



NOTA TÉCNICA N° IDB-TN-2849

# **Determinantes de la espera por atención de especialidad: una propuesta de optimización de la gestión de las listas de espera en salud en Chile**

Cristóbal Tello  
Sara Riveros  
Patricia Jara-Maleš

Banco Interamericano de Desarrollo  
División de Protección Social y Salud

Diciembre 2023



# **Determinantes de la espera por atención de especialidad: una propuesta de optimización de la gestión de las listas de espera en salud en Chile**

Cristóbal Tello  
Sara Riveros  
Patricia Jara-Maleš

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

Tello, Cristóbal.

Determinantes de la espera por atención de especialidad: una propuesta de optimización de la gestión de las listas de espera en salud en Chile / Cristóbal

Tello, Sara Riveros, Patricia Jara-Maleš.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 2849)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Public health-Chile. 2. Hospitals-Waiting lists-Chile. 3. Health facilities-Chile. 4. Medical care-Chile. 5. Medical appointments and schedules-Chile. I. Riveros, Sara. II. Jara Maleš, Patricia. III. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. IV. Título. V. Serie. IDB-TN-2849

<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](mailto:scl-sph@iadb.org)

[www.iadb.org/SocialProtection](http://www.iadb.org/SocialProtection)



# Determinantes de la espera por atención de especialidad

Una propuesta de optimización de la gestión de las listas de espera en salud en Chile



Cristóbal Tello  
Sara Riveros  
Patricia Jara-Maleš



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





# **Determinantes de la espera por atención de especialidad**

**Una propuesta de optimización de la gestión  
de las listas de espera en salud en Chile**

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

- 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.



# **Determinantes de la espera por atención de especialidad**

## **Una propuesta de optimización de la gestión de las listas de espera en salud en Chile**

Cristóbal Tello, Sara Riveros y Patricia Jara-Males<sup>1</sup>

### **Resumen<sup>2</sup>**

En el marco del proyecto de cooperación técnica del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), para el diseño e implementación de un sistema de gestión y acompañamiento de personas que se encuentran en lista de espera en el sistema público de salud, en 2019 se llevó a cabo un estudio a cargo del Laboratorio de Innovación Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Dicho estudio consistió en diseñar e implementar un modelo de optimización de la gestión clínica en tres especialidades, con el fin de identificar alternativas eficaces para disminuir las listas de espera y mejorar la experiencia de los pacientes.

El primer paso de este proceso fue entender cuáles son los nudos críticos del proceso que complejizan el flujo de la atención, provocando congestión en el sistema con el consecuente retraso en la atención para muchos pacientes que deben aguardar un tiempo prolongado para acceder a una consulta de especialidad. En una publicación anterior, “Salud centrada en el paciente. Modelo de acompañamiento a personas que esperan por atención en el sistema público de salud en Chile”, se informaron los resultados del análisis realizado en ese ejercicio. En el documento que se presenta a continuación, se identifican las oportunidades de mejora de la experiencia de los pacientes, a través de la optimización para la reducción de los tiempos de espera en momentos clave de la actividad asistencial. Además, se presenta la estrategia que daría lugar a los pilotos implementados en tres especialidades clínicas en dos hospitales de la región metropolitana de Santiago en Chile. La experiencia de implementación efectiva de estos tres pilotos se informa en el siguiente documento de la serie, para finalizar con la nota técnica que da cuenta de los resultados obtenidos.

**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, optimización de la gestión clínica, atención de especialidad, acompañamiento.

---

1. Cristóbal Tello es el subdirector de proyectos del Centro de Políticas Públicas y director del Laboratorio de Innovación Pública de la Universidad de Chile (UC). Sara Riveros es diseñadora y es investigadora del Laboratorio de Innovación Pública UC. Patricia Jara-Males es especialista líder de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

2. 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

<b>1 • Introducción</b>	1
<b>2 • La importancia de la gestión clínica y del flujo de pacientes en el manejo de listas de espera</b>	5
<b>3 • Punto de partida: comprender la navegación del paciente por la red</b>	13
<b>4 • Nudos críticos en la gestión de las listas de espera no GES</b>	17
4.1 • Actualización de la lista de espera	18
4.2 • Priorización de la lista de espera	19
4.3 • Contactabilidad de los pacientes	20
4.4 • Agendamiento y confirmación de asistencia	20
4.5 • Consultas de control	21
4.6 • Uso de la telemedicina	22
4.7 • Información y comunicación con los pacientes	23
4.8 • Comunicación y coordinación entre niveles de atención	24
<b>5 • Oportunidades de optimización en la gestión del cuidado y acompañamiento a personas en lista de espera</b>	25
5.1 • Acompañamiento al viaje del paciente en el proceso de gestión del cuidado	26



<b>5.2 • Componentes del modelo</b>	29
5.2.1 • Información a los pacientes	31
5.2.2 • Priorización y agendamiento de pacientes	32
5.2.3 • Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera	33
5.2.4 • Comunicación con los pacientes	34
5.2.5 • Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud	35
5.2.6 • Acompañamiento a pacientes prioritarios	37
5.2.1 • Actualización de la lista de espera	37
<hr/>	
<b>6 • Gestión de equipos de alto desempeño</b>	39
6.1 • Equipo de gestión y acompañamiento en nivel primario de salud	40
6.2 • Equipo de gestión y acompañamiento del nivel secundario de salud	41
6.3 • Equipo del proceso quirúrgico	43
6.4 • Gestión y coordinación de los equipos de trabajo	44
<hr/>	
<b>7 • Síntesis: las claves de un modelo de optimización para el mejor manejo de listas de espera</b>	45
<hr/>	
<b>8 • Referencias</b>	49
<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. En ocasiones esta adopción de criterios de priorización es implícita y no siempre son claros los parámetros que llevan a determinar cuáles servicios son más importantes o a quiénes se deben prestar en primer lugar. La relevancia de gestionar tiempos de espera es que permite priorizar efectivamente lo más urgente y responder progresivamente a la demanda de atención en un contexto de oferta y recursos limitados (BID, 2016). Esta función se vuelve todavía más importante dado el impacto producido por la pandemia sobre los sistemas sanitarios.

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 y cuellos de botella.

A principios de 2020, cuando los casos de COVID-19 y las tasas de hospitalización comenzaron a aumentar, los sistemas de salud debieron posponer procedimientos electivos (de resolución no urgente) para mantener la capacidad disponible para los pacientes con COVID-19 y evitar contagios entre los demás pacientes. La consecuencia es conocida: listas y tiempos de espera más largos en prácticamente todos los países.

En un momento anterior a la crisis, la experiencia de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ya indicaba la importancia de diseñar mecanismos de gestión de tiempos de espera con base, en primer término, en la medición de tiempos de espera. De esta forma, sería posible introducir mecanismos regulatorios que aborden los tiempos innecesarios de espera a partir de la medición regular del tiempo de espera de los pacientes en la lista, y del tiempo de los pacientes atendidos en un momento particular del proceso de atención (BID, 2016). Este es el pilar clave de cualquier estrategia que proponga reducciones razonables de las listas y tiempos de espera, incluyendo la definición de tiempos máximos de espera por atención según las capacidades del prestador.

Los factores que inciden en el tiempo que las personas deben esperar por una atención y en la acumulación de pacientes en espera se pueden clasificar en dos grandes grupos: condiciones relacionadas con la oferta y condiciones relacionadas con la demanda. Las



políticas y estrategias que se han implementado en los países de la OCDE para reducir las demoras en la atención desde el lado de la oferta se pueden agrupar en 5 categorías (van Ginneken et al., 2022):

1. Incremento de la capacidad quirúrgica y la producción asistencial, extendiendo horarios de atención, pagando a proveedores privados o contratando capacidad de refuerzo temporal para aumentar la atención.
2. Coordinación centralizada de la red asistencial, manejando una lista única de pacientes en espera, introduciendo medidas para evitar referencias innecesarias, integrando los recursos de la red asistencial para reasignar horas de especialistas, camas y pabellones, y trasladando pacientes entre circunscripciones de salud.
3. Aumento en la infraestructura y el personal de salud, con mayor número de camas, mayor equipamiento para diagnóstico y tratamiento, e incorporación de infraestructura digital.
4. Evaluación de la efectividad de sistemas de pago e incentivos al desempeño, mejorando los mecanismos de pago ligándolos al desempeño del proveedor.
5. Rediseño de los sistemas de provisión de servicios, procurando la mejor coordinación entre niveles para asegurar la continuidad de la atención, mejorando la posibilidad de contactar a los pacientes y su acompañamiento a lo largo del proceso, y generando escenarios alternativos de atención como las cirugías ambulatorias, mayor presencia de las enfermeras de práctica avanzada y la entrega de servicios en domicilio.

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 “Garantías Explícitas en Salud” (GES), que prioriza las patologías más relevantes estableciendo criterios de acceso efectivo a servicios, aseguramiento de cobertura financiera y garantías específicas de espera. Aunque esta decisión ha generado conocidos problemas en la congestión de la demanda por atención para las patologías no priorizadas, el caso de 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<sup>3</sup> de indicadores relativos al número de personas que esperan por consultas de especialidad

---

3. Por disposición legal, el MINSAL debe enviar trimestralmente al Congreso un informe del estado de situación respecto de la resolución de las Garantías de Oportunidad GES Retrasadas y de la Lista de Espera no GES. El reporte, conocido como “Informe Glosa 06”, presenta un conjunto de indicadores de monitoreo sobre tiempos de espera y retrasos GES. Bajo el título “Lista de Espera no GES” se presenta el estado de situación de las personas en esta condición, tanto para las consultas nuevas de especialidad como las intervenciones quirúrgicas mayores electivas. La sección del reporte sobre Garantías de Oportunidad GES Retrasadas presenta el estado del retraso en la atención de patologías GES, desagregado por servicio de salud y problema de salud.



o cirugía y el número de días promedio que llevan esperando. Si bien es cierto el Sistema de Información de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) adolece de diversas limitaciones, no es frecuente que un sistema publique esta información detallada por región, servicio de salud o patología.

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. El ejercicio del que da cuenta este documento se centra en la gestión de pacientes, procesos y procedimientos como elemento clave de la búsqueda por mayor resolutivez. La tarea encomendada al equipo de investigación, de la mano de los equipos directivos y de gestión clínica de los establecimientos invitados a formar parte de la experiencia, fue conocer 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, aún en un contexto donde las variables de asignación presupuestaria y disponibilidad de recursos se mantengan constantes.

El proyecto no pretendía en modo alguno desconocer la severa limitación de recursos que enfrentan algunas unidades de salud y algunas especialidades. Más bien, mientras se avanza en procesos de rediseño estructural sobre financiamiento, mecanismos de pago y dotación, la investigación buscaba avanzar en la optimización de procesos como registro de pacientes, gestión de información, posibilidad de contactar a los usuarios, preparación de las consultas, diversificación de modalidades de atención, y estandarización de criterios para agendar citas y priorizar las atenciones a partir de la actualización del riesgo clínico, en particular para los pacientes que llevan mucho tiempo esperando por consulta con un especialista.

El capítulo siguiente repasa algunas evidencias de la experiencia internacional sobre la eficacia de acciones que parecen ser mayores contribuyentes en el marco de una estrategia de gestión de listas de espera. El capítulo 3 del documento vuelve sobre el caso de Chile, describiendo brevemente cómo funciona el modelo en el nivel secundario de atención, mientras que el capítulo 4 identifica problemas concretos en torno a la forma en que se enfrentan las listas y tiempos de espera, anticipando la posibilidad de convertir esos nudos críticos en una estrategia de abordaje más eficiente desde el punto de vista de la gestión clínica.

El capítulo 5 profundiza en las oportunidades de optimización, proponiendo una serie de medidas que pueden aportar a una gestión más ágil de procesos y personas. El texto finaliza con algunas reflexiones que anticipan lo que será la siguiente entrega de esta serie, donde se dará cuenta de la experiencia concreta de implementación de este modelo en las unidades de salud y especialidades que formaron parte de los pilotos cuya evaluación será informada en el documento final de la serie.



2

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



Los sistemas de salud enfrentan una presión permanente por mejorar la calidad de la atención, aumentar la eficiencia y, en última instancia, agregar valor a los pacientes. En esta discusión, existe un reconocimiento tácito de que ineficiencias internas como el flujo deficiente de pacientes y la utilización inadecuada de recursos pueden contribuir a demoras en la atención, afectando la seguridad del paciente, su satisfacción y la del personal de salud y, en definitiva, la calidad general de la atención (Tlapa et al., 2020).

Los resultados más promisorios de estrategias de manejo de las colas por atención en salud corresponden a aquellas que abordan el flujo de pacientes reduciendo la complejidad en los sistemas de reserva de horas, combinando el triaje en la gestión inicial de los pacientes y monitoreando activamente la relación entre la oferta de recursos asistenciales disponibles y la demanda poblacional. Aunque la evidencia parece ser todavía limitada, hallazgos sugieren que las intervenciones de flujo de pacientes que utilizan uno o más de estos elementos pueden ser efectivas en otros tipos de servicios ambulatorios comunitarios (Harding et al., 2018). Efectivamente, alguna literatura muestra que, aunque los sistemas de triaje son importantes para las unidades de urgencia, lo son también para otros entornos. Así, los sistemas de clasificación que actualizan riesgo clínico pueden mejorar el flujo general de pacientes en varios entornos, dando la opción de manejar casos simples en el punto de clasificación o en un momento próximo a la actualización del riesgo clínico valorado (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 en muchos sistemas de salud. Estos sistemas de manejo y derivación de pacientes pueden verse afectados debido a la persistencia de varios focos de ineficiencia en el proceso, provocados por problemas de infraestructura, falta de equipos, insumos o materiales relevantes para el proceso clínico e incluso por la escasez de recursos humanos calificados, como radiólogos o especialistas. Sin embargo, la poca claridad en los criterios de valoración del riesgo, priorización de la atención y derivación de pacientes se ha destacado repetidamente como problema de interés sobre el modo de funcionamiento de los sistemas (Rathnayake y Clarke, 2021).

La literatura disponible 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 (Bachelet, et al., 2019) buscó identificar y describir intervenciones para reducir los tiempos de espera para la cirugía mayor electiva. El resultado de la búsqueda mostró una variabilidad considerable en cuanto a las características ob-



servadas de las intervenciones y los entornos en que han tenido lugar, así como también en los procedimientos electivos, la población y el tipo de proveedor. Se observó que las intervenciones han sido multidimensionales, incluyendo estrategias para mejorar la equidad en la priorización en las listas de espera, mejorar la gestión de las rutas quirúrgicas y el uso de pabellones, y optimizar la programación quirúrgica (Bachelet, et al, 2019).

Los hallazgos de esta revisión levantan evidencia a favor de una estrategia que, por un lado, combine aspectos mejorados de la gestión y, por otro, incluya recursos adicionales para lograr una mayor capacidad productiva hospitalaria, tanto a nivel de infraestructura y equipamiento como también de recursos humanos. Los autores observan que, incluso en los países en los que se han incorporado garantías de acceso, la reducción de tiempos de espera para los pacientes priorizados solo es posible cuando además se asignan fondos adicionales (Bachelet, et al., 2019).

La literatura da cuenta que si bien las medidas recurrentes aplicadas por los sistemas financiados con recursos públicos para reducir las listas de espera pueden ser efectivas, pueden no resolver el problema de fondo. Es probable que las listas de espera vuelvan a incrementarse una vez retirados los recursos auxiliares —como medidas de corto plazo basadas en el aumento inmediato y temporal de insumos o recursos humanos para resolver casos en espera—. Otra estrategia común es centrar la atención en la gestión de la lista de espera dedicando personal al seguimiento de los pacientes que esperan por atención, creando nuevos sistemas de clasificación para la priorización de pacientes. Si bien estas medidas pueden ayudar a las personas de mayor riesgo clínico a tener una atención más oportuna, cuando se aplican aisladamente suelen tener impacto reducido sobre el tiempo de espera general (Harding et al., 2018). Esto ya había sido alertado tempranamente por evidencias anteriores (Kreindler, 2010) que encontraron resultados variables en la efectividad de las intervenciones de política para reducir los tiempos de espera o las listas electivas. Las estrategias con base en evidencia más sólida se refirieron a incentivos asociados al financiamiento de la actividad asistencial (como pago por actividad), compra de capacidad local adicional, y objetivos explícitos de mejora del desempeño, incluyendo incentivos asociados a este objetivo. La evidencia también mostró que las opciones más favorables son las que actúan de forma directa y simultánea sobre la oferta y la demanda (Kreindler, 2010).

Las experiencias internacionales refrendan la importancia de combinar gestión con financiamiento. Y, dentro de la gestión, la consideración amplia del tránsito o viaje del paciente por la ruta de la atención (Tello et al., 2020). Una revisión sistemática buscó sintetizar evidencia sobre estrategias de políticas con énfasis en los procesos de referencia originados desde la atención primaria (Rathnayake y Clarke, 2021). Los autores encontraron que la gestión de las



derivaciones mediante el uso de triaje y priorización de pacientes quirúrgicos puede reducir los tiempos de espera para cirugías electivas, al evitar el hacinamiento de las unidades quirúrgicas con derivaciones no quirúrgicas. Y, también, encontraron que es más probable que los criterios explícitos de referencia sean más efectivos en seleccionar pacientes quirúrgicos potenciales, al utilizar formatos de derivación más estructurados. Además de sugerir que el uso de información no clínica sobre las preferencias de los pacientes para programar cirugía podría aumentar la puntualidad de la atención quirúrgica electiva, la revisión pone énfasis en la utilidad de los modelos de entrada única para mejorar la puntualidad del flujo de pacientes en servicios quirúrgicos electivos (Rathnayake y Clarke, 2021).

Las tendencias actuales en la prestación y gestión de la atención en salud son prometedoras medidas para mejorar la oportunidad y la calidad de los cuidados en salud. Entre ellas, se incluyen 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 desde luego la coordinación de la atención (Gandarillas y Goswami, 2018).

En Australia, por ejemplo, la implementación a gran escala de un modelo de acceso y triaje logró reducciones sustanciales en el tiempo de espera sin afectar negativamente a otros aspectos de la atención. Este modelo combinó valoración del riesgo clínico en la gestión inicial con gestión activa de la oferta y la demanda. Todos los sitios utilizaron una lista de espera para administrar la demanda en el período previo a la intervención, y se ofrecieron citas a los nuevos pacientes. Se calculó la tasa de demanda y el número de nuevas citas requeridas cada semana, protegiendo los horarios de los médicos. A los pacientes se les asignó una cita inicial inmediatamente después de la derivación, para minimizar los procesos asociados con el acceso y la clasificación, y las decisiones de priorización cambiaron de ordenar el acceso al servicio bajo un enfoque en la prioridad de la necesidad atendida (Harding et al., 2018).

En línea con intervenciones similares que han combinado cambios en el flujo de recursos y cambios en el modelo de gestión de pacientes, la estrategia australiana comenzó con intervenciones específicas a corto plazo que implicaban una pequeña inyección de recursos adicionales para reducir o eliminar la acumulación de pacientes en espera. Esto permitía emplear personal adicional a corto plazo, aumentar las horas del personal a tiempo parcial o contratar trabajo a proveedores privados, pero no se proporcionaron recursos adicionales de manera permanente. El proceso fue conducido por los gerentes de las unidades de salud y los líderes de los equipos clínicos. El tiempo de espera se redujo en 34% y la variabilidad del tiempo de espera también disminuyó sustancialmente, lo que sugiere que las personas



que antes esperaban más tiempo probablemente se beneficiarían más de estos cambios. Los hallazgos de la evaluación indican que es probable que las reducciones en el tiempo de espera hayan sido impulsadas, principalmente, por reducciones sustanciales para aquellos pacientes que antes se consideraban de baja prioridad ya que su manejo permitió impactar en la lista de espera general (Harding et al., 2018).

Los resultados reportados por este proceso fueron monitoreados a 12 meses de introducir el modelo de agendar citas para triaje, manteniéndose al menos una reducción del 29% en el tiempo de espera. Esto parece indicar que se trata de una estrategia efectiva para reducir el tiempo de espera en los servicios ambulatorios comunitarios. Para ello, se requiere de un monitoreo continuo por parte de los líderes de la gestión clínica, incluida la planificación de abordaje de contingencias y la activación de dispositivos para agendar citas y triaje que pueden contribuir a agilizar el flujo de pacientes (Harding et al., 2020).

Los hallazgos reportados por distintas fuentes tienen en común el hecho de cifrar cambios relevantes en las unidades de salud a partir del diseño de procesos centrados en las personas. A nivel de tendencia general, los hospitales avanzan paulatinamente hacia su transformación pasando de un modelo organizativo tradicional a un modelo hospitalario centrado en el paciente. Si bien la literatura gerencial sobre este modelo parece cada vez más abundante, no hay muchas evaluaciones cuantitativas del desempeño de los hospitales que han avanzado en esta dirección. El dimensionamiento de los efectos de estos cambios de modelo es importante para entender de qué forma este rediseño puede aportar eficiencia a la gestión sanitaria con base en este tipo de innovaciones (Fiorio et al., 2018).

A partir de la experiencia de transformación del modelo de gestión hospitalaria, en Italia se llevó a cabo una estimación cuantitativa de los cambios en eficiencia y eficacia tras la implantación del modelo hospitalario centrado en el paciente (Fiorio et al. 2018). Este ejercicio partió de la hipótesis de que la reconfiguración de los procesos de atención en torno a las necesidades de los pacientes puede aumentar la eficacia del tratamiento y, al mismo tiempo, aumentar la eficiencia hospitalaria. El modelo de organización basado en el paciente permitió aumentar significativamente la eficiencia, reduciendo el tiempo de hospitalización, la tasa promedio de rehospitalización dentro de los 30 días posteriores al alta y la tasa de mortalidad a 30 días.

Los autores dan cuenta de las dificultades para llevar a cabo este cambio organizativo, ya que implica redistribución de responsabilidades y de poder entre el personal del hospital (fortaleciendo, por ejemplo, los roles de enfermería). Sin embargo, los resultados parecen ser suficientemente robustos como para comunicar las ventajas de la innovación dentro de las organizaciones hospitalarias con base en el rediseño de los procesos (Fiorio et al. 2018).



Los nuevos marcos de actuación de los sistemas de salud centrados en las personas tratan de hacer más efectivos los servicios de salud, precisamente mediante su personalización. De esta forma, los servicios se adaptan a las necesidades, recursos y características de los pacientes, haciendo detección temprana de riesgos y facilitando el tratamiento preventivo en el entorno de la persona. Las nuevas tecnologías de información y comunicación para la atención ambulatoria están contribuyendo en gran medida a la continuidad de los cuidados en el domicilio, incluso en casos graves que suelen estar restringidos a las unidades de cuidados intensivos de los hospitales (Gandarillas y Goswami, 2018).

Un estudio analizó los efectos de un modelo de atención centrada en el paciente, en personas con enfermedades con alta carga de síntomas graves y episodios comunes de empeoramiento agudo que pueden requerir hospitalización (Ali et al, 2021). Una muestra de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o con insuficiencia cardíaca crónica fue atendida mediante una plataforma digital con soporte telefónico estructurado. Los resultados mostraron que esta alternativa de contacto permitió aumentar la autoeficacia a corto plazo, lo cual abre la puerta a considerar este tipo de interacciones remotas de seguimiento. Entre ellas se incluyen llamadas telefónicas de rutina para apoyar a las personas en el automanejo de sus patologías, combinando diferentes intervenciones digitales a las necesidades de los pacientes (Ali et al, 2021).

La atención integrada puede generar eficiencias en la atención sanitaria y social a través de la articulación de la atención y la adopción de modelos preventivos centrados en el paciente. En este marco, el uso de la tecnología puede resultar decisivo y ser una condición habilitadora clave para la atención integrada. Un estudio (de Batlle et al, 2021) buscó evaluar la efectividad y la rentabilidad de la implementación de un modelo de atención integrado habilitado para salud móvil (mHealth) para pacientes crónicos complejos. A los pacientes del grupo de tratamiento se les aplicó un modelo de atención integrada que incluía una evaluación amplia del estado actual de salud, una aplicación para el automanejo independiente de los síntomas, acceso a un entrenador virtual con comentarios automatizados personalizados, y dispositivos complementarios para el monitoreo de la condición de salud, como oxímetro de pulso digital y un monitor de presión arterial. Además, el modelo incluyó un expediente digital con el historial clínico del paciente accesible a médicos de la atención primaria, especialistas y trabajadores sociales, y un gestor de casos encargado de supervisar todo el proceso y actuar como el principal punto de contacto con el paciente. La evaluación experimental mostró que este modelo de atención integrada logró reducir los contactos no planificados con el sistema de salud y los costos de la atención (de Batlle et al, 2021).



Los pacientes que esperan por atención en salud, ya sea para obtener una confirmación diagnóstica, practicarse un procedimiento de laboratorio, acceder a evaluación clínica de un especialista o someterse a una cirugía, representan desde el punto de vista del ciclo de la atención, la oportunidad para generar condiciones preventivas que permitan efectivamente que el cuidado de la salud ocurra en el domicilio. Estudios de coste-efectividad que comparan la atención hospitalaria frente a la atención domiciliaria muestran que los pacientes en su propio entorno pueden gestionar su autonomía y salud durante más tiempo y con mayor satisfacción, lo cual a la larga resulta también en una mayor reducción de costos (Gandarillas y Goswami, 2018). Sin embargo, esos resultados se logran cuando el sistema de salud mantiene un vínculo activo con sus pacientes y personas cuidadoras, proporcionando la información, orientación y acompañamiento necesarios para preservar o mejorar una condición de salud, evitando deterioro o empeoramiento. Si se intensifican las oportunidades de contacto de un sistema de salud con sus pacientes es posible aportar a esa continuidad del cuidado. Esta definición se encuentra en el centro de los modelos de cuidado compartido de la salud que promueven el trabajo colaborativo entre los profesionales de la salud y los pacientes, a través de un servicio de ventanilla única con una comunicación bidireccional que permite el contacto personalizado del sistema con los usuarios para que esa interacción sea más eficaz.

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, lo cual tiene todo que ver con el modelo de gestión del servicio de salud. Una revisión de literatura (Tlapa et al., 2020) buscó evaluar los efectos de la atención de la salud ajustada —esto es, que incorpora modalidades de servicio para reducir o eliminar pérdidas o actividades que no agreguen valor a los procesos de la atención médica— sobre el flujo de pacientes en la atención ambulatoria, y determinar si el tiempo de espera y la duración de la estadía disminuyen después de las intervenciones optimizadas. La revisión 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, informan un mejor desempeño en los indicadores de flujo de pacientes porque contribuyeron a obtener la aceptación de todas las partes interesadas, introduciendo un enfoque colectivo de resolución de problemas y,



por ende, contribuyendo a promover la propiedad conjunta de las medidas de desempeño (Tlapa et al., 2020). Cuando los proyectos que aplican estas metodologías de corrección de flujos cuentan con la adhesión y el apoyo adecuados, pueden ayudar a las unidades de salud a cumplir con los estándares u objetivos relacionados con la atención oportuna y efectiva, y las partes interesadas pueden reconocer tales mejoras en el corto y mediano plazo. Los resultados de esta revisión sugieren que entender la relación entre capacidad y demanda es clave para mejorar el flujo de pacientes, aunque también advierten sobre la necesidad de generar evidencia más robusta (Tlapa et al., 2020).



# 3



**Punto de partida:  
comprender la  
navegación del  
paciente por la red**



Una espera por atención se puede dar en cualquier momento de la navegación del usuario por el sistema de salud. En el caso de este proyecto, el foco de la investigación fue entender 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 interconsulta<sup>4</sup> no cubierta por la garantía de oportunidad del régimen GES<sup>5</sup> comienza cuando el paciente acude a su centro de salud de atención primaria por una dolencia. Ahí es evaluado por un profesional que determina que hay que realizar una solicitud de interconsulta a un especialista del nivel secundario, debido a la complejidad del caso. 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<sup>6</sup>.

En el nivel primario de atención, la solicitud generada es evaluada por el médico contralor<sup>7</sup> 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.

---

4. Una interconsulta es la evaluación del paciente, hecha por otro profesional especialista no tratante, del mismo o de otro establecimiento asistencial, 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.

5. El GES corresponde al Régimen General de Garantías Explícitas en Salud que garantiza la cobertura de un conjunto de 87 patologías y sus tratamientos a través del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). La lógica de este sistema de aseguramiento es garantizar acceso, oportunidad, protección financiera y calidad al catálogo o canasta de prestaciones específicas que son relevantes para la salud poblacional. Los problemas de salud no incluidos en la estrategia GES corresponden a la demanda de nuevas atenciones de consulta de especialidad, intervenciones quirúrgicas y procedimientos de las patologías “No GES” en las que el acceso a la atención depende de la condición clínica del paciente. Según este modelo, la oportunidad para la atención, en los casos no urgentes, se realiza después de resolver las atenciones prioritarias que son las sujetas a la garantía GES.

6. En el trimestre anterior a la pandemia habían 1,992,648 personas que en promedio esperaban 379 días. Al 30 de marzo del 2022 eran 2,023,741 que en promedio esperaban 504 días, lo que implica que el tiempo de espera aumentó en 33%. Fuente: MINSAL, Glosa 06 para los trimestres respectivos.

7. En el marco del sistema de referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de éste al establecimiento de origen, el médico contralor es el encargado de revisar las órdenes de interconsulta y validar su pertinencia.



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 interconsultas entrantes, rescatando las que requieren una atención más pronta para notificarlas oportunamente a cada unidad de destino y rechazando las no pertinentes (en cuyo caso debe ser un médico quien realiza el rechazo, ya que es un acto netamente médico). En otros centros no se aplican filtros de entrada y las interconsultas son recibidas por cada especialidad. A partir de ahí, cada unidad prioriza las solicitudes recibidas y genera un orden para atender a los pacientes, decisión basada generalmente en la complejidad del caso y la necesidad de una pronta atención o en la antigüedad del caso.

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 sobre la atención que aún no recibe 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 en sus plataformas. 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 atiende.

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)<sup>8</sup> 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, si su condición económica lo permite, en busca de una atención más oportuna. En un número menor de casos, incluso podría fallecer por causas asociadas al motivo de su consulta o por otras no ligadas a ésta.

Finalmente, el paciente es llamado para asistir a su ingreso médico con el especialista, generalmente con poca anticipación y en un día y hora determinado por el centro de salud. La norma indica que 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.

---

8. Dentro de la red de establecimientos del sistema de salud, los Centros de Salud Familiar (CESFAM) son las unidades de atención del nivel primario que se encargan de proporcionar cuidados básicos en salud en forma ambulatoria, con acciones de promoción, prevención, curación y tratamiento.



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 para ese momento y le soliciten realizárselos nuevamente con el fin de llegar a un diagnóstico y determinar un tratamiento, 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 con necesidad de resolución más pronta, el especialista suele autorizar cupos adicionales para volver a atenderlos y notifica a su equipo solicitando ayuda en 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 (según los protocolos de cada centro), que se entregan generalmente por orden de llegada o llamada, pudiendo entrar nuevamente en una lista de espera hasta conseguir un cupo para su atención.



# 4

## **Nudos críticos en la gestión de las listas de espera no GES**



El aumento de las listas de espera no GES se ha transformado en un problema persistente en las últimas décadas en Chile. 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.

A partir del estudio llevado a cabo como base para la construcción de una estrategia de optimización del manejo de las listas de espera, se presentan los principales nudos críticos del proceso actual de gestión de las listas de espera no GES que impiden o dificultan significativamente la atención de las personas que esperan por una consulta de especialidad o una cirugía.

### 4.1 • Actualización de la lista de espera

Un primer desafío para la gestión de las listas de espera es mantener actualizada la demanda de pacientes que efectivamente esperan por una prestación de salud.

Como se mencionó anteriormente, la lista de espera no GES se compone de las interconsultas generadas por los establecimientos del nivel primario de salud, por especialistas del mismo establecimiento secundario o terciario (interconsultas internas) y por servicios de urgencia. En muchos casos, no existe un sistema integrado de gestión de estos 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 generadas. 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 público o privado, cambio de domicilio del paciente, cambio de su sistema de aseguramiento de salud o su fallecimiento.

Estas dificultades no permiten determinar la demanda real de nuevos ingresos que tiene cada unidad, lo que afecta su capacidad de gestionar adecuadamente la respectiva lista de espera.



## 4.2 • Priorización de la lista de espera

La priorización consiste en la revisión y categorización de las interconsultas ingresadas para evaluación médica con el fin de asignar un orden de atención. Durante este acto, realizado por un funcionario médico, se aceptan o rechazan las solicitudes según su pertinencia a la especialidad y complejidad del nivel de salud de destino, donde las pertinentes son categorizadas según su prioridad clínica.

No existe un sistema único de priorización en los establecimientos de salud. Además, en algunos casos existen sistemas con 2, 3 o 4 categorías distintas de priorización clínica (urgente, alta, media y baja) al interior de las especialidades de un mismo establecimiento. La variabilidad de modalidades de priorización dificulta la gestión sistémica de la lista de espera al coexistir distintos criterios de categorización.

Además, se constata la falta de estandarización del proceso de priorización entre las diversas unidades y establecimientos de salud. Esto se traduce, por ejemplo, en que algunas unidades realicen esta actividad de forma semanal y otras cada cierta cantidad de meses, contribuyendo a la acumulación de interconsultas y dificultando el rescate oportuno de las solicitudes que necesitan una pronta respuesta, lo cual mantiene al paciente en una situación de completa desinformación sobre su proceso de atención. También se observaron diferencias en el proceso mismo de la priorización: en algunas unidades los funcionarios médicos sólo se limitan a categorizar según la gravedad del cuadro clínico con base en los antecedentes descritos en la interconsulta y, en otras, realizan contrarreferencias (respuesta del especialista al profesional solicitante) para recopilar mayores antecedentes.

Por otra parte, la interconsulta da cuenta de una evaluación clínica del paciente realizada al momento de su emisión. Se trata de una “fotografía” del paciente en el momento en que se genera, que contiene una descripción de su caso, resultados de exámenes e información de contacto. Esta descripción del caso no está estandarizada, por lo que la calidad de información clínica entregada de cada paciente depende directamente del profesional que emite la interconsulta.

La larga espera que experimentan los pacientes en el sistema público de salud antes de ser atendidos no es acompañada por una actualización de la prioridad clínica asignada inicialmente, por lo que su estado de salud puede agravarse en el tiempo sin que su prioridad de atención sea modificada.



## 4.3 • Contactabilidad de los pacientes

Se entiende como contactabilidad al acto de comunicarse efectivamente con los usuarios. En el caso del sistema público de salud se constatan enormes dificultades para contactar a los pacientes para agendar sus horas de atención.

Por una parte, el problema se relaciona con la falta de actualización de los datos de contacto del paciente. Los equipos de salud intentan contactar a los pacientes a partir de los datos de contacto registrados en la interconsulta, pero con el paso del tiempo muchos de estos datos quedan desactualizados (principalmente por cambios del número de teléfono de los pacientes). 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 mantener actualizados sus datos de contacto en un sistema integrado al que puedan acceder las diversas unidades de atención.

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. Esto implica que mientras mayor es la antigüedad de la interconsulta, mayor será la probabilidad que el paciente no logre ser efectivamente atendido y termine siendo egresado de la lista de espera por una causal administrativa.

## 4.4 • Agendamiento y confirmación de asistencia

Existe disparidad de criterios para agendar pacientes en las diversas unidades y establecimientos de salud. En algunos casos los pacientes se agendan con base en la antigüedad de las interconsultas, atendiendo primero a los que llevan más tiempo esperando. En otros casos, se agenda a los pacientes con base en su prioridad clínica, atendiendo primero a los pacientes de mayor complejidad. También existen unidades, especialmente en el nivel terciario, en que se atiende primero a los recién ingresados, ya que tienen mayor probabilidad de presentarse efectivamente el día que son citados.

La utilización de criterios dispares dificulta la gestión de las listas de espera. El criterio de antigüedad 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 complejos que requieren una pronta atención.



El criterio de prioridad clínica permite atender primero a quienes tienen problemas de salud más graves. Sin embargo, dado que la cantidad de este tipo de pacientes que ingresan semanalmente supera la oferta disponible, en la práctica puede ocurrir que nunca sean agendados los pacientes de mediana o baja complejidad. Si bien estos últimos no presentan un riesgo vital (según la información disponible al momento de generar la interconsulta), igualmente pueden verse afectados por padecimientos y limitaciones importantes (por ejemplo, por la existencia de dolor, impotencia funcional, disminución de ingresos económicos por licencias médicas prolongadas, imposibilidad de llevar a cabo su rol de cuidador, o la existencia de patologías concomitantes, entre otras), considerando además la probabilidad de deterioro progresivo de la salud en el transcurso de una espera prolongada.

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 a pesar de la escasez de horas disponibles y la consecuente importancia de no perderlas. 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, como recordatorios a través de mensajes de texto o sistemas de grabaciones automatizadas.

La normativa del MINSAL indica que un paciente puede ser egresado de forma administrativa de la lista de espera al presentar inasistencias a dos atenciones médicas en las cuales haya confirmado su asistencia. Con base en esto, actualmente algunos centros de salud consideran como instancia de confirmación el mismo momento en que se otorga la hora de atención al paciente.

No contar con la posibilidad de confirmar la asistencia a una atención médica en un tiempo cercano a su fecha impide otorgar este cupo a otra persona. Además, no permite la función de recordatorio y dificulta al paciente la posibilidad de acceder a un nuevo agendamiento en caso de que hayan surgido inconvenientes para asistir a su cita durante el transcurso de la espera. 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, lo que no siempre es posible.

## 4.5 • Consultas de control

Se consideran “consultas de control” a todas las atenciones realizadas por un especialista posteriores a la primera consulta de ingreso, hasta otorgarle el alta por la patología que originó la solicitud de interconsulta. 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 las consultas de ingreso.

Sin embargo, en diversas unidades y establecimientos de salud se observa un porcentaje de ocupación de las consultas de controles mayor a lo indicado por el MINSAL, generando una disminución en la cantidad de horas disponibles para realizar nuevos ingresos de pacientes. 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 que se ve promovida por la desconfianza respecto a la capacidad de resolución del nivel primario de atención y por la inexistencia de canales de seguimiento compartido entre distintos niveles de atención. De igual modo, los pacientes prefieren continuar en el nivel secundario de atención 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.

## 4.6 • Uso de la telemedicina

La atención remota en salud o telemedicina se define como una atención de salud a distancia, que permite hacer diagnósticos, realizar tratamientos, prevenir enfermedades y rehabilitar. En la modalidad sincrónica se realiza una interacción en tiempo real y en vivo entre el médico especialista y el médico tratante o el paciente; en la asincrónica, se transfiere información de forma diferida desde el profesional que consulta hacia el especialista, para que éste pueda entregar una orientación diagnóstica o terapéutica (MINSAL, 2020).

A pesar de su alta resolutivez, la implementación de la telemedicina sincrónica requiere de múltiples recursos que no siempre están disponibles en los servicios o por parte de los pacientes, como computadores, tabletas o teléfonos móviles con cámara y conexión a internet. También, la telemedicina requiere de horas de trabajo del equipo de enfermería y administrativos para realizar una gestión previa y posterior a la atención, para que ésta pueda resultar lo más eficiente posible.

Se observa que la telemedicina tiene mayores posibilidades de utilización en algunas especialidades ya que en otras resulta imposible reemplazar la presencialidad entre médico y paciente. También se identifican mayores oportunidades para el uso de la telemedicina en algunas fases del proceso de atención, especialmente en la fase inicial de diagnóstico, permitiendo una mejor priorización del paciente y la gestión de exámenes complementarios, y en la fase de control del tratamiento.



## 4.7 • Información y comunicación con los pacientes

Los pacientes muchas veces no entienden o desconocen en qué consiste el proceso de gestión de la atención, sus etapas, requisitos y procedimientos. Muchos tienen un profundo desconocimiento sobre lo que sucede en las fases en las que no están en contacto con los establecimientos de salud. Tampoco tienen información sobre dónde consultar ni saben cuáles son sus derechos y deberes en relación con el proceso específico de la interconsulta.

El no entender el proceso hace que los pacientes se sientan desorientados y tengan sentimientos de frustración en torno a la espera. Además, les resta posibilidades de contribuir a la buena resolución de los casos ya que no saben qué deben hacer.

La mayoría de los pacientes señala que la única instrucción que reciben es que deben esperar a ser contactados desde el hospital para hacer el agendamiento respectivo. Sin embargo, frente a la incertidumbre de la espera, los pacientes se acercan al establecimiento hospitalario a preguntar por el estado de su interconsulta. La mayor parte de las preguntas y demandas de información se dirigen a funcionarios administrativos que no tienen entre sus funciones responder este tipo de dudas ni cuentan con la información necesaria para ello, por lo que, en general, la respuesta que reciben los consultantes es insatisfactoria.

Por otra parte, los pacientes no cuentan con canales de comunicación directos con el equipo de la especialidad a través de los cuales interactuar sin tener que acudir presencialmente a la unidad. Existen casos excepcionales de pacientes con una larga data de atención que logran acceder a los teléfonos personales de los funcionarios médicos para comunicarse en caso de agravamiento de su condición.

No existen canales de comunicación habilitados que permitan el intercambio de información entre los equipos de salud y los pacientes para actualizar su estado de salud, notificar sobre la inasistencia a una cita o avisar sobre cambios de domicilio o de números de teléfono, lo cual facilitaría la gestión y optimización de recursos.



## 4.8 • 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, lo que dificulta la gestión de la lista de espera.

Al momento de emitirse las interconsultas no existen mecanismos formales para resolver las dudas clínicas que tenga el médico de APS. Si se pudieran aclarar, muchos casos se resolverían en el nivel de atención primaria sin necesidad de derivar a un especialista.

El tamizaje de los casos se hace mediante los mecanismos normales de priorización del nivel secundario a partir de la información clínica que consta en la interconsulta, lo que muchas veces no permite identificar adecuadamente los casos de mayor urgencia. No existen mecanismos formales para que el equipo de APS pueda alertar al nivel secundario acerca de interconsultas de mayor complejidad y urgencia.

La inexistencia de una ficha única o integrada de atención dificulta el acceso a la información clínica del paciente a los diversos profesionales de la salud con los que interactúa a lo largo de su proceso de atención, privándoles de información clave para la toma de decisiones.

Las dificultades de acceso a la información del paciente también impiden entregar información acerca de su proceso de atención en los diversos puntos de contacto con el sistema de salud, por lo que en la práctica el paciente debe acudir presencialmente al establecimiento secundario o terciario al que fue derivado para informarse del estado de su atención.

Tampoco existen protocolos formales entre niveles para informar desde el nivel secundario al primario sobre las solicitudes de interconsultas que han sido rechazadas. Esto genera que muchas veces el paciente persista en la espera sin saber que finalmente no será atendido por el especialista.



5

# Oportunidades de optimización en la gestión del cuidado y acompañamiento a personas en lista de espera



Con base en los nudos críticos antes identificados, se construyó un modelo de gestión que apunta a mejorar la experiencia de usuarios del sistema público de salud en Chile que se encuentran en listas de espera para patologías y procedimientos no sujetos a la garantía de oportunidad del régimen GES. Con esta premisa, se identificaron acciones que contribuyen directamente a:

- a. 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.
- b. Mejorar la continuidad e integralidad del proceso de atención y cuidado de los pacientes.
- c. Mejorar la gestión y coordinación de la oportunidad y resolutivez de las prestaciones de salud disponibles.
- d. Implementar un proceso de monitoreo del estado de salud del usuario durante las fases de espera que permita actualizar su prioridad de atención y su acceso a las prestaciones de salud que requiera.

## 5.1 • Acompañamiento al viaje del paciente en el proceso de gestión del cuidado

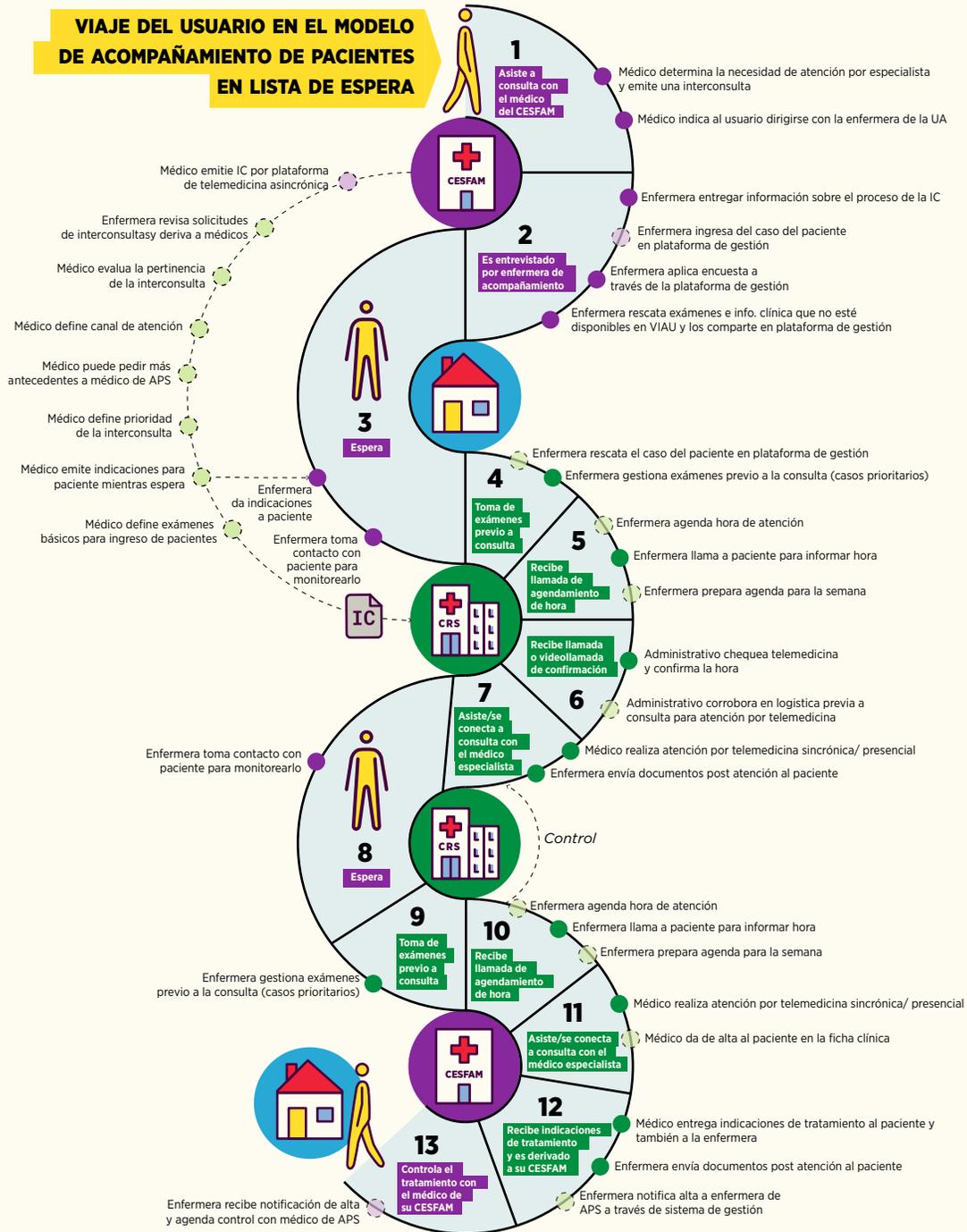
El modelo de gestión del cuidado y acompañamiento de personas en lista de espera se formuló a partir de un rediseño del proceso actual de gestión de las interconsultas no GES.

De acuerdo con el MINSAL (MINSAL, 2012), la continuidad del cuidado corresponde al grado en que diversos eventos de la atención son experimentados como coherentes, conectados y consistentes con las necesidades médicas y el contexto personal del paciente. Para ello, se requiere asegurar la continuidad de la gestión clínica mediante la coordinación del cuidado del paciente a través de las diversas unidades operativas. Además, se debe promover la continuidad funcional mediante la coordinación de las funciones de apoyo de todas las unidades y la continuidad profesional mediante la disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados. Por su parte, para el MINSAL (2019) se entiende por una atención de calidad el “hacer lo correcto a tiempo”.

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, debido a la complejidad de su cuadro, 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 en base a la observación, preguntas directas y análisis de su ficha clínica 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 en el CESFAM 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 antes de que sea citado por el especialista y le entrega un documento de respaldo. Este referente de conexión (en algunos casos conocidos como gestor de caso o navegador de red) también le solicita información actualizada sobre sus contactos (teléfono, correo electrónico y dirección). También le pide al paciente que acuda a informar si los datos de contacto cambian en el transcurso de la espera o si desea tener información actualizada sobre el estado de su solicitud.

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 (con respecto a la interconsulta generada) 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. Esta persona verifica su necesidad de ser atendido, actualiza su información de contacto, le evalúa según criterios clínicos preestablecidos y le solicita exámenes de ingreso que pudieran aplicar a su condición de salud. Si el paciente fue notificado como alguien que requiere acompañamiento, se le facilita una cita para acudir a realizarse los procedimientos, 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 del centro de salud para consultas.

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, 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 al paciente permanecer en controles de la especialidad y nuevos exámenes, siendo atendido por el especialista. En caso de ser un paciente que requiere acompañamiento, se le facilitan las horas para realizarlos.

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 —por lo que, según sea el caso, puede ser citado a controles para monitorizar su peso y/o patologías crónicas o a preparación kinésica para fortalecer la musculatura si la cirugía así lo requiere—. 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.

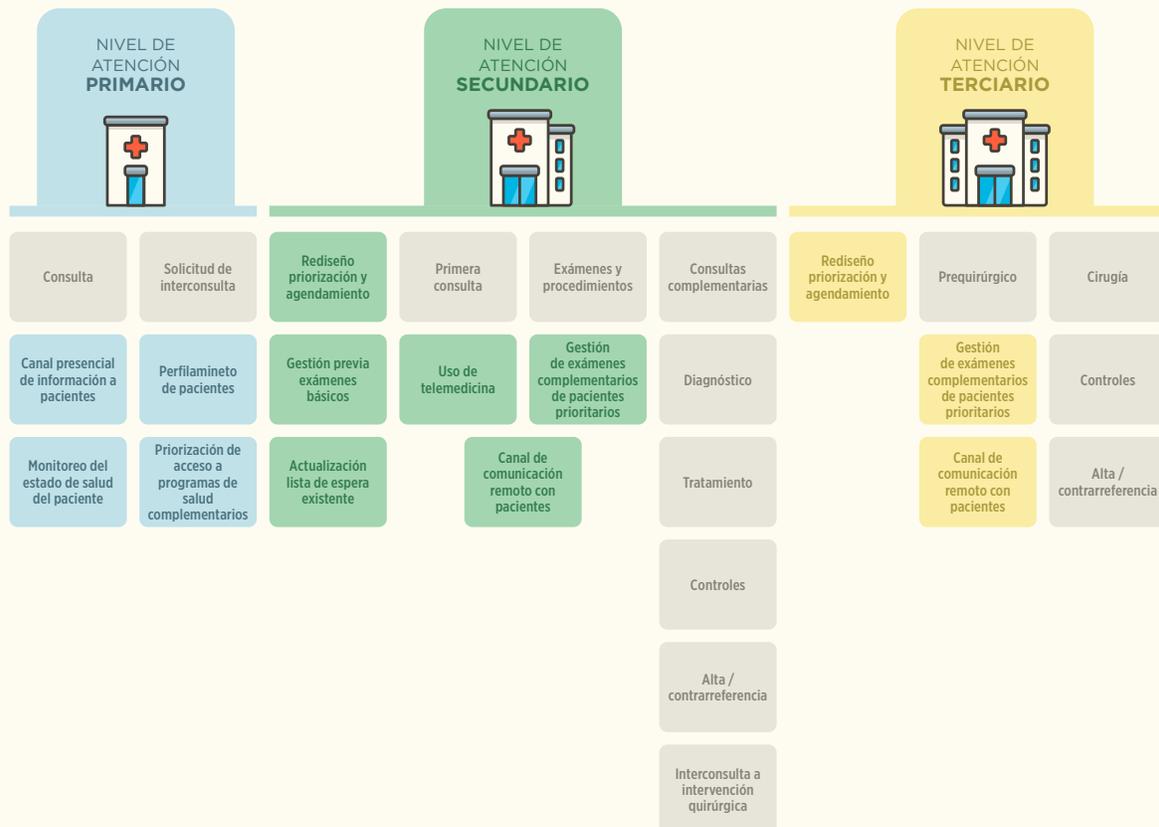
## 5.2 • Componentes del modelo

La implementación de un modelo optimizado de gestión del cuidado y acompañamiento de personas en lista de espera requiere el rediseño de algunas fases del proceso actual de gestión de las interconsultas y la incorporación de componentes nuevos de gestión. En la figura 2 se muestran los componentes rediseñados o nuevos que se incorporan en el proceso de gestión de las listas de espera.



FIGURA 2

## COMPONENTES REDISEÑADOS O NUEVOS DEL PROCESO DE LISTA DE ESPERA DE CONSULTA NUEVA DE ESPECIALIDAD E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA



\* Las casillas en gris representan componentes del proceso que no se intervinieron y las casillas de colores representan los componentes que sí se intervinieron o componentes del nuevo modelo.

Fuente: elaboración propia.

Los componentes de este nuevo modelo de gestión se pueden agrupar en siete elementos:

1. Información a los pacientes
2. Priorización y agendamiento de los pacientes
3. Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera
4. Comunicación con los pacientes
5. Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud
6. Acompañamiento de pacientes prioritarios
7. Actualización de la lista de espera



### 5.2.1 • Información a los pacientes

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

1. Diagnóstico y prestaciones de salud: mejorar el nivel de información del paciente sobre su diagnóstico o sospecha diagnóstica y las prestaciones de salud que deberá realizarse. Esto con el objetivo de aumentar su comprensión sobre su estado de salud, las implicancias de las patologías que se le diagnostiquen y las acciones de prevención y cuidado que deberá implementar para contribuir a su tratamiento.
2. Proceso de gestión de la interconsulta: entregar información al paciente sobre el proceso de gestión de la derivación a consulta de nueva especialidad (CNE) o intervención quirúrgica con el fin de aumentar su comprensión sobre los hitos principales de este proceso.
3. Estimación del tiempo de espera: entregar al usuario una estimación del tiempo de espera que pacientes similares han experimentado para ser atendidos en el establecimiento secundario o terciario al que ha sido derivado.
4. Trazabilidad del estado de la interconsulta: brindar información al paciente 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, al momento de generar su interconsulta, cómo es el proceso de atención en la red y los rangos de tiempos estimados de espera.

También cada paciente podría acudir con posterioridad al mismo CESFAM para informarse acerca del estado de avance de su interconsulta, sin necesidad de tener que ir presencialmente al establecimiento secundario o terciario al que fue derivado. Para ello, se requiere que el CESFAM tenga acceso a la información clínica del paciente para contar con la información detallada de su proceso de atención.

En los servicios de salud en que sea factible técnicamente, se puede implementar un canal digital que permita a los pacientes acceder a la información detallada acerca de su proceso de atención, de manera que no tengan que acudir presencialmente a los establecimientos



de salud. También puede ser relevante habilitar el canal telefónico de Salud Responde<sup>9</sup>, como un medio capaz de entregar información detallada sobre el proceso de atención de cada paciente.

### 5.2.2 • Priorización y agendamiento de pacientes

La priorización y agendamiento de los pacientes es clave en contextos de restricción de oferta y alta demanda por atención. En este contexto, el modelo propone mejoras en los criterios y procesos de priorización y agendamiento.

En cuanto a los criterios, se propone implementar una modalidad de prioridad acumulativa<sup>10</sup> que combina criterios clínicos del paciente con la antigüedad de las interconsultas, de manera de asegurar la atención de todos los pacientes que están en lista de espera. Esta modalidad propone que los pacientes acumulen un puntaje de acuerdo con su prioridad clínica y a su tiempo de espera, permitiendo que aquellos con prioridad clínica media o baja logren ser agendados después de un tiempo razonable de espera. En el Anexo 1 se detalla esta propuesta de prioridad acumulativa.

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, lo que no ocurre actualmente en todas las especialidades, de manera de identificar prontamente los casos más urgentes y complejos. Para ello, cada especialidad debe contar con un profesional médico designado para realizar esta acción de forma periódica y constante, con horas protegidas para llevarla a cabo en comunicación directa con el profesional no médico gestor de la especialidad para detectar casos urgentes. De manera complementaria, como se detalla más adelante, el modelo propone establecer canales formales de comunicación con los equipos de atención primaria para que puedan alertar a los equipos de especialidad cuando derivan pacientes que deben ser atendidos en forma urgente, de manera de reducir el riesgo que estos casos no sean detectados oportunamente.

---

9. El programa Salud Responde es una plataforma multicanal del MINSAL que de forma continua está disponible para informar, orientar y educar a los consultantes tanto sobre aspectos relacionados con el cuidado de la salud de las personas como de los servicios disponibles en la red asistencial.

10. Propuesta desarrollada por el Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile para el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) en el marco del piloto de implementación del modelo de gestión del cuidado y acompañamiento de personas en lista de espera.



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 no sea una categoría estática definida al momento de generarse la interconsulta sino que una categoría dinámica de acuerdo con las condiciones de salud actuales de cada paciente. 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 de atención en base al monitoreo de su estado de salud, componente que se detalla más adelante. En caso de identificarse un empeoramiento del estado de salud del paciente, el equipo de especialidad procederá a modificar su prioridad clínica de atención actualizando su lugar en el orden de prelación de los pacientes de la especialidad.

Finalmente, en relación con el agendamiento de horas, se propone utilizar una herramienta de asignación<sup>11</sup> con base en la modalidad de prioridad acumulativa antes mencionada, que permite a los equipos administrativos agendar horas según el orden de prelación construido con estos criterios. Se debería monitorear el proceso de agendamiento de manera de reservar semanal o mensualmente los cupos necesarios para nuevos ingresos.

Adicionalmente, se propone establecer un proceso de confirmación de horas mediante herramientas digitales disponibles (tales como WhatsApp Business) con el fin de reducir las no presentaciones y ofrecer alternativas de reagendamiento a los pacientes.

### 5.2.3 • 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 por un especialista o una intervención quirúrgica se proponen dos mecanismos complementarios de monitoreo.

El mecanismo principal propuesto operará en el mismo CESFAM donde al paciente le corresponde atenderse, de manera que si percibe que sus síntomas o estado de salud empeoran durante la espera acuda a este establecimiento para solicitar una nueva evaluación clínica. En el caso que se diagnostique un agravamiento en su estado de salud, el equipo de APS comunicará esta situación, mediante un canal formal de comunicación, al equipo de la especialidad correspondiente para que éste actualice su prioridad y agilice su atención.

11. Herramienta diseñada por el Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile, para el SSMSO, en el marco del piloto de implementación del modelo de gestión del cuidado y acompañamiento de personas en lista de espera.



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 durante el proceso de atención, podrá contactar al equipo de enfermería de la especialidad, quien realizará una evaluación clínica mediante un contacto telefónico o videollamada. Esta evaluación será realizada con base en pautas clínicas elaboradas en conjunto con el equipo médico de la especialidad para orientar su toma de decisiones (que pueden ir desde indicar asistir al servicio de urgencias, concurrir a su CESFAM para una evaluación presencial, y repriorizar la solicitud de atención por complicaciones en su estado hasta mantener la categorización inicial otorgada). En el mismo llamado también se procederá a orientar al paciente sobre los pasos a seguir en su atención y entregar información educativa sobre signos y síntomas frente a los cuales acudir a urgencia.

### 5.2.4 • 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. Ello implica establecer mecanismos en los distintos puntos de contacto con los pacientes para mantener actualizados sus datos. Se propone que en cada punto de 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 en caso de tener desactualizados los propios, pero deberá avanzarse hacia contar con una base de información única o integrada de datos de contacto de los usuarios de un mismo servicio de salud. A futuro, esta base de datos también podría incorporar la actualización de información en puntos de contacto de los servicios municipales o de otros servicios públicos.

Un segundo ámbito de la comunicación se relaciona con el establecimiento de canales bidireccionales de comunicación entre equipos de salud y pacientes, en vez del canal unidireccional hacia los pacientes que existe en la actualidad. Se propone implementar un canal telefónico y de mensajería en cada especialidad al cual se puedan contactar los pacientes una vez que comience su proceso de atención y mientras dure éste. Con el fin de no congestionar este canal telefónico y no sobrecargar al equipo de la especialidad, se propone utilizar plataformas como Whatsapp Business que permiten programar respuestas personalizadas para las consultas más frecuentes y realizar un tamizaje de las llamadas que sí deben ser atendidas por el personal administrativo o de enfermería. Un canal complementario es la habilitación de un correo electrónico por especialidad para los pacientes que utilizan esta herramienta.



### 5.2.5 • Gestión de oportunidad y resolutiveidad de prestaciones de salud

El objetivo de brindar un cuidado continuo y de calidad a cada paciente exige coordinar y gestionar la oportunidad de las diversas prestaciones de salud que el paciente requiere, buscando la mayor resolutiveidad posible en cada una de las atenciones. Esto es posible de conseguir bajo una jefatura con un liderazgo claro en el área administrativa y en el manejo del trabajo en equipo, tanto interno como externo.

Existe una fase previa a la primera consulta de especialidad relacionada con los exámenes básicos que el paciente debe realizarse antes de ser atendido por el especialista. En muchos casos, estos exámenes no se han realizado o se han realizado hace demasiado tiempo, perdiendo su vigencia. Es por ello que el modelo propone un contacto telefónico previo con cada paciente para chequear si cuenta con los exámenes requeridos por cada especialidad. Dado que estos exámenes varían de una especialidad a otra, se propone definir, en conjunto con el equipo médico de la especialidad, una pauta que contenga los exámenes mínimos con los que debe acudir un paciente a su primera consulta y su vigencia, considerando los diagnósticos más comunes por los cuales se deriva.

En base a esta pauta, durante el llamado telefónico la enfermera o profesional gestor a cargo chequeará con el paciente la realización de estos exámenes y su vigencia. En caso de no tener los exámenes o tenerlos desactualizados, se le facilitará al paciente 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. Esta gestión previa aumentará la resolutiveidad de la primera consulta con el especialista.

Si la consulta de especialidad se realiza a través de telemedicina sincrónica, se incluirá en esta fase previa la habilitación de la teleconsulta. Esta consistirá en una videollamada previa por parte del administrativo o profesional gestor con el fin de chequear el correcto funcionamiento de la videollamada o la asistencia telefónica con el paciente o con una persona cercana al paciente para lograr realizar la videollamada. Esta habilitación previa permitirá al especialista enfocarse en la atención clínica sin perder tiempo en problemas técnicos de conectividad.

Con posterioridad a la primera consulta, se realizará un seguimiento de los pacientes que deben realizarse exámenes adicionales para completar su fase diagnóstica. Se propone que este seguimiento se realice mediante los canales remotos de contacto con el paciente, en los casos en que existan demoras por sobre el promedio de la especialidad.



En el caso de los pacientes con prioridad clínica urgente o que estén incorporados en la modalidad de acompañamiento (que se explica más adelante), el equipo de enfermería gestionará cada caso a fin de agilizar la realización de estos exámenes en las unidades que correspondan, sea en el mismo o en otro establecimiento de salud.

Una vez completados los exámenes complementarios, el equipo de enfermería deberá coordinar con los responsables del agendamiento una nueva consulta con el fin de completar la fase diagnóstica.

En los casos en que los pacientes comiencen un tratamiento, el modelo propone gestionar los controles 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 para el agendamiento de controles que permitan una justa y eficiente distribución de las horas de especialistas disponibles.

En el caso de los pacientes que requieran ser derivados a un establecimiento terciario para ser sometidos a una intervención quirúrgica, junto con el envío formal de la interconsulta correspondiente, el equipo de especialidad alertará al equipo prequirúrgico de los casos de mayor urgencia y complejidad para agilizar su atención.

En el nivel terciario será responsabilidad del equipo prequirúrgico de cada especialidad la gestión de los exámenes previos del paciente, la resolución de problemas que afecten la oportunidad quirúrgica y el pase operatorio. Se propone incluir la misma modalidad de prioridad acumulativa para jerarquizar las interconsultas de intervención quirúrgica y agendar los exámenes y pabellones.

En relación con la oportunidad quirúrgica, se propone que los pacientes que deban esperar periodos largos de tiempo antes de ser intervenidos quirúrgicamente puedan ser evaluados por el equipo prequirúrgico de manera de identificar si existen factores que afectan su oportunidad quirúrgica. Si este es el caso, el equipo prequirúrgico podrá coordinar con el equipo del CESFAM correspondiente las prestaciones disponibles en el nivel primario que puedan mejorar la oportunidad quirúrgica del paciente mientras espera.

Con posterioridad a la intervención quirúrgica, será responsabilidad del mismo equipo prequirúrgico la gestión de los controles postoperatorios hasta el alta.



### 5.2.6 • Acompañamiento a pacientes prioritarios

El modelo propuesto 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. Sin embargo, en vista de las restricciones de disponibilidad de los equipos administrativos y profesionales en los diversos niveles de atención, se propone focalizar el acompañamiento en dos grupos prioritarios de pacientes:

1. Personas con ciertas patologías o condiciones de base, como ceguera parcial o total, hipoacusia, patologías psiquiátricas, discapacidad intelectual, disminución parcial o total de la movilidad y/o el uso de órtesis e implementos médicos que dificulten su traslado.
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)<sup>12</sup>.

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”. Serán ingresados así al sistema de atención planteado por el modelo, donde un profesional del equipo de su centro de salud les ayudará a gestionar los exámenes, horas de control u otros requerimientos durante su atención.

### 5.2.7 • Actualización de la lista de espera

En muchas unidades existen listas de espera que tienen una cantidad excesiva de pacientes y una antigüedad de dos o más años que dificultan su gestión por parte de los equipos correspondientes. En estos casos, el modelo propone reforzar la capacidad del equipo de especialidad para llevar a cabo la actualización de su lista de espera.

---

12. El CIE-10 (Décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades) plantea el uso de estos diagnósticos cuando alguna circunstancia o problema influye en el estado de salud de la persona, pero no es en sí mismo una enfermedad o una lesión en la actualidad. Incluye por ejemplo “Problemas relacionados con vivir solo” (Z60.2), “Crianza alejada de los padres” (Z62.2), “Familiar dependiente que requiere cuidados en el hogar” (Z63.6), y “Pobreza extrema” (Z59.5), entre otros.



Este trabajo de actualización debe ser llevado a cabo por un equipo liderado por un profesional de la salud, que debe contar con el apoyo de los directivos de la institución para acceder oportunamente a la información que necesite.

El 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 ingreso de interconsultas.
2. Revisión y cruce de la información recopilada para obtener el número total de interconsultas con el cual trabajar.
3. Identificación de las interconsultas que pueden ser egresadas administrativamente, ya sea por duplicidad, atenciones ya realizadas, cambio en el prestador de salud o fallecimiento, bajo la normativa del MINSAL.
4. Egreso administrativo de estas solicitudes de la base de datos del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) del MINSAL.
5. Contacto telefónico con los pacientes cuyas interconsultas se encuentran vigentes, buscando los números telefónicos disponibles en todas las bases de datos a las cuales se tenga acceso. 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:
  - Intento de comunicación fallido: realizar gestión para el envío de carta certificada notificando la situación o para visita domiciliaria de rescate. El paciente tiene 90 días de plazo para responder la carta y reiniciar su proceso de agendamiento.
  - Si se logra la comunicación, se debe actualizar la necesidad de recibir la atención del especialista. Este llamado puede ser realizado por un técnico en enfermería de nivel superior (TENS) o administrativo capacitado, quien consultará al paciente si aún requiere la atención que generó la solicitud de interconsulta.
  - En caso de no requerir la atención, ya sea por mejoría de su situación clínica, solución de su necesidad en un centro de salud privado, cambio de domicilio fuera del territorio del centro de salud, fallecimiento o simplemente por el rechazo de ésta, se realiza la gestión correspondiente para egresos administrativos según norma del MINSAL.
  - 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.



6

A photograph of a modern hospital corridor. On the left, there are blue hospital beds. In the center, several healthcare workers in green scrubs and masks are standing near a doorway. The ceiling has recessed lighting, and the floor is polished and reflective. A large green and yellow graphic element is at the bottom of the page.

# Gestión de equipos de alto desempeño



El modelo de acompañamiento se basa en el trabajo conjunto y coordinado de los equipos que implementan el modelo en los tres niveles de salud en función de cada paciente. La articulación del trabajo de los diversos equipos debe tener como objetivo brindar a cada paciente una experiencia de atención continua en el tiempo y de calidad que aborde conjuntamente todas sus patologías y necesidades.

Este modelo propone brindar acompañamiento al paciente desde el nivel primario de salud, de manera de fortalecer la vinculación del sistema de salud con el paciente en este nivel, descongestionando a los niveles secundarios y terciarios de funciones de información, monitoreo y acompañamiento. Además, se busca aprovechar la oferta de programas complementarios de salud y prestaciones disponibles en el nivel primario para integrarlos en el proceso de atención de estos pacientes.

El funcionamiento del modelo de gestión del cuidado y acompañamiento 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, y para coordinar las acciones necesarias respecto de los casos que se gestionan.

## 6.1 • Equipo de gestión y acompañamiento en nivel primario de salud

Se debería contar con un equipo que implemente el modelo en cada establecimiento de atención primaria que genere las referencias para CNE.

El equipo puede estar conformado, según las capacidades y recursos presentes en cada centro de salud, por:

- Profesional de la salud (enfermera/o, matró/a, asistente social o kinesiólogo/a)
- Médico contralor/a del establecimiento
- Referente de gestión de la lista de espera del establecimiento
- Responsable del registro de la lista de espera del establecimiento
- Directivos del centro de salud
- Técnicos en salud
- Administrativos/as



Sus funciones serían:

1. Informar: entregar información a los pacientes, cuando se genera una interconsulta, sobre el proceso de gestión de la misma y el tiempo estimado de espera. Durante el proceso de espera, el equipo servirá también de canal presencial de información sobre el estado de la interconsulta.
2. Coordinar con equipos de gestión y acompañamiento del nivel secundario y prequirúrgico: contacto y coordinación permanente con los equipos que implementan el modelo en los niveles secundario y terciario para garantizar el tamizaje de casos urgentes, actualizar priorización de interconsulta en base a nuevos antecedentes clínicos o psicosociales, coordinar prestaciones complementarias en el nivel primario de salud y gestionar contrarreferencias de pacientes dados de alta.
3. Sugerir un plan de acompañamiento: evaluar al paciente para determinar el plan de acompañamiento más adecuado a su perfil y condición biopsicosocial.

## 6.2 • Equipo de gestión y acompañamiento del nivel secundario de salud

Se propone conformar un equipo que implemente el modelo en cada especialidad de los establecimientos secundarios de atención, con el fin de que coordine la ejecución eficiente de las consultas de ingreso, controles, contrarreferencias y derivación a prequirúrgico.

Este equipo estará conformado por:

- Profesional de la salud que gestione la especialidad, como enfermera/o, matrán/a, kinesiólogo/a, entre otros
- Médico jefe/a de la unidad
- Médico priorizador/a de la unidad
- Administrativo/a
- Técnico en salud

Las funciones serían:

1. Tamizaje de casos más graves: gestionar, con base a los antecedentes provistos por el equipo del nivel primario de salud, la atención inmediata o en el más breve plazo posible de las personas que presenten condiciones clínicas de mayor gravedad o urgencia.



2. Priorización: gestionar la priorización de las interconsultas no calificadas previamente como urgentes por parte de los responsables de priorización de cada especialidad. Además del criterio clínico, se podrán considerar otras condiciones que otorguen preferencia según especialidad, como la necesidad de pases médicos para cirugías.
3. Actualización de priorización: actualizar la priorización otorgada inicialmente a la interconsulta, en el caso de que existan nuevos antecedentes provistos por el equipo del nivel primario de salud o por otro establecimiento de la red que muestren un agravamiento de la condición clínica del paciente.
4. Gestión de exámenes y procedimientos previos a la primera consulta: crear o disponer de una batería de exámenes y procedimientos útiles de tener en una primera atención, según patologías o sospechas diagnósticas más frecuentes. En la gestión previa a la atención médica se indagará al respecto, consultando al paciente si dispone de estos exámenes y si están vigentes. Si no es así, se procederá a solicitarlos para que el médico especialista pueda tenerlos en la primera consulta.
5. Evaluación de modalidad de atención: determinar, de acuerdo con el perfil del paciente, su patología y su condición biopsicosocial, el canal de atención más adecuado, sea en forma presencial o remota.
6. Agendamiento: gestionar el agendamiento de los pacientes, tanto para atenciones de primera consulta como para control, previa verificación de la realización de los exámenes y procedimientos requeridos.
7. Gestión de exámenes complementarios: gestionar internamente y coordinar con el paciente la realización de los exámenes solicitados por el especialista para completar su diagnóstico.
8. Renovación de recetas: gestionar el otorgamiento de recetas a los pacientes que lo requieran por parte del médico especialista que corresponda.
9. Contrarreferencia: gestionar la derivación al nivel primario de salud del paciente que debe seguir controlándose en éste o que haya sido dado de alta, proporcionando la información necesaria para su atención.



## 6.3 • Equipo del proceso quirúrgico

En diversos establecimientos de salud del nivel terciario chileno se han creado equipos o unidades prequirúrgicas<sup>13</sup>, cuyo objetivo es gestionar la atención del paciente, previa a una cirugía. Estos equipos facilitan la realización de exámenes y evaluaciones por especialistas y la obtención de pases médicos en los casos que corresponda. En algunos establecimientos, estas unidades también han asumido la responsabilidad de la programación de la tabla quirúrgica de los pabellones.

El presente modelo propone complementar las actuales funciones de estas unidades y enfocarla 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. Para conseguir esto es fundamental la comunicación y el trabajo en redes entre los distintos niveles de salud.

Algunas acciones propuestas para realizar este proceso quirúrgico son:

1. Actualización de la priorización: actualizar la priorización otorgada a la intervención quirúrgica en caso de que existan nuevos antecedentes clínicos o biopsicosociales, provistos por el equipo de atención primaria o por otro establecimiento de la red, que presenten un agravamiento de la condición biopsicosocial del paciente.
2. Oportunidad quirúrgica: coordinar con el equipo de atención primaria la gestión de la oportunidad quirúrgica de los pacientes con priorización media o baja, que probablemente deberán esperar más tiempo por su cirugía. Estas acciones podrán estar enfocadas en el manejo de heridas, dolor, control del estado metabólico o cardiovascular de pacientes con antecedentes de enfermedades crónicas y/o el manejo kinesiológico que favorezca la preparación y recuperación, con el fin de que cuando sean citados para su cirugía se encuentren en las condiciones adecuadas para ser intervenidos.
3. Controles postquirúrgicos: gestionar el agendamiento de los controles postoperatorios por el médico especialista.
4. Renovación de recetas en el postquirúrgico: gestionar el otorgamiento de recetas a los pacientes que lo requieran por parte del médico especialista que corresponda.
5. Contrarreferencia: gestionar la derivación del paciente que haya sido dado de alta al establecimiento de nivel primario de salud que le corresponda, enviando la información necesaria para su tratamiento y rehabilitación.

---

13. En aquellos establecimientos donde no existan equipos prequirúrgicos, es importante que existan horas protegidas de profesionales de la salud, como enfermeras/os, matronas/es u otros, y algún administrativo/a que puedan abordar las acciones propuestas por el modelo.



## 6.4 • Gestión y coordinación de los equipos de trabajo

La gestión del cambio que implica la implementación del modelo propuesto necesita líderes o lideresas con características que deberían estar presentes de manera transversal 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:

- Manejo de indicadores estadísticos relevantes, con el fin de planificar estrategias para poder cumplirlos.
- Conocimiento de normativas y protocolos ministeriales atinentes, para entregar una atención acorde a ese estándar de calidad o en su defecto poder gestionar los recursos necesarios para lograrla.
- Instauración de reuniones de equipo planificadas con todos los estamentos donde se comparta información sobre el funcionamiento de la unidad, entre otros temas, con el fin de reconocer los problemas como propios y buscar soluciones en conjunto.
- Realizar retroalimentaciones al personal a cargo, siempre respetuosas y con la finalidad de lograr una mejora continua.
- Realizar reuniones de coordinación con otros equipos que trabajan de forma complementaria con su unidad, con el fin de buscar soluciones a los problemas comunes que los aquejan.
- Establecer formalmente la ejecución de tareas básicas y fundamentales para el funcionamiento de la unidad, como la priorización de solicitudes de interconsultas por personas designadas para esto con horarios protegidos para su ejecución o la notificación oportuna de inasistencias, vacaciones o solicitud de días libres para no impactar negativamente en el funcionamiento de la unidad.
- Velar por un adecuado flujo de la información dentro del equipo de trabajo.
- Procurar que el equipo reciba las inducciones y capacitaciones adecuadas para asegurar su correcto desempeño laboral, por ejemplo, respecto al uso de las plataformas informáticas del centro de salud.
- Procurar ambientes laborales adecuados, por ejemplo, a través de la contribución a la resolución de problemas mediante un rol activo y facilitador, velando además por la existencia de cargas laborales adecuadas y equitativas en los integrantes de su equipo, con el fin de que puedan realizar sus labores de forma adecuada y que se resguarde su salud psicolaboral.



# Síntesis: las claves de un modelo de optimización para el mejor manejo de listas de espera



Los largos tiempos de espera se han transformado en una causa común de insatisfacción tanto para pacientes como para equipos de salud. Los tiempos de espera se han ido adoptando como un indicador de desempeño clave para los sistemas de salud, especialmente en países de ingresos medios y altos, buscando fomentar un mejor desempeño de las unidades de salud a partir de la reducción de las demoras evitables.

Entre las estrategias más promisorias de manejo de las 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, innovando en los mecanismos de triaje en la categorización del riesgo clínico de los pacientes y monitoreando activamente la relación entre la oferta de recursos asistenciales disponibles y la demanda poblacional para una mejor asignación.

Los sistemas de referencia desde niveles de menor a otros de mayor complejidad son claves en el manejo del flujo de pacientes y en la oportunidad de la atención efectivamente entregada. Como se vio tempranamente en el diagnóstico que sirvió de base a esta propuesta, la comparación de la navegación real de los pacientes entre los distintos niveles de la red asistencial con los flujos definidos teóricamente muestra diferencias importantes. Los sistemas de manejo y derivación de pacientes se alteran debido a la persistencia de varios focos de ineficiencia en el proceso. Sin duda, los problemas de infraestructura, la falta de equipos e insumos y principalmente los déficits de recursos humanos calificados son factores críticos que aportan grandemente a la congestión de la demanda. Sin embargo, la discrecionalidad en la aplicación de criterios de valoración del riesgo, priorización de la atención y derivación de pacientes afecta sustantivamente el funcionamiento de los sistemas.

Las lecciones aprendidas de la experiencia internacional 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 en la red asistencial. Y, por otro lado, enfocando la atención en aspectos relacionados con la gestión.

Sobre estos últimos, 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, mediante la conformación de equipos clínicos de alto desempeño y la corrección del flujo de pacientes a partir de procedimientos mejorados de gestión. En síntesis, dada la importancia de combinar gestión con financiamiento, dentro de la primera es imperativo considerar centralmente el viaje del paciente por la ruta de la atención. Comprender el flujo de pacientes y diseñar el proceso de atención en torno a los usuarios, implica en último término proponer modelos ajustados de gestión del servicio de salud.



Las metodologías de corrección de flujos pueden ayudar a las unidades de salud a cumplir con el objetivo de brindar atención oportuna y efectiva. Para esto es imprescindible entender cuál es el flujo de los pacientes en el nivel secundario de la atención, cuando se aprestan a recibir la atención de un especialista. El ejercicio que se llevó a cabo como punto de partida para proponer un modelo de optimización de la gestión tuvo precisamente ese propósito.

La gestión de los pacientes está fuertemente influida por los criterios de categorización utilizados, siendo la antigüedad del origen de las interconsultas (que lleva a atender primero a los que llevan más tiempo esperando) y el riesgo clínico (que lleva a atender primero a los más urgentes) dos criterios que no siempre coexisten integrada y racionalmente dentro del sistema de racionalización de horas para agendar consultas de ingreso y de control.

De otro lado, las interacciones del sistema de salud con los pacientes deberían producirse por canales de doble vía, existiendo información actualizada de contacto de los usuarios y puntos de referencia conocidos en las unidades de salud para la gestión ágil de procesos y procedimientos. 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 en función del estado de salud informado más recientemente, y actualiza la solicitud de los exámenes que son necesarios para las consultas con los especialistas, minimizando los momentos de contacto entre los equipos administrativos y de gestión clínica con los usuarios pero aumentando su eficacia.

Además de la comunicación, los mecanismos y frecuencia de contacto con los pacientes son claves para su seguimiento. Más todavía en el caso de aquellas personas que, por su condición clínica (con ciertas patologías o condiciones de base, por ejemplo) o por su vulnerabilidad social, requieren de un acompañamiento más cercano para orientarles en su navegación por la red.

Todas estas consideraciones deberían ser adaptadas en cada unidad de salud y, dentro de éstas, en cada especialidad. Por lo tanto, las oportunidades de optimización señalizan los momentos clave de la gestión de procesos y personas en el continuo de la provisión del cuidado. Sin embargo, deben concretarse en función de las particularidades clínicas de las especialidades y centros hospitalarios.

Por ejemplo, dado que estos exámenes varían de una especialidad a otra, se propone definir, en conjunto con el equipo médico de la especialidad, una pauta que contenga los exámenes mínimos con los que debe acudir un paciente a su primera consulta y su vigencia, considerando los diagnósticos más comunes por los cuales se deriva. Aquí la clave no es estandarizar los exámenes que deberían pedirse como prerrequisito a todos los pacientes,



sino el hecho de asignar a alguno de los roles dentro del equipo de salud la tarea de contactar a los pacientes antes de su consulta con el especialista para verificar disponibilidad y vigencia de exámenes solicitados.

La implementación de un modelo optimizado de gestión de pacientes y procedimientos en cada especialidad de los establecimientos secundarios de atención requiere, en definitiva, de una coordinación eficiente de las consultas de ingreso, controles, contrarreferencias y derivación a prequirúrgico. Más importante todavía, este modelo requiere de una visión compartida sobre las ganancias potenciales en eficiencia relacionadas con cambios que en teoría son accionables sin necesidad de nuevos recursos.

El modelo del que dan cuenta los capítulos 5 y 6 de este documento es la construcción general del flujo corregido de pacientes y prácticas sujetas a optimización. Su implementación en tres hospitales de dos especialidades en dos servicios de salud del área metropolitana de Santiago da cuenta de las necesarias adaptaciones de la propuesta en función de las características de las unidades de salud y sus especialidades. La descripción de estas experiencias de implementación se detalla en otro documento de esta serie, así como los resultados mostrados por su evaluación.



# 8

## Referencias



- Ali, L, Wallström, S, Fors, A, Barenfeld, E, Fredholm, E, Fu, M, Goudarzi, M, Gyllensten, H, Lindström Kjellberg, I, Swedberg, K, Vanfleteren, L.EGW, y Ekman, I. Effects of Person-Centered Care Using a Digital Platform and Structured Telephone Support for People With Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Chronic Heart Failure: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 2021 Dec 13;23(12):e26794. doi: 10.2196/26794. PMID: 34898447; PMCID: PMC8713094.
- Bachelet, VC, Goyenechea, M, y Carrasco, VA. 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.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2021). Documento de Marco Sectorial de Salud. Sector Social. División de Protección Social y Salud. Washington, D.C.
- Berntsen, GKR, Dalbakk, M, Hurley, JS, Bergmo, T, Solbakken, B, Spansvoll, L, Bellika, JG, Skrøvseth, SO, Brattland, T, Rumpsfeld, M. Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2019 Oct 3;19(1):682. doi: 10.1186/s12913-019-4397-2. PMID: 31581947; PMCID: PMC6777026.
- Breton, M, Smithman, MA, Sasseville, M, Kreindler, SA, Sutherland, JM, Beauséjour, M, Green, M, Marshall, EG, Jbilou, J, Shaw, J, Brousselle, A, Contandriopoulos, D, Crooks, VA, y Wong, ST. How the design and implementation of centralized waiting lists influence their use and effect on access to healthcare - A realist review. *Health Policy.* 2020 Aug;124(8):787-795. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.05.023. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32553740.
- Cuadrado, C, Estay, R, Crispi, F, Gonzalez, F, Alvarado, F, y Cabrera, N. (2018). Desde el conflicto de listas de espera, hacia el fortalecimiento de los prestadores públicos de salud: una propuesta para Chile. *Cuadernos médicos-sociales.* 57.



- De Batlle, J, Massip, M, Vargiu, E, Nadal, N, Fuentes, A, Ortega Bravo, M, Miralles, F, Barbé, F, Torres, G, y CONNECARE-Lleida Group. Implementing Mobile Health-Enabled Integrated Care for Complex Chronic Patients: Intervention Effectiveness and Cost-Effectiveness Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2021 Jan 14;9(1):e22135. doi: 10.2196/22135. PMID: 33443486; PMCID: PMC7843204.
- Fiorio, CV, Gorli, M, Verzillo, S. Evaluating organizational change in health care: The patient-centered hospital model. *BMC Health Serv Res*. 2018 Feb 8;18(1):95. doi: 10.1186/s12913-018-2877-4. PMID: 29422045; PMCID: PMC5806258.
- Finkenstädt, V. Dealing with waiting times in health systems – an international comparative overview. *Gesundheitswesen*. 2015;77(10):768–74.
- 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.
- Harding KE, Snowdon DA, Prendergast L, Lewis AK, Kent B, Leggat SF, Taylor NF. Sustainable waiting time reductions after introducing the STAT model for access and triage: 12-month follow up of a stepped wedge cluster randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2020 Oct 21;20(1):968. doi: 10.1186/s12913-020-05824-z. PMID: 33087110; PMCID: PMC7579912.
- Kreindler SA. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *Br Med Bull*. 2010;95:7-32. doi: 10.1093/bmb/ldq014. Epub 2010 May 10. PMID: 20457662.



- Kuipers SJ, Nieboer AP, Cramm JM. Making care more patient centered; experiences of healthcare professionals and patients with multimorbidity in the primary care setting. *BMC Fam*
- Lee M, Martin-Carroll M, von Mollendorff W, Condon C, Kavanagh M, Thomas S. Common patterns in the public reporting of waiting time and waiting list information: Findings from a sample of OECD jurisdictions. *Health Policy*. 2021 Aug;125(8):1002-1012. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.05.013. Epub 2021 Jun 23. PMID: 34162489.
- Lewis AK, Harding KE, Snowdon DA, Taylor NF. Reducing wait time from referral to first visit for community outpatient services may contribute to better health outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018 Nov 20;18(1):869. doi: 10.1186/s12913-018-3669-6. PMID: 30458761; PMCID: PMC6245820.
- McIntyre D, Chow CK. Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *Inquiry*. 2020 Jan-Dec;57:46958020910305. doi: 10.1177/0046958020910305. PMID: 32349581; PMCID: PMC7235968.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2020) Criterios Técnicos para Programación Red Salud Digital. Anexo 26. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/ANEXO-26-Telemedicina-7-12.docx>.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2012). Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Santiago.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2019). Orientaciones para la planificación y programación en red 2020. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago.
- Pract*. 2021 Apr 9;22(1):70. doi: 10.1186/s12875-021-01420-0. PMID: 33836652; PMCID: PMC8035730.
- Poitras ME, Maltais ME, Bestard-Denommé L, Stewart M, Fortin M. What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2018 Jun 14;18(1):446. doi: 10.1186/s12913-018-3213-8. PMID: 29898713; PMCID: PMC6001147.
- Rathnayake D, Clarke M. The effectiveness of different patient referral systems to shorten waiting times for elective surgeries: systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2021 Feb 17;21(1):155. doi: 10.1186/s12913-021-06140-w. PMID: 33596882; PMCID: PMC7887721.



- Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect.* 2018 Apr;21(2):429-440. doi: 10.1111/hex.12640. Epub 2017 Nov 19. PMID: 29151269; PMCID: PMC5867327.
- Stanhope V, Matthews EB. Delivering person-centered care with an electronic health record. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2019 Aug 22;19(1):168. doi: 10.1186/s12911-019-0897-6. PMID: 31438960; PMCID: PMC6704707.
- Strömblad CT, Baxter-King RG, Meisami A, Yee SJ, Levine MR, Ostrovsky A, Stein D, Iasonos A, Weiser MR, Garcia-Aguilar J, Abu-Rustum NR, Wilson RS. Effect of a Predictive Model on Planned Surgical Duration Accuracy, Patient Wait Time, and Use of Presurgical Resources: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2021 Apr 1;156(4):315-321. doi: 10.1001/jamasurg.2020.6361. PMID: 33502448; PMCID: PMC7841577.
- Tello, C; Fulgueiras, M; Riveros, S; Parra, J; 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.
- 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.
- Uittenbroek RJ, van der Mei SF, Slotman K, Reijneveld SA, Wynia K. Experiences of case managers in providing person-centered and integrated care based on the Chronic Care Model: A qualitative study on embrace. *PLoS One.* 2018 Nov 15;13(11):e0207109. doi: 10.1371/journal.pone.0207109. PMID: 30439971; PMCID: PMC6237343.
- van Ginneken E, Reed S, Siciliani L, Eriksen A, Schlepper L, Tille F, Zapata T. Addressing backlogs and managing waiting lists during and beyond the COVID-19 pandemic [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2022. PMID: 36800878.
- Zhao P, Yoo I, Lavoie J, Lavoie BJ, Simoes E. Web-Based Medical Appointment Systems: A Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2017 Apr 26;19(4):e134. doi: 10.2196/jmir.6747. PMID: 28446422; PMCID: PMC5425771

