta experiencia es una intervención que, desde el lado de la oferta, aborda las oportunidades de optimización de la gestión de flujo de los pacientes. Solo con datos descriptivos es posible afirmar que los pilotos lograron sus metas de actualización de lista de espera inicial de CNE, repriorización de los pacientes contactados que esperan atención de lista de espera inicial, y disminución de las listas y los tiempos de espera.

Para seguir profundizando en estas estrategias, sería necesario robustecer la metodología de comparación utilizada. Esto podría lograrse, por ejemplo, tomando hospitales intervenidos como unidades tratadas y generando unidades sintéticas con el resto de los hospitales y especialidades en la medida que se cuente con acceso a la información originada por los sistemas respectivos. Un buen próximo paso, entonces, sería evaluar el impacto de esta estrategia a mayor escala, lo cual permitiría obtener impactos causales más rigurosos.



9

Referencias



- 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.

