



NOTA TÉCNICA N° IDB-TN-2850

Optimización de la gestión de las listas de espera en salud: tres casos de implementación en la red metropolitana de salud en Chile

Cristóbal Tello
Sara Riveros
Patricia Jara-Maleš

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Diciembre 2023



Optimización de la gestión de las listas de espera en salud: tres casos de implementación en la red metropolitana de 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, Cristobal.

Optimización de la gestión de las listas de espera en salud: tres casos de
implementación en la red metropolitana de salud en Chile / Cristóbal Tello,
Sara Riveros, Patricia Jara-Maleš.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 2850)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Public health-Chile. 2. Hospitals-Waiting lists-Chile. 3. Health facilities-
Chile. 4. Primary health care-Chile. 5. Medical care-Chile. I. Riveros, Sara. II.
Jara Maleš, Patricia. III. Banco Interamericano de Desarrollo. División de
Protección Social y Salud. IV. Título. V. Serie.
IDB-TN-2850

<http://www.iadb.org>

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

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

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

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



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/SocialProtection



Optimización de la gestión de las listas de espera en salud

Tres casos de implementación en la red metropolitana de 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

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.





Optimización de la gestión de las listas de espera en salud

Tres casos de implementación en la
red metropolitana de salud en Chile

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

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



Optimización de la gestión de las listas de espera en salud

Tres casos de implementación en la red metropolitana de salud en Chile

Cristóbal Tello, Sara Riveros y Patricia Jara-Maleš¹

Resumen²

En el marco de la cooperación técnica que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) mantiene con el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), se encomendó al Laboratorio de Innovación Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile (LIP UC) un estudio para identificar alternativas eficaces para la disminución de las listas de espera a partir de la optimización de la gestión clínica en algunas especialidades.

La primera publicación de la serie referida a esta experiencia, “Salud centrada en el paciente. Modelo de acompañamiento a personas que esperan por atención en el sistema público de salud en Chile”, entregó los resultados del análisis realizado en ese ejercicio, buscando responder la pregunta sobre dónde se interrumpe la continuidad de la atención y cómo se puede agilizar la gestión del flujo de pacientes. El documento siguiente, denominado “Determinantes de la espera por atención de especialidad: una propuesta de optimización de la gestión de las listas de espera en salud en Chile”, presentó un modelo de optimización de la gestión del cuidado para pacientes que aguardan por consultas de especialidad y procedimientos de complejidad intermedia y prequirúrgica.

El documento que se presenta a continuación da cuenta de la experiencia de implementación de ese modelo en tres pilotos que tuvieron lugar en tres unidades clínicas de dos hospitales en la región metropolitana de Santiago de Chile, compartiendo los resultados iniciales registrados durante su desarrollo. En el siguiente documento de la serie se aborda la evaluación *ex post* aplicada a estas tres experiencias, insumo con el que se espera contribuir al debate y toma de decisiones sobre cómo orientar de manera práctica la perspectiva

1. Cristóbal Tello es el subdirector de proyectos del Centro de Políticas Públicas y director del LIP UC. Sara Riveros es diseñadora e investigadora del LIP en el Centro de Políticas Públicas. Patricia Jara-Maleš 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.



de la atención centrada en el usuario. Asimismo, se busca aportar de una manera concreta a mejorar la experiencia de las personas en su tránsito por el sistema de salud a partir de una respuesta asistencial más oportuna.

Clasificación JEL: I12, I18, I31, I38.

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



Agradecimientos

Este documento forma parte de un proyecto patrocinado por el BID a través de su División de Protección Social y Salud, encabezada por Pablo Ibararán. El proyecto estuvo a cargo de Patricia Jara por el lado del Banco y de Cristóbal Tello como coordinador jefe de la implementación por el lado del LIP UC, a partir de una iniciativa conjunta del Centro de Políticas Públicas y la Escuela de Diseño de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y con el apoyo de expertos del Departamento de Salud Pública de la misma universidad.

El equipo facilitador de la experiencia de implementación del modelo de optimización de la atención en los tres pilotos realizados contó con la asesoría técnica de Gabriel Bastías y Paula Bedregal. Sara Riveros estuvo a cargo de la coordinación operativa en los establecimientos de salud, con el apoyo de las enfermeras senior Javiera González, Daniela Gómez y Vania Zarzar a cargo de la facilitación y el acompañamiento a los equipos clínicos.

El desarrollo de este estudio contó con la valiosa y activa colaboración de directivos, profesionales, técnicos y administrativos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), la Unidad de Salud Digital del SSMSO, el Hospital Padre Hurtado, y las unidades clínicas de gastroenterología y traumatología del Centro de Referencia de Salud (CRS) del Hospital Padre Hurtado. Así también, contó con la participación de directivos del Servicio de Salud Occidente (SSMOc), del Hospital San Juan de Dios y el equipo del Policlínico de Cardiología del Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) del Hospital San Juan de Dios.

Los autores han documentado esta experiencia para ponerla al servicio de tomadores de decisiones, equipos clínicos y de gestión involucrados con la administración de la salud, destacando que se trata de una mirada que pone a los pacientes en el centro del análisis del sistema. La identificación de oportunidades de mejora y las propuestas que aquí se presentan para contribuir a la continuidad de la atención reafirman una convicción: considerar la experiencia de los usuarios como un elemento central en la organización de los servicios puede aportar de manera efectiva a una mejor salud, verdaderamente accesible y con altos estándares de calidad.



Contenido

1 • Introducción	1
2 • Preparación de los equipos para estructurar la intervención	5
3 • Implementación operativa de un modelo de optimización de la gestión en tres unidades clínicas	10
3.1 • Actualización de la lista de espera	11
3.1.1 • Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera	13
3.1.2 • Comunicación con los pacientes	17
3.1.3 • Acompañamiento de pacientes prioritariosa	19
3.1.4 • Priorización y agendamiento de los pacientes	20
3.1.5 • Información a los pacientes	21
3.1.6 • Gestión de oportunidad y resolutivead de prestaciones de salud	22
3.2 • Implementación del modelo en la Unidad de Traumatología del CRS del Hospital Padre Hurtado	25
3.2.1 • Actualización de la lista de espera	27
3.2.2 • Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera	29
3.2.3 • Comunicación con los pacientes	31
3.2.4 • Acompañamiento de pacientes prioritariosa	31
3.2.5 • Priorización y agendamiento de los pacientes	31
3.2.6 • Información a los pacientes	32
3.2.7 • Gestión de oportunidad y resolutivead de prestaciones de salud	33



3.3 • Implementación del modelo en el Policlínico de Cardiología del CDT del Hospital San Juan de Dios	36
3.3.1 • Actualización de la lista de espera	37
3.3.2 • Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera	39
3.3.3 • Comunicación con los pacientes	39
3.3.4 • Priorización y agendamiento de los pacientes	41
3.3.5 • Información a los pacientes	43
3.3.6 • Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud	43
3.3.7 • Derivación directa de pacientes a subespecialidades de cardiología	45
3.3.8 • Protocolo de derivación de pacientes de baja complejidad cardiológica	46
3.3.9 • Proceso de referencia y contrarreferencia	46
3.3.10 • Pases operativos cardiológicos	48
3.3.11 • Gestión de controles	43
<hr/>	
4 • Resultados descriptivos de los pilotos	49
4.1 • Logros obtenidos por el Servicio de Gastroenterología del CRS del Hospital Padre Hurtado	50
4.2 • Logros obtenidos por el Servicio de Traumatología CRS del Hospital Padre Hurtado	50
4.3 • Logros obtenidos por el Servicio de Cardiología del Hospital San Juan de Dios	54
<hr/>	
5 • Referencias	59
<hr/>	



Introducción



Comprometido con apoyar a los países en avanzar hacia la cobertura universal de salud, el BID promueve acciones para la integración eficaz de la prestación de servicios de salud para asegurar la continuidad y la calidad de los cuidados. En ese marco, el Banco presta especial atención a aquellos cambios que contribuyan a la adecuada vinculación entre la atención primaria y otros servicios de salud, y a mecanismos de asignación de recursos en función de las necesidades y la eficacia de costos. También, apoya intervenciones que privilegien la calidad del servicio y fomenten culturas de trabajo que premien la medición, el análisis, la adaptación y la mejora del desempeño. En ese contexto, el Banco viene trabajando de la mano del MINSAL de Chile en la búsqueda de innovaciones sostenibles que contribuyan a mejorar la oportunidad de la atención y contribuyan a reducir el tiempo que las personas esperan por una atención nueva con especialistas o una intervención quirúrgica.

En el marco del proyecto de cooperación técnica del BID con el MINSAL (“Diseño e implementación de un sistema de información y acompañamiento de personas que se encuentran en lista de espera en el sistema público de salud”), a partir de la investigación desarrollada en 2019 por el LIP UC, se diseñó e implementó un modelo dirigido a informar y acompañar a las personas que esperan por una atención en el sistema de salud y a mejorar la gestión de los recursos dentro del sistema público de salud.

En una publicación anterior que hace parte de esta serie, sobre prácticas optimizadas para la gestión más eficiente de las listas de espera, se mencionaba que las medidas que se han implementado en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) para reducir las demoras en la atención por el lado de la oferta de servicios (van Ginneken et al., 2022) se pueden reducir a 5 categorías:

1. Incremento de 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, por ejemplo estableciendo una lista única de pacientes en espera, integrando los recursos de la red asistencial para reasignar horas de especialistas, camas y pabellones, y trasladando pacientes entre distintas circunscripciones de salud en función de las demandas y de las capacidades disponibles en distintos establecimientos.
3. Aumento en la infraestructura y el personal de salud, con mayor número de camas, más equipamiento e incorporación de infraestructura digital.
4. Innovación en los sistemas de pago e incentivos al desempeño, ligándolos al desempeño del proveedor.



5. Rediseño de los sistemas de provisión de servicios, mejorando mecanismos de coordinación entre niveles, reforzando la contactabilidad y acompañamiento de los pacientes, y diversificando las oportunidades y escenarios de interacción con los pacientes.

Dentro de este último grupo se inscribe el esfuerzo realizado en dos hospitales y tres especialidades de dos servicios de salud³ del área metropolitana de Santiago, de la mano del LIP UC como socio implementador y en estrecha colaboración con los equipos directivos y clínicos de los servicios y las unidades de salud involucradas en las experiencias. El objetivo fue proponerles un modelo de optimización de prácticas aprovechando las oportunidades para hacer más eficientes procesos clave en el manejo de pacientes, reduciendo sus tiempos de espera.

El modelo original contenía tres pilares:

1. Información a los usuarios, relacionada con su diagnóstico y prestaciones de salud, proceso de gestión de referencias y trazabilidad del estado de la interconsulta⁴.
2. Monitoreo del estado de salud del paciente, facilitando acceso a evaluación clínica, instancias de control y actualización del estado de salud.
3. Gestión de la atención y del cuidado, considerando solicitud, agendamiento y gestión de exámenes previos a la consulta, agendamiento de citas, gestión de exámenes y tratamientos previos a la cirugía, además de priorización de la atención y exámenes, variando en la intensidad de la gestión según la necesidad de apoyo que presentara el usuario.

A finales de abril de 2020, producto del contexto pandémico, los establecimientos de salud secundaria se encontraban prácticamente sin atenciones en la mayoría de los servicios de salud y los Centros de Salud Familiar (CESFAM), que son las principales vías de ingreso de pacientes a listas de espera por atenciones de especialidad. Casi no estaban

3. En el diseño del sistema público de salud de Chile, los servicios de salud son las entidades responsables de articular, gestionar y desarrollar la red asistencial correspondiente para la provisión de la atención a los usuarios. Los servicios son funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus obligaciones. Dependen administrativamente del MINSAL, quien mantiene para sí la función de rectoría y, por tanto, dicta las políticas, normas, planes y programas que los servicios deben implementar. La red asistencial de cada servicio de salud corresponde a un conjunto de unidades y centros de salud. La red de cada servicio se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un territorio específico y con población a cargo. Además, la red contempla otros niveles de mayor complejidad que sólo reciben referencias desde esos establecimientos de salud de la atención primaria, principalmente los CESFAM.

4. Se refiere a la derivación de un paciente por parte del médico o profesional tratante a otro profesional, tanto para ofrecer una atención complementaria para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, como para profundizar en el análisis y prescripción clínica en un nivel de resolución de mayor complejidad.



generando interconsultas. En este escenario, se analizó la alternativa de modificar el diseño original, poniendo foco en el nivel secundario y privilegiando el uso de canales remotos de acompañamiento y atención de pacientes. En conjunto con la Unidad de Salud Digital del SSMSO, el equipo de telemedicina del Servicio y parte del equipo directivo del CRS5 del Hospital Padre Hurtado de San Ramón ajustaron el modelo inicial para implementarlo en la especialidad de gastroenterología de este CRS.

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

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

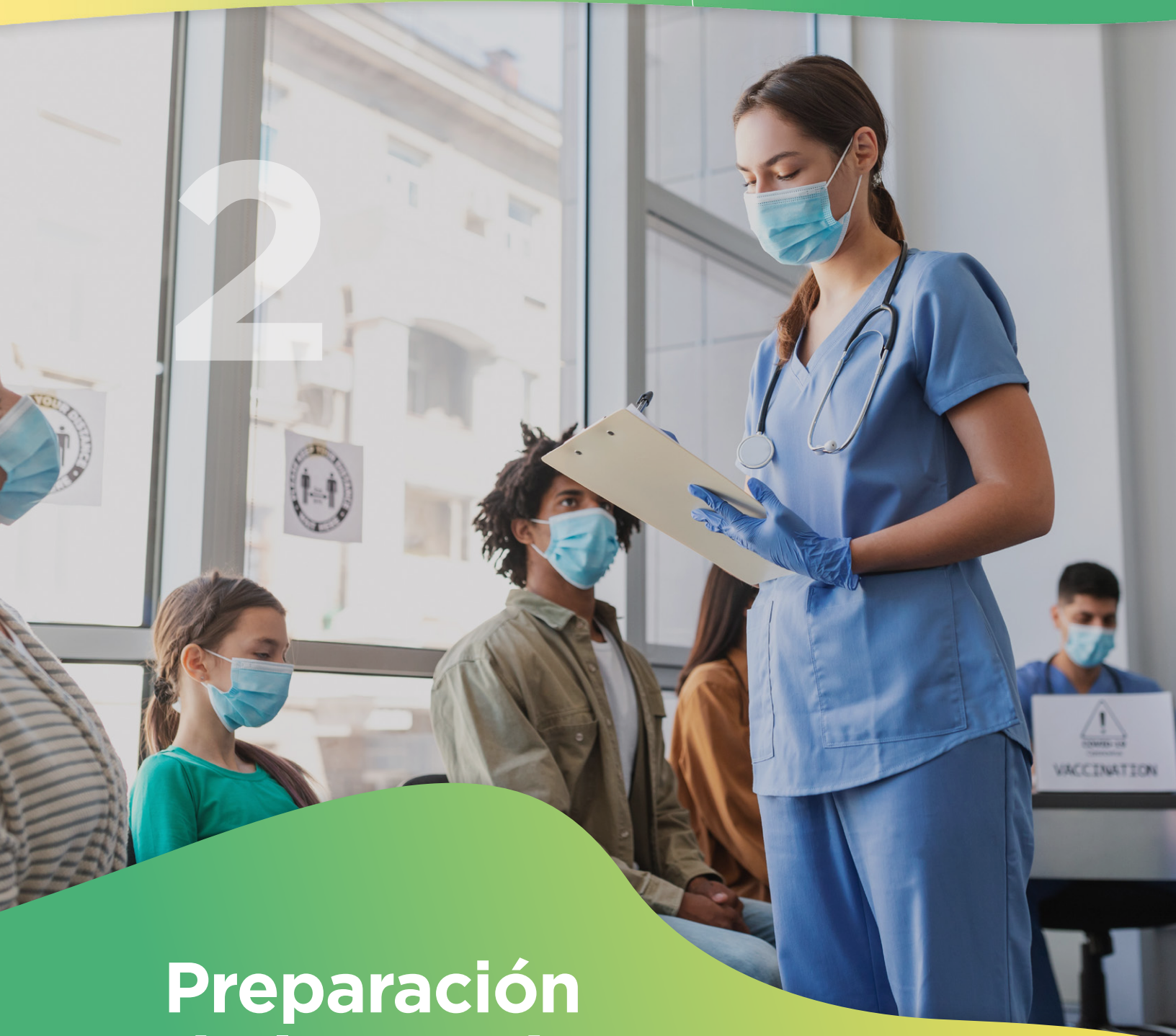
El presente documento expone con detalle la experiencia de implementación del modelo en los distintos establecimientos de salud, los procesos llevados a cabo, las estadísticas de desempeño y los resultados preliminares en cada establecimiento.

5. La atención ambulatoria de especialidad es un nivel resolutivo intermedio entre la atención primaria de salud y la atención cerrada de los hospitales. Los CRS son establecimientos de atención abierta de mediana complejidad, que proporcionan atención de tipo diagnóstico y terapéutico a pacientes referidos por los centros de salud del primer nivel de atención o por los servicios de urgencia mediante interconsulta. Ofrecen atención en especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y cirugía, además de otras especialidades que suelen ser de alta demanda ambulatoria.



2

Preparación de los equipos para estructurar la intervención





El modelo propuesto fue denominado como de acompañamiento de pacientes y gestión de los cuidados, para poner énfasis en la identificación de oportunidades de mejora en la gestión que permitan a los equipos disminuir el costo transaccional en el manejo del flujo de pacientes. Para lograrlo, es esencial la conformación de un equipo de gestión que implemente el modelo en cada especialidad de los establecimientos de atención secundaria, con el fin de que coordine la ejecución eficiente de las consultas de ingreso, controles, contrarreferencias y derivación a prequirúrgico. Este equipo debería estar conformado por el(la) médico jefe de la unidad, el(la) médico priorizador⁶ de la unidad, enfermeras, matrones, kinesiólogos u otros profesionales de la salud que puedan gestionar la especialidad, algún personal administrativo de soporte y técnicos en enfermería de nivel superior (TENS).

Los roles al interior de este equipo se deberían organizar asegurando el cumplimiento de las siguientes funciones que son críticas para el manejo del flujo de pacientes⁷:

1. Tamizaje de casos más graves: gestionar, con base en 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.

6. El médico o profesional priorizador es el referente clínico que valida la pertinencia de la interconsulta y le asigna prioridad. Si es necesario, puede derivar esa interconsulta a otra especialidad o a otro establecimiento.

7. Este modelo puede ser aplicado también al proceso quirúrgico. En diversos establecimientos de salud del nivel terciario chileno se han creado equipos o unidades prequirúrgicas, cuyo objetivo es gestionar la atención del paciente en la etapa previa a la cirugía, facilitando la realización de exámenes, evaluaciones por especialistas y 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. En aquellos establecimientos donde no existan equipos prequirúrgicos, es importante que existan horas protegidas de profesionales de la salud, como enfermeras/os, matrones/es u otros, y algún administrativo/a que puedan abordar las acciones propuestas por el modelo.

En el esfuerzo por coordinar una respuesta asistencial integrada, mientras el foco en la creación de un equipo de alto desempeño para la identificación y aprovechamiento de oportunidades de optimización de la gestión de pacientes está puesto en el nivel secundario, se deben identificar medidas que se puedan implementar complementariamente en los otros niveles. En este caso, las unidades de especialidad pueden integrar las medidas de optimización de flujos con la etapa prequirúrgica y quirúrgica.

Para asegurar la oportunidad quirúrgica es necesario coordinar con el equipo de atención primaria la gestión de los pacientes con priorización media o baja, quienes deberán esperar más tiempo por su cirugía. Esas acciones podrían estar enfocadas en el manejo de heridas, dolor, control del estado metabólico o cardiovascular de pacientes con antecedentes de enfermedades crónicas y el manejo kinesiológico que favorezca la preparación y recuperación del paciente en espera. De esta forma, cuando sea citado para su cirugía, el paciente se encontrará en las condiciones adecuadas para ser intervenido. Para los controles postquirúrgicos se debe gestionar el agendamiento de los controles postoperatorios por el médico especialista, así como la renovación de recetas en el postquirúrgico y 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.



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 podrían considerar otras condiciones que otorguen preferencia según especialidad, como la necesidad de pases médicos para cirugías.
3. Actualización de la priorización: poner al día 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: definir la batería de exámenes y procedimientos, según patologías o sospechas diagnósticas más frecuentes, que son útiles de tener en una primera atención. En la gestión previa a la atención médica se debería indagar sobre esto, consultando al paciente si dispone de estos exámenes y si están vigentes. Si no es así, se le deberán solicitar para que el médico especialista pueda tenerlos a la vista 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, ya sea en forma presencial o remota.
6. Agendamiento: gestionar la programación de citas de los pacientes, tanto para atenciones de primera consulta como de 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 un establecimiento de este nivel o que haya sido dado de alta, proporcionando la información necesaria para su atención.



Este proceso debe ir acompañado de una adecuada gestión del cambio, condición imprescindible para instalar un modelo de optimización. Para ello, es fundamental asegurar un manejo adecuado y oportuno de información y el desarrollo de actividades fundamentales para que la unidad funcione de forma articulada y con pleno conocimiento de las condiciones asociadas al desempeño de los distintos roles, pero enfocados desde la lógica del tránsito del paciente por la red. Esto significa contar con:

- Manejo de indicadores estadísticos relevantes, con el fin de planificar estrategias para poder cumplirlos.
- Conocimiento de normativas y protocolos ministeriales, para entregar una atención acorde a ese estándar de calidad o, en su defecto, 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.
- Retroalimentaciones al personal a cargo, siempre respetuosas y con la finalidad de lograr una mejora continua.
- 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 deben enfrentar.
- Marco formal para 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.
- Flujo adecuado de la información dentro del equipo de trabajo.
- Inducciones y capacitaciones adecuadas para asegurar su correcto desempeño laboral (por ejemplo, respecto al uso de las plataformas informáticas del centro de salud).
- 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 del equipo, con el fin de que puedan realizar sus labores de forma adecuada y que se resguarde su salud psicolaboral).



El modelo genérico de gestión del cuidado y acompañamiento de pacientes que están esperando por atención de especialidad fue pensado para relevar las rutinas, tareas, procedimientos y puntos de interacción con los usuarios, con el fin de agilizar atenciones y reducir tiempos de atención. La implementación aplicada en cada piloto y cómo se adaptó cada uno de éstos a la realidad de cada centro de salud es lo que se relata en la siguiente sección de este documento, detallando acciones en torno a:

- a. Actualización de la lista de espera
- b. Monitoreo del estado de salud de los pacientes durante la espera
- c. Comunicación con los pacientes
- d. Acompañamiento de pacientes prioritarios
- e. Priorización y agendamiento de los pacientes
- f. Información a los pacientes
- g. Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud



3

Implementación operativa de un modelo de optimización de la gestión en tres unidades clínicas



3.1 • Implementación del modelo en la Unidad de Gastroenterología del CRS del Hospital Padre Hurtado

El servicio de gastroenterología del CRS del Hospital Padre Hurtado⁸ contaba, al inicio de la intervención, con un equipo de cinco médicos especialistas, una enfermera responsable de la gestión y una administrativa. Sin embargo, estas últimas realizaban sus funciones tanto en gastroenterología como en otras cinco especialidades del centro de salud, implicando una gran carga laboral. Por esto, las funciones descritas a continuación fueron realizadas por una enfermera contratada por 44 horas con ocupación exclusiva dispuesta por el proyecto y bajo la supervisión del equipo facilitador del LIP UC, junto a una TENS en modalidad de teletrabajo facilitada por el CRS del Hospital Padre Hurtado para apoyar en la implementación.

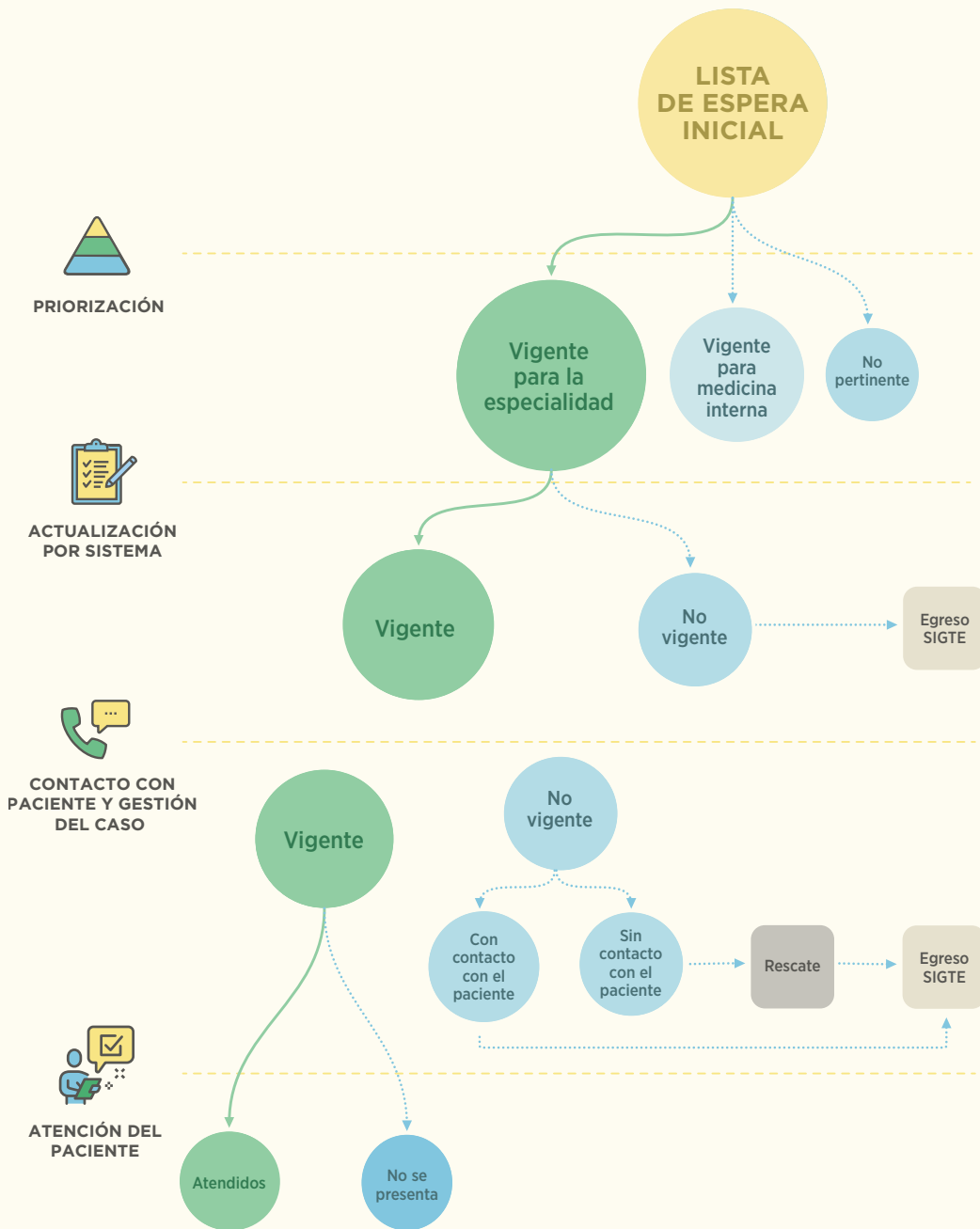
Al trabajo de este equipo de enfermería se sumó el médico jefe de la especialidad y un médico priorizador. Además, hubo asistencia constante del equipo de gestión del CRS, que aportó la información necesaria para trabajar y orientó en el funcionamiento del establecimiento.

8. El CRS del Hospital Padre Hurtado depende del SSMSO y tiene a su cargo la administración de la red de establecimientos de salud ubicados en las comunas de Puente Alto, La Florida, San Ramón, La Granja, La Pintana, San José de Maipo y Pirque. Las comunas de Puente Alto y La Florida se cuentan entre las que concentran más población en el país. El Hospital Padre Hurtado atiende a más de 400.000 usuarios que residen en las comunas de La Granja, La Pintana y San Ramón.



FIGURA 1

FLUJO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE OPTIMIZACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA Y EL PROCESO DE GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA HASTA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE



Fuente: elaboración propia.



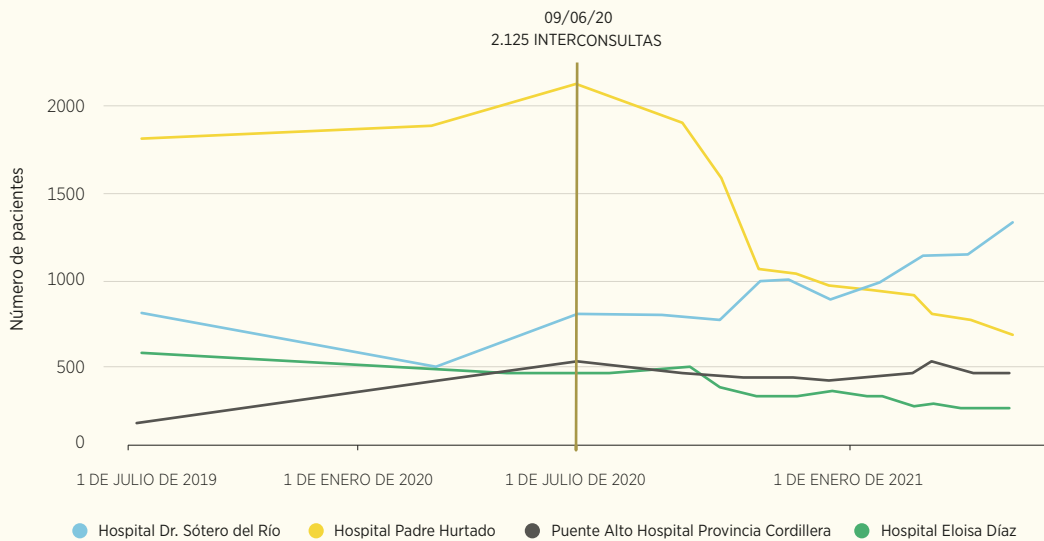
A continuación, se describen las actividades realizadas en la especialidad desde junio del 2020, según los componentes del modelo propuesto.

3.1.1 • Actualización de la lista de espera

El 9 de junio de 2020 se inicia la implementación de este piloto con un total de 2.125 solicitudes de interconsultas no GES pendientes de resolver, con una antigüedad desde el año 2013 (figura 2). En ese momento el CRS del Hospital Padre Hurtado presentaba la lista de espera de la especialidad de gastroenterología más abultada del SSMSO.

FIGURA 2

LISTA DE ESPERA PARA CONSULTAS NUEVAS DE ESPECIALIDAD (CNE) DE GASTROENTEROLOGÍA DE HOSPITALES DE LA RED DEL SSMSO



Fuente: Unidad de Salud Digital del SSMSO, 2021



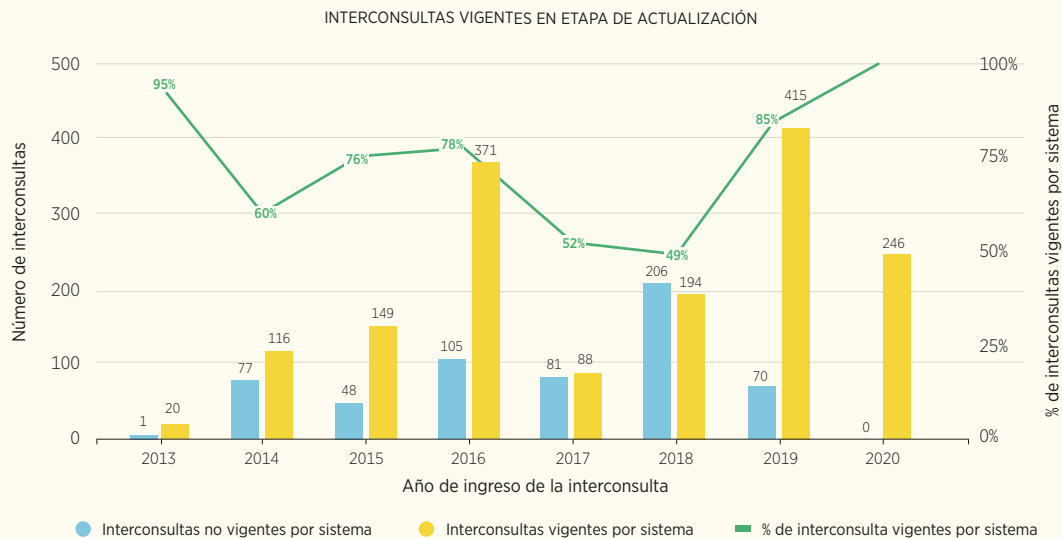
Con esta información, se procedió a realizar las siguientes acciones para efectuar la primera actualización administrativa de la lista de espera:

- Revisión de las distintas bases de datos disponibles y recopilación de todas las solicitudes de interconsulta existentes
- Cruce de información para obtener el total de solicitudes
- Identificación de las interconsultas que podían ser egresadas administrativamente por duplicidad, atenciones ya realizadas, cambio de prestador de salud o fallecimiento, bajo la normativa del MINSAL
- Gestión de egreso de las interconsultas del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)⁹ del MINSAL

Luego de esta actualización se obtuvieron distintos porcentajes de vigencia por año de las interconsultas ingresadas, que fluctuaron entre 49 y 95% según lo detallado en el gráfico 1.

GRÁFICO 1

VIGENCIA DE INTERCONSULTAS INGRESADAS A LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA LUEGO DE ACTUALIZACIÓN POR SISTEMA (ADMINISTRATIVA)



Fuente: elaboración propia (corte al 30/6/21).

9. Se trata de la plataforma a través de la cual los servicios de salud y los establecimientos de la red deben informar sus listas de espera para CNE, consultas de control de especialidad, procedimientos e intervenciones quirúrgicas.



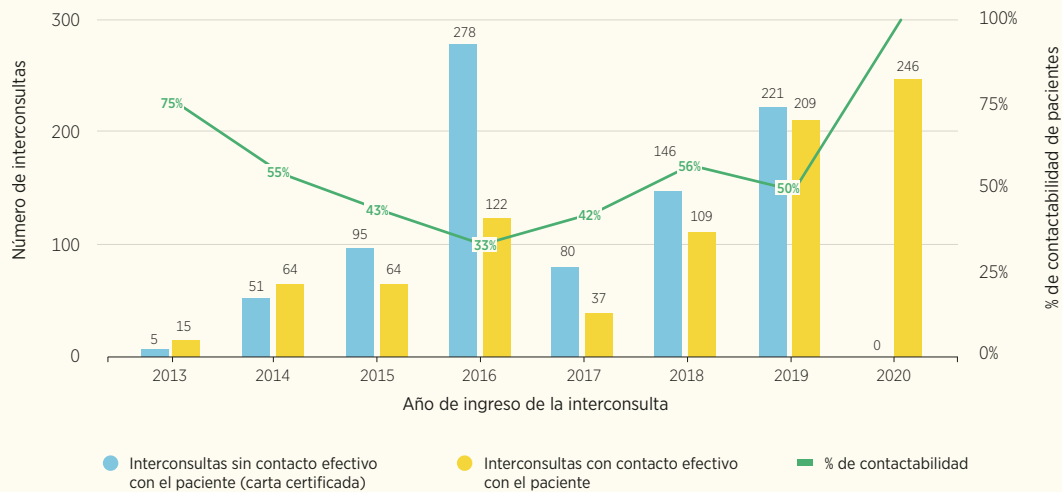
La segunda actualización se realizó a través del contacto telefónico con los pacientes, con el fin de corroborar su necesidad de ser atendidos.

La contactabilidad fue medida a través de la comunicación telefónica efectiva realizada por la TENS del equipo, encargada de efectuar el primer filtro de actualización directamente con el paciente. Esto se realizó siguiendo los protocolos del MINSAL, mediante tres llamadas telefónicas a cada uno de los números de contacto disponibles, en tres días y tres horarios diferentes. Cuando este contacto no se lograba, se procedía al envío de una carta certificada al paciente comunicando la situación, cuyo plazo de respuesta eran 90 días (según la norma ministerial).

Según lo observado en el gráfico 2, el porcentaje de contactabilidad fue de aproximadamente el 50%. Es decir, se logró la comunicación telefónica con la mitad de las personas en espera de una atención de especialidad de gastroenterología.

GRÁFICO 2

PORCENTAJE DE CONTACTABILIDAD TELEFÓNICA EN LLAMADO REALIZADO POR TENS PARA ACTUALIZAR LISTA DE ESPERA DE GASTROENTEROLOGÍA, SEGÚN AÑO DE GENERACIÓN DE LA SOLICITUD DE INTERCONSULTA



Fuente: elaboración propia (corte al 30/6/21).



La dificultad para lograr una contactabilidad telefónica eficaz podría estar relacionada con el cambio constante de números telefónicos en los pacientes de sectores más vulnerables. Esto puede deberse a la conveniencia de comprar un nuevo chip para su equipo por sobre la contratación de un plan de telefonía móvil y el consecuente mantenimiento de su número. Otras causas posibles incluyen la costumbre de no contestar a números desconocidos al asociarlos, por ejemplo, con instituciones de cobranza. También, la falta de protocolos de actualización periódica de información de contacto en los distintos niveles de atención de salud, junto con la ausencia de una base de datos única donde todas las entidades públicas puedan aportar actualizando la información de los pacientes.

La baja contactabilidad produjo un impacto en el proceso de actualización de la lista de espera. En el equipo, por la carga laboral que implica intentar comunicarse con los pacientes en varias oportunidades. En términos económicos, ya que a los pacientes no contactados telefónicamente se les debe intentar ubicar mediante cartas certificadas o visitas domiciliarias, lo que implica un costo adicional para el CRS. Y para el usuario, ya que al no ser ubicado su interconsulta es egresada del sistema no habiendo sido evaluado.

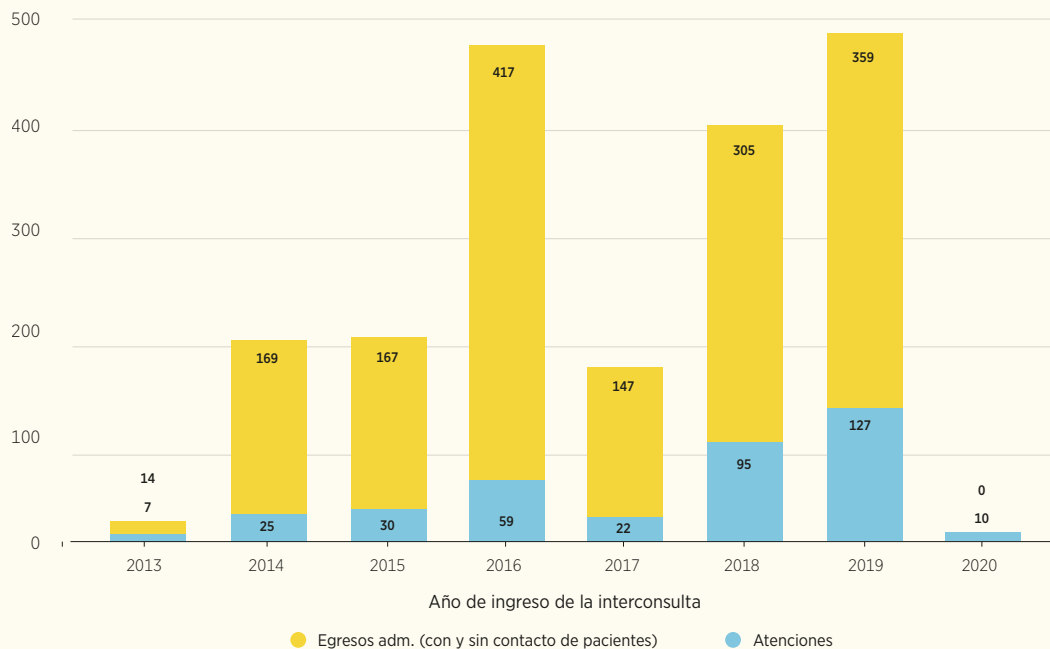
Cuando la TENS lograba contactarse telefónicamente con el paciente, le consultaba si aún tenía la necesidad de ser atendido y actualizaba su información de contacto con base en un cuestionario preestablecido. También podían generarse nuevos egresos con causal administrativa debido al rechazo del paciente de la atención ofrecida sin dar motivos o por presentar mejoría espontánea, haberse tratado de forma externa (particular), haberse trasladado a un domicilio fuera de la jurisdicción del centro de salud, haber cambiado de prestador de salud o haber fallecido. En las situaciones antes descritas, la enfermera realizaba la gestión correspondiente para el egreso del SIGTE y en los casos de cambio de domicilio se podía gestionar el traslado a su nuevo centro de salud de referencia.

Luego de la actualización de la lista de espera mediante la revisión de bases de datos y a través de los intentos de comunicación con los pacientes, fue posible egresar del SIGTE aproximadamente 80% de las interconsultas por causa administrativa (con o sin contacto telefónico). Así, quedaron solo 20% de las solicitudes disponibles para ser atendidas por el especialista y ser egresadas por causal médica (Gráfico 3).



GRÁFICO 3

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



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

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

En un segundo llamado, realizado por la enfermera a los pacientes que aceptaban la solicitud de interconsulta, se efectuaba una evaluación clínica a través de la aplicación de un cuestionario actualizando su estado de salud. Esto permitía detectar agravamientos y repriorizar la necesidad de atención en caso de ser necesario; de acuerdo con una pauta elaborada por el equipo de médicos de la Unidad. También se les facilitaba a los pacientes un número telefónico y un correo electrónico de contacto directo.

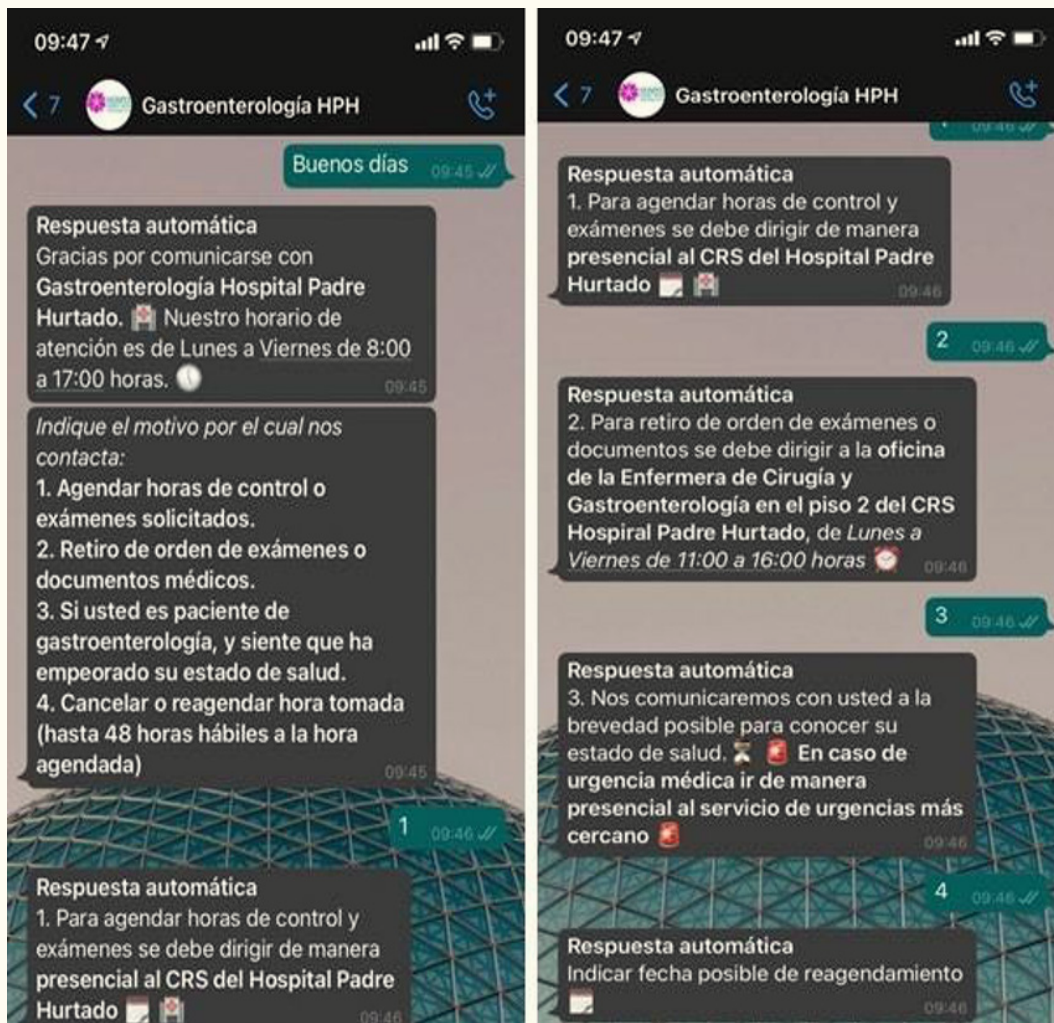
Luego de esta llamada y durante la espera de la atención médica, el paciente podía contactarse con la enfermera de la especialidad mediante la aplicación de WhatsApp Business



(figura 3) o correo electrónico para notificar sobre algún cambio en su estado de salud que pueda ameritar revisión, entre otros, lo que era evaluado por la profesional.

FIGURA 3.

IMÁGENES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO DE WHATSAPP BUSINESS EN LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO



Fuente: elaboración propia.

Con la articulación de los niveles de salud se puede hacer un mayor seguimiento del estado de salud de los pacientes y comunicar los cambios atinentes para poder acelerar los procesos de atención.



3.1.3 • Comunicación con los pacientes

Como se mencionó anteriormente, se le facilitaron al paciente dos medios de contacto con la Unidad, de respuesta no inmediata. Esto se decidió luego de utilizar primeramente el canal telefónico, a través del cual se generó una gran cantidad de llamadas, muchas no pertinentes, dificultando el trabajo de la enfermera a cargo de la implementación. Frente a esto se bloqueó el ingreso de llamadas y se implementó el uso de la aplicación WhatsApp Business para intercambiar información, con un menú ajustado a las demandas de los pacientes y con un bajo requerimiento de uso de parte de la enfermera (figura 6). A través de este canal los usuarios podían notificar inasistencias a sus citas, conocer la forma de agendar horas de control médico o de exámenes, avisar sobre cambios en su número telefónico y notificar un empeoramiento de su estado de salud¹⁰.

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

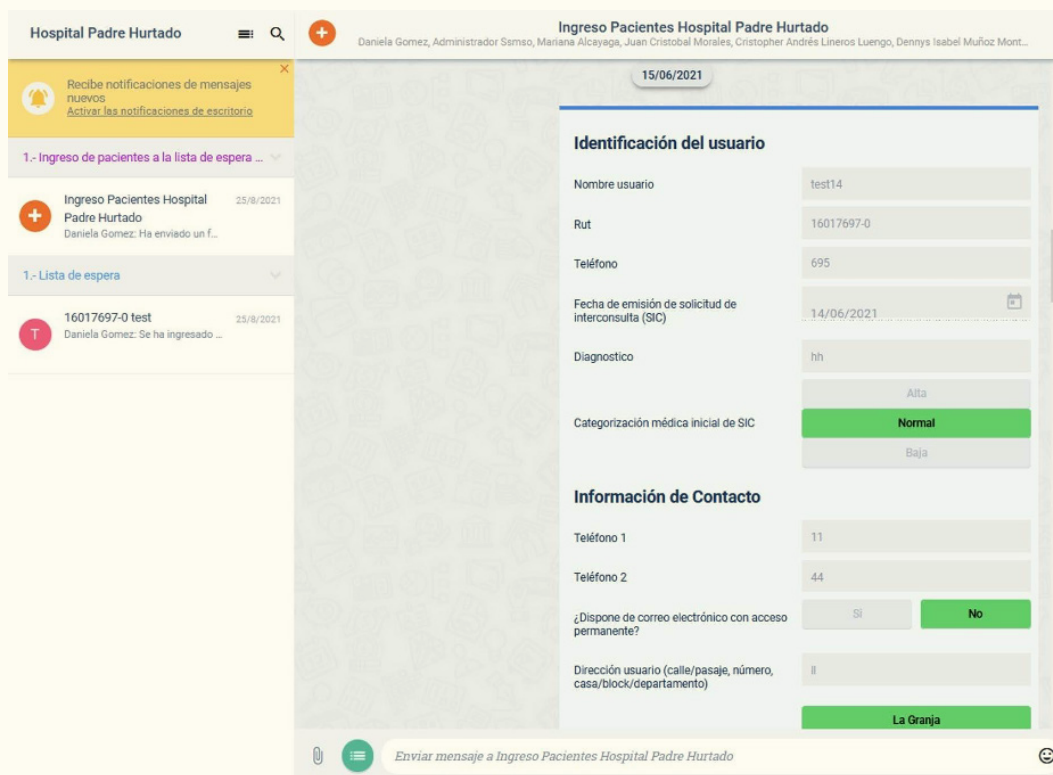
Se buscó contribuir a la comunicación con los pacientes a través de la implementación de la herramienta Cotalker de forma articulada en los distintos niveles de salud. Para esto, se compartían los datos de contacto actualizados del paciente tanto al generarse su interconsulta como cada vez que éste notificara cambios al respecto en su CESFAM, a través de la figura del gestor de conexión. Esto, con el fin de mejorar la contactabilidad (figura 4). A través del chat visible en la parte inferior de la imagen, los integrantes de los equipos de salud encargados de la conexión entre niveles podían notificar sobre cambios en la información del usuario.

10. Sería necesario contar con más tiempo y hacer un estudio en profundidad para observar el funcionamiento de esta herramienta y crear alguna con similares características, pero disponible para usuarios sin acceso a conexión a internet.



FIGURA 4

IMAGEN DE LA PLATAFORMA COTALKER, DONDE SE PRESENTA UN CANAL DE ATENCIÓN DIFERENCIADO POR PACIENTE QUE SE CREARÁ AL GENERAR LA INTERCONSULTA



Fuente: elaboración propia.

3.1.4 • Acompañamiento de pacientes prioritarios

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



función permitiría que esta información sea entregada desde el nivel primario de salud cuando se logre la articulación entre los equipos, mediante una evaluación realizada por el médico al paciente en el momento de generar la solicitud de interconsulta considerando el mismo flujo antes mencionado.

3.1.5 • Priorización y agendamiento de los pacientes

Se logró instaurar, mediante el incentivo y supervisión constante, una rutina semanal de priorización de interconsultas con un médico a cargo. Esto tuvo un gran impacto en la Unidad, ya que los retrasos en esta actividad repercutían en todo el proceso de agendamiento posterior.

En un segundo o tercer llamado telefónico, la enfermera entregaba la hora de atención al paciente. El orden utilizado inicialmente para agendar se estableció considerando las priorizaciones médicas, los pacientes detectados como preferentes en la evaluación telefónica y la antigüedad de las solicitudes. Se buscó resolver con antelación las generadas antes del año 2018 y luego las del año 2019, con el fin de cumplir con un compromiso de gestión establecido por el MINSAL.

Ya habiendo cumplido la meta de atención de todas las interconsultas generadas antes del 2019, se utilizó una herramienta informática para determinar el orden de entrega de las citas. Para ello, se estableció el otorgamiento de puntajes a los pacientes según la prioridad médica y la antigüedad de su interconsulta, la que es variable y acumulativa.

Durante el proceso de gestión de la atención, la prioridad del paciente para ser atendido era dinámica, ya que podía modificarse al notificar sobre un cambio en su estado de salud o al ser evaluado telefónicamente por la enfermera. Teniendo esto en cuenta, se espera que cuando los niveles de atención estén mejor articulados, se pueda notificar sobre cambios en el estado de salud del paciente detectados al consultar de forma espontánea en su CESFAM o al ser evaluado en sus controles por patologías crónicas, pudiendo cambiar su priorización para ser atendido.



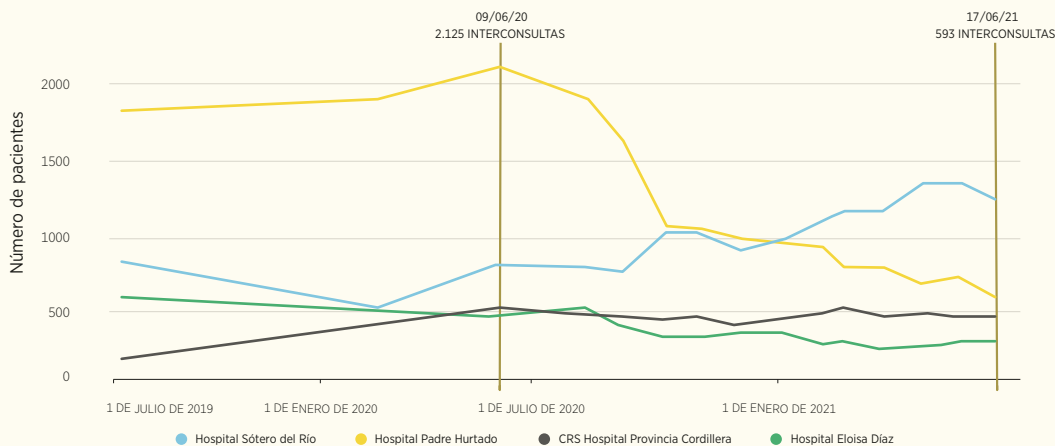
3.1.6 • Información a los pacientes

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

Luego de 11 años de implementación, la lista de espera de la Unidad de Gastroenterología del CRS del Hospital Padre Hurtado se componía de 593 solicitudes, según el reporte de SIGTE del 17 de junio de 2021. A algunas de las solicitudes pendientes se les gestionó el envío de una carta certificada, pero al momento de generar esta estadística todavía se encontraban dentro del plazo de espera de una respuesta (figura 5).

FIGURA 5

LISTA DE ESPERA DE LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL CRS DEL HOSPITAL PADRE HURTADO (LÍNEA VERDE), ACTUALIZADA AL 17 DE JUNIO DE 2021



Fuente: elaboración propia.



3.1.7 • Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud

Se creó con el equipo médico una pauta que define 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 (tabla 1; anexo 2).

Durante el llamado telefónico, la enfermera indagaba con el paciente sobre la tenencia de estos exámenes y su vigencia. En caso de que el paciente no los tuviera o no estuvieran actualizados, la enfermera gestionaba la orden médica para que se los realizara antes de su atención médica. En el caso de los pacientes atendidos a través de telemedicina sincrónica, la enfermera solicitaba al paciente el envío digital de los exámenes, los que dejaba a disposición del profesional médico para ser utilizados en su atención remota.

TABLA 1

PAUTA DE EXÁMENES BÁSICOS NECESARIOS PARA LA CONSULTA DE INGRESO DE GASTROENTEROLOGÍA EN EL CRS DEL HOSPITAL PADRE HURTADO

SOSPECHA DIAGNÓSTICA	EXÁMENES BÁSICOS PREVIOS A INGRESOS DE PACIENTE A GASTROENTEROLOGÍA CRS HPH
DIARREA CRÓNICA	Hemograma, PCR, VHS, perfil bioquímico, ELP, pruebas hepáticas, TSH, T4 libre, vitamina B12, anticuerpos antitransglutaminasa. Leucocitos fecales, HOD, parasitológico, coprocultivo
ENF. CELIACA	Hemograma, VHS, PBQ, pruebas hepáticas, ELP, TSH, T4 libre, vitamina B12
CONSTIPACIÓN	Hemograma, hormona tiroideas (TSH, T4), perfil bioquímico, creatinina
COLITIS ULCERATIVAS	Hemograma, VHS, PCR, perfil bioquímico, pruebas hepáticas, ELP. Orina completa
CIRROSIS	Hemograma, perfil bioquímico, creatinina, pruebas hepáticas, ELP. Debe traer imagen abdominal como TAC o ecografía.
ANEMIA	Hemograma, vitamina B12, ácido fólico, TSH, pruebas hepáticas, ferritina sérica.
DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE	Hemograma, VHS, perfil bioquímico, creatinina, ELP. HOD. En caso de diarrea, agregar, parasitológico y coproductivo.

Fuente: elaboración propia.



Cuando se realizaba la atención de especialidad mediante telemedicina sincrónica la enfermera ejecutaba previamente el chequeo de telemedicina. Este chequeo consistía en comunicarse un día antes de la cita con el paciente a través de videollamada, con el fin de corroborar el funcionamiento de sus dispositivos y orientarlo en su uso para facilitar la conexión con el médico. Posterior a la atención, el médico entregaba todos los documentos generados a la enfermera, quien gestionaba su entrega al paciente.

Como se presentó con anterioridad, se facilitaron las citas para atenciones médicas y toma de exámenes y procedimientos a los pacientes con necesidad de acompañamiento o con diagnósticos críticos que requerían una pronta atención.

Respecto al uso de telemedicina asincrónica, fue posible implementar este formato de atención por un tiempo breve debido a la suspensión temporal de su plataforma por trabajos de mejora por orden del SSMSO. Su uso permitió la resolución de solicitudes de interconsulta de baja y mediana complejidad enviadas desde el nivel primario de salud en un corto plazo, las que en la modalidad de atención tradicional probablemente habrían tenido una espera de años antes de su resolución. Con la reanudación de esta práctica, sería posible resolver interconsultas y diferenciar las que requieren de presencialidad para brindar una atención adecuada al paciente, entrando al canal de atención tradicional.



3.2 • Implementación del modelo en la Unidad de Traumatología del CRS del Hospital Padre Hurtado

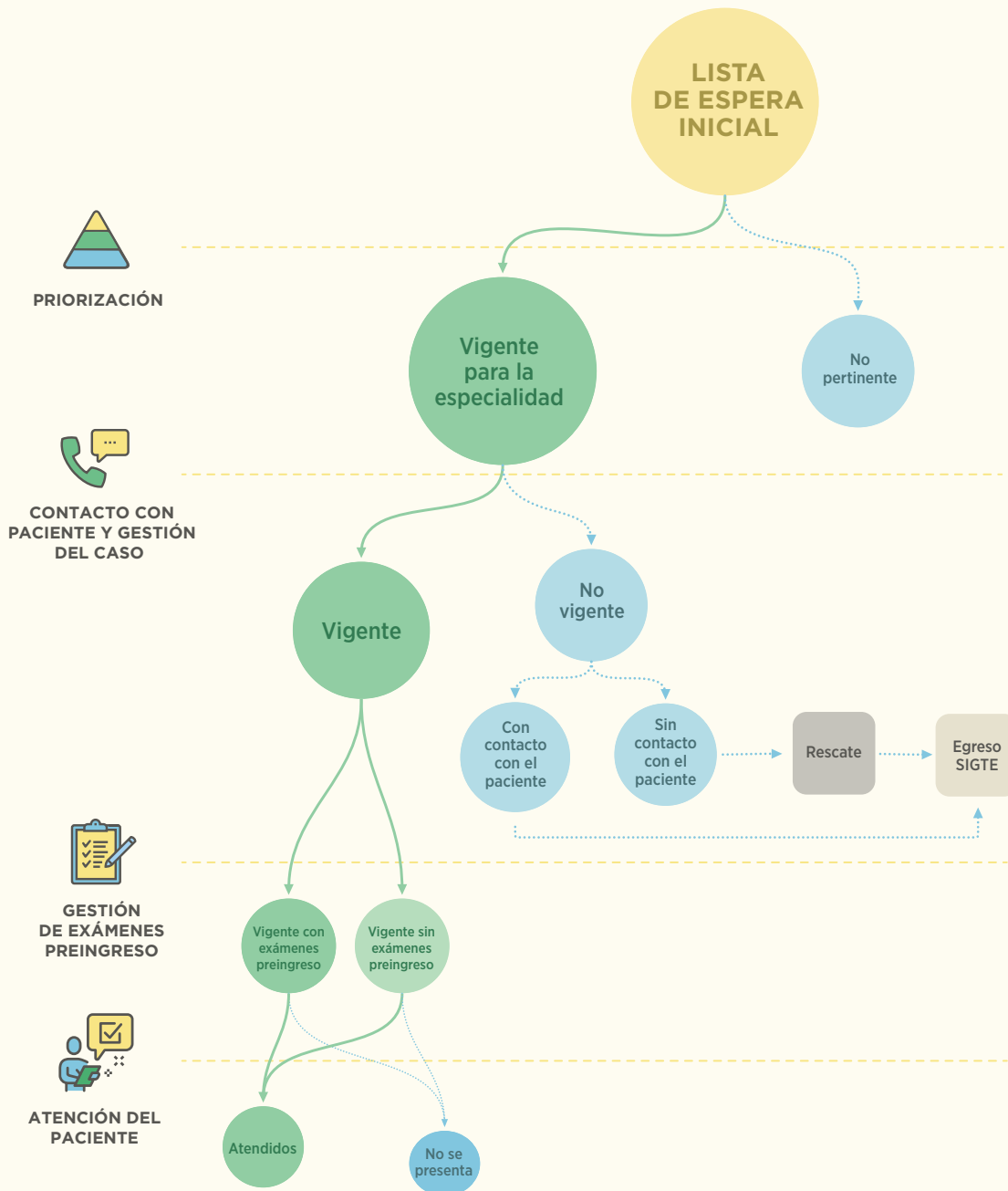
Al inicio de la intervención, el servicio de traumatología del CRS del Hospital Padre Hurtado contaba con diecisiete médicos especialistas (con horas de trabajo clínico variadas y parciales). También contaba con dos enfermeras con roles administrativos y clínicos con una alta demanda de sus servicios debido a la gestión conjunta de consultas y de procedimientos quirúrgicos. Por esto, la Universidad del Desarrollo —institución educacional asociada al Hospital Padre Hurtado como campo clínico— colaboró contratando a una kinesióloga por 22 horas semanales para poder llevar a cabo la implementación del piloto. Por su cuenta, el CRS colaboró con horas de teletrabajo de una TENS y una administrativa.

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



FIGURA 6

FLUJO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO EN LA ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA Y PROCESO DE GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA HASTA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE



Fuente: elaboración propia.



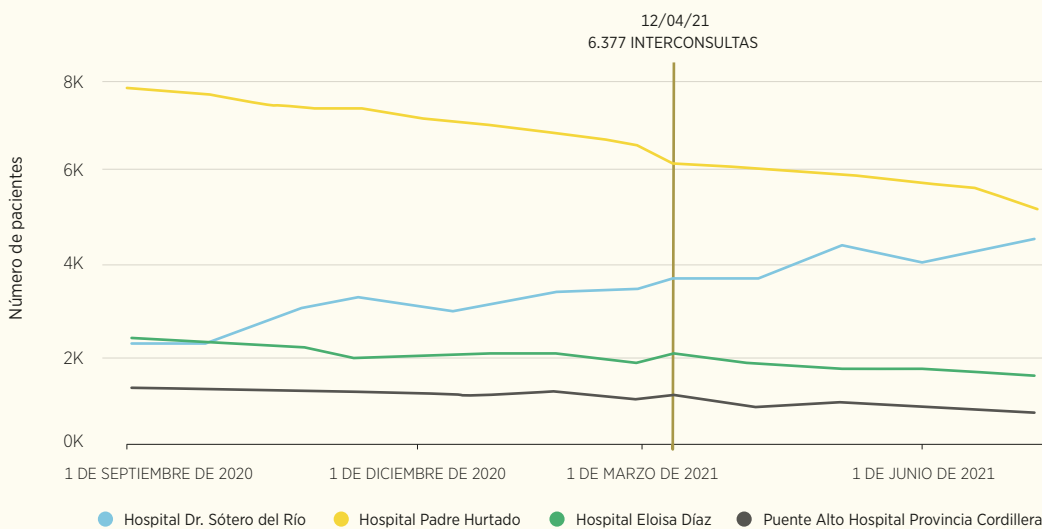
A continuación, se relatan las actividades realizadas en la especialidad desde abril del 2021, según los componentes del modelo propuesto.

3.2.1 • Actualización de la lista de espera

El 12 de abril de 2021 se inició la implementación del piloto, con un trabajo previo iniciado en enero del mismo año. Se recibió la lista de espera para CNE no GES de traumatología con 6.377 solicitudes acumuladas desde el año 2010 (figura 7). En ese momento el CRS del Hospital Padre Hurtado presentaba la lista de espera de la especialidad de traumatología más numerosa del SSMSO.

FIGURA 7

LISTA DE ESPERA PARA CNE DE TRAUMATOLOGÍA DE HOSPITALES DE LA RED DEL SSMSO



Fuente: Unidad de Salud Digital del SSMSO, 2021.

Con esta información, se efectuó la primera actualización de lista de espera de tipo administrativa. En este proceso se revisaron y cruzaron bases de datos que albergaban solicitudes para realizar los primeros egresos del listado de SIGTE, tal como ocurrió en la especialidad de gastroenterología.

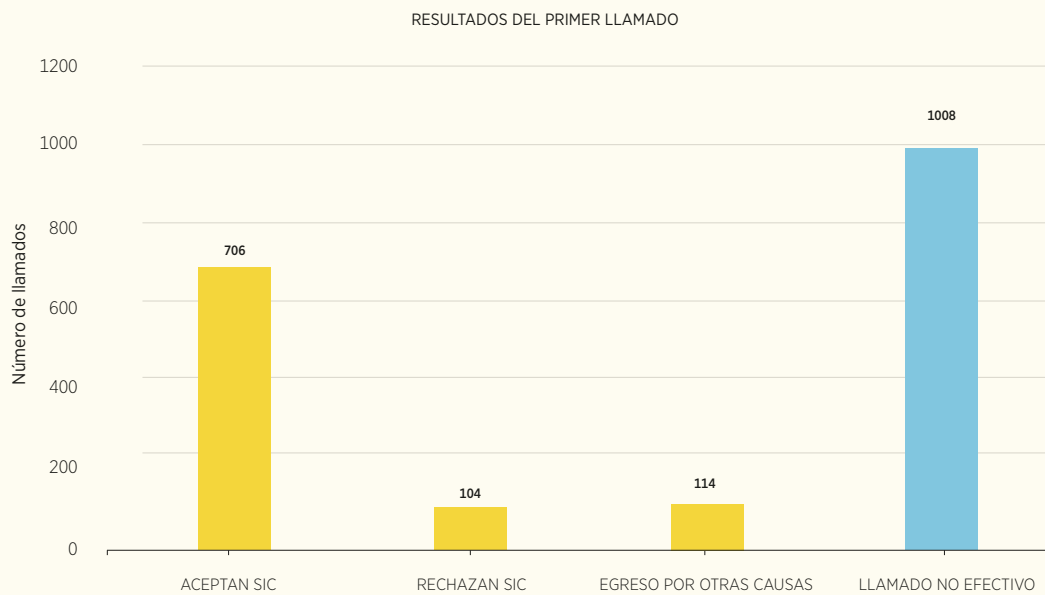


De forma paralela al proceso anterior, se realizó la actualización de la información directamente con el paciente, mediante el contacto a través de llamadas telefónicas.

El primer llamado, realizado por la TENS o administrativa, tenía el objetivo de consultar al paciente si aún requería ser atendido y actualizar su información personal y de contacto en base a un cuestionario, igual al utilizado en gastroenterología.

GRÁFICO 4

RESULTADO DE LOS PRIMEROS INTENTOS DE LLAMADAS REALIZADAS A PACIENTES CON SOLICITUD DE ATENCIÓN EN TRAUMATOLOGÍA DEL CRS DEL HOSPITAL PADRE HURTADO, AL 9 DE AGOSTO DE 2021



Fuente: elaboración propia.

Respecto a la contactabilidad, en un primer intento de comunicación con los pacientes y según lo observado en el gráfico 4, los llamados no efectivos (1008) superaron a los llamados efectivos (924). Los llamados efectivos derivaron en distintas acciones a realizar por parte del equipo, como la gestión de las interconsultas aceptadas o la solicitud de egreso administrativo de las solicitudes rechazadas. Las solicitudes podían rechazarse sin un mo-



tivo explícito o por causas diversas, como recuperación espontánea del cuadro, atención en el extrasistema (sector privado) o solicitud de traslado de la atención debido a cambio de domicilio fuera del área de servicio del CRS del Hospital Padre Hurtado.

Respecto a los llamados no efectivos, al 9 de agosto de 2021 no se había logrado la comunicación con 584 pacientes a pesar de realizar tres llamadas a cada número telefónico disponible, en horarios y días diferentes. A 580 de estos casos se les inició el proceso de envío de carta certificada y a 4 se les solicitó rescate en terreno por parte del equipo del CRS, debido a la antigüedad de su solicitud.

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

En un segundo llamado, la kinesióloga aplicaba un cuestionario con el fin de evaluar clínicamente a los pacientes que aceptaron su solicitud (figura 8), realizando preguntas según el segmento corporal comprometido que da origen a la interconsulta. Esta evaluación fue elaborada con la colaboración de los equipos de traumatólogos según áreas de subespecialidad (mano, codo/hombro, columna, cadera, rodilla y pie) y permitía priorizar las atenciones de los pacientes con mayor compromiso funcional y dolor, entre otros.



FIGURA 8

PARTE DEL CUESTIONARIO REALIZADO A LOS PACIENTES CON INTERCONSULTAS PENDIENTES PARA TRAUMATOLOGÍA, CON UN DIAGNÓSTICO QUE COMPROMETE LOS HOMBROS O CODOS

PATOLOGÍAS DE HOMBRO / CODO	
<p>PRESENTA DOLOR *</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>PRESENTA PERDIDA DE FUERZA *</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>EN QUE HOMBRO</p> <p><input type="radio"/> DERECHO</p> <p><input type="radio"/> IZQUIERDO</p> <p><input type="radio"/> AMBOS</p>	<p>HASTA DONDE LOGRA ELEVAR EL BRAZO</p> <p><input type="radio"/> BAJO LA ALTURA DEL HOMBRO</p> <p><input type="radio"/> HASTA LA ATURA DE HOMBRO</p> <p><input type="radio"/> SOBRE LA ALTURA DE HOMBRO</p>
<p>CUANDO PRESENTA DOLOR *</p> <p><input type="radio"/> DÍA</p> <p><input type="radio"/> NOCHE</p> <p><input type="radio"/> AMBOS</p>	<p>LOGRA BAJAR EL HOMBRO SIN AYUDA DEL OTRO BRAZO</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>DESPIERTA EN LAS NOCHES POR DOLOR *</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> NO</p> <p><input type="radio"/> AVECES</p>	<p>LOGRA TOCAR SU ESPALDA ENTRE AMBAS ESCAPULAS /DESABROCHAR EL SOSTEN</p> <p><input type="radio"/> SI LOGRA REALIZARLO</p> <p><input type="radio"/> LOGRA REALIZAR HASTA CIERTO NIVEL</p> <p><input type="radio"/> NO LOGRA REALIZARLO</p>
	<p>LOGRA TOCAR SU NUCA / PEINARSE CON AYUDA DEL OTRO BRAZO:</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>

Fuente: elaboración propia.

En esta misma llamada se le comunicaba al paciente el número de teléfono del equipo para que pudiera notificar en caso de aumentar su sintomatología, con el fin de repriorizar su proceso de atención en caso de ser necesario.

En paralelo, se gestionó la habilitación de una cuenta de WhatsApp Business como canal de comunicación con los usuarios, con el fin de que los pacientes pudieran notificar sobre cambios en su estado de salud a la kinesióloga a cargo.



3.2.3 • Comunicación con los pacientes

Según lo mencionado anteriormente, el canal de comunicación disponible en ese momento con los pacientes era el telefónico. Además, se logró establecer un canal de comunicación con la OIRS para rescatar a los pacientes que consultaran en ella por interconsultas pendientes con traumatología. También, se implementó la aplicación WhatsApp Business para mejorar el flujo de información con los pacientes.

3.2.4 • Acompañamiento de pacientes prioritarios

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

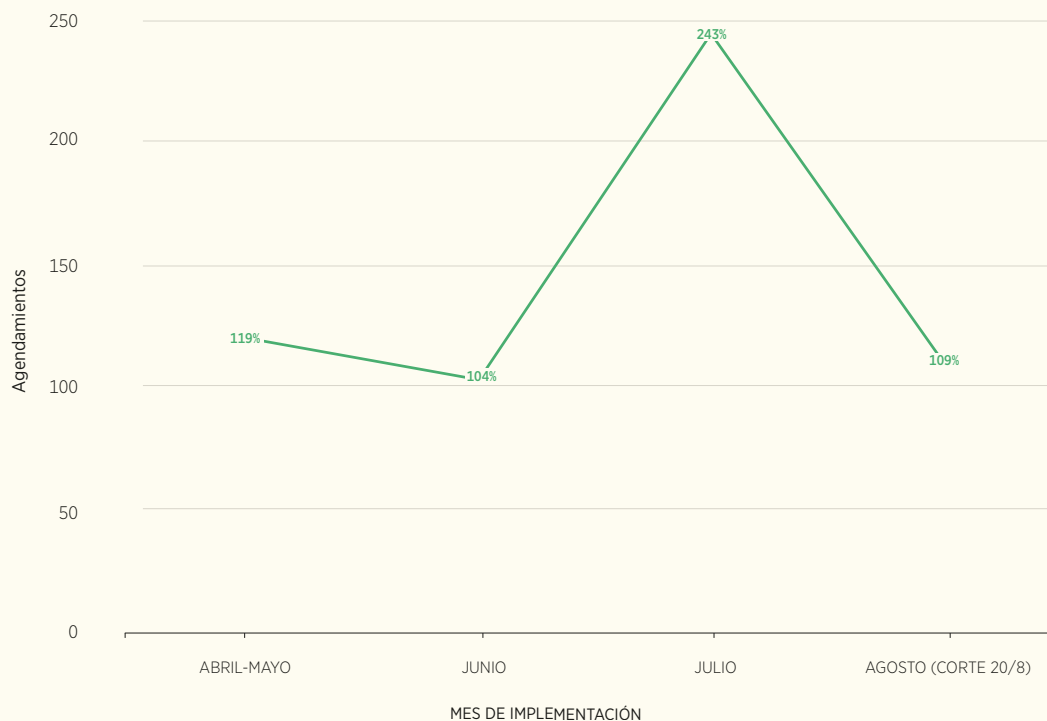
3.2.5 • Priorización y agendamiento de los pacientes

La kinesióloga agendaba una hora de atención de ingreso al paciente y se la comunicaba durante uno de los contactos telefónicos. El orden usado para otorgar estas citas consideraba la antigüedad de la solicitud (priorizando las generadas antes de 2018 para cumplir con un compromiso de gestión ministerial), la prioridad médica designada al ingreso de la solicitud al CRS y finalmente la nueva prioridad detectada con la aplicación de los cuestionarios clínicos (gráfico 5).



GRÁFICO 5

PACIENTES AGENDADOS PARA CNE DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO



Fuente: elaboración propia.

3.2.6 • Información a los pacientes

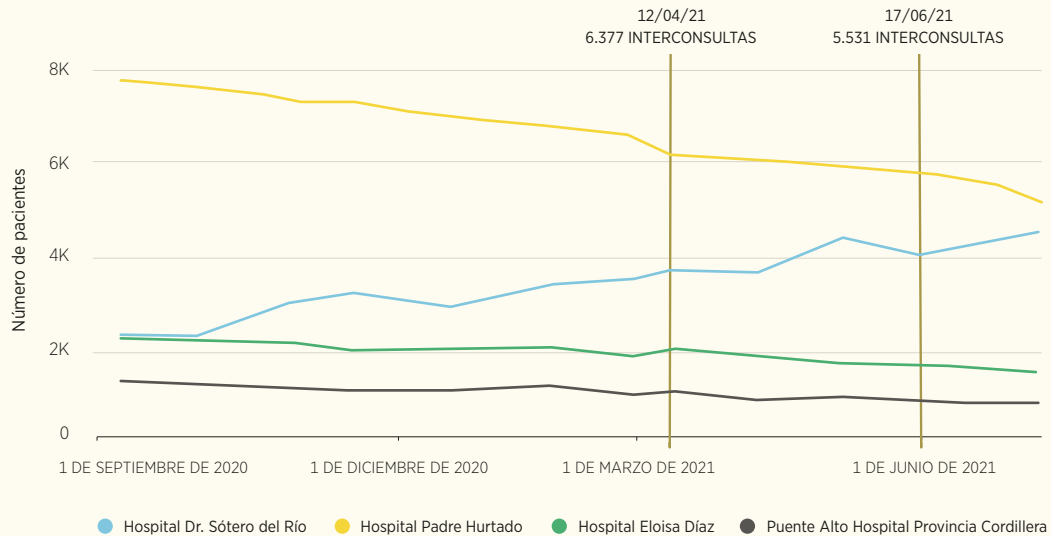
Durante cada contacto telefónico se le explicaban al paciente los pasos a seguir en su proceso de atención. Además, se le entregaba el número de contacto de la Unidad y se le orientaba respecto a signos y síntomas de alarma frente a los cuales consultar en la urgencia.

Según la información disponible en el SIGTE al 17 de junio del 2021 —o sea, luego de dos meses de implementación del piloto—, se observó una disminución de la lista de espera de CNE de traumatología de 6.377 a 5.531 solicitudes (figura 9).



FIGURA 9

EVOLUCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE TRAUMATOLOGÍA DEL CRS DEL HOSPITAL PADRE HURTADO ACTUALIZADA AL 17 DE JUNIO DE 2021



Fuente: elaboración propia.

Se espera avanzar con la articulación de la especialidad de traumatología con el nivel primario de salud a través de la plataforma Cotalker, siguiendo el modelo de gestión y acompañamiento. Con esto se espera conseguir las mismas ventajas alcanzadas con la especialidad de gastroenterología, incluyendo el acceso a información actualizada sobre el usuario cada vez que ésta cambie desde el nivel primario (tanto datos de contacto como sobre su estado de salud). También la posibilidad de entregar retroalimentación al nivel primario y al usuario sobre la trazabilidad de su proceso de atención.

3.2.7 • Gestión de oportunidad y resolutivead de prestaciones de salud

Se creó con el equipo médico una pauta con los exámenes imagenológicos mínimos con los que debía acudir un paciente a su primera consulta y su vigencia, considerando los diagnósticos más comunes por los cuales se efectúa una derivación (tabla 2). Esta información era indagada por la kinesióloga en el llamado telefónico al paciente y, en caso de que éste necesitara nuevas imágenes, le entregaba inmediatamente una hora para tomarlas antes de la evaluación médica —algunas incluso el mismo día de la atención (radiografías) para



que así el paciente debiera acudir solo una vez al centro de salud—. Esto fue posible gracias a la gestión realizada con la Unidad de Imagenología del CRS del Hospital Padre Hurtado, con la que se acordó la reserva de cupos para la implementación de este piloto. Gracias al número de exámenes gestionados durante la implementación, se logró un aumento de las atenciones en el mes de julio debido a la organización de una jornada extraordinaria para realizar ingresos.

TABLA 2

PAUTA DE IMÁGENES NECESARIAS EN PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA DE TRAUMATOLOGÍA, JUNTO A SU VIGENCIA

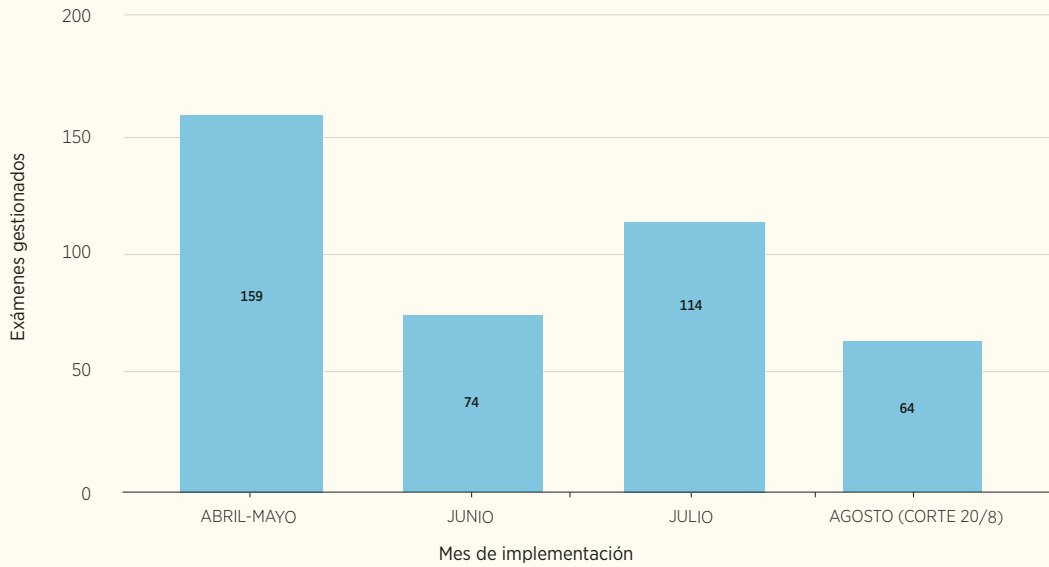
DIAGNÓSTICO O AFECCIÓN	EXAMEN	VIGENCIA
DOLOR DE HOMBRO	Ecografía y radiografía de hombro AP-L y axial	6 meses
DOLOR DE CODO	Radiografía de codo AP-L	3 meses
DOLOR CERVICAL	Radiografía cervical AP-L y transoral	6 meses
DOLOR LUMBAR	Radiografía AP-L y 5 espacio / RM	6 meses
DOLOR DE CADERA	Radiografía pelvis AP y axial de la cadera con síntomas	6 meses
DOLOR DE RODILLA	Radiografía de rodilla bilateral AP-L y axial de rótula y túnel	6 meses

Fuente: elaboración propia.



GRÁFICO 6

NÚMERO DE EXÁMENES IMAGENOLÓGICOS GESTIONADOS DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PILOTO



Fuente: elaboración propia.



3.3 • Implementación del modelo en el Policlínico de Cardiología del CDT del Hospital San Juan de Dios

El Hospital San Juan de Dios corresponde al hospital base de la red de salud metropolitana occidente. Atiende una población aproximada de 1,5 millones de habitantes correspondientes a 15 comunas, agregando en el caso de cardiología 3 comunas más, —Renca, Quinta Normal y Cerro Navia— correspondientes a la población que atiende el Hospital Félix Bulnes, donde no se ha implementado una Unidad de Cardiología.

El Policlínico de Cardiología se encuentra ubicado en el segundo piso del CDT¹¹ del Hospital San Juan de Dios. Para el momento del estudio, contaba con 8 *boxes* de atención y 4 *boxes* de procedimientos. Asimismo, contaba con un equipo de 6 médicos cardiólogos y 3 médicos de subespecialidad, conformando 7 jornadas completas. Las jornadas de los profesionales se dividían entre consultas, pabellón y/o procedimientos.

En cuanto a personal de enfermería, este Policlínico contaba con 4 enfermeras/os: una persona encargada de gestión, una encargada de procedimientos y 2 enfermeros de apoyo a la especialidad de arritmias. Además, se encontraban 2 administrativas que realizaban atención directa al paciente y 2 técnicos de enfermería que apoyaban la atención del paciente.

El proyecto aportó la contratación de una enfermera con 44 horas semanales de dedicación exclusiva para llevar a cabo la labor de diagnóstico, gestión e implementación del presente piloto. Esto debido a que la alta carga asistencial de las enfermeras de la Unidad les impedía asumir más actividades, ya que el 80% de la dotación de enfermería se encontraba con licencia en el momento del inicio del piloto (mayo 2021).

11. Junto con los CRS, los CDT corresponden a establecimientos de atención ambulatoria de especialidad de nivel resolutivo intermedio entre la atención primaria de salud y la atención cerrada de los hospitales. Son establecimientos de atención abierta de alta complejidad adosados a hospitales, que atienden en forma ambulatoria preferentemente a pacientes referidos por los CRS y consultorios generales y a los pacientes hospitalizados en el establecimiento al cual están vinculados.



3.3.1 • Actualización de la lista de espera

El piloto en cardiología del Hospital San Juan de Dios inicia con la actualización de lista de espera a cargo de la enfermera de proyecto. Se trabajó en conjunto con el Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME)¹² para identificar las listas de espera, ejercicio que arrojó los siguientes números:

- CNE: 1141 pacientes desde 2018 (corte marzo 2021)
- Controles: 3000 pacientes desde 2017 (corte diciembre 2020)
- Procedimientos: 1191 procedimientos en espera desde 2017 (corte diciembre 2020)

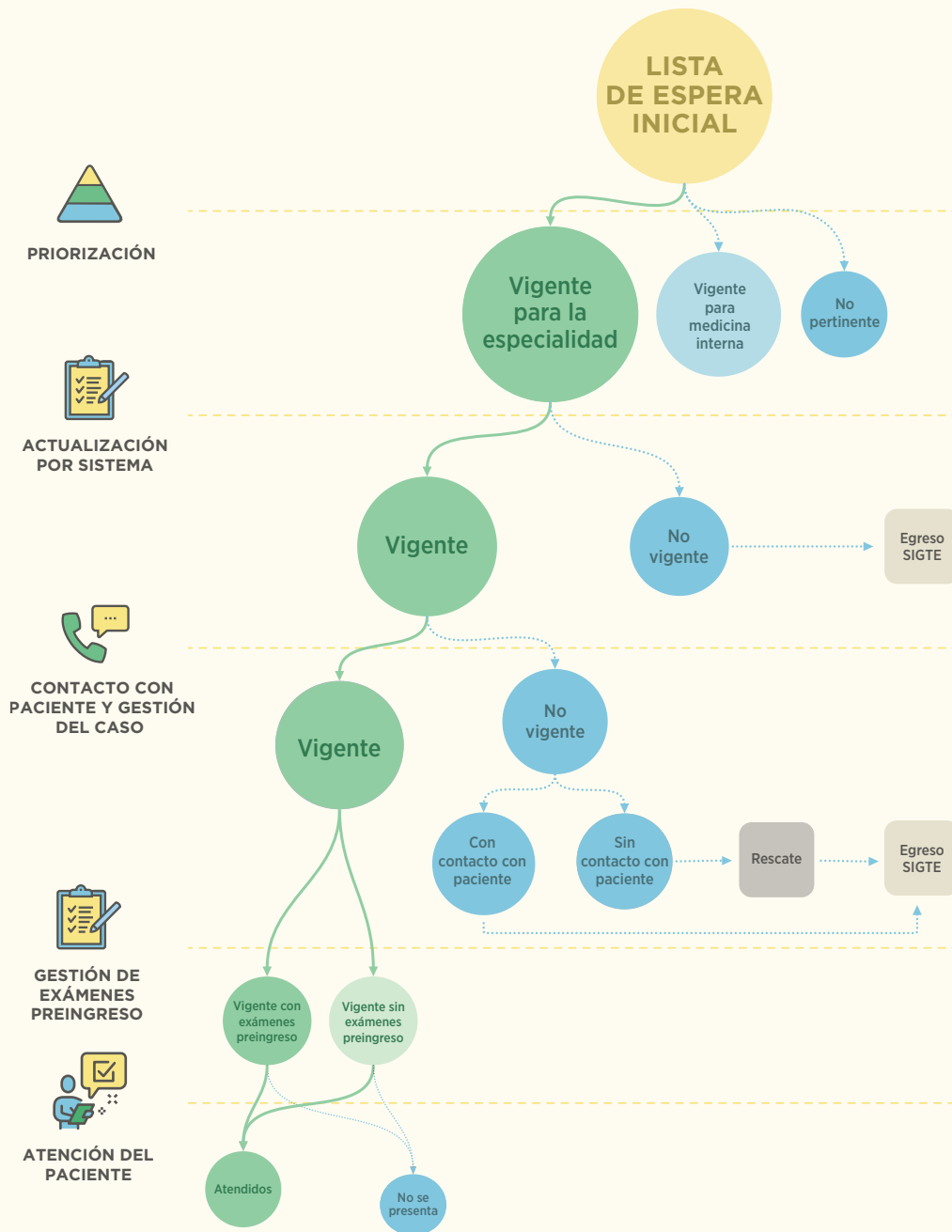
Para efectos del piloto se abordó la lista de espera CNE.

12. El SOME es la unidad existente en los establecimientos de salud de la red pública encargada de orientar e informar a los usuarios sobre aspectos relativos a requisitos y procedimientos de la atención hospitalaria, particularmente agendamiento de horas y proceso de admisión.



FIGURA 10

FLUJO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO EN LA ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA Y EL PROCESO DE GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA HASTA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.



Fuente: elaboración propia.



Particularmente en este proyecto, el SOME se encargó de realizar los primeros componentes del proceso (egresos administrativos, revisión de duplicidad, atenciones realizadas y egresos por fallecimiento). Una vez realizado este primer trabajo, se entregó la lista de espera a la enfermera de proyecto para continuar con el proceso de actualización.

El proceso siguió con la lectura de la interconsulta para evaluar pertinencia, derivación o ingreso y otorgar la calificación preliminar de prioridad.

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

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

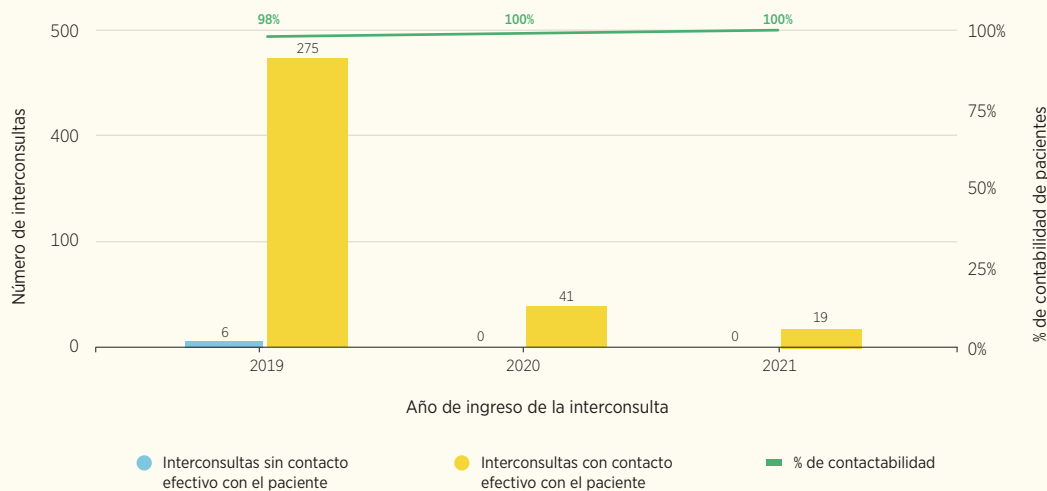
3.3.3 • Comunicación con los pacientes

Para lograr el contacto con el paciente, se realizaba la búsqueda de números telefónicos en los diferentes sistemas informáticos que utiliza el SOME (SIC, Trakcare y Rayen). Así, durante esta instancia era fundamental el trabajo colaborativo con el personal del SOME.



GRÁFICO 7

PORCENTAJE DE INTERCONSULTAS CON CONTACTO EFECTIVO EN LA ETAPA DE CONTACTO CON EL PACIENTE, SEGÚN AÑO DE INGRESO DE LA SOLICITUD DE LA INTERCONSULTA



Fuente: elaboración propia (corte al 20/07/21).

Una vez realizada la búsqueda en las diferentes plataformas informáticas se logró un porcentaje de 98% de contactabilidad con el paciente. Sin embargo, el proceso era inefectivo. De acuerdo con datos del SOME del Hospital San Juan de Dios, lograr el agendamiento de un paciente demoraba unos 20 minutos.

TABLA 3

PROMEDIO DE LLAMADAS POR PACIENTE Y RENDIMIENTO DE LLAMADAS REALIZADAS POR ENFERMERA ENTRE MAYO Y JULIO DEL 2021

MES	PROMEDIO LLAMADO	RENDIMIENTO
MAYO	1,6	25
JUNIO	2,3	461
JULIO	2,5	443

Fuente: elaboración propia.



Durante el avance del proyecto también se reforzó la importancia de actualizar los números de contacto de los pacientes al personal administrativo de ventanilla del Policlínico.

Se realizó revisión del proceso de rescate con pacientes, acordando que si no se lograba el contacto vía telefónica se realizaba una visita domiciliaria donde se entregaba una carta certificada con hora agendada; procurando que debía existir contacto efectivo con el paciente. Para esto, se determinó en conjunto de jefatura médica el agendamiento de pacientes en sobrecupos debido al bajo porcentaje de asistencia que presentaban en experiencias previas del SOME.

Para el segundo ámbito de comunicación del modelo, centrado en el establecimiento de canales bidireccionales de comunicación entre equipos de salud y pacientes, se logró avanzar en el proceso de llamado. Sin embargo, el llamado no es un canal oficial establecido. En esta instancia, si el paciente presentaba exámenes que complementaran la información para otorgar priorización, la enfermera indicaba que debía enviar fotografías para evaluarlas. Luego se retroalimentaba al paciente sobre cómo continuaba el proceso, según el resultado de priorización.

3.3.4 • Priorización y agendamiento de los pacientes

Para la etapa de priorización y agendamiento de los pacientes, se realizó un trabajo en conjunto con la jefatura médica del Policlínico de Cardiología para crear una pauta de priorización. Como parte de este proceso, se crearon nomenclaturas para definir las prioridades, que luego fueron homologadas a la nomenclatura correspondiente al servicio de salud.

- **Prioridad 1:** son aquellas interconsultas de alta prioridad cuya patología reviste urgencia relativa. Es decir, son patologías que no pueden esperar la oferta mensual de cupos, pero a su vez no presentan riesgo vital inmediato que amerite una derivación al servicio de urgencia. Esta derivación requiere una coordinación pronta entre el nivel primario y el establecimiento de destino. Se sugiere que el tiempo de atención por el especialista sea antes de 30 días.
- **Prioridad 2:** son aquellas interconsultas de prioridad normal. La interconsulta ingresa al sistema informático, a la espera que se le asigne un cupo de atención de acuerdo con la oferta disponible. Se sugiere que el tiempo de atención por el especialista sea antes de 6 meses.



Particularmente en este piloto, la priorización de la atención del paciente era realizada por la enfermera de proyecto bajo supervisión del médico jefe, debido a sus competencias en la especialidad de cardiología. Al realizar el llamado telefónico, se completaba un formulario con los datos del paciente, la aceptación o rechazo de la interconsulta, signos de alarma identificados, exámenes realizados previamente y la información entregada.

FIGURA 11

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE EN LISTA DE ESPERA EN CNE DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS



Fuente: elaboración propia.

Al finalizar la llamada, la enfermera otorgaba prioridad al paciente en base a los datos recopilados y los lineamientos de pauta de priorización, para luego gestionar su agendamiento. En algunos casos, se consultaba de manera telefónica o presencial al médico jefe para otorgar la calificación de prioridad.

3.3.5 • Información a los pacientes

Debido a las etapas tempranas del proyecto en la especialidad de cardiología en el Hospital San Juan de Dios, no se logró avanzar en este componente de acuerdo con el modelo. En su lugar, el piloto se enfocó en mejorar la gestión y procesos del Policlínico con el fin de poder implementarlo de manera eficaz.

Durante el contacto con el paciente, se indagaba sobre signos de alarma y exámenes realizados. De acuerdo con esto la enfermera del proyecto lograba tener una idea de la gravedad del enfermo y aplicar la pauta de priorización. En esta instancia, se le informaba cómo continuaba su proceso de acuerdo con el resultado de priorización. Al mismo tiempo, se le educaba sobre signos o síntomas de alarma y se le explicaban los casos en los que debería consultar en el servicio de urgencias. Por último, se le entregaba información sobre la importancia de asistir a consulta con los exámenes pertinentes y avisar en los canales habilitados por SOME del Hospital San Juan de Dios con 48 horas de anticipación en caso de no poder asistir a la consulta para poder otorgar la hora médica a otro paciente.

3.3.6 • Gestión de oportunidad y resolutivez de prestaciones de salud

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

Desde el inicio del proyecto, solo se gestionaron exámenes prediagnósticos a 25% de los pacientes que ingresaron a nueva consulta. El largo tiempo de espera para obtener una consulta médica de especialidad tan primordial como cardiología genera que el paciente busque alternativas. Así, se identificó que 50% de los pacientes tuvieron consultas y exámenes prediagnósticos en el extrasistema, aumentando su gasto de bolsillo.

En cuanto a gestión de oportunidad, se trabajaron diversas estrategias para mejorar la oportunidad de la atención en lo que respecta a la gestión de la demanda. Desde el inicio del proyecto se implementaron reuniones semanales con las jefaturas de SOME, CDT y cardiología, donde se revisaban resultados y avances. Durante estas reuniones se estableció la importancia de revisar la lista de espera, evaluando el comportamiento de la demanda con el fin de implementar estrategias para poder abordarla de manera óptima. El punto



de partida fue la modificación del rendimiento de las agendas médicas, donde de acuerdo con los análisis de la lista de espera se ajustó la cantidad de prestaciones para cada ítem, teniendo en cuenta los lineamientos del MINSAL para otorgar 30% de los cupos a CNE.

Es importante destacar que la especialidad de cardiología presenta desafíos particulares en cuanto a la gestión de controles. Esto se debe a que gran parte de las patologías cardiológicas requieren monitoreo semestral o anual en pacientes compensados, lo que significa que muchos pacientes no reciben el alta y contrarreferencia hacia APS. Para las próximas etapas del proyecto, se debe considerar dentro del trabajo de APS otorgar herramientas a los médicos para mejorar su resolutivez en el nivel primario de atención.

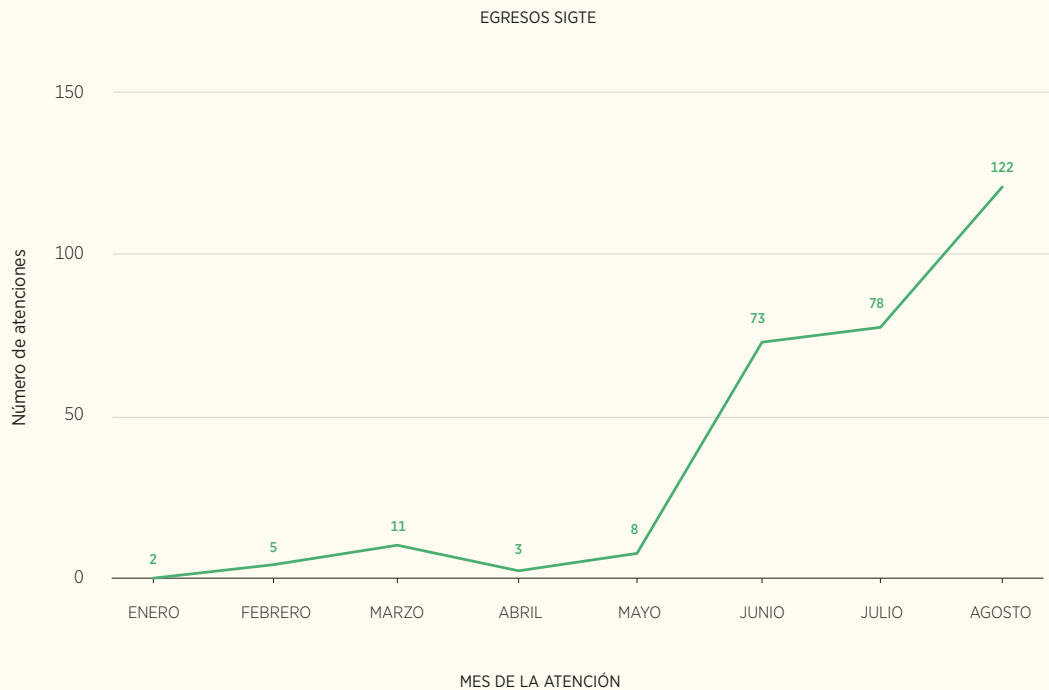
También se está trabajando en la creación del perfil de enfermera jefe de cardiología, donde se incluyen las tareas de monitoreo de la lista de espera y gestión de demanda. Se estableció, para efectos de este proyecto, que la gestión de demanda del Policlínico es un trabajo en conjunto de enfermería y jefe médico.

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



GRÁFICO 8

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



Fuente: elaboración propia.

3.3.7 • Derivación directa de pacientes a subespecialidades de cardiología

Al conversar con los diferentes jefes médicos, consideraban que el Policlínico de Cardiología era el “cuello de botella” para el acceso al resto de las subespecialidades. Por esta razón, en conjunto con las diversas jefaturas médicas y de enfermería, se definieron criterios para derivar pacientes a subespecialidades de cardiología como cardiocirugía, arritmias y hemodinamia. Esta estrategia requería de la recopilación exhaustiva de antecedentes del paciente y exámenes diagnósticos y la implementación de canales de comunicación directa con el resto de las subespecialidades. Sin embargo, permitía derivar pacientes que cumplan con los criterios para ingreso directo a la subespecialidad, ampliando la oferta de horas disponibles al no requerir una primera evaluación por cardiología.



3.3.8 • Protocolo de derivación de pacientes de baja complejidad cardiológica

Se trabajó en conjunto con medicina interna para implementar un protocolo que habilitaba a esta especialidad a realizar la primera atención de pacientes cardiológicos de baja complejidad, determinando si el paciente requería el ingreso a cardiología o continuaba su atención en medicina interna. La implementación de este protocolo requería de flujos de comunicación directa entre especialidades para permitir un trabajo colaborativo y resolutivo, otorgando acceso a exámenes de cardiología para completar diagnóstico por parte de medicina interna y flujos de derivación de pacientes entre ambas especialidades.

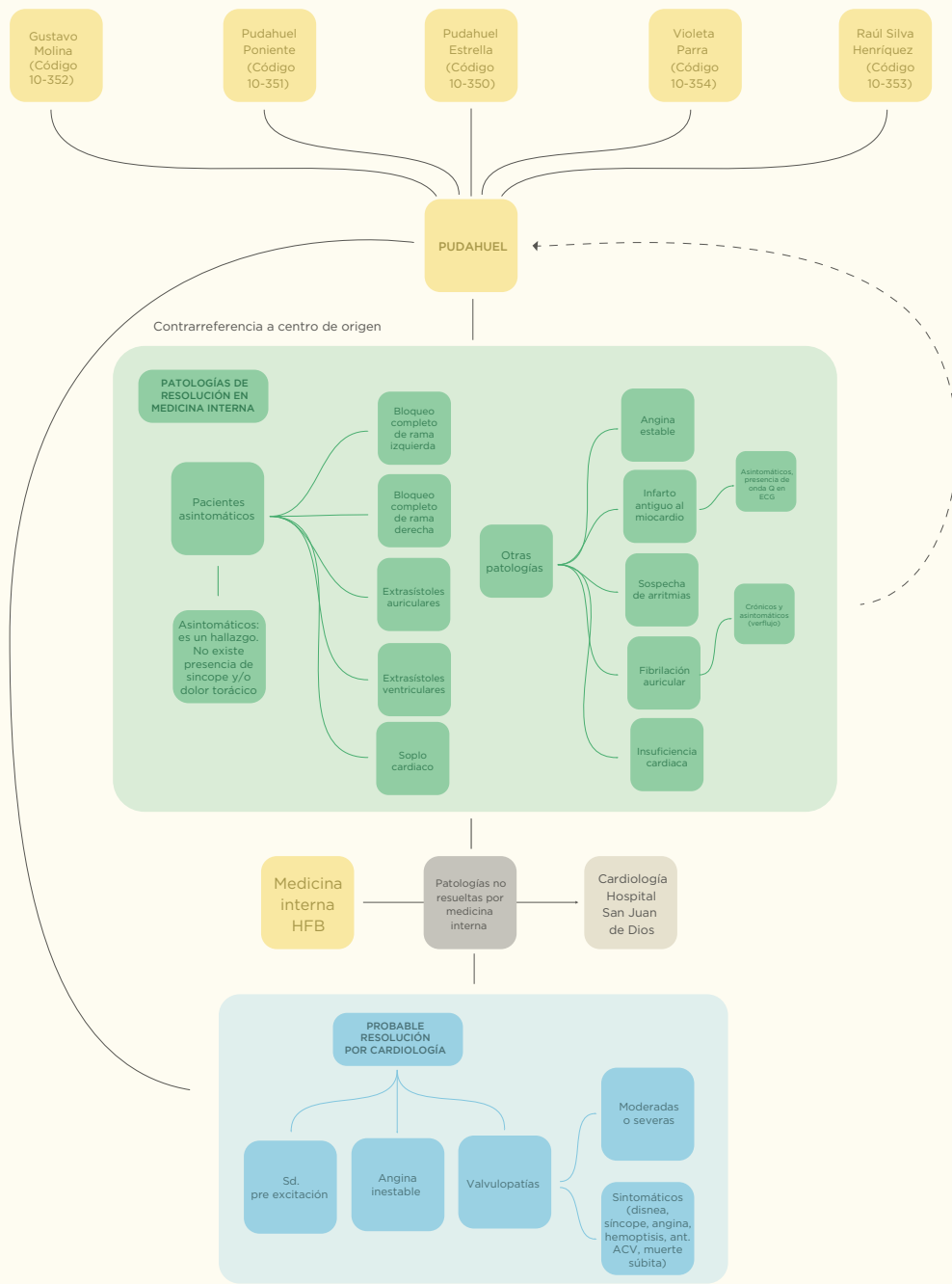
3.3.9 • Proceso de referencia y contrarreferencia

Durante el mes de mayo de 2021, se iniciaron reuniones sobre los procesos de referencia y contrarreferencia del servicio de salud para iniciar un plan de trabajo colaborativo. Como parte de estos esfuerzos, se realizó un análisis exhaustivo de la lista de espera, detectando nodos críticos y haciendo propuestas de mejora. En consecuencia, se iniciaron planes de retroalimentación hacia APS para mejorar el proceso de referencia hacia las CNE.



FIGURA 12

DIAGRAMA DEL MAPA DE DERIVACIÓN DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA COMUNA DE PUDAHUEL EN EL CONTEXTO DE LA RED ASISTENCIAL DEL SSMOC



Fuente: elaboración propia en base en el protocolo de mapa de derivación del SSMOC.



3.3.10 • Pases operatorios cardiológicos

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

3.3.11 • Gestión de controles

Se realizaron intervenciones para mejorar la gestión de los controles de la Unidad. Específicamente, se estableció que luego de la atención médica los pacientes que requieren un próximo control deben dirigirse hacia una ventanilla donde se encuentra una administrativa que pertenece a SOME para ser registrados en una lista de espera que contiene información sobre el diagnóstico, fecha del próximo control, exámenes que se deben gestionar para el control médico (en caso de que se requieran) y actualización de datos de contacto. La finalidad de esta intervención es otorgar el control médico en los plazos definidos por el médico.



4



Resultados descriptivos de los pilotos



4.1 • Logros obtenidos por el Servicio de Gastroenterología del CRS del Hospital Padre Hurtado

El piloto de gastroenterología inició en junio de 2020 con una lista compuesta por 2.125 usuarios en espera, con interconsultas generadas desde el año 2013. A principios de diciembre de 2021 había un total de 707 usuarios, con interconsultas generadas desde el año 2020, lo que implica una reducción de 66,7% de la lista de espera durante el piloto.

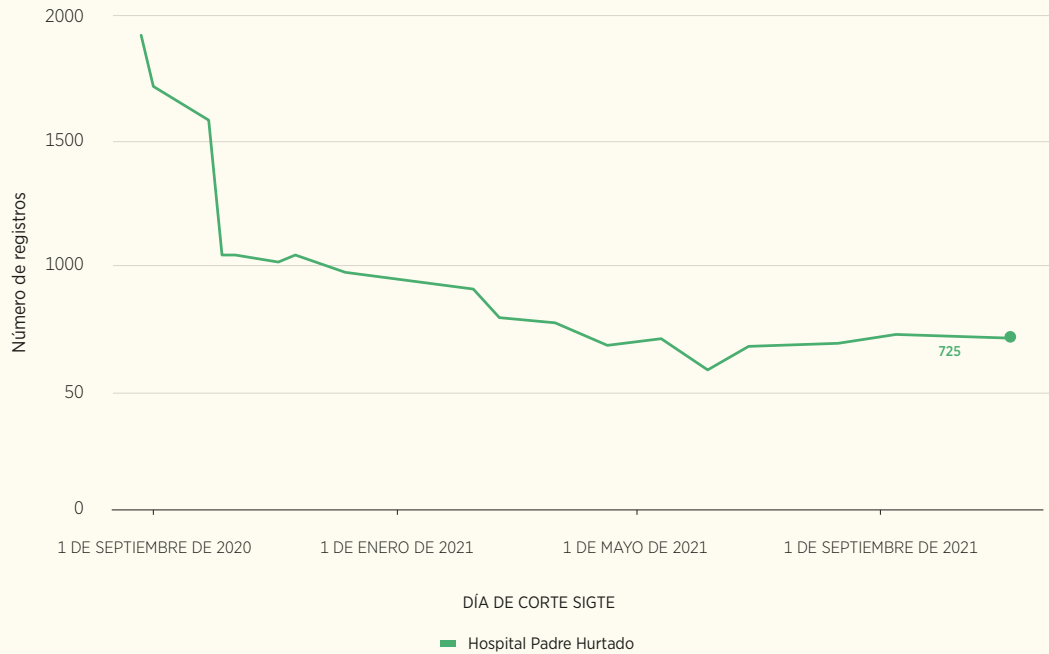
Los casos que conformaban la lista de espera inicial (junio 2020) se redujeron en 98%, rebajándose un total de 2.082 pacientes luego de 18 meses de implementación del modelo. Los usuarios que egresaron de esta lista por causas administrativas corresponden al 46% de los egresos totales y los usuarios egresados por atención realizada corresponden al 54%.

La tendencia de la lista de espera de esta especialidad se mantuvo a la baja durante todo el periodo de implementación del piloto, tal como se observa en el gráfico 9. Con base en los esfuerzos realizados de gestión de la demanda, se logró mantener la lista de espera por debajo de las 800 solicitudes en los últimos meses, a pesar del aumento sostenido de interconsultas en los últimos trimestres y la atención continua a pacientes prioritarios que ingresaron durante el año 2021.



GRÁFICO 9

EVOLUCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL CRS DEL HOSPITAL PADRE HURTADO



Fuente: datos de <https://redsalud.ssmso.cl/>. Corte al 22/11/2021.

El CRS del Hospital Padre Hurtado dispuso de forma gradual de horas de trabajo de funcionarios técnicos para colaborar en el rescate telefónico de pacientes de gastroenterología. Previo a esta intervención no existía un(a) encargado(a) de gestionar la lista de espera de la Unidad. Se implementó el rol médico de gestor de demanda en la plataforma de telemedicina asincrónica y en la plataforma interna hospitalaria. Antes del piloto tampoco estaba definida la función del médico gestor de demanda para realizar las priorizaciones de la especialidad. Este rol se distribuyó dentro del equipo de la especialidad, donde además de priorizar las interconsultas ingresadas a la lista de espera se indicaban los exámenes prediagnóstico según corresponda, permitiendo optimizar la atención del paciente.

Se estableció una reunión semanal en la que participaba el médico jefe del equipo de gastroenterología, el equipo de coordinación del CRS y el referente de telemedicina del SSMSO. Esta reunión se enfocaba en la toma de decisiones y el análisis de los resultados del piloto y la gestión de la lista de espera.



Además, se estableció un convenio con la Unidad de Laboratorio del CRS del Hospital Padre Hurtado, lo que garantizaba cupos protegidos para la toma de exámenes a pacientes previo a su primera consulta. La solicitud se realizaba según el protocolo de priorización elaborado en conjunto con el equipo de la Unidad.

Cabe destacar que también se estableció un canal de comunicación directa, a través de correo electrónico, entre la especialidad y el personal de la OIRS, permitiendo resolver casos de pacientes que preguntan por el estado de su interconsulta. También se estableció un canal de comunicación con pacientes a través de la aplicación Whatsapp Business. A través de este canal, con respuestas automatizadas, se permitió que los usuarios notificaran inasistencias y cambios en su estado de salud y pudieran informarse acerca de la gestión de sus requerimientos de exámenes u horas médicas solicitadas.

Finalmente, se estableció un canal de comunicación directa con APS, enfocado en rescate de pacientes, actualización de contacto telefónico y capacitación en plataforma de telemedicina y SIDRA del SSMSO. Además, se estableció un canal de comunicación con el equipo de gestión del cuidado del adulto del CRS del Hospital Padre Hurtado.

En relación con los procedimientos, se elaboraron los siguientes protocolos:

- Pauta para personal que realiza contacto telefónico con pacientes.
- Cuestionario para contacto telefónico inicial.
- Cuestionario para contacto telefónico ejecutado por enfermera, donde se realiza evaluación administrativa y clínica.
- Flujos y cuestionarios para evaluación clínica realizada por enfermera, además de la determinación de exámenes de laboratorio necesarios para la primera consulta (estos documentos fueron creados por los equipos médicos de gastroenterología).
- Flujograma de priorización y agendamiento de gastroenterología.
- Protocolo de priorización.



4.2 • Logros obtenidos por el Servicio de Traumatología CRS del Hospital Padre Hurtado

Al iniciar el piloto, la lista de espera inicial de traumatología estaba compuesta por 6.377 usuarios, con interconsultas de ingreso generadas desde el año 2010. A principios de diciembre de 2021, esta lista de espera comprendía 4.029 solicitudes, lo que implica una reducción de un 36,8%. Considerando a los usuarios que conformaban la lista de espera inicial (abril 2021), todavía 3.882 pacientes tenían pendiente una resolución al respecto. Esto implica una reducción de un 39,1% de la lista de espera original.

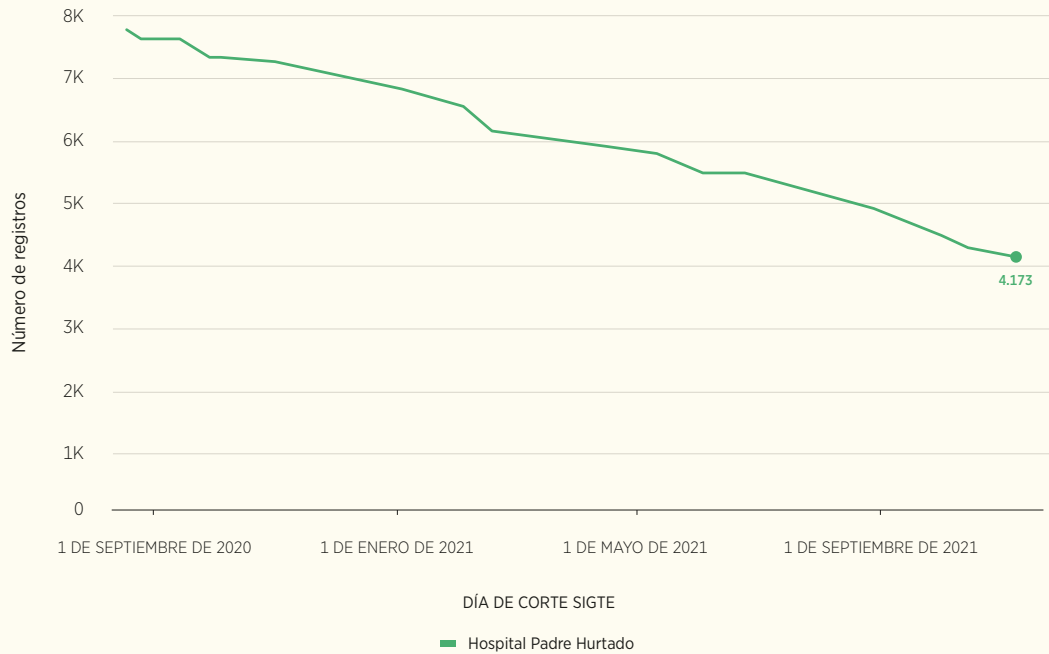
En cuanto a las causales de egreso, los usuarios egresados por causas administrativas correspondieron al 47% de los egresos totales. El resto egresó al recibir la atención médica de ingreso solicitada.

En cuanto a la tendencia de la lista de espera de traumatología, esta se mantuvo a la baja de forma constante durante la implementación del piloto, como se observa en el gráfico 10.



GRÁFICO 10

EVOLUCIÓN LISTA DE ESPERA DE TRAUMATOLOGÍA DEL CRS DEL HOSPITAL PADRE HURTADO



Fuente: datos de <https://redsalud.ssmso.cl/>. Corte al 22/11/2021.

En cuanto a los cambios en el funcionamiento del equipo de especialidad, cabe destacar la contratación de una kinesióloga por 22 horas semanales por parte de la Universidad del Desarrollo (colaboradora del centro de salud). Esta persona asumió la responsabilidad de acompañar la implementación del piloto en la Unidad. Previo a esta intervención no existía un(a) encargado(a) de gestionar la lista de espera de la Unidad de Traumatología.

El CRS del Hospital Padre Hurtado dispuso de forma gradual de horas de trabajo de funcionarios administrativos y técnicos para colaborar en el rescate de pacientes por vía telefónica. Además, se estableció una reunión semanal en el equipo de traumatología (médico jefe y kinesióloga) para toma de decisiones y exposición de información respecto al piloto y manejo de la lista de espera. Igualmente, se estableció una reunión mensual con la directora del CRS del Hospital Padre Hurtado y el equipo de traumatología, donde se exponía un reporte actualizado sobre el estado de la lista de espera de la Unidad y de los procesos ejecutados en torno a ella.



Además, se acordó un convenio con la Unidad de Radiología del CRS del Hospital Padre Hurtado, para garantizar cupos protegidos para toma de imágenes a pacientes previo a su primera consulta. La solicitud se canalizaba mediante un protocolo realizado por los médicos de la Unidad. También se realizaron jornadas mensuales masivas para realización de ecografías a pacientes previo a su primera consulta (según protocolo elaborado por médicos de la Unidad).

En cuanto a aspectos destacables en las prácticas y mecanismos de comunicación, se estableció un canal de comunicación directa, a través de correo electrónico, con el personal de la OIRS, resolviendo casos de pacientes que preguntaban por el estado de su interconsulta.

En relación con los procedimientos, se elaboraron los siguientes protocolos:

- Pauta para personal que realiza contacto telefónico con pacientes.
- Cuestionario para contacto telefónico inicial.
- Cuestionario para contacto telefónico ejecutado por kinesióloga, donde realiza evaluación administrativa y clínica.
- Flujos y cuestionarios para evaluación clínica telefónica realizada por kinesióloga, además de la determinación de exámenes imagenológicos necesarios para la primera consulta (estos documentos fueron creados por los equipos médicos de subespecialidades traumatólogicas —pie, mano, rodilla, cadera, columna, hombro/codo—), permitiendo una valoración más específica de los usuarios en espera.



4.3 • Logros obtenidos por el Servicio de Cardiología del Hospital San Juan de Dios

Al inicio del piloto había 1.086 pacientes en lista de espera de cardiología, con interconsultas creadas desde 2019. Al cierre del proceso se registró un total de 953 usuarios en espera desde 2016, lo que implica una reducción de 12,2% de la lista de espera de esta especialidad.

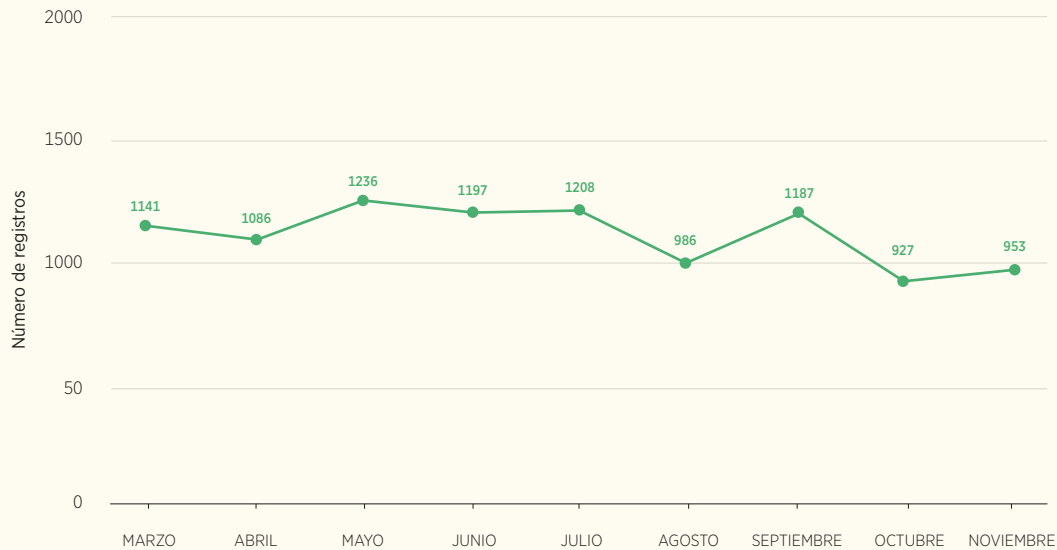
Considerando la lista de espera inicial, se egresaron 853 usuarios por diferentes causales, lo que corresponde a 74% de reducción. Los pacientes egresados por causales administrativas corresponden a 251 usuarios, equivalente a 30% del total de egresados. Los pacientes egresados por atención realizada corresponden a 589 usuarios, que equivalen a 70% del total de los egresos.

La tendencia del total de las interconsultas en lista de espera de esta especialidad se mantuvo estable, como se observa en el gráfico 11, con una leve disminución en los meses finales del piloto. Gracias a los esfuerzos de gestión de la demanda, se logró mantener la lista de espera por debajo de las mil solicitudes en los últimos meses a pesar del significativo aumento de ingresos de interconsultas en los últimos trimestres.



GRÁFICO 11

EVOLUCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS



Fuente: elaboración propia

En cuanto a cambios en el funcionamiento del equipo de especialidad, se implementaron reuniones semanales donde participaba el médico jefe del Policlínico de Cardiología, el médico jefe del Centro de Referencia de Cardiología, la enfermera jefa del Centro de Referencia de Cardiología, la enfermera jefa del Policlínico de Cardiología y la jefa del CDT del Hospital San Juan de Dios. En estas reuniones se revisaban resultados de implementación del piloto y nodos críticos que se pudieran presentar y se tomaban decisiones.

También se estableció el rol médico de gestor de demanda, quien revisaba las interconsultas otorgando prioridad según gravedad de la patología o síntomas y los exámenes que debía realizarse el paciente antes de su primera consulta.

Cabe destacar que, además, se estableció el rol de enfermera gestora de cardiología. El proceso de implementación del rol enfrentó diversas dificultades relacionadas con la gestión del cambio, pero se identificó su viabilidad ya que el recurso humano estaba disponible y se contaba con el apoyo de las jefaturas de la especialidad para su implementación.

En cuanto a las coordinaciones a nivel de servicio, desde el inicio se realizaron reuniones con los referentes del servicio de salud para revisar los nudos críticos del proceso de referencia y



contrarreferencia de cardiología, desde la APS al nivel secundario y las derivaciones que se realizan en el nivel secundario. Se analizó la lista de espera exhaustivamente, identificando las interconsultas que presentaban escasa información que no permite la priorización, así como aquellas que resultan no pertinentes. Con base en esa información, los referentes del servicio de salud retroalimentaron a los distintos establecimientos para mejorar el proceso de referencia y contrarreferencia.

También se realizaron reuniones con equipos del Hospital Félix Bulnes y el Hospital de Talagante, con el fin de identificar su cartera de servicios. En base a la información, se planificaron próximas reuniones para mejorar los procesos de referencia y contrarreferencia, identificando nodos críticos y diseño de soluciones para mejorar el proceso.

Finalmente, se elaboró un protocolo de flujo de atención interna de cardiología que identifica los roles de las subespecialidades y las derivaciones a medicina interna.



5



Referencias



- Bachelet, V., y Goyenechea, M. (2018) Resumen de evidencia sobre tiempos de espera para cirugías electivas para apoyar la toma de decisiones en políticas de salud. Medwawe Estudios. Descargado de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1254294/pb_tiempos-de-espera-para-cirugias-electivas.pdf
- Bachelet, V., Goyenechea, M., y Carrasco, V. Policy strategies to reduce waiting times for elective surgery: A scoping review and evidence synthesis. *Int J Health Plann Manage.* 2019 Apr;34(2):e995-e1015. doi: 10.1002/hpm.2751. Epub 2019 Feb 22. PMID: 30793372.
- Ballini, L., Negro, A., Maltoni, S., et al. Interventions to reduce waiting times for elective procedures. *Cochrane database Syst Rev* 2015;:CD005610. doi:10.1002/14651858.CD005610.pub2
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2021). Documento de Marco Sectorial de Salud. Sector Social. Washington D.C.
- Bastías, G., Bedregal, P., Ferrer, J., Fulgueiras, M., Klapp, M., y Tello, C. (2020) Propuestas para desconfinar la espera en la salud pública. TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA. Año 15 / No 132 / Noviembre.
- Bedregal, P., Ferrer, J.C., Figueroa, B., Téllez, A., Tello, C., Vera, J. y Zurob, C. (2017). La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro. Centro de Políticas Públicas UC, Temas de la Agenda Pública, Año 12, N° 12. Santiago.
- Blythe, N., y Ross, S. (2022) Strategies to reduce waiting times for elective care. The King's Fund. National Institute for Health and Care Research (NIHR) Policy Research Programme. Department of Health and Social Care.
- Elkomy, S., y Cookson, G. Performance Management Strategy: Waiting Time in the English National Health Services. *Public Organiz Rev* 20, 95-112 (2020). Descargado de: <https://doi.org/10.1007/s11115-018-0425-7>.
- González, C., Castillo-Laborde, C., y Matute, I.: [ed.]. Serie de salud poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Santiago, Chile: CEPS, Fac. de Medicina. CAS-UDD. 2019.
- Leiva, C., y Llach, E. (2016) Proceso de Atención Ambulatoria Nivel Secundario y Terciario. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de Redes Asistenciales. Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales. Ministerio de Salud. Chile.



- Ministerio de Salud. (2017). Modelo de priorización lista de espera no GES con enfoque de riesgo y tiempos razonables de espera. División de Planificación Sanitaria. Santiago.
- Ministerio de Salud. (2018). Plan nacional de tiempos de espera No GES en Chile en modelo de atención en RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud) 2014-2018. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Disponible en: <http://bibliotecaminsal-chile.bvsalud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=4874> - es.
- Navas-Aparicio, M. (2017). Estrategia en salud: establecimiento de una red de servicios de salud como alternativa para la reducción de listas de espera para cirugía. *Rev Chil Cir* vol.69 no.2 Santiago abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.016>
- Rathnayake, D., Clarke, M., y Jayasinghe, V. Patient prioritisation methods to shorten waiting times for elective surgery: A systematic review of how to improve access to surgery. *PLoS One*. 2021 Aug 30;16(8):e0256578. doi: 10.1371/journal.pone.0256578. PMID: 34460854; PMCID: PMC8404982.
- Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. (2021). Protocolo de Interoperabilidad, Referencia y Contrarreferencia. Versión 1.4.2. Diciembre. Disponible en: https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2021/12/Protocolo-interoperabilidad-RCR_v1.4.2.pdf
- Tello, C., Fulgueiras, M., Riveros, S., Parra, J., y Jara-Maleš, P. Salud centrada en el paciente. Modelo de acompañamiento a personas que esperan por atención en el sistema público de salud en Chile. 2020. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. Nota Técnica N°IDB-TN-2030.
- van Ginneken, E., Reed, S., Siciliani, L., Eriksen, A., Schlepper, L., Tille, F., y 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.

