

Salud Centrada en el Paciente

Modelo de acompañamiento a personas que esperan por atención en el sistema público de salud en Chile

Cristóbal Tello
Mariana Fulgueiras
Sara Riveros
Javiera Parra
Patricia Jara Maleš

División de Protección Social y
Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-2030

Salud Centrada en el Paciente

Modelo de acompañamiento a personas que esperan por atención en el sistema público de salud en Chile

Cristóbal Tello
Mariana Fulgueiras
Sara Riveros
Javiera Parra
Patricia Jara Maleš

Octubre 2020

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del

Banco Interamericano de Desarrollo

Salud centrada en el paciente: modelo de acompañamiento a personas que esperan
por atención en el sistema público de salud en Chile / Cristóbal Tello, Mariana
Fulgueiras, Sara Riveros, Javiera Parra, Patricia Jara Maleš.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 2030)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Hospitals-Waiting lists-Chile. 2. Public health-Chile. 3. Primary health care-Chile. 4.
Medical care-Chile. I. Tello, Cristóbal. II. Fulgueiras, Mariana. III. Riveros, Sara. IV.
Parra, Javiera. V. Jara Maleš, Patricia. VI. Banco Interamericano de Desarrollo.
División de Protección Social y Salud. VII. Serie.

IDB-TN-2030

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2020 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

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 CNUDMI (UNCITRAL). 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 CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

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



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/SocialProtection



Salud centrada en el paciente

Modelo de acompañamiento a personas que esperan por atención en el sistema público de salud en Chile

Cristóbal Tello
Mariana Fulgueiras
Sara Riveros
Javiera Parra
Patricia Jara Maleš



Clasificación JEL: I12, I18, I31, I38

Palabras clave: esperas en salud, listas de espera, sistema de salud, red asistencial, continuidad de la atención, atención primaria, atención de especialidad, acompañamiento.

Agradecimientos

Este documento forma parte de un proyecto patrocinado por el Banco Interamericano de Desarrollo a través de su División de Protección Social y Salud, encabezada por Ferdinando Regalia. El proyecto estuvo a cargo de Patricia Jara y contó con la colaboración de Ignacio Astorga.

El informe base fue preparado por un equipo del Laboratorio de Innovación Pública (LIP), 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 trabajo fue desarrollado por un equipo liderado por Cristóbal Tello e integrado por Gabriel Bastias, Paula Bedregal, Mariana Fulgueiras, Javiera Parra, Fernando Poblete, Sara Riveros, Sebastián Torres y Carola Zurob.

El desarrollo de este estudio contó con la valiosa y activa colaboración de directivos, profesionales y administrativos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, la Unidad de Salud Digital, el Centro Diagnóstico Terapéutico Juan Pefaur, el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, el Centro de Referencia de Salud Padre Hurtado, el Hospital Padre Hurtado, el Centro de Referencia de Salud Hospital Provincia Cordillera, la Corporación Municipal de Puente Alto y el Departamento de Salud de San Ramón. Asimismo, contó con importantes contribuciones de la División de Gestión de Redes Asistenciales, el Departamento de Asistencia Remota y el Departamento de Salud Digital del Ministerio de Salud.

Este documento informa los resultados de varios meses de interacción con pacientes, directivos, profesionales y técnicos de estas unidades asistenciales donde se buscó reconstruir la trayectoria de las personas desde que inician el proceso con una interconsulta hasta que logran concretar una consulta de nueva especialidad o una cirugía. El objetivo era, primero, identificar oportunidades de mejora para agregar eficiencia a procesos y procedimientos asociados a la gestión de los pacientes en distintas instancias de la red asistencial; y, en segundo, lugar proponer estrategias que permitan optimizar la espera desde el punto de vista biomédico y psicosocial para lograr una mejor experiencia para los pacientes mientras esperan por atención.

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.

Índice

1.	Introducción	7
2.	La experiencia de la espera por atención en la salud pública en Chile	10
2.1	Condición psicosocial del paciente	12
2.2	Tiempo de espera por atención	14
2.3	Acceso de los pacientes a la información	15
2.4	Comunicación y trato	16
2.5	Percepción de justicia	17
2.6	Actitud del paciente durante la espera	18
3.	Construcción de un modelo de acompañamiento a personas en espera por atención en salud	21
	Información a los usuarios	22
	Monitoreo del estado de salud	22
	Gestión de citas y acceso a prestaciones complementarias de salud	23
3.1	Teoría del cambio del modelo de acompañamiento	23
3.2	Estructura organizacional para la implementación del modelo	25
	Unidad de Acompañamiento	26
	Unidad de Preconsulta	26
	Unidad de Postconsulta	27
	Unidad Prequirúrgica	28
	Otros canales de información y atención	28
	Articulación de unidades de trabajo	30
4.	Blueprint del modelo de atención para personas en lista de espera	32
4.1	Blueprint del proceso Consulta de Nueva Especialidad (CNE) e Intervención Quirúrgica (IQ)	34
	Etapa: Atención en la APS	34
	Etapa: Espera por atención con especialista	37
	Etapa: Preatención con especialista	40
	Etapa: Atención especialista	42
	Etapa: Diagnóstico	44
	Etapa: Espera por cirugía	47
	Etapa: Preparación prequirúrgica	49
	Etapa: Intervención prequirúrgica	52
	Etapa: Contrarreferencia APS	55
4.2	Blueprint del proceso de control y tratamiento	57
	Etapa: Diagnóstico	57
	Etapa: Espera por control con especialista	59
	Etapa: Alta y contrarreferencia a la APS	62
5.	Modalidades de acompañamiento en la espera	65
5.1	Categorización de los pacientes	65

5.1.1	Modalidad de acompañamiento C: tipo “intensivo”	67
5.1.2	Modalidad de acompañamiento B: tipo “medio”	71
5.1.3	Modalidad de acompañamiento A: tipo “básico”	73
5.2	Acciones y prestaciones según tipo de acompañamiento	73
6.	Discusión e implicaciones de política	78
	Bibliografía	83

Siglas y abreviaturas

APS: Atención primaria en salud

CASR: Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

CESFAM: Centro de Salud Familiar

CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar

CDT: Centro de Diagnóstico y Tratamiento

CNE: Consulta de Nueva Especialidad

COMGES: Compromiso de Gestión

COMPIN: Comisión Preventiva de Invalidez

CRS: Centro de Referencia de Salud

FONASA: Fondo Nacional de Salud

GES: Garantías Explícitas en Salud

IC: Interconsulta

IQ: Intervención Quirúrgica

IMC: Índice de Masa Corporal

ISAPRE: Institución de Salud Previsional

LE: Lista de Espera

MINSAL: Ministerio de Salud

NNA: Niños, Niñas y Adolescentes

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencia

SAU: Servicio de Atención al Usuario

SIGGES: Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas en Salud

SIGTE: Sistema de Gestión de Tiempos de Espera

SOME: Servicio de Orientación Médico Estadístico

UA: Unidad de Acompañamiento

1. Introducción

Cierto nivel de espera es inevitable en todo sistema de salud. Ello se debe a la naturaleza de muchas prestaciones médicas – en particular, intervenciones o tratamientos que requieren tiempo para mostrar su eficacia – y a la escasez de recursos frente a las necesidades crecientes de atención de la población. Dado que la espera es una condición que estará siempre presente en el ámbito de la salud pública, es necesario gestionarla adecuadamente, tanto en su duración como en su experiencia, para evitar o minimizar sus resultados negativos sobre el bienestar de las personas.

Cuando la espera es larga y los pacientes no cuentan con la información que necesitan, las consecuencias pueden ser el deterioro de la su salud del paciente, la prolongación del sufrimiento y la erosión de la legitimidad del sistema (Banco Interamericano de Desarrollo, 2016). En cambio, cuando la espera se gestiona de forma proactiva, mejorando la experiencia de los pacientes, se puede influir positivamente en la valoración subjetiva del servicio recibido y en los resultados objetivos de salud (Fregene et al. 2017).

Los efectos de la espera en la salud física y psicológica no son los mismos en todos los pacientes. Existen condiciones físicas y sociales que pueden incrementar los efectos negativos de esperar por tratamientos. Por lo tanto, es necesario entender en mayor profundidad el perfil de riesgo de los pacientes vinculado a la espera y generar mecanismos para priorizar la atención de manera que se reduzca el efecto de la espera sobre su salud global y sobre la presión que implica para el sistema de salud (Hirvonen, 2007).

En el contexto chileno, el PNUD (2017) identifica la espera como un punto neurálgico del malestar existente con el sistema público de salud; la espera produce angustia e indignación cuando está en juego la integridad y salud de la persona: “la irritación con la espera está relacionada en parte con sentirse desatendido mientras se aguarda (es decir, en las propias interacciones, o falta de ellas, dentro del hospital o centros de salud en ese lapso)” (PNUD, 2017). La experiencia de quienes esperan está marcada por la insuficiente, incomprensible e infrecuente información que reciben y la escasa interacción que tienen con el sistema de salud (Centro de Políticas Públicas, 2017).

La literatura especializada muestra que la espera no sólo está determinada por aspectos objetivos tales como el tiempo de espera o el lugar donde se espera; también operan aspectos subjetivos que constituyen la experiencia de esperar (el trato recibido, el grado de información con que se cuenta, la percepción de justicia en el orden de atención, etc.). No basta con mejorar la gestión de los tiempos apuntando a reducir las esperas evitables; es necesario además mejorar la experiencia de la espera a través de sistemas de información y acompañamiento adecuados para las personas que están en esta situación.

El creciente énfasis en la experiencia del paciente como dimensión sustantiva de la calidad de los servicios de salud explica la importancia de invertir en el desarrollo de estudios centrados en la perspectiva del paciente (BID, 2018). Hay varios factores que suman argumentos a favor de tomar la experiencia de los usuarios de los sistemas de salud como elemento determinante para los procesos de mejora. Entre ellos se destacan: el fortalecimiento de la atención primaria; los desafíos que imponen la articulación y funcionamiento efectivo de las redes integradas de salud; y la necesidad por innovar en la provisión de los servicios para adecuar el sistema y su capacidad de respuesta a los nuevos desafíos sanitarios de la población. Explorar la perspectiva de los usuarios y acompañar su trayectoria por las redes de servicios es metodológicamente una forma razonable de plantear la reorganización de los servicios de salud, especialmente cuando se trata de coordinar la atención entre distintos niveles de la red procurando la continuidad de los cuidados (BID, 2018).

El acceso y la coordinación de la atención especializada y los servicios de la red hospitalaria y unidades de emergencias con la atención primaria es un aspecto clave que influye sobre la continuidad del cuidado. Cabe aclarar que en Chile los usuarios del sistema público de salud no tienen acceso directo a la atención especializada, excepto como resultado de la atención de urgencia cuando se trata de cuadros agudos. La función de los establecimientos de salud de atención primaria es hacer un prediagnóstico, valorar la necesidad de una atención especializada para tener confirmación diagnóstica y brindar el tratamiento respectivo. Por lo tanto, para acceder a una atención de especialidad, los pacientes deben obtener una orden emitida por el médico de su unidad de salud de atención primaria (centro de salud familiar o consultorio); una vez evaluada por el médico contralor de la APS, esta orden es enviada al hospital respectivo con una clasificación de la derivación basada en la gravedad de la enfermedad y otros factores que determinan la prioridad del acceso a la atención especializada y, por lo tanto, el tiempo de espera del paciente.

En este camino, una espera prolongada por atención en el sistema de salud implica un riesgo de interrupción del proceso de atención. La capacidad de los sistemas de responder a su demanda se ve afectada por las complejidades involucradas en la experiencia de los usuarios con la referencia y contrarreferencia entre la atención primaria y especializada; por las estrategias de vinculación de los sistemas de salud con los pacientes; y por la forma en que los pacientes van experimentando esa relación (BID, 2018).

Hay un amplio convencimiento en que la coordinación de la respuesta asistencial juega un papel relevante en el funcionamiento eficaz de los sistemas de salud. Sin embargo, son escasas las métricas de desempeño de los servicios que incorporen la perspectiva de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. Así, parece probable que en las dimensiones de acceso, resolutivez, integración y coordinación de servicios entre los distintos niveles, en la lógica de una red integrada de servicios, se ha dado poca importancia a la experiencia de los pacientes como base para revisar la coherencia de los procesos y en la identificación de las causas que generan demoras prevenibles en la provisión de las atenciones.

En 2018, el Ministerio de Salud de Chile solicitó al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) una línea de asistencia técnica para el desarrollo de una experiencia demostrativa que permitiera identificar las oportunidades de mejora en la gestión de pacientes que se encuentran esperando consultas de especialidad o cirugía en el sistema público de salud. Se solicitaba también probar una estrategia de acompañamiento a pacientes para mejorar la experiencia de la espera. Con este cometido, y con el liderazgo de la División de Protección Social y Salud por el lado del BID, se suscribió un convenio con el Laboratorio de Innovación Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que ha llevado a cabo esta iniciativa junto con el Centro de Políticas Públicas y la Escuela de Diseño de esta universidad, con el apoyo del Departamento de Salud Pública UC.

En una primera etapa se realizó una investigación que comprendió el análisis de fuentes secundarias y entrevistas a directivos, funcionarios y pacientes, en los distintos niveles de atención del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. En una segunda fase se desarrolló un proceso de cocreación con funcionarios de este servicio para elaborar la propuesta del modelo de acompañamiento a las personas en lista de espera para procedimientos no sujetos a la garantía de oportunidad que el seguro público aplica para un conjunto escogido de patologías a los que aplican tiempos máximos de resolución. (Es lo que se conoce como Garantías Explícitas en Salud - GES. Para diferenciar, a las esperas de las atenciones a las que no aplica esta garantía de oportunidad se las denomina no-GES.)

Este documento da cuenta de los principales hallazgos del diagnóstico realizado en 2019 en establecimientos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente en sus tres niveles de atención: primario, secundario y terciario. Asimismo, propone un modelo de acompañamiento a los pacientes en listas de espera no-GES de consulta de nueva especialidad e intervención quirúrgica que resultó de la interacción y validación con los equipos clínicos de esa red asistencial.

El documento presenta en su capítulo 2 el análisis de la experiencia actual que tienen los pacientes en listas de espera no-GES. A partir de las conclusiones de este análisis, el capítulo 3 presenta el marco de referencia para la construcción de un modelo de acompañamiento a pacientes en espera, tomando en cuenta los factores que determinan la experiencia de espera por atención en la salud pública. A partir de eso se reconstruyen los planos de servicio que retratan los flujos críticos para la provisión de atención, tanto para consulta nueva de especialidad como de cirugía, destacando las interacciones críticas que pueden marcar diferencias importantes en la dinámica de la atención. En el capítulo 5 se presenta la propuesta de modelo de acompañamiento a los pacientes en listas de espera no-GES, destacando las distintas modalidades de acompañamiento identificadas. Y en la sección final se ofrece una discusión de hallazgos e implicancias para la política de gestión de tiempos de espera en salud.

2. La experiencia de la espera por atención en la salud pública en Chile

Existe una amplia literatura especializada sobre la experiencia de la espera en los sistemas sanitarios y su impacto en la salud y el estilo de vida de los pacientes. En varios estudios realizados en el ámbito de la provisión de servicios de salud el tiempo de espera suele ser conceptualizado como el período que transcurre entre un momento determinado y otro (Masri et al., 2005). Generalmente se trata del tiempo entre la primera consulta realizada con el médico de atención primaria hasta la atención con el especialista (Carrière & Sanmartín, 2010); entre la identificación de un problema de salud y su diagnóstico y tratamiento (Fogart y Cronin, 2008); o entre la indicación de cirugía y la intervención quirúrgica (Conner-Spady et al., 2007; Ho et al., 1994; Howard, 2000).

El problema que acarrea este tipo de definición es que supone que el proceso del paciente es totalmente uniforme y unidimensional, donde el tiempo es algo *“tangible y lineal, susceptible de ser dividido en partes y medido a través de relojes”* (Johnson et al., 2014, pág. 126). Bajo este entendimiento, el tiempo respondería a un período que transcurre entre dos momentos bien definidos y que podría ser fácilmente cuantificable mediante el cálculo de la distancia entre ellos. Esta noción del tiempo de espera como una entidad objetiva y externa se contrapone con una visión más cualitativa según la cual el tiempo de espera se configura subjetivamente como un *“tiempo experimentado”* por los pacientes (Carr et al., 2009; Carr et al., 2017; Fitzsimons et al., 2000; Johnson et al., 2014; Masri et al., 2005).

La espera en salud es una experiencia diversa, personal, compleja y multidimensional que se encuentra influida por una serie de eventos que determinan que la atención médica sea distinta para cada persona. Estas experiencias se encarnan en personas que sienten y se enfrentan a la incertidumbre de la espera, modificando el tiempo subjetivo o percibido por el paciente (Carr et al., 2014). En un sentido similar, el Centro de Políticas Públicas UC (2017) plantea que los *“aspectos objetivos (tales como tiempo de duración o el lugar donde se realiza la espera) son tan relevantes para la experiencia del paciente como sus aspectos más subjetivos”*.

Por esta razón, aquí se utiliza el concepto de “experiencia de espera” entendido como la vivencia subjetiva que experimenta un paciente mientras aguarda por una atención en salud, durante la cual atribuye significados, genera sentimientos y percibe los efectos de su espera de forma subjetiva y en relación con su entorno.

Durante la etapa de diagnóstico de este estudio se realizó un extenso trabajo de relevamiento de información cualitativa para entender en profundidad las experiencias de pacientes, acompañantes y personal de los establecimientos de salud vinculados con las listas de espera no-GES (LE) de consulta de nueva especialidad (CNE) e intervención quirúrgica (IQ) en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente de la Región Metropolitana de Santiago. Al analizar la experiencia de espera de las personas inscritas en estas listas de espera, la investigación cualitativa desarrollada en este estudio identificó seis factores que inciden significativamente en la calidad percibida de esa experiencia. Estos factores son:

- a) condición psicosocial del paciente;
- b) tiempo de espera por atención;
- c) acceso de los pacientes a la información;
- d) comunicación y trato;
- e) percepción de justicia; y
- f) actitud del paciente durante la espera.

Box 1. Metodología del trabajo de campo realizado en el estudio

El trabajo de campo se realizó en siete establecimientos de atención primaria de salud (APS) de las comunas de Puente Alto (CESFAM Laurita Vicuña, CESFAM Vista Hermosa y CESFAM San Gerónimo) y de San Ramón (CESFAM La Bandera, CESFAM Salvador Allende, CESFAM Gabriela Mistral y CECOSF Modelo); tres establecimientos del nivel secundario (CRS Hospital Provincia Cordillera, CDT Juan Pefaur, CRS Hospital Padre Hurtado); y dos establecimientos del nivel terciario (Hospital Sótero del Río - CASR - y Hospital Padre Hurtado).

En estos establecimientos se realizaron 107 entrevistas semiestructuradas, individuales o grupales a prestadores de salud, en base a una pauta de entrevista. De estas entrevistas, 47 se realizaron en el nivel de APS, 26 en el nivel secundario, 15 en el nivel terciario y 19 en el nivel central, involucrando a directivos, funcionarios de primera línea, usuarios administrativos internos, usuarios clínicos internos, funcionarios de soporte y representantes de la sociedad civil.

Adicionalmente, se entrevistó a 35 pacientes que se encontraban en lista de espera, ya sea para intervención quirúrgica o consulta de nueva especialidad, y a 4 acompañantes que espontáneamente se encontraban en las entrevistas y entregaron información relevante para el estudio.

La experiencia de espera en el ámbito de la salud pública se configura a partir de una serie de variables y eventos que determinan que el viaje hacia la atención médica sea distinto para cada persona. Reconociendo la diversidad de las experiencias particulares, esta sección busca resumir algunas de las formas en las que los pacientes viven actualmente la experiencia de esperar en la salud pública en Chile. Y plantea una reflexión conceptual de lo que indica la literatura acerca de los aspectos destacados por los entrevistados en cada dimensión.

Box 2. Generación de listas de espera en el Sistema Público de Salud en Chile

En Chile, el sistema público de salud está organizado en 29 servicios de salud. Los servicios son organismos funcionalmente descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que gestionan una red asistencial propia con cobertura regional o subregional.

Cada red asistencial gestiona el funcionamiento de establecimientos hospitalarios de diversa complejidad (nivel terciario), establecimientos de atención ambulatoria (nivel secundario) y una red de consultorios (nivel APS), que en su gran mayoría son administrados por los gobiernos locales (municipalidades).

A partir del año 2000, existen las Garantías Explícitas de Salud (GES) aplicables a un conjunto de patologías que cuentan con garantías de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad. El resto de las patologías son denominadas no-GES y no cuentan con garantías de atención. En el caso de las patologías GES, no se habla de listas de espera sino de garantías de oportunidad retrasadas, aplicándose el concepto de listas de espera sólo a las patologías no-GES.

El proceso que genera las listas de espera puede originarse en un establecimiento de atención primaria, a través de la solicitud (interconsulta) que hace un médico de APS para que un paciente sea evaluado por un especialista de un establecimiento secundario; en un establecimiento de urgencia, al derivar a un paciente a un establecimiento secundario o terciario; o entre establecimientos secundarios o terciarios a través de interconsultas internas. Estas interconsultas se registran en la **lista de espera de consulta de nueva especialidad**.

Con posterioridad a la primera consulta con el especialista, en el establecimiento secundario, el especialista puede solicitar la realización de procedimientos diagnósticos, registrados en la **lista de espera de procedimientos diagnósticos**, o una nueva consulta o control para el paciente, registrada en la **lista de espera de consultas repetidas o consulta de seguimiento**.

Finalmente, si se evalúa que el paciente requiere de una intervención quirúrgica, el especialista puede generar una interconsulta a un establecimiento secundario, la que se registra en la **lista de espera de intervención quirúrgica**.

2.1 Condición psicosocial del paciente

La investigación cualitativa llevada a cabo para este estudio mostró que la evolución del estado de salud del paciente resulta clave para entender su experiencia de espera. El agravamiento de los síntomas y la presencia de dolor intensifican los sentimientos negativos en torno a la espera; por lo contrario, cuando los síntomas disminuyen o desaparecen, los pacientes le restan importancia a la espera y a su condición de salud, llegando incluso a olvidar que se encuentran esperando.

Esto está fuertemente relacionado con el hecho de que la espera se percibe en forma más negativa cuando la condición de salud del paciente afecta el desempeño de sus actividades principales. Cuando no pueden desempeñar sus papeles habituales en el ámbito laboral, personal, social o familiar, los pacientes manifiestan una afectación negativa de su salud física y de su salud mental.

Los pacientes que deben dejar de trabajar durante la espera manifiestan un altísimo nivel de frustración ya que, muchas veces, ven afectada su principal o única fuente de generación de ingresos. Las personas que no cuentan con mecanismos de seguridad social deben conseguir una fuente nueva de ingresos. Las personas que tienen licencias médicas¹ deben comenzar un camino largo de interacción con la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) para que las licencias sean aprobadas y pagadas. Es frecuente que parte de las licencias médicas sean rechazadas por la COMPIN o se presenten problemas para el pago, añadiendo a la espera una fuente importante de angustia vinculada a la estabilidad económica de la persona y su grupo familiar.

Cuando los pacientes tienen incertidumbre sobre su diagnóstico, experimentan mucha angustia durante la espera. El agravamiento o percepción de agravamiento de los síntomas intensifica la sensación de frustración y malestar cuando no existen canales formales para que puedan comunicar el deterioro de su condición de salud, principalmente en las etapas iniciales del proceso de atención.

Las condiciones iniciales de salud del paciente pueden modificarse durante los largos períodos de espera; sin embargo, no existen mecanismos ni procedimientos formales para monitorear el estado de salud del paciente durante la espera. Aun cuando el paciente tenga contacto con otros establecimientos de la red de salud durante su espera, los cambios en la condición de salud del paciente en las solicitudes de interconsulta no se registran ni se comunican a las otras unidades de atención. Frente a esta situación, algunos médicos de la APS generan nuevas interconsultas como mecanismo de presión, abultando las listas de espera.

La experiencia de los pacientes con multimorbilidad es especialmente compleja ya que el sistema de salud tiende a manejar cada condición médica de manera fraccionada. Los pacientes pueden consultar en el nivel primario para el manejo de enfermedades crónicas, como la diabetes o la hipertensión arterial, mientras al mismo tiempo esperan por una CNE o IQ en el nivel secundario o terciario para ser examinados o intervenidos por otras patologías. Esto es especialmente frecuente entre los adultos mayores que presentan más de una condición.

Los funcionarios y personal de salud identifican que, si bien hay intención de abordar a los pacientes de manera integral, no existe aún una definición consensuada sobre cómo hacerlo en la práctica. Actualmente, la integralidad consiste básicamente en que el paciente sea derivado a un número importante de especialidades para que den respuestas separadas a todos los síntomas que presenta la persona. Esto genera múltiples interconsultas,

¹ Según la legislación nacional, la licencia médica es el derecho que tiene un trabajador o trabajadora - dependiente o independiente - de ausentarse o reducir su jornada de trabajo durante un determinado período de tiempo en cumplimiento de una indicación otorgada por un médico; dicha indicación debe ser autorizada por una comisión revisora o por la contraloría médica del seguro privado.

incrementando la sensación de espera de los pacientes y perpetuando el abordaje fraccionado de los casos.

La atención fraccionada del paciente también emerge muchas veces como un problema cuando los pacientes deben ser intervenidos quirúrgicamente porque lograr los pases quirúrgicos requiere la participación de varias especialidades para resolver, por ejemplo, problemas nutricionales como la obesidad o problemas cardiovasculares mal controlados. Actualmente, los pacientes son enviados a solucionar esos problemas por carriles independientes para volver cuando estén en condiciones de ser operados; ese proceso es asumido íntegramente por el paciente, sin que exista un gestor de casos que dé seguimiento desde el sistema al proceso para asegurar su continuidad.

Los pacientes manifiestan que la sensación de fraccionamiento se agrava a raíz de la rotación constante del personal médico con el que tienen contacto; muchos pacientes quedan con la sensación de que cada vez que van a un centro asistencial “comienzan de nuevo”. Los pacientes son los responsables de comunicarle al personal de salud su condición de multi mórbidos, lo que, en su percepción, resta credibilidad al sistema, que parece no ser capaz de mantener un registro único de la historia clínica.

Las redes de apoyo de los pacientes identificadas durante la investigación fueron muy variadas e importantes para entender la experiencia de espera. Las redes de apoyo brindan a los pacientes apoyo emocional pero también apoyo práctico para permitirles desempeñar actividades básicas de la vida diaria. Los pacientes solos tienen más dificultades para sobrellevar su condición de salud y su espera. En algunos casos en que no contaban con redes de apoyo, los pacientes tuvieron que contratar los servicios de personas que las pudieran ayudar ante la dificultad objetiva de vivir de manera independiente.

La condición de salud del paciente tiene una clara incidencia en el proceso de espera por una atención médica. El modelo biopsicosocial de la salud señala que existen condiciones biológicas, psicológicas (mentales, emocionales) y sociales que condicionan la situación de salud de una persona. Estos tres factores afectan la experiencia de la espera. Los factores biológicos inciden en esta experiencia principalmente por la presencia de dolor, discapacidad funcional y/o gravedad de la enfermedad. Los factores psicológicos, como el estado anímico o la presencia de discapacidad mental, entre otras, afectan la percepción subjetiva de la espera. Por último, la condición social, como ser trabajador o contar con redes sociales, entre otras, también influye en la percepción de espera.

La condición biopsicosocial también afecta la experiencia del usuario en relación con los efectos que ese estado produce en la vida diaria del paciente y en su entorno. Su condición biopsicosocial puede afectar sus posibilidades de seguir viviendo el tipo de vida que tenía o sus capacidades para seguir desempeñando los papeles que tenía en su entorno familiar, social o laboral. Mientras mayor sea la interferencia que esta condición produzca en el usuario y su entorno, más negativa será su experiencia de atención y espera.

Las redes de apoyo del paciente tienen una especial importancia para su experiencia de espera. Como señala Meister (1985), la espera solitaria se percibe más larga que la espera acompañada; y en algunos casos, como en adultos mayores, la existencia de redes de apoyo constituye una condición esencial para que el paciente pueda concurrir a los establecimientos de salud y comprender su diagnóstico y el tratamiento que se le prescribe.

De manera complementaria al modelo biopsicosocial de salud, que comprende la salud desde una perspectiva individual, el modelo de determinantes sociales en salud tiene a las desigualdades en el foco de la explicación del nivel de salud de las personas. Estas desigualdades comprenden “*las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud*” (Ministerio de Salud, 2019). De este modo, las desigualdades en el acceso a la atención médica o el mayor tiempo en espera también pueden estar explicadas por condiciones sociales o ejes de desigualdad como el sexo o género, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el lugar de residencia y la pertenencia a pueblos originarios o migrantes, entre otras.

2.2 Tiempo de espera por atención

La experiencia del paciente se encuentra afectada por múltiples esperas durante su proceso de atención. Debe esperar por la atención en el consultorio de la APS, por la consulta con el especialista, por exámenes o procedimientos, por el retiro de medicamentos, por una intervención quirúrgica o por controles de salud. Al presentar múltiples patologías o condiciones crónicas, algunos pacientes se encuentran permanentemente en situación de espera. Esto dificulta que el paciente pueda diferenciar los distintos motivos que generan su espera y el tiempo estimado para cada etapa.

El sistema público de salud contabiliza por separado las esperas por cada tipo de prestación de salud. Existen listas de espera de consulta de nueva especialidad, de consultas repetidas o de seguimiento, de procedimientos diagnósticos y de intervenciones quirúrgicas. Desde el punto de vista del sistema, la contabilidad de la espera se reinicia cada vez que el paciente egresa de una lista e ingresa a otra. Sin embargo, desde el punto de vista del paciente la experiencia de espera es una sola, compuesta por las múltiples esperas que experimenta a lo largo del proceso.

Los funcionarios y el personal de salud manifestaron, además, que hay pacientes que creen estar en lista de espera cuando no figuran en los registros oficiales. Esto sucede, por ejemplo, cuando no se les informa sobre el rechazo, por no pertinencia, de una solicitud de interconsulta de un establecimiento de APS a un establecimiento secundario. Las plataformas de información y los equipos de salud del nivel secundario no alertan al paciente ni al establecimiento de la APS acerca de los rechazos efectuados; así, muchas veces el paciente solo toma conocimiento de que no está inscripto en la lista de espera cuando concurre espontáneamente a consultar por su estatus. Esto genera un grupo de pacientes que creen estar esperando y aún no ingresan a la lista de espera.

Hay pacientes que no logran resolver su espera debido a condicionantes que no son de fácil resolución y que no son abordados de manera integral. Los casos más recurrentes son los de pacientes con obesidad, que no pueden ser operados por presentar alto riesgo quirúrgico. Al existir pocos pabellones con capacidad resolutoria para el riesgo asociado a las intervenciones quirúrgicas en esta población, la posibilidad de que logren operarse se vuelve muy baja, haciendo de la espera un proceso sin resolución. Algo similar ocurre con personas con enfermedades cardiovasculares o diabetes descompensadas que no permiten la intervención quirúrgica. Si bien los establecimientos conocen estos casos, no tienen estrategias desplegadas para resolverlos desde las fases iniciales del proceso de atención, lo que implica para esos pacientes una permanencia más prolongada en la espera por atención.

Como se dijo, el tiempo cronológico de espera no es la única variable que explica el tipo de experiencia que vive el paciente, pero tiene una alta incidencia. Un tiempo más prolongado de espera o, en términos más estrictos, una percepción de espera más prolongada, incide negativamente en la experiencia del paciente.

El tiempo de espera percibido por el paciente es un continuo de tiempo que en la mayoría de los casos se inicia en la consulta del establecimiento de APS y se extiende hasta finalizar el tratamiento prescrito por el especialista en el nivel secundario o hasta terminar la fase postoperatoria o el tratamiento médico en el nivel terciario. Cuando los pacientes tienen dos o más interconsultas, su percepción de tiempo real de espera es la agregación de todas esas esperas.

La percepción de espera también se relaciona con la expectativa de espera de la persona. La incertidumbre o certeza que el usuario tenga acerca del tiempo que deberá esperar aumentará o no la percepción del tiempo de espera que efectivamente tendrá durante el proceso.

2.3 Acceso de los pacientes a la información

Los pacientes manifiestan experimentar serios problemas en relación con el acceso a la información que requieren; también manifiestan dificultades para entender sus diagnósticos, por lo que algunos asisten acompañados de otras personas para minimizar el riesgo de no entender. Estas dificultades son causadas tanto por el lenguaje técnico que utilizan los médicos como por el nerviosismo asociado a tener un problema de salud. Acabada la consulta, los pacientes suelen preguntar entre sus conocidos o consultan en internet qué es lo que quiere decir el diagnóstico que recibieron.

El personal médico menciona de forma reiterada que los quince minutos asignados para la consulta médica en el nivel de la APS no resultan suficientes para explicar la información en detalle y de forma comprensible para el paciente; esto genera que los pacientes salgan con muchas dudas que no siempre saben cómo resolver. Algunos médicos y enfermeras han desarrollado estrategias que han resultado positivas y que han sido valoradas por los pacientes para explicar mejor la información que entregan, tales como el uso de diagramas, fichas e impresiones con información adicional.

Algunos pacientes manifiestan que enfrentaron problemas y agravamiento de sus síntomas o de su condición general de salud debido a no tener información clara sobre su diagnóstico o sospecha diagnóstica. Indican que, si hubieran entendido adecuadamente su diagnóstico, podrían haber manejado mejor su proceso de espera y evitado consecuencias negativas para su salud.

Los pacientes tampoco entienden el proceso de gestión de la interconsulta, ni las etapas, requisitos y procedimientos de cada etapa. Asimismo, reportan un profundo desconocimiento sobre lo que sucede en las fases en las que ellos no están en contacto con los establecimientos de salud y no tienen información sobre dónde consultar ni sobre cuáles son sus derechos y deberes en relación con el proceso específico de la interconsulta. No entender el proceso hace que los pacientes se sientan desorientados y tengan sentimientos de frustración en torno a la espera; además, les resta posibilidades de lograr un buen automanejo ya que no saben qué deben hacer. La mayoría de los pacientes señala que la única instrucción que reciben es que deben esperar a ser contactados desde el hospital para gestionar las citas respectivas; sin embargo, frente a la incertidumbre de la espera, los pacientes se acercan al establecimiento hospitalario a preguntar por el estado de su interconsulta. La mayor parte de las consultas se dirige a funcionarios administrativos que no tienen entre sus funciones responder este tipo de dudas; en general, la respuesta que reciben es insatisfactoria, ya que los funcionarios se limitan a repetir que deben esperar a ser contactados.

Los funcionarios manifiestan que la información necesaria para dar seguimiento a la ruta de la interconsulta y su estado se encuentra repartida en distintos sistemas de información cuyo acceso no siempre es expedito para las personas que lo necesitan. Esta limitante de soporte hace que sea difícil entregar información a los pacientes a lo largo de su espera, ya sea porque la información no se encuentra actualizada o porque los funcionarios que responden preguntas no tienen acceso a la información requerida para responderlas. En muchos casos, los funcionarios y profesionales deben recurrir a canales informales para solucionar consultas o problemas que se identifican durante el proceso de espera. La solución a los problemas termina siendo determinada por la buena voluntad de los individuos y por la capacidad de ciertos funcionarios o profesionales de movilizar sus redes personales al interior de los establecimientos.

En la medida en que los pacientes tienen más interacción con el sistema de salud, identifican que van entendiendo mejor la ruta y el proceso de la interconsulta. Esta información les permite hacer una mejor gestión de su espera, al conocer los lugares donde conseguir

información, los canales mediante los cuales quejarse, conocer mejor los términos técnicos y administrativos e, incluso, agilizar algunos trámites producto de estas gestiones.

Los pacientes cumplen, además, la función de guardar su propio historial médico, sobre todo lo relacionado con resultados de exámenes, recetas de medicamentos y diagnósticos. Los sistemas de información no siempre permiten ver la historia del paciente o los resultados de sus exámenes. Además, muchos pacientes se ven obligados a recurrir al sector privado para agilizar la toma de exámenes, por lo que resulta importante el legajo que cada paciente guarda sobre su caso. Perder los exámenes o antecedentes del proceso clínico puede afectar negativamente su trayectoria en la lista de espera, ya que implica perder el único historial completo que existe sobre el paciente.

El acceso a la información por parte del paciente incide de manera importante en su experiencia. Por una parte, el paciente quiere comprender el proceso de la espera para lograr mayor certidumbre respecto de las etapas por las cuales deberá transitar y tener una estimación del tiempo total que deberá esperar. Por otra parte, el paciente necesita saber en qué fase del proceso de espera está para prepararse para las etapas que se aproximan y evaluar el tiempo estimado que le resta de espera. Finalmente, es esencial para el paciente lograr el mayor nivel de información posible sobre su diagnóstico o sospecha diagnóstica, el pronóstico y las implicancias asociadas a los cuidados.

2.4 Comunicación y trato

Tanto pacientes como funcionarios y personal médico manifiestan que existe un problema profundo en materia de contactabilidad y comunicación. Por un lado, los pacientes no tienen cómo contactar a los establecimientos para informar sobre cambios en su estado de salud, cancelar citas médicas o requerir información; por otro lado, los funcionarios del sistema de salud invierten mucho tiempo tratando de contactar pacientes para citaciones, muchas veces sin éxito.

Cada nivel de atención maneja un directorio propio de números de contacto para los pacientes y la norma técnica no exige que éstos sean actualizados como parte del ingreso de la solicitud de interconsulta. Esto hace que el sistema tenga una baja tasa de contactabilidad telefónica de los pacientes, lo que implica la pérdida de oportunidades de atención y un uso ineficiente de recursos destinados a ubicar pacientes.

La falta de canales de comunicación actualizados es un problema para el sistema de salud porque los equipos deben invertir mucho tiempo en tratar de contactar a los pacientes con números telefónicos muchas veces desactualizados. Algunos establecimientos están innovando en esta materia y han abierto más canales formales de comunicación, buscando entregar información útil para los pacientes. Por ejemplo, se han establecido *call centers* para confirmar la asistencia de pacientes a citas o ventanillas de información, denominadas informalmente “mesones”, donde se puede consultar información, lo que es muy valorado por pacientes y funcionarios. Sin embargo, ésta no es una práctica generalizada.

Los funcionarios y profesionales no tienen claridad sobre quiénes y en qué niveles deben hacer seguimiento y acompañar a los pacientes en lista de espera. En general, se registran expectativas cruzadas sobre la responsabilidad del nivel primario de la salud - donde se generan las interconsultas - y del nivel secundario - donde se las recibe.

La ausencia de canales formales de comunicación implica que los pacientes despliegan una serie de estrategias informales para obtener y entregar información al sistema de salud. El personal que atiende al público en los distintos establecimientos se ve abordado de forma sistemática por pacientes con necesidad de obtener y transmitir información. Esto es problemático porque gestionar este tipo de información no está entre sus funciones, lo que puede resultar en que el paciente se sienta mal tratado, que reciba información imprecisa e

incluso errónea o que la información que recibe el funcionario se pierda, ya que no existe un protocolo sobre dónde y cómo registrarla.

Los pacientes tienen, por otra parte, distintos niveles de uso de la tecnología, tanto de forma directa como a través de su entorno. Los adultos mayores tienen mayor dificultad para acceder a la tecnología y muchas veces deben conseguir el apoyo de personas que les faciliten el acceso.

Existe una disparidad notoria en la frecuencia e intensidad de contacto que el paciente mantiene con el sistema al inicio y al final del proceso. Durante la espera por consulta de nueva especialidad no hay mecanismos formales para obtener información sobre el estado de la interconsulta, pero una vez que los pacientes son atendidos, si se encuentran en tratamiento o están en contacto con las unidades prequirúrgicas, pueden recibir correos electrónicos, celulares o números fijos de médicos, enfermeras y administrativos. Así, durante el período de mayor incertidumbre - el inicio de la espera - hay menos canales de información que hacia el final, cuando el paciente ya se encuentra en tratamiento o cerca de ser intervenido.

En relación con el trato, los pacientes mencionan de forma reiterada la importancia de recibir un buen trato durante su interacción con el sistema de salud. El buen o mal trato recibido afecta su percepción acerca de la competencia de los profesionales y la preocupación del sistema hacia ellos; los pacientes llegan inclusive a explicar con esos factores las largas esperas.

En términos generales, los pacientes mencionan que el personal administrativo tiene peor trato que el personal médico, aunque esto podría estar influido por el hecho de que el contacto con los administrativos es mucho más frecuente. Manifiestan, además, recibir mejor trato en el nivel secundario y terciario que en la APS, lo cual podría relacionarse con el nivel de resolutivez logrado durante la espera en los distintos niveles.

La frecuencia de contacto y el trato que recibe en el sistema público de salud es clave para la experiencia del paciente. Mientras más personal y frecuente sea el contacto entre el paciente y el equipo de salud, preferentemente a través de los mismos referentes (una misma persona o grupo de personas durante todo o la mayor parte del proceso), mejor será la experiencia del paciente.

Esto se explica debido a que los pacientes valoran especialmente sentir cercanía y preocupación por su condición biopsicosocial. Mientras más amable, equitativo, eficiente, eficaz, transparente e informativo sea el trato brindado al paciente, mejor será su experiencia de atención y espera.

El acceso del paciente a cuidados complementarios durante la espera incide positivamente en su experiencia. Recibir tratamientos kinesiológicos, apoyo psicológico, asesoría nutricional u otro tipo de tratamiento o cuidado complementario tiene un impacto no sólo en la salud del paciente sino también en su experiencia de espera, al percibir mayor preocupación y cuidado por parte del sistema de salud.

2.5 Percepción de justicia

Los pacientes no tienen conocimiento sobre los mecanismos utilizados para la priorización de los pacientes en lista de espera ni manejan los tiempos estimados para que se materialicen las consultas de nueva especialidad e intervenciones quirúrgicas. Esta incertidumbre produce frustración y rabia, lo que refuerza el sentimiento de haber sido víctima de potenciales injusticias.

En este punto, los funcionarios reportaron distintos niveles de estandarización y aplicación de criterios y mecanismos de priorización de los pacientes en listas de espera, que dependen de las decisiones de los establecimientos de salud y sus distintas unidades internas. Esto implica

que los criterios no son homogéneos a lo largo de la ruta de interconsulta, lo que dificulta la posibilidad de tener certidumbre sobre el camino que se seguirá y el plazo estimado de resolución. La falta de criterios unificados y transparentes, además, aumenta las posibilidades de que la priorización se haga de forma discrecional y sin contar con la información necesaria para la toma de decisiones.

Las metas de gestión de los establecimientos y de los equipos médicos están orientadas muchas veces a solucionar los casos urgentes, aquellos que son garantías explícitas en salud y aquellos casos que presentan reclamos. Esto hace que, a pesar de que la reducción de la lista de espera es una prioridad compartida por muchos actores, los incentivos formales no contribuyen a su cumplimiento.

Los pacientes mencionan que hay pacientes que “hacen trampa” y se saltan la fila o alteran la prelación de la espera establecida por el sistema a través de distintas estrategias. Se identifica que es común el uso de contactos personales o de terceros para la agilización de los casos. Algunos pacientes manifiestan haber hecho uso de este tipo de estrategias, lo justifican como práctica regular del sistema y lo destacan como único mecanismo para que se resuelva el problema de salud.

Los pacientes recurren a distintas estrategias, desde reclamar para llamar la atención sobre una espera que se estima excesiva hasta pedir a funcionarios conocidos que agenden horarios para acelerar la atención. En los establecimientos más antiguos se reconoce que hay una manera formal de hacer las cosas y una manera informal que es la que todos conocen. Por ejemplo, si bien el mensaje oficial es que el paciente debe esperar a ser contactado por el establecimiento, en la realidad los funcionarios valoran la queja y el seguimiento insistente por parte del paciente como síntoma de que esa persona está realmente necesitada de la atención. Algunos profesionales usan entonces la queja e insistencia de los pacientes como mecanismo de priorización informal de las atenciones, lo que va en contra de los mensajes oficiales sobre lo que el paciente y el sistema deben hacer para organizar las atenciones.

En general, en todo servicio la percepción de justicia del sistema es clave para la experiencia del paciente, pero eso es especialmente así en un sistema público de salud. Si el sistema está estructurado a partir de la priorización en función de la condición y riesgos del paciente, es esencial que ese modelo de priorización se confirme en la experiencia de atención percibida por el usuario. Cuanto más perciba el paciente que existen factores que son discrecionales, obedecen a variables extra sanitarias o influencias arbitrarias mediante los cuales se asignan los recursos del sistema, mayor será su percepción de injusticia y peor será su experiencia.

2.6 Actitud del paciente durante la espera

Las actitudes de los pacientes son determinadas en parte por componentes de su personalidad y sus expectativas. Por ejemplo, mientras un paciente con siete años de espera por una prótesis de cadera, con movilidad reducida y sensación de dolor puede manifestarse positivo y optimista frente a la situación, otro paciente con un tumor benigno y sin interferencia en su vida diaria puede encontrar que la espera afecta profundamente su capacidad de llevar a cabo su vida diaria.

Se identificaron actitudes muy diferentes con respecto a las expectativas de trato. Algunos pacientes hablan de la atención de salud como un derecho y demandan que ésta sea de calidad; otros describen la atención en el sistema de salud pública más como un favor que como un servicio. Las personas del primer grupo son sumamente vocales en exigir que se los atienda en tiempo y forma y comparan su experiencia con la experimentada por las personas en el sistema privado. En cambio, los del segundo grupo se explican la espera por su incapacidad personal de costear la atención en el sistema privado, manifestando

abiertamente que la espera es su responsabilidad por no poder generar los recursos necesarios que solucionarían el problema fuera del sistema público.

El comportamiento de los pacientes es determinante en la manera en que se despliegan los factores críticos de la experiencia de la espera. Uno de los principales hallazgos de este estudio es que la actitud del paciente incide no solo en su percepción de la espera, sino también en cómo y cuándo se materializa la atención en salud. Las actitudes, las creencias y la confianza de los pacientes inciden en cómo son tratados por el sistema de salud y en la evolución de su patología, lo que a su vez condiciona su experiencia de espera.

En la investigación cualitativa se identificaron seis arquetipos de pacientes que tienen comportamientos distintos frente a los mismos factores asociados a la espera. El arquetipo “*inactivo*” espera en su casa hasta que lo llamen, sin ir a preguntar por el estado de su interconsulta al consultorio o al hospital. El arquetipo “*dócil*” tiene un comportamiento disciplinado y sigue las instrucciones que le dan los funcionarios de salud, manteniendo una actitud más bien pasiva respecto de la gestión de su interconsulta. El arquetipo “*insistente*” concurre periódicamente al establecimiento de salud a preguntar por el estado de su interconsulta y a intentar, sin mucho éxito, acelerar el proceso. El arquetipo “*reclamón*” utiliza los distintos canales disponibles para reclamar por su situación y logra, muchas veces, acelerar su proceso de atención. El arquetipo “*apitutado*” utiliza sus redes de contacto para agilizar el proceso. Finalmente, el arquetipo “*estratega*” tiene un alto conocimiento del proceso, que utiliza para reducir los tiempos de atención realizando diversas acciones, dentro del sistema público y en el sistema privado².

El comportamiento identificado en estos arquetipos tiene una incidencia directa en cómo abordan los diversos usuarios los factores que determinan su experiencia de espera. En las mismas condiciones, distintos usuarios, a través de diferentes comportamientos, logran un mayor o menor acceso a información sobre el proceso y el estado de su interconsulta, un contacto más o menos periódico con el sistema, un mejor o peor trato y agilizar o no su atención a través de la priorización de su interconsulta.

Un modelo de acompañamiento adecuado debe fomentar que los pacientes desarrollen un comportamiento que colabore con el proceso de atención y cuidado de su salud. Este tipo de comportamiento ha sido denominado la coproducción del usuario. La coproducción corresponde a un comportamiento activo de un usuario que, junto con la producción desarrollada por una agencia, e incentivada por esta, crea valor privado y/o público a través de resultados e impactos (Alford, 2009).

En el caso del proceso de atención en salud, se requiere la coproducción del paciente no sólo en el cuidado de su salud, siguiendo el tratamiento prescrito o realizando acciones de autocuidado, sino también en la gestión de su atención; eso implica mantener sus datos de contacto actualizados, realizarse oportunamente los exámenes requeridos para su diagnóstico, participar en los programas de salud complementarios necesarios para mejorar su oportunidad quirúrgica y asistir a los controles indicados.

La coproducción del paciente, en este caso, debe darse tanto en relación con el cuidado de su salud como de la gestión del proceso de atención, y para lograrlo es necesario diseñar los mecanismos adecuados para incentivar esa coproducción (Laboratorio de Innovación Pública, 2017). Ello implica abordar los factores que determinan el comportamiento del paciente durante su proceso de atención y cuidado.

Diversas teorías buscan explicar el comportamiento de las personas en el sector salud (Sutton, 2002). Para este trabajo se ha optado por utilizar componentes de dos teorías pertenecientes a modelos de cognición social. Los componentes de la teoría del comportamiento planeado de Ajzen y el concepto de la autoeficacia de Bandura (1997)

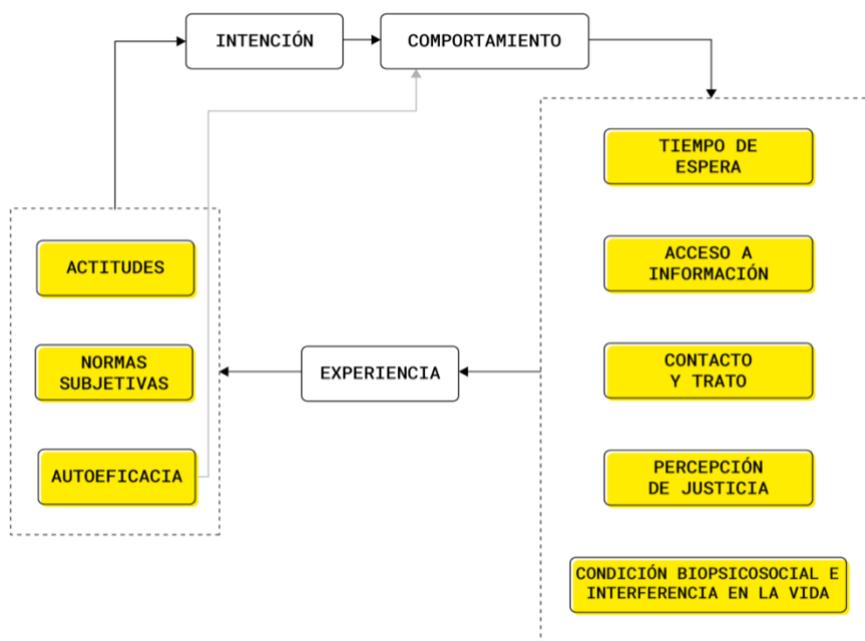
² La denominación de los arquetipos es arbitraria y la palabra seleccionada en cada caso busca resaltar el rasgo más característico de cada uno. El “reclamón” en efecto refiere a la persona que es persistente en manifestar quejas mientras que el “apitutado” refiere a quien tiene la habilidad de usar convenientemente sus vínculos, logrando avanzar más rápido en los procesos gracias a la facilitación conseguida.

proveen un marco teórico explicativo coherente con los resultados de la investigación cualitativa desarrollada en este estudio.

De acuerdo con el clásico trabajo de Ajzen (1991), el comportamiento de una persona está principalmente influido por sus intenciones o motivaciones. Las intenciones de una persona, por su parte, están determinadas por la actitud que tenga respecto de un determinado comportamiento (esto es, la evaluación que tenga respecto de si resulta favorable o no el comportamiento en cuestión) y de las normas subjetivas (relacionadas con la presión social que la persona perciba para hacer o no hacer algo). Finalmente, la percepción que la persona tenga sobre el control de su comportamiento incidirá tanto en las intenciones como en el mismo comportamiento. Esta percepción de control es similar al concepto de autoeficacia de Bandura (1977), referido a la evaluación que la persona hace de su habilidad para desarrollar el comportamiento deseado.

Las intenciones o motivaciones de los pacientes son muy variadas; algunos consideran favorable mantener un contacto permanente con el sistema de salud mientras que otros prefieren esperar su atención sin mayor contacto, lo que repercute en la gestión de su atención por parte del sistema de salud. Las normas subjetivas también tienen una alta incidencia; muchos pacientes acatan la instrucción de los equipos médicos de irse a su hogar y esperar a que los llamen mientras que otros prestan más atención a su entorno social y ejercen acciones de presión para lograr una atención más pronta. Finalmente, la percepción de control o autoeficacia también es clave para determinar la proactividad o pasividad del paciente y el tipo de acciones que hace o deja de hacer en relación con el cuidado de su salud y a su atención por parte del sistema de salud. En el diagrama 1 se ve cómo se articulan estos factores - los que determinan el comportamiento y los que terminan la experiencia de atención y espera - para determinar la experiencia de espera de un usuario en el sistema público de salud.

Diagrama 1. Articulación de los factores que determinan el comportamiento y la experiencia



Por lo tanto, el diseño de un modelo de acompañamiento que busque mejorar la experiencia de atención y espera de los pacientes inscritos en listas de espera de CNE e IQ debe considerar los factores determinantes de esa experiencia y los factores que determinan el comportamiento de los pacientes.

3. Construcción de un modelo de acompañamiento a personas en espera por atención en salud

Box 3. Metodología de cocreación utilizada en el estudio base para formular una propuesta para la gestión de pacientes en espera por atención en salud

Para el diseño del modelo de acompañamiento a pacientes en espera se realizó un proceso de cocreación con usuarios internos y externos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

La cocreación permite desarrollar propuestas de diseño de forma conjunta con los agentes y usuarios; al permitir que las propuestas contemplen todas las perspectivas desde el diseño temprano y la retroalimentación sobre lo que puede o no puede funcionar, la cocreación genera soluciones finales con mayor conocimiento y sabiduría (OCDE, 2017).

Se llevaron a cabo siete talleres de cocreación; los últimos cuatro permitieron validar el diseño desarrollado en los primeros tres talleres. En cada taller se aseguró la asistencia de personas que trabajaran en los distintos niveles de salud, tanto con profesionales del área como de funciones administrativas. Además, se buscó incluir a representantes de los pacientes para contar con una visión transversal en el diseño del modelo de acompañamiento. En base a los resultados del proceso de cocreación se elaboró una propuesta de modelo de acompañamiento para pacientes en lista de espera en el sistema público de salud.

El desafío de este ejercicio fue utilizar constructivamente los hallazgos del diagnóstico para formular una estrategia que permita a la red asistencial mejorar la experiencia de atención y cuidado de los usuarios que se encuentran registrados en las listas de espera de consulta de nueva especialidad o intervención quirúrgica.

Se espera que un modelo de este tipo, centrado en las personas, permita:

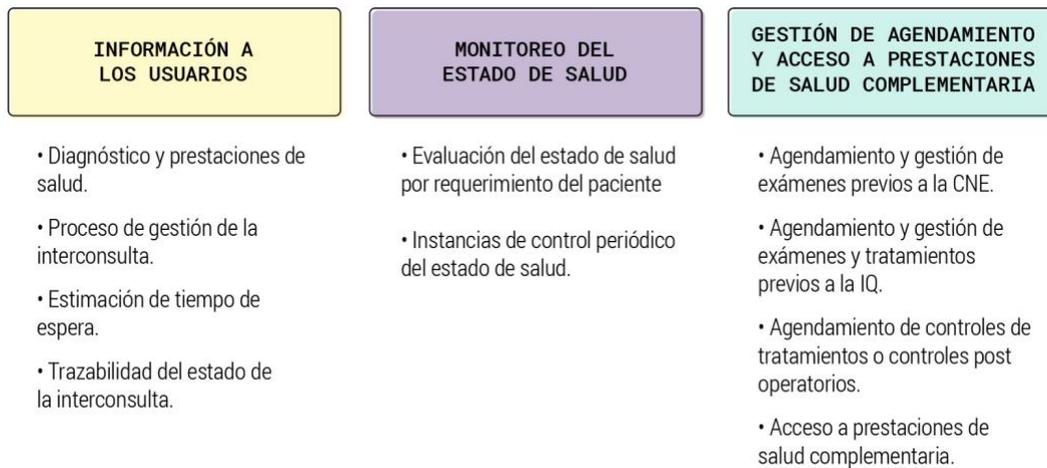
- a. fortalecer el automanejo del usuario para gestionar el cuidado de su salud y su proceso de atención, aumentando la información que recibe sobre su diagnóstico, el proceso de atención y el estado de su interconsulta;
- b. monitorear el estado de salud del usuario durante su proceso de espera y actualizar, si corresponde, la priorización de su interconsulta;
- c. facilitar el acceso del usuario a los especialistas, exámenes, tratamientos, controles, cirugías y otras prestaciones de salud que requiera para mejorar su calidad de vida; y
- d. asistir a los usuarios con menor nivel de autoeficacia o que puedan agravar su condición biopsicosocial por efectos de la espera en la gestión de su proceso de atención y cuidado.

Este modelo de acompañamiento a personas en listas de espera se basa en tres componentes principales:

1. información a las personas;
2. monitoreo del estado de salud; y
3. gestión de citas y acceso a prestaciones complementarias de salud.

Estos componentes podrían ser entregados a través de canales remotos o presenciales. Se parte de la base de que la definición de los canales de atención se haga a partir del perfil del paciente y su condición médica, bajo el principio de utilizar siempre los canales que sean más pertinentes y efectivos para la resolución de las necesidades de los pacientes.

Diagrama 2. Componentes del modelo de acompañamiento a pacientes en espera



Información a los usuarios

El primer componente del modelo tiene que ver con aumentar la información que las personas tienen sobre su diagnóstico y su proceso de atención para fortalecer su autoeficacia para gestionar el cuidado de su salud. El modelo de acompañamiento busca aumentar la información de los usuarios en los cuatro ámbitos específicos que se detallan a continuación.

- Diagnóstico y prestaciones de salud:** mejorar el nivel de información del paciente sobre su diagnóstico o sospecha diagnóstica y los procedimientos de salud que deberá realizarse. El objetivo es aumentar la comprensión del paciente sobre su estado de salud, las implicancias de las patologías que se le diagnostiquen y las medidas de prevención y autocuidado que deberá adoptar para contribuir en su tratamiento y recuperación.
- Proceso de gestión de la interconsulta:** entregar información al paciente sobre el proceso de gestión de la derivación a consulta de nueva especialidad (CNE) o intervención quirúrgica (IQ) con el fin de aumentar su comprensión sobre los hitos principales de este proceso.
- Estimación del tiempo de espera:** entregar al usuario una estimación del tiempo de espera que pacientes similares han experimentado para ser atendidos en los establecimientos secundarios o terciarios a los que han sido derivados.
- Trazabilidad del estado de la interconsulta:** brindar información al paciente sobre la etapa y el estado en que se encuentra su interconsulta.

Monitoreo del estado de salud

El segundo componente del modelo tiene que ver con facilitar a los pacientes, durante los períodos de espera, el acceso a instancias en que se pueda monitorear y evaluar su estado de salud (principalmente en el nivel de APS). Estas instancias deben permitir el acceso de todo paciente en espera que desee ser evaluado y, además, incluir acciones proactivas del sistema de salud para realizar el monitoreo periódico de los pacientes que requieran de una asistencia especial. Dado que el proceso de espera en el sector público puede durar varios meses o años, el monitoreo del estado de salud del paciente es clave para detectar a tiempo situaciones de agravamiento de las condiciones de salud y gestionar una atención temprana.

El monitoreo del estado de salud debería funcionar en contacto y coordinación permanente con las instancias de priorización de las interconsultas; así, la detección de casos de agravamiento de pacientes en espera podría generar una actualización de la priorización de su interconsulta y la gestión de la pronta atención por parte de un especialista o para la intervención quirúrgica.

Gestión de citas y acceso a prestaciones complementarias de salud

El tercer componente del modelo tiene que ver con la gestión de la cita médica y el acceso a las prestaciones que requiera o sean recomendables para el paciente. La gestión se debería centrar en los cuatro ámbitos que se detallan a continuación.

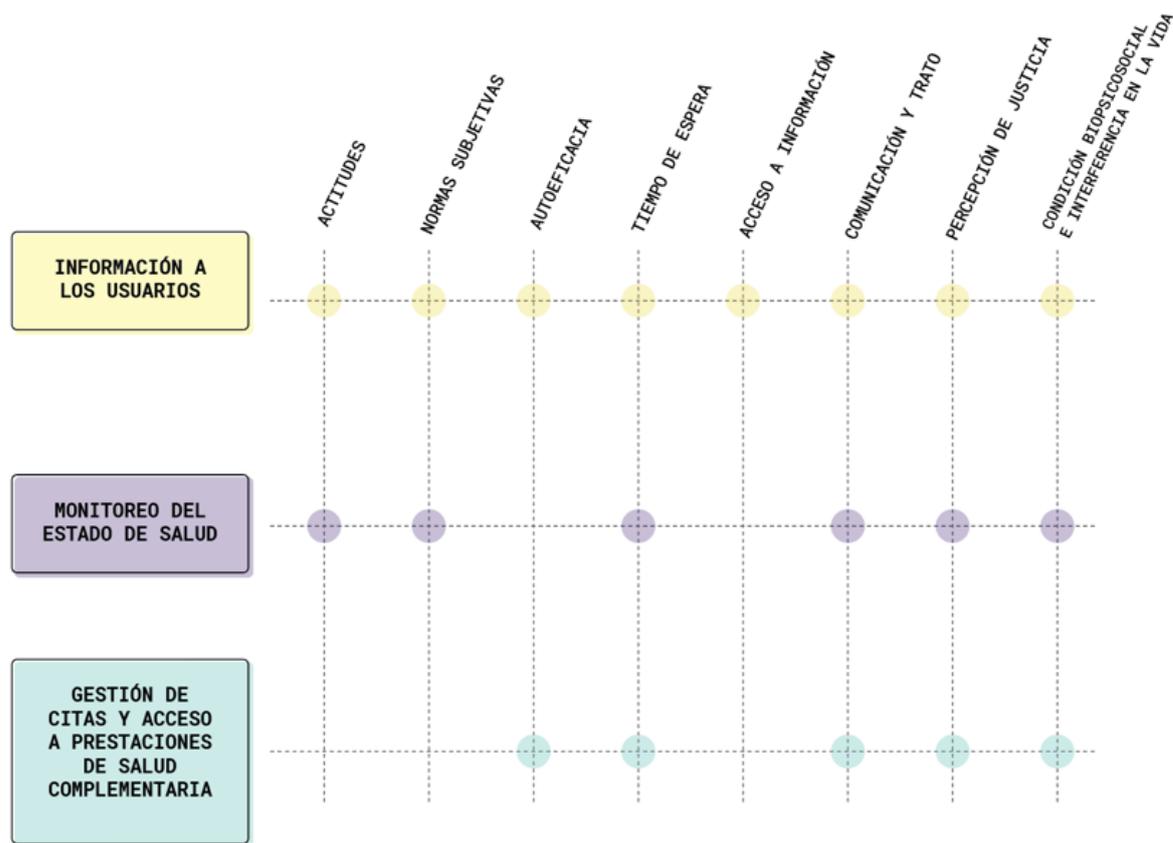
- a. **Gestión de citas para exámenes previos a la consulta con el especialista.** Apoyar al paciente en la realización de los exámenes que le hayan prescrito o que los responsables del establecimiento secundario al que haya sido derivado estimen que sea necesario realizar antes de ser evaluado por el médico especialista. Para ello se gestionarán las órdenes de los exámenes requeridos y se agendarán los exámenes antes de la fecha de la consulta con el médico especialista de manera de garantizar que éste cuente con la información necesaria para el diagnóstico del paciente; esto aumentará la resolutivez de la primera consulta.
- b. **Gestión de citas para exámenes y tratamientos previos a la intervención quirúrgica.** Gestionar los exámenes requeridos para obtener el pase médico del paciente para realizar la solicitud de pabellón. Se incluye en este ámbito la información al paciente de las limitantes que presente para ser sujeto de una intervención quirúrgica (obesidad, descompensación, etc.) y de las prestaciones o tratamientos que requiere para gestionar su oportunidad quirúrgica.
- c. **Gestión de citas de controles de tratamientos o controles postoperatorios.** Facilitar la gestión de citas médicas de los controles de tratamientos en el nivel secundario y de controles postoperatorios en el nivel terciario para garantizar un monitoreo periódico del paciente. Incluye la gestión integral de la derivación del paciente al nivel de APS una vez que haya obtenido el alta.
- d. **Acceso a prestaciones complementarias de salud.** Identificar, proponer y facilitar el acceso del usuario a las prestaciones complementarias de salud disponibles en el nivel de APS que sean recomendables para mejorar su calidad de vida de acuerdo con su perfil, estado de salud y causa que genera su espera.

3.1 Teoría del cambio del modelo de acompañamiento

Se entiende por teoría del cambio la manera en “*que las actividades produzcan una serie de resultados que contribuyen a lograr los impactos finales previstos*” (Unicef, 2014).

En el caso del modelo de acompañamiento propuesto, sus tres componentes abordan los factores que determinan la experiencia de atención y espera del paciente y los factores que determinan su comportamiento durante este proceso (ver Tabla 1).

Tabla 1. Relación de los componentes del modelo y los factores que determinan la experiencia



En relación con los factores que determinan el comportamiento, los tres componentes buscan abordar la actitud y normas subjetivas del paciente y, en especial, su autoeficacia, promoviendo un comportamiento que permita coproducir el cuidado de su salud y la gestión de su atención.

Desde el punto de vista de la **actitud** y las **normas subjetivas**, se busca favorecer los comportamientos proactivos y colaborativos de los pacientes mediante el incremento de la información y las prácticas de monitoreo frecuente del estado de salud. Estas instancias contribuyen a promover una mayor autogestión de la salud por parte de los pacientes y, por lo tanto, a conductas de mayor autocuidado durante el proceso de espera.

En el ámbito de la **autoeficacia**, la información que tenga el paciente será clave para fortalecer la percepción de sus habilidades para lograr coproducir su cuidado y la gestión de su atención. La gestión oportuna de la gestión de citas médicas y el acceso a prestaciones complementarias y la asistencia en los casos que se requiera contribuirán también a fortalecer su autoeficacia.

La reducción de los **tiempos de espera** no es un objetivo del modelo de acompañamiento, pero el modelo también tendrá, indirectamente, incidencia en este ámbito. Mayor información del usuario sobre el proceso general de atención, el estado específico de su interconsulta y la estimación de espera lo ayudará a comprender, aceptar y aprovechar mejor el período de la espera. En segundo lugar, el monitoreo del estado de salud permitirá actualizar la priorización de atención en los casos que se requiera, acortando los tiempos de espera para estos pacientes. Finalmente, las acciones de gestión de citas contribuirán a agilizar el proceso de atención y a evitar que algunos pacientes se desconecten del sistema, retrasando aún más su atención.

El **acceso a la información** será abordado directamente por el componente de información. Como señala uno de los principios de Meister (1985), una experiencia informada se percibe como una experiencia más corta.

La **comunicación y trato** entre el sistema de salud y el paciente se aborda directamente a través de los tres componentes del modelo, que aumentará la frecuencia e intensidad del contacto con el paciente, fortalecerá su percepción de estar acompañado y de que el sistema se preocupa por él y favorecerá un mejor trato entre el equipo médico y administrativo de los establecimientos de salud y sus pacientes.

La **percepción de justicia** de los pacientes respecto del sistema se aborda principalmente a través del aumento de la información sobre cómo y por qué el sistema de salud prioriza sus prestaciones, la actualización permanente de la priorización y de la gestión de citas médicas y el acceso a prestaciones complementarias de manera equitativa a todos los pacientes.

Finalmente, los tres componentes del modelo pueden contribuir a mejorar la condición de **bienestar psicosocial** y la incidencia de esta mejora en la **vida diaria** del paciente al aumentar la información sobre su diagnóstico, el monitoreo periódico de su estado de salud, la actualización de la priorización de su atención en los casos que así lo requieran, el acceso a prestaciones complementarias de salud que ayuden a mejorar su calidad de vida y la asistencia específica en los casos que así lo requieran.

3.2 Estructura organizacional para la implementación del modelo

El modelo busca acompañar al paciente durante todo su proceso de espera, atención y cuidado a través de una combinación de los canales remotos y presenciales bidireccionales que resulten pertinentes a su perfil y a la condición que lo tiene en espera. Su implementación se basa en cuatro unidades de trabajo en los distintos niveles de atención, tal como se identifica en la Tabla 2.

Tabla 2. Unidades de trabajo del modelo de acompañamiento

NIVEL	UNIDAD	FUNCIÓN PRINCIPAL
PRIMARIO	ACOMPañAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> · INFORMAR AL USUARIO · GESTIÓN DE CASOS · COORDINACIÓN CON EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS DE CADA SECTOR Y CON NIVELES SECUNDARIO Y TERCIARIO
SECUNDARIO	PRECONSULTA	<ul style="list-style-type: none"> · TRIAJE CASOS URGENTES · GESTIÓN EXÁMENES PREVIOS · ACTUALIZACIÓN PRIORIZACIÓN
	POSTCONSULTA	<ul style="list-style-type: none"> · GESTIÓN CONTROLES DE TRATAMIENTOS · RENOVACIÓN DE RECETAS DE MEDICAMENTOS · CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES
TERCIARIO	PREQUIRÚRGICO	<ul style="list-style-type: none"> · TRIAJE CASOS URGENTES · ACTUALIZACIÓN PRIORIZACIÓN · GESTIÓN EXÁMENES PARA OBTENCIÓN DE PASE MÉDICO · COORDINACIÓN CON APS PARA MEJORAR OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA · CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

Unidad de Acompañamiento

Se propone contar con una unidad funcional de acompañamiento (se conforma con funcionarios ya existentes) en cada establecimiento de la APS que genere interconsultas para nueva especialidad. La unidad de acompañamiento debería estar conformada de la siguiente manera.

- Coordinador(a) de la Unidad de Acompañamiento (algún profesional del equipo de salud como enfermera, matrona, trabajador(a) social o kinesiólogo).
- Médico contralor del establecimiento.
- Referente de gestión de la lista de espera del establecimiento.
- Responsable del registro de la lista de espera del establecimiento.

Las funciones de una Unidad de Acompañamiento deberían ser las siguientes.

- i. Gestión de información: cuando se genera una interconsulta para consulta con un especialista, la unidad debe entregar información a los pacientes sobre el proceso de gestión de la interconsulta y el tiempo estimado de espera. Durante el proceso de espera, servirá de canal presencial de información sobre el estado de la interconsulta.
- ii. Coordinación con equipos de preconsulta y prequirúrgico: la unidad debe mantener contacto frecuente con unidades de los niveles secundario y terciario para garantizar el triaje de casos urgentes, la actualización del nivel de prioridad de la interconsulta con base en nuevos antecedentes clínicos o psicosociales, la coordinación de prestaciones complementarias en APS y la gestión de contrarreferencia de pacientes dados de alta.
- iii. Triage para formular un plan de acompañamiento: evaluar al paciente para determinar el plan de acompañamiento más adecuado a su perfil y condición biopsicosocial.
- iv. Monitoreo coordinado de pacientes: coordinar con equipos multidisciplinarios de cada sector el monitoreo periódico del estado de salud de las personas inscriptas en la lista de espera de acuerdo con el plan de acompañamiento en desarrollo.
- v. Gestión de acceso a prestaciones complementarias en APS: coordinar con equipos multidisciplinarios de cada sector el acceso de las personas inscriptas en la lista de espera a las prestaciones complementarias de salud disponibles en APS que sean adecuadas o recomendadas en función de su perfil, condición psicosocial, riesgo clínico y plan de acompañamiento.
- vi. Gestión de casos: gestionar las personas incluidas en el plan de acompañamiento intensivo que no se encuentren participando en algún programa complementario de salud que ya cuente con un gestor de casos.

Unidad de Preconsulta

Cada establecimiento del nivel secundario que ofrezca consultas de nueva especialidad debería contar con una unidad funcional de preconsulta. Esta unidad debería estar conformada de la siguiente manera.

- Coordinador de la Unidad de Preconsulta (algún profesional del equipo de salud como enfermera, matrona, trabajador(a) social o kinesiólogo).
- Médico responsable de acompañar o supervisar el proceso de priorización junto con referentes de las unidades clínicas.
- Responsable de la gestión de citas médicas.
- Personal administrativo encargado de la admisión.

Las funciones de una Unidad de Preconsulta deberían ser las siguientes.

- i. Triage de casos más graves: gestionar, a partir de los antecedentes provistos por la Unidad de Acompañamiento, la atención inmediata o en el más breve plazo posible para las personas que presenten condiciones biopsicosociales de mayor gravedad o urgencia.
- ii. Priorización: gestionar la priorización de las interconsultas no calificadas previamente como urgentes por parte de los responsables de priorización de cada especialidad.
- iii. Actualización de priorización: actualizar la priorización otorgada a la interconsulta en caso de que existan nuevos antecedentes, provistos por la Unidad de Acompañamiento o por otro establecimiento de la red, que muestren un agravamiento de la condición biopsicosocial del paciente.
- iv. Gestión de exámenes previos: verificar la realización de los exámenes prescritos por el médico de APS, evaluar la necesidad de realizar otros exámenes básicos que serán requeridos por el médico especialista, emitir las órdenes de exámenes básicos que sea necesario realizar y coordinar con el paciente las citas para los exámenes pendientes dentro de los tiempos adecuados para contar con todos los antecedentes clínicos requeridos al momento de la consulta de nueva especialidad.
- v. Evaluación de la modalidad de atención: determinar de acuerdo con el perfil del paciente y su condición biopsicosocial el canal de atención más adecuado, ya sea presencial o remoto.
- vi. Gestión de citas: realizar la gestión de citas médicas de los pacientes, previa verificación de la realización de los exámenes previos requeridos.
- vii. Gestión de exámenes complementarios: gestionar internamente y coordinar con el paciente la realización de los exámenes solicitados por el especialista para poder completar su diagnóstico.

Unidad de Postconsulta

Se propone crear una unidad funcional para la atención de la postconsulta en cada establecimiento del nivel secundario que ofrezca consultas de nueva especialidad. Esta unidad podría constituirse como un equipo separado o ser parte integral de la Unidad de Preconsulta. La Unidad de Postconsulta estará conformada de la siguiente manera.

- Coordinador de la Unidad de Postconsulta (algún profesional del equipo de salud como enfermera, matrona, trabajador(a) social o kinesiólogo).
- Enfermera coordinadora de la especialidad.
- Personal a cargo de la admisión de cada especialidad o encargado(a) de sección.

Las funciones de la Unidad de Postconsulta deberían ser las siguientes.

- i. Gestión de control de tratamientos: agendar a los pacientes cuyo tratamiento requiere ser controlado por el médico especialista.
- ii. Renovación de recetas: gestionar el otorgamiento de recetas a los pacientes que lo requieran por parte del médico especialista que corresponda.
- iii. Contrareferencia: gestionar la derivación a la APS del paciente que haya sido dado de alta o cuyo control debe ser realizado por un establecimiento de ese nivel, enviando la información necesaria para su seguimiento.

Unidad Prequirúrgica

En diversos establecimientos del nivel terciario del sistema chileno de salud ya se han creado unidades prequirúrgicas; la función de estas unidades es gestionar de forma integral al paciente, facilitando la realización de los exámenes y evaluaciones por especialistas y verificar la documentación administrativa necesaria para la obtención del pase médico preoperatorio. En algunos establecimientos estas unidades también han asumido la responsabilidad de la programación de la tabla quirúrgica de los pabellones.

Se propone complementar las actuales funciones de la Unidad Prequirúrgica con otras adicionales relacionadas con el modelo de acompañamiento, tal como se describe a continuación.

- i. Triage de casos más graves: gestionar, a partir de los antecedentes provistos por la Unidad de Acompañamiento de la APS, la atención inmediata o en el más breve plazo posible para las personas que presenten condiciones biopsicosociales de mayor gravedad o urgencia.
- ii. Priorización: establecer la prioridad de las interconsultas no calificadas previamente como urgentes por parte de los responsables de hacer la priorización en cada especialidad.
- iii. Actualización de la priorización: restablecer la prioridad otorgada a la intervención quirúrgica en caso de que existan nuevos antecedentes clínicos o biopsicosociales, provistos por la Unidad de Acompañamiento o por otro establecimiento de la red, que muestren un agravamiento de la condición biopsicosocial del paciente.
- iv. Gestión de la oportunidad quirúrgica: coordinar con la Unidad de Acompañamiento la gestión de la oportunidad quirúrgica de los pacientes con priorización media o baja a través de programas complementarios de salud disponibles en el nivel de APS que aborden las limitantes o condicionantes que pueden entorpecer la concreción de una cirugía.
- v. Gestión de controles postquirúrgicos: gestionar las citas médicas de los controles postoperatorios por el médico especialista.
- vi. Renovación de recetas: gestionar el otorgamiento de recetas a los pacientes que lo requieran por parte del médico especialista que corresponda.
- vii. Contrareferencias: gestionar la derivación del paciente que haya sido dado de alta al establecimiento de la APS que le corresponde, enviando la información necesaria para su seguimiento.

Otros canales de información y atención

Un modelo de acompañamiento como el descrito precedentemente debe articularse con los canales remotos y digitales de atención establecidos por cada uno de los 29 servicios de salud y también por aquellos creados por el Ministerio de Salud de Chile. Así, puede establecerse un omnicanal de información y atención articulado e integrado con las unidades de trabajo en los diversos niveles de atención³.

En primer lugar, el modelo debe hacer uso de los mecanismos de atención remota disponibles en los distintos servicios de salud a lo largo del país. Esto incluye la telemedicina asincrónica, telemedicina sincrónica, teleconsulta y contactos telefónicos de apoyo y seguimiento. Estas modalidades de atención deben ser parte integral del modelo, siempre que resulten resolutivas y adecuadas a los perfiles de los pacientes en tratamiento.

³ Más allá de las referencias particulares que se hacen en esta sección sobre iniciativas que son propias del sistema de salud de Chile, la idea es destacar que una iniciativa de gestión de pacientes en espera basada en acciones de acompañamiento debe ser capaz de integrarse a otras funciones y mecanismos que potencien la contactabilidad de los pacientes y la comunicación que se pueda mantener con ellos.

Box 4. Articulación de estrategias de acompañamiento a pacientes en espera con otras iniciativas del sistema de salud: el caso de Salud Responde

El **Programa Salud Responde** del Departamento de Asistencia Remota del Ministerio de Salud busca *“disminuir la concurrencia indiscriminada de la población a los servicios de urgencia hospitalaria y a los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), por problemas de salud que pueden ser resueltos en casa con auto cuidado y prevención.*

Para esto, el programa pone a disposición una plataforma telefónica del Ministerio de Salud que brinda información, apoyo y educación en salud a todo el país, las 24 horas del día, durante todo el año. Esta plataforma está compuesta por un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras/os, matronas) y se enfoca en orientar a los usuarios respecto de atención médica y a los derechos y beneficios que ofrece la red de salud.

El programa consta de cuatro líneas telefónicas que atienden especificidades: la primera es de asistencia general, provee información general del sector de la salud; la segunda línea es de información administrativa de salud, referida a temas de licencias médicas, seguros de salud y notificaciones de accidentes laborales, entre otros; la tercera es para orientación de salud a cargo de matronas y/o enfermeras quienes entregan orientación sobre medidas preventivas de salud, de manejo de enfermedades ambulatorias y orientación a los programas de salud como las Garantías Explícitas de Salud (GES); y la cuarta es para atención médica en línea, a cargo de un grupo de médicos, quienes además de orientar en medidas preventivas y en el manejo ambulatorio de enfermedades, orientan en medidas de salvataje y realizan seguimiento de pacientes con signos de alerta”.

(Fuente: Banco Integrado de Programas Sociales. Ministerio de Desarrollo Social y Familias. Chile)

En el caso del modelo de acompañamiento aquí descrito, se debería integrar con las líneas telefónicas de orientación y atención médica en las acciones de acompañamiento de pacientes, en especial de los grupos integrados en las modalidades de acompañamiento menos intensivos. Además, se busca aprovechar las líneas de asistencia general y de información administrativa como canal de información relevante para las personas inscritas en las listas de espera de CNE e IQ. Para ello, el programa Salud Responde deberá contar con la información necesaria sobre el proceso de espera y la trazabilidad de cada caso, lo que podría implicar la integración de sistemas para que esta información esté disponible.

En segundo lugar, el modelo de acompañamiento deberá articularse con las iniciativas del recientemente creado **Departamento de Salud Digital** del Ministerio de Salud. Este departamento busca *“facilitar la provisión de servicios de salud a distancia desde el ámbito de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, y cuidados paliativos”* (Resolución Exenta N°595, Ministerio de Salud). Este departamento incluye a la Unidad de Hospital Digital que, entre otras funciones, debe diseñar e implementar estrategias de telesalud asociadas a procesos clínicos asistenciales implementando acciones de telemedicina, teleeducación y teleasistencia.

El modelo de acompañamiento deberá integrarse a las iniciativas desarrolladas por el Departamento de Salud Digital de manera de incorporar las iniciativas de telesalud disponibles o que se creen en el futuro en los componentes de acompañamiento a los pacientes. Tendrán especial relevancia los procesos de atención vía telemedicina que puedan agilizar el proceso de atención y reducir la espera de los pacientes, los procesos de teleeducación que puedan aumentar la información disponible de los pacientes y fortalecer su autoeficacia y los procesos de teleasistencia que permitan monitorear el estado de salud de los pacientes en listas de espera de CNE e IQ.

Articulación de unidades de trabajo

El modelo de gestión de pacientes en espera por atención se basa en el trabajo conjunto y coordinado de estas cuatro unidades de trabajo en función de cada paciente: de acompañamiento, preconsulta, postconsulta y prequirúrgica.

La articulación de estas unidades de trabajo debe tener como objetivo brindar a cada paciente una experiencia de atención permanente en el tiempo que aborde conjuntamente todas sus patologías y necesidades. El proceso no debe estar centrado en aminorar los efectos de la espera, sino en brindar una experiencia de cuidado permanente a través de diversas acciones y prestaciones disponibles en el sistema. Al mismo tiempo, el proceso de atención debe evitar la fragmentación de la persona en diversas patologías y prestaciones; más bien, debe ofrecerle una atención integral que se adecúe a las características y necesidades de cada paciente, flexibilizando y adaptando los procesos a las particularidades de cada uno.

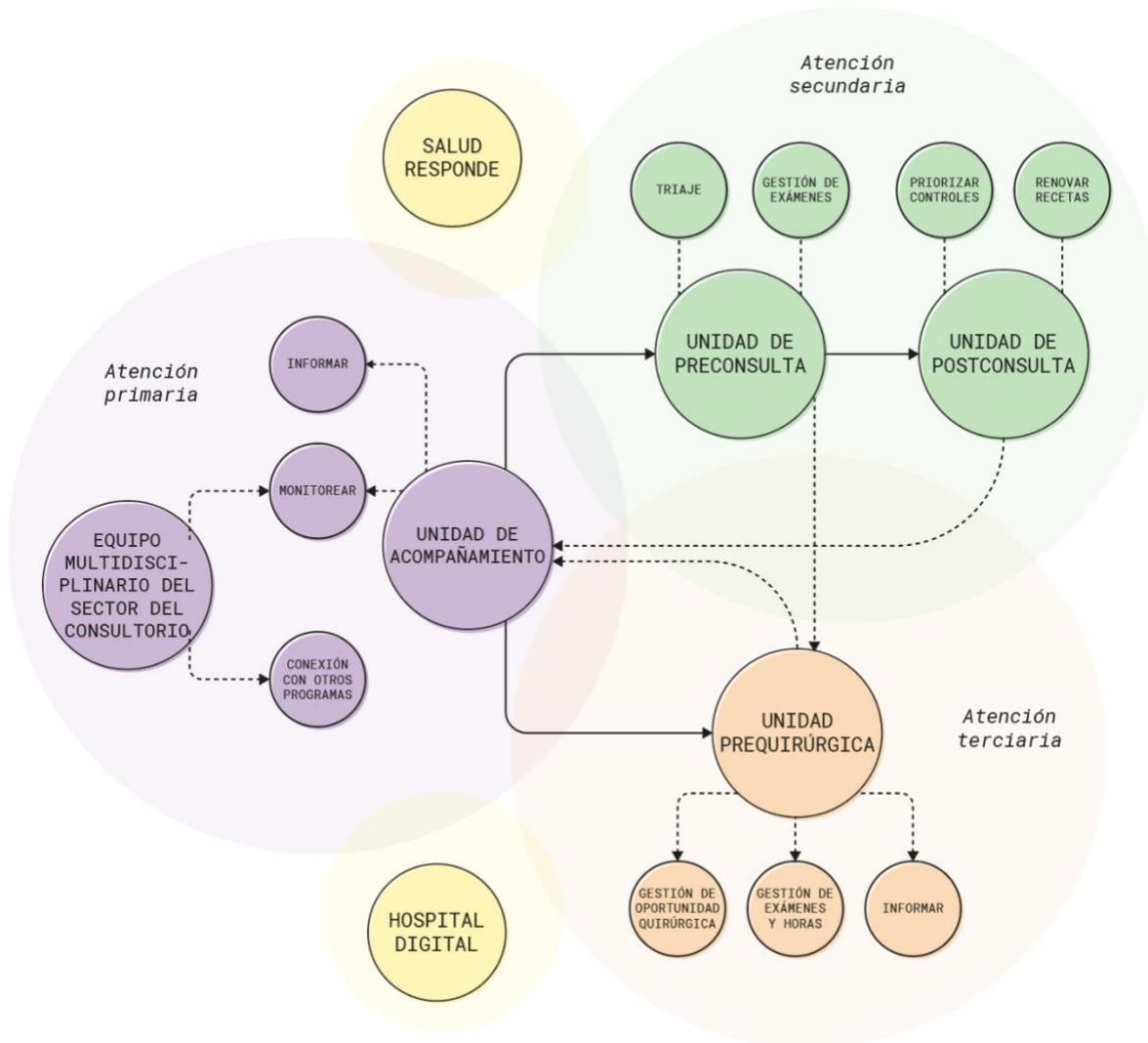
El modelo privilegiará el acompañamiento al paciente desde el nivel de la APS; se busca así fortalecer la vinculación del sistema de salud con el paciente en este nivel, descongestionando los niveles secundario y terciario en cuanto a las funciones de información, monitoreo y acompañamiento. Además, se busca aprovechar la oferta de programas complementarios de salud y prestaciones disponibles en el nivel de APS para integrarlos en el proceso de atención de estos pacientes.

El funcionamiento del modelo de acompañamiento requiere de la existencia de instancias de coordinación y comunicación permanente entre estas cuatro unidades de trabajo a través de mecanismos formales, expeditos y continuos de trabajo conjunto. Deben existir soportes digitales para el procesamiento y análisis de la información generada por los distintos niveles de atención e instancias presenciales para fortalecer relaciones efectivas de trabajo, acordar criterios y estándares comunes de acción.

Finalmente, el modelo de acompañamiento debe contar con el soporte de un omnicanal de información que garantice la disponibilidad de diversos canales de información accesibles a los usuarios, asegurando la entrega del mismo estándar de calidad de información sobre el diagnóstico, proceso de atención y estado de las interconsultas.

En el diagrama 3 se muestra la forma en que deberían articularse las distintas unidades de trabajo del modelo de acompañamiento.

Diagrama 3. Articulación de unidades funcionales del modelo de acompañamiento



4. Blueprint del modelo de atención para personas en lista de espera

En este capítulo se presenta en detalle el modelo de acompañamiento en base a la estructura de un *blueprint*. Un *blueprint*, o plano de servicio, es un esquema visual que permite dimensionar y proyectar en el tiempo la complejidad de la prestación de un servicio. Esto lo hace a través de la sincronización interna y externa de sus diversos componentes, incorporando la perspectiva de los usuarios internos y externos involucrados en la provisión del servicio (Figueroa et al, 2017).

En el caso del modelo de acompañamiento, se desarrollaron dos blueprints: uno para lista de espera por consulta de nueva especialidad e intervención quirúrgica; y otro para el proceso de control de tratamientos en el nivel secundario.

Los blueprints presentados tienen como foco la experiencia del paciente y la relación entre los tres niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) y las unidades que funcionan en cada uno de ellos. La experiencia reconstruida aborda la descripción del modelo general, sin énfasis en ningún tipo de plan de acompañamiento específico.

Estructura horizontal del *blueprint*

La lectura del *blueprint* se realiza de forma horizontal, dado que funciona bajo la lógica de línea de tiempo. En el caso del modelo de acompañamiento, ha sido diseñado en base a etapas consecutivas, pero tomando en consideración que cada etapa tiene tiempos diferentes. Por ejemplo, la etapa de atención por parte de un médico en la APS tiene una duración de 15-20 minutos, pero la etapa de espera por atención de especialista es muy variable (desde semanas hasta meses) y depende de cada caso.

Existen nueve etapas en el primer *blueprint*: i) atención en la APS, ii) espera por atención con especialista, iii) preatención con especialista, iv) atención con especialista, v) diagnóstico, vi) espera por cirugía, vii) preparación prequirúrgica, viii) intervención quirúrgica y ix) contrarreferencia a la APS.

El segundo *blueprint* consta de siete etapas, pero se describen las últimas 3, ya que las etapas de atención en la APS, espera por atención con especialista, pre-atención con especialista y atención con especialista ya fueron descritas en el *blueprint* anterior.

Estructura vertical del *blueprint*

Dentro de cada etapa existen diferentes niveles de información que explicitan las diferentes actividades a realizar en cada una de ellas. Cada etapa se lee de forma vertical, de arriba hacia abajo, transitando las actividades según el papel de quien las lleva a cabo.

En primer lugar, se describe la experiencia del paciente y sus puntos de contacto con el sistema. Un punto de contacto es una materialización del servicio que permite generar vínculos y asociaciones con los usuarios (Figueroa et al, 2017). Estas materializaciones pueden ser espacios, funcionarios, interfaces digitales, folletos, carteles, guiones, correos electrónicos, entre muchos otros productos (Figueroa et al, 2017). En este caso, se dividen en personas con la que el usuario tiene contacto directo y en puntos de contacto de información y comunicación, donde se visualizan los medios y documentos que sostienen y facilitan la interacción entre estos actores.

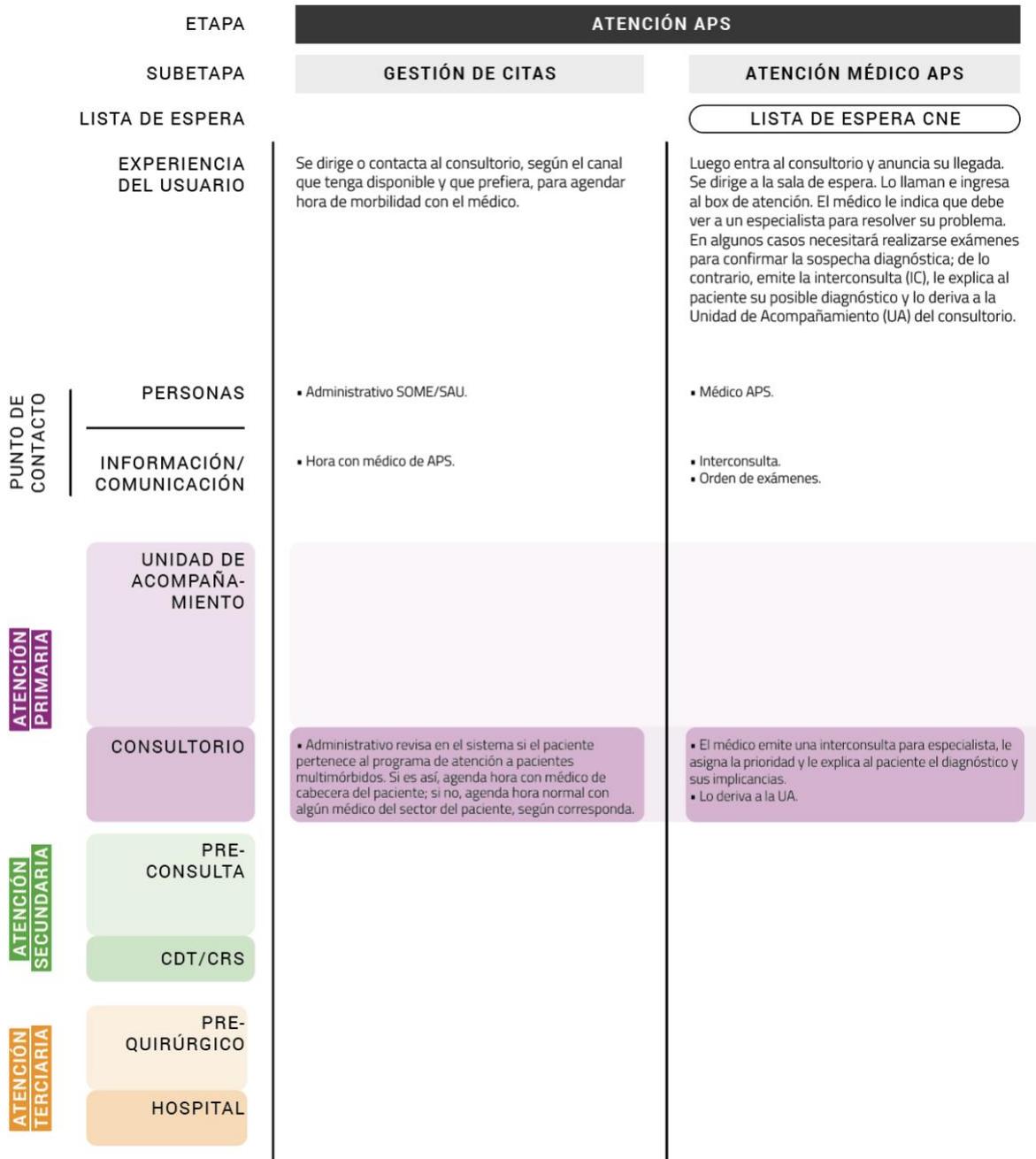
En segundo lugar, se identifica las actividades que realiza cada nivel de atención del sistema de salud. La atención primaria se divide en los subgrupos unidad de acompañamiento y

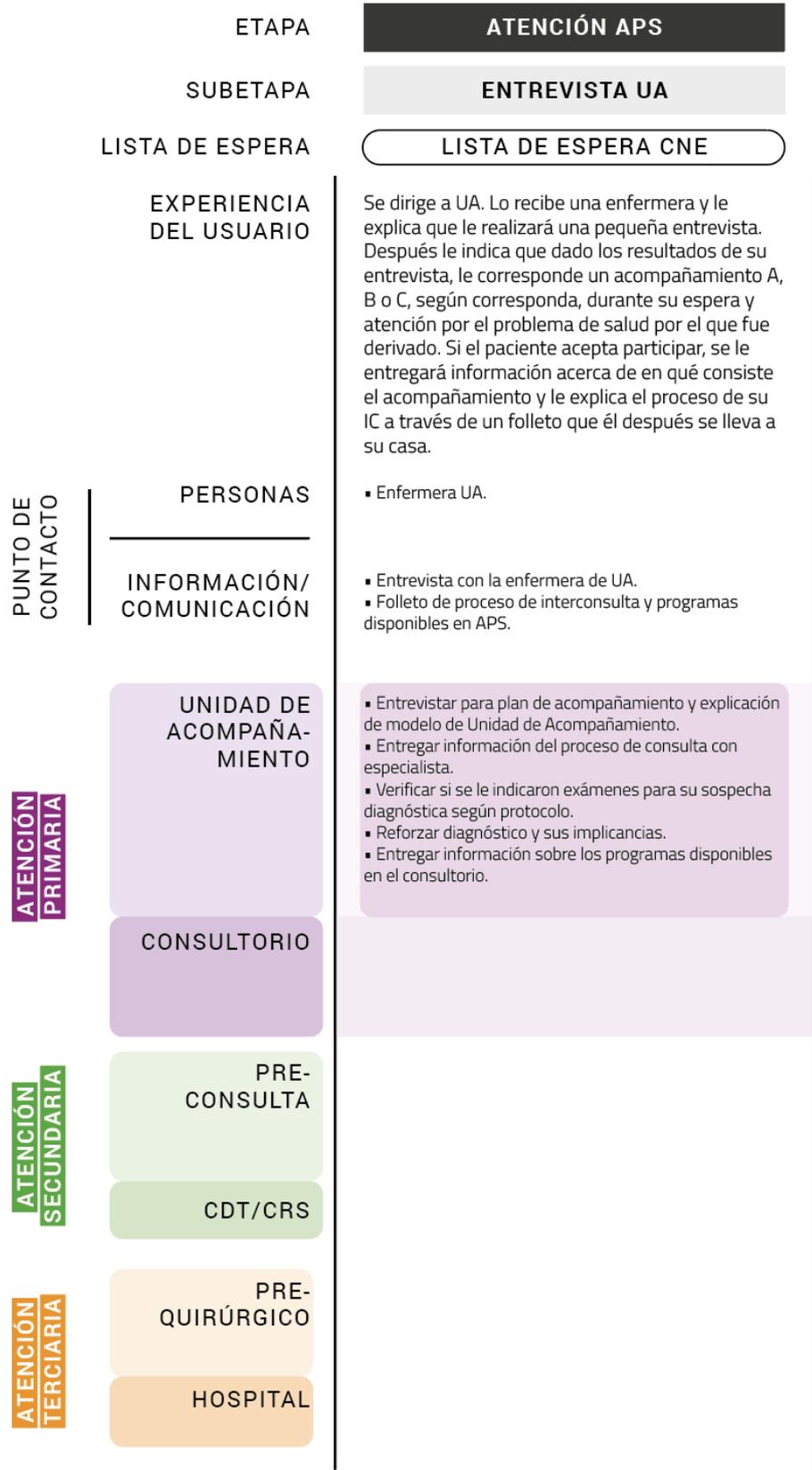
consultorio, la atención secundaria en preconsulta y CDT o CRS; y la atención terciaria en prequirúrgico y hospital. Para el caso del segundo *blueprint*, que abarca la lista de espera de controles con especialistas, la atención secundaria se subdivide en postconsulta y CDT o CRS.

En tercer lugar, se sitúan los soportes necesarios para efectuar las actividades de las distintas unidades y establecimientos. Se encuentran los procedimientos, que incluyen todos los manuales y/o protocolos que deben generarse para realizar de manera articulada y oportuna las coordinaciones entre los actores y los soportes informáticos por donde se deben producir las comunicaciones entre los equipos.

4.1 Blueprint del proceso Consulta de Nueva Especialidad (CNE) e Intervención Quirúrgica (IQ)

Etapa: Atención en la APS





Descripción de la etapa

La etapa de atención en el nivel de la APS está comprendida por tres subetapas: gestión de citas, atención con el médico de APS y entrevista de la Unidad de Acompañamiento (UA). El objetivo principal de esta etapa, desde el punto de vista del modelo de acompañamiento, es entregar información al usuario sobre el proceso y asignarle el plan de acompañamiento que requiere.

Al inicio de esta etapa, al agendar la hora de atención, el administrativo del SOME deberá revisar en el sistema si el paciente pertenece a algún programa o prestación del consultorio para verificar si existen criterios adicionales al momento de agendar una cita. En algunos programas, como, por ejemplo, el programa de atención a pacientes multimórbidos, se debe agendar una cita más extensa con el médico o se agenda con su médico de cabecera en el consultorio (Téllez et al, 2018).

La instancia principal en esta etapa es la entrevista que realizará la enfermera de la UA. Luego de que el usuario sea atendido por el médico, será enviado directamente a la UA, donde lo esperará la enfermera coordinadora de la unidad. Le explicará al paciente que el objetivo de la entrevista es asignarle un plan de acompañamiento según su patología y sus necesidades.

Independientemente de si el paciente acepta o no el plan de acompañamiento, se le entregará el folleto "Consulta con especialista", donde se detalla cada paso del proceso de atención hasta ser atendido por el médico especialista en el nivel secundario, y se le explicará en términos generales este proceso y sus hitos principales. En el reverso del folleto habrá información sobre los programas que tiene el consultorio; la enfermera le recomendará a cuál de ellos asistir y notificará al encargado del sector del paciente para coordinar las prestaciones.

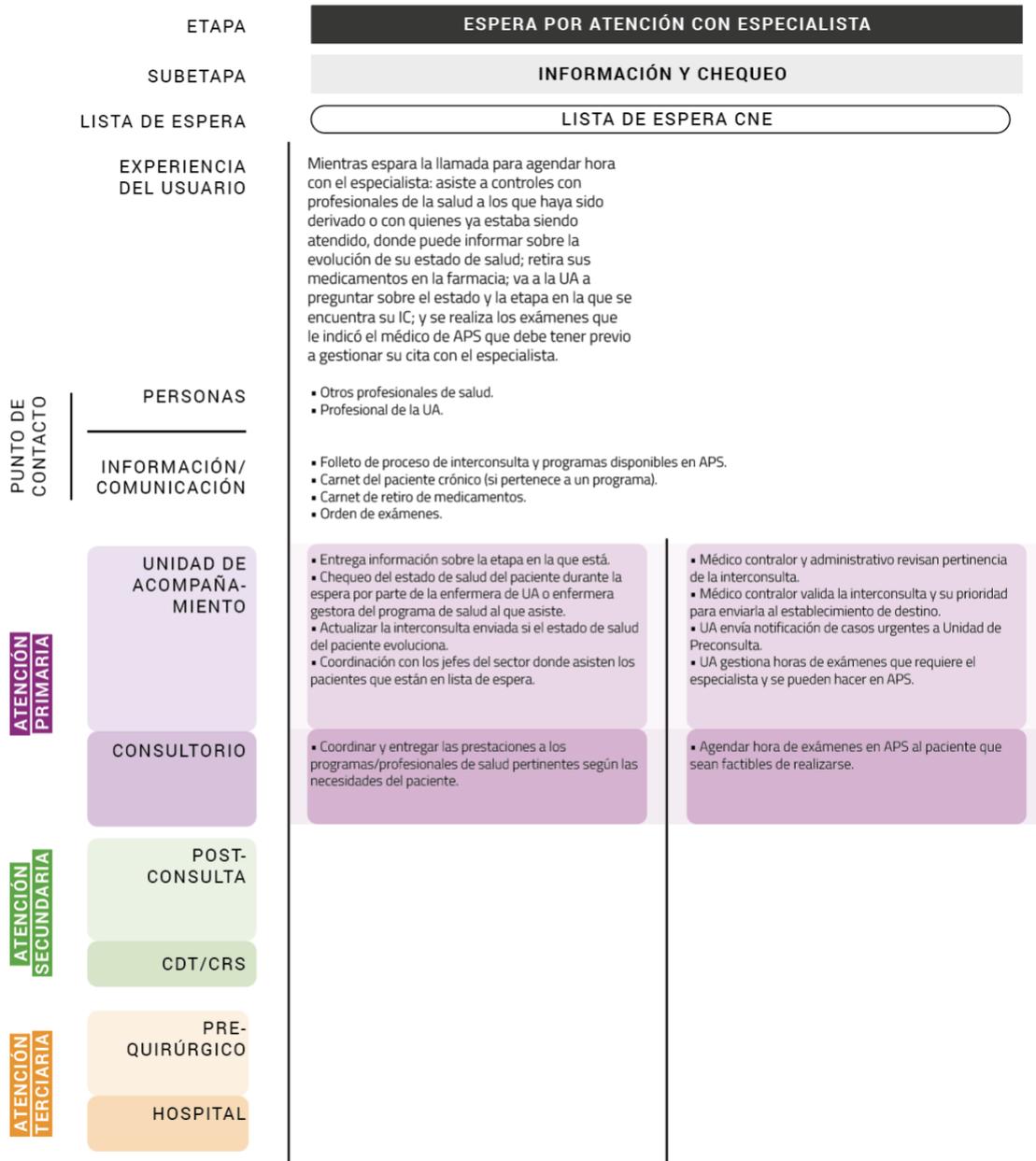
La enfermera enfatizará los beneficios que el plan de acompañamiento le traerá en su espera y navegación por el sistema de salud como, por ejemplo, que podrá completar un folleto con sus propios datos y con información que irá recibiendo en cada etapa.

Soportes / procedimientos de la etapa

1. Protocolo y flujograma de derivación de identificación de necesidades del paciente y derivación a otros profesionales.
2. Norma técnica de emisión de IC.
3. Mapa de derivación y guía clínica.
4. Protocolo de entrega de información al paciente.
5. Manual de procedimientos de la Unidad de Acompañamiento.

Etapa: Espera por atención con especialista

ETAPA		ESPERA POR ATENCIÓN CON ESPECIALISTA	
SUBETAPA		INFORMACIÓN Y CHEQUEO	
LISTA DE ESPERA		LISTA DE ESPERA CNE	
EXPERIENCIA DEL USUARIO		<p>Mientras espera la llamada para agendar hora con el especialista: asiste a controles con profesionales de la salud a los que haya sido derivado o con quienes ya estaba siendo atendido, donde puede informar sobre la evolución de su estado de salud; retira sus medicamentos en la farmacia; va a la UA a preguntar sobre el estado y la etapa en la que se encuentra su IC; y se realiza los exámenes que le indicó el médico de APS que debe tener previo a gestionar su cita con el especialista.</p>	
PUNTO DE CONTACTO	PERSONAS	<ul style="list-style-type: none"> • Otros profesionales de salud. • Profesional de la UA. 	
	INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Folleto de proceso de interconsulta y programas disponibles en APS. • Carnet del paciente crónico (si pertenece a un programa). • Carnet de retiro de medicamentos. • Orden de exámenes. 	
ATENCIÓN PRIMARIA	UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega información sobre la etapa en la que está. • Chequeo del estado de salud del paciente durante la espera por parte de la enfermera de UA o enfermera gestora del programa de salud al que asiste. • Actualizar la interconsulta enviada si el estado de salud del paciente evoluciona. • Coordinación con los jefes del sector donde asisten los pacientes que están en lista de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico contralor y administrativo revisan pertinencia de la interconsulta. • Médico contralor valida la interconsulta y su prioridad para enviarla al establecimiento de destino. • UA envía notificación de casos urgentes a Unidad de Preconsulta. • UA gestiona horas de exámenes que requiere el especialista y se pueden hacer en APS.
	CONSULTORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar y entregar las prestaciones a los programas/profesionales de salud pertinentes según las necesidades del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agendar hora de exámenes en APS al paciente que sean factibles de realizarse.
ATENCIÓN SECUNDARIA	PRE-CONSULTA		
	CDT/CRS		
ATENCIÓN Terciaria	PRE-QUIRÚRGICO		
	HOSPITAL		



Descripción de la etapa

En la etapa de espera por atención con especialista, el modelo de acompañamiento tiene como objetivo principal mantener al paciente informado y monitoreado para detectar cualquier cambio significativo en su estado de salud. Además, se busca gestionar oportunamente los exámenes previos requeridos para la consulta de nueva especialidad (CNE).

El usuario puede acudir al consultorio de la APS para informarse sobre cualquier cambio en su estado de salud o en su contexto psicosocial. Para algunos pacientes existirán controles periódicos de monitoreo del estado de salud. Los pacientes que participen en programas complementarios en el nivel de APS que incluyan el monitoreo del estado de salud no deberán asistir a controles adicionales. De existir un agravamiento del estado de salud del paciente, la Unidad de Acompañamiento tomará contacto con la Unidad de Preconsulta en el establecimiento secundario para que se actualice la priorización de su atención.

El paciente participará en los programas complementarios de salud disponibles en el nivel de APS a los que se le haya recomendado ingresar.

En relación con la información, el usuario podrá dirigirse en cualquier momento a su consultorio para preguntar sobre el estado de su interconsulta y la etapa en la que se encuentra. El consultorio deberá tener acceso a la información necesaria de los niveles secundario y terciario para satisfacer las necesidades de información del paciente respecto de la trazabilidad de su caso.

La enfermera de la UA notificará a la enfermera de la Unidad de Preconsulta los casos más complejos y prioritarios para que sean atendidos rápidamente por el especialista. Además, cuando la UA determine, se enviará a la Unidad de Preconsulta un informe psicosocial complementario del paciente para que se activen los protocolos de asistencia necesaria para el caso.

Aquellas interconsultas categorizadas como “no pertinentes” serán devueltas al nivel primario a través de un reporte generado por la preconsulta y enviado a la UA. Luego, la UA será la encargada de gestionar esas IC y contactar a los pacientes para reevaluarlos.

Soportes / procedimientos de la etapa

1. Proceso sobre alerta de cambio de estado del paciente a nivel secundario-terciario / criterios para cambio de priorización de IC.
2. Manual de procedimientos de la Unidad de Acompañamiento.
3. Notificación de pacientes urgentes a la Unidad de Preconsulta.
4. Informe biopsicosocial complementario de casos más complejos para Unidad de Preconsulta.
5. Reporte de IC no pertinente de la Unidad de Preconsulta a Unidad de Acompañamiento.
6. Manual de procedimientos de la Unidad de Preconsulta.

La coordinación entre la Unidad de Acompañamiento y la Unidad de Preconsulta será protocolizada en sus respectivos manuales, de tal modo que la comunicación fluya por canales formales establecidos que permitan generar trazabilidad y respaldo de cada procedimiento y contacto con el paciente y entre las unidades.

Etapa: Preatención con especialista

ETAPA		PRE-ATENCIÓN CON ESPECIALISTA	
SUBETAPA		CONTACTO PRECONSULTA	EXÁMENES PREVIOS
LISTA DE ESPERA		LISTA DE ESPERA CNE	
EXPERIENCIA DEL USUARIO		<p>En caso de ser necesario, antes de que le agenden una hora con el especialista, recibe una llamada de la Unidad de Preconsulta para realizarse exámenes previos a la atención. Si el paciente tiene un tipo de acompañamiento más intensivo y tiene antecedentes psicosociales, es citado a una entrevista con la Unidad de Preconsulta para poder guiarlo en su atención en el nivel secundario.</p>	<p>Se dirige al establecimiento de nivel secundario para realizarse los exámenes que le indicaron por teléfono que debía realizarse.</p>
PUNTO DE CONTACTO	PERSONAS	<ul style="list-style-type: none"> Administrativo de Unidad de Preconsulta. Trabajador social (en casos complejos). Enfermera de Unidad de Preconsulta. 	<ul style="list-style-type: none"> Administrativo de admisión de laboratorio/procedimientos.
	INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Llamada telefónica. Orden de exámenes. Indicaciones de preparación de exámenes. Entrevista con Unidad de Preconsulta. 	<ul style="list-style-type: none"> Folleto de proceso de interconsulta y programas disponibles en APS. Carnet del paciente crónico (si pertenece a un programa). Carnet de retiro de medicamentos.
ATENCIÓN PRIMARIA	UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO		<ul style="list-style-type: none"> Entrega información sobre la etapa en la que está. Chequeo del estado de salud del paciente durante la espera. Coordinación con los encargados de programas donde asisten los pacientes que están en lista de espera. Recibe reporte de pacientes que necesiten rescate (que no contestan al tercer llamado).
	CONSULTORIO		<ul style="list-style-type: none"> Gestión de exámenes que se pueden realizar en nivel primario en conjunto con Unidad de Preconsulta.
ATENCIÓN SECUNDARIA	PRE-CONSULTA	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista con los pacientes de mayor complejidad Informar al paciente la realización de exámenes previo a la consulta del especialista Gestionar los exámenes del paciente. Informar al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de los exámenes realizados en nivel secundario. Enviar a UA reporte de pacientes que no han sido contactados al tercer llamado para que realicen rescate.
	CDT/CRS		
ATENCIÓN Terciaria	PRE-QUIRÚRGICO		
	HOSPITAL		

Descripción de la etapa

La etapa de preatención con especialista consta de dos subetapas: contacto de preconsulta y realización de exámenes previos. El objetivo del modelo de acompañamiento en esta etapa es gestionar los exámenes necesarios para la primera consulta con el especialista.

Un tiempo antes de la gestión de citas médicas con el especialista, que dependerá de la capacidad de gestión de la especialidad correspondiente, la Unidad de Preconsulta se contactará con el paciente para informarle sobre los exámenes que se debe realizar *antes* de la consulta con el especialista. Será responsabilidad de esta unidad gestionar los horarios

para los exámenes o procedimientos que requiera el paciente según la orden emitida por el médico de la APS. La Unidad de Preconsulta podrá determinar que algunos exámenes indicados por el médico de la APS se realicen en el nivel primario, en los casos que ello pueda hacerse en un tiempo menor que en el nivel secundario.

Los pacientes que la UA determine que son de mayor complejidad, ya sea por criterio clínico o psicosocial, deberán ser entrevistados por un profesional de la Unidad de Preconsulta con la finalidad de evaluar su estado de salud. Si durante esa entrevista se determina que el paciente necesita, además, otros exámenes, se emitirá la orden correspondiente y se agendarán en el mismo momento.

Durante esta etapa, el usuario continuará con sus controles habituales en el consultorio y retirando sus medicamentos; y la UA seguirá realizando el monitoreo de ellos y coordinando con los encargados de cada sector para efectuar el seguimiento.

Al igual que en la etapa anterior, se requerirá un gran nivel de coordinación entre la UA y la Unidad de Preconsulta para gestionar los exámenes a los distintos pacientes. Para ello existirán protocolos y canales formales para notificar a la UA de aquellos usuarios que no han podido ser contactados por la Unidad de Preconsulta y realizar el rescate desde el consultorio, ya que es el establecimiento que tiene más contacto con el paciente.

Soportes / procedimientos de la etapa

1. Manual de procedimientos de la Unidad de Preconsulta.
2. Protocolo para abordar a pacientes no contactados desde la Unidad de Acompañamiento / protocolo de rescate de pacientes.
3. Gestión de exámenes en etapa de preconsulta y APS.
4. Protocolo de entrega de información al paciente.

Etapa: Atención especialista

ETAPA		ATENCIÓN ESPECIALISTA	
SUBETAPA		LLAMADO GESTIÓN DE CITAS	CONSULTA ESPECIALISTA
LISTA DE ESPERA		LISTA DE ESPERA CNE	
EXPERIENCIA DEL USUARIO		Una vez que tiene listo sus exámenes, recibe una llamada de la Unidad de Preconsulta del establecimiento del nivel secundario para programar la hora con el especialista.	Llega al establecimiento el día agendado, entra al box y el médico especialista revisa los exámenes por el sistema informático o se los pide al paciente. Le explica los pasos a seguir y le da indicaciones sobre tratamiento o exámenes a realizar.
	PUNTO DE CONTACTO	PERSONAS <ul style="list-style-type: none"> Administrativo de la Unidad de Preconsulta. 	<ul style="list-style-type: none"> Médico especialista. Trabajador social de la Unidad de Preconsulta (en casos complejos).
INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> Llamada telefónica. 	<ul style="list-style-type: none"> Folleto de proceso de exámenes (pacientes más complejos).
	UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> UA hace seguimiento a la gestión de cita con el especialista. Registra en su ficha clínica electrónica. 	<ul style="list-style-type: none"> UA hace seguimiento a la gestión de cita con el especialista. Registra en su ficha clínica electrónica.
ATENCIÓN PRIMARIA	CONSULTORIO		
ATENCIÓN SECUNDARIA	PRE-CONSULTA	<ul style="list-style-type: none"> Llamar y agendar consulta con especialistas a pacientes. 	
	CDT/CRS		
ATENCIÓN Terciaria	PRE-QUIRÚRGICO		
	HOSPITAL		

Descripción de la etapa

La etapa de atención con especialista consta de dos subetapas: llamado de gestión de citas y consulta con especialista. El objetivo del modelo de acompañamiento en esta etapa es que el paciente sea atendido por el médico especialista del nivel secundario y reciba las indicaciones para completar su diagnóstico.

Luego de gestionar los exámenes previos a la atención y obtener los resultados, la Unidad de Preconsulta evaluará en base al perfil del paciente y su condición clínica cuál es el canal más

adecuado para realizar la primera consulta con el especialista. Siempre que sea posible, se privilegiará el uso del canal remoto de atención para optimizar los horarios disponibles de los especialistas para nuevos ingresos y reducir los costos de tiempo y transporte para los pacientes.

Una vez definido el canal de atención, se llamará al paciente para agendar el horario de consulta. Se realizará una llamada de confirmación de hora el día antes de la atención.

Ya sea en forma remota o presencial, el médico revisará los antecedentes y evaluará al paciente. El médico podrá finalizar el diagnóstico en la misma consulta y prescribir un tratamiento al paciente; o le explicará al paciente que deberá realizarse más exámenes para obtener un diagnóstico más certero.

Soportes / procedimientos de la etapa

1. Manual de procedimientos de la Unidad de Acompañamiento.
2. Manual de procedimientos de la Unidad de Preconsulta.

Etapa: Diagnóstico

ETAPA		DIAGNÓSTICO	
		EXÁMENES ESPECÍFICOS	CONTROL ESPECIALISTA
SUBETAPA			
LISTA DE ESPERA			LISTA DE ESPERA IQ
EXPERIENCIA DEL USUARIO		Se dirige al establecimiento de nivel secundario para realizarse los exámenes que el médico especialista le indicó.	Luego de realizarse los exámenes y/o tratamientos, agenda control con el especialista. En la consulta le informa que su patología requiere cirugía, pero que deben evaluar si está en condiciones de ser operado o no, y que será derivado a la Unidad Prequirúrgica para una pequeña entrevista con la enfermera.
PUNTO DE CONTACTO	PERSONAS	<ul style="list-style-type: none"> Administrativo de admisión de laboratorio/procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> Médico especialista.
	INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Orden de exámenes especialista. Folleto de proceso de exámenes (pacientes más complejos). 	
ATENCIÓN PRIMARIA	UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> UA hace seguimiento al agendamiento con el especialista. Registra en su ficha clínica electrónica. 	
	CONSULTORIO		
ATENCIÓN SECUNDARIA	PRE-CONSULTA	<ul style="list-style-type: none"> Gestiona exámenes de los pacientes más complejos y les entrega información del proceso. 	
	CDT/CRS	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de exámenes. 	
ATENCIÓN Terciaria	PRE-QUIRÚRGICO		
	HOSPITAL		

	ETAPA	DIAGNÓSTICO
	SUBETAPA	ENTREVISTA PREQUIRÚRGICO
	LISTA DE ESPERA	LISTA DE ESPERA IQ
	EXPERIENCIA DEL USUARIO	Se dirige a la Unidad Prequirúrgica para ser entrevistado. La enfermera le explica el proceso por el que pasará, los requisitos con los que debe llegar cuando empiecen a solicitar exámenes prequirúrgicos y pases médicos, y que será derivado a APS y será contactado por la UA para que lo ayuden a llegar en el mejor estado de salud posible a su cirugía y cuando falten pocos meses para su intervención se contactarán de la Unidad Prequirúrgica con él para realizarse los exámenes. Si es una cirugía urgente/prioritaria, comienzan inmediatamente con los exámenes y pases prequirúrgicos, por lo que no es derivado a APS.
PUNTO DE CONTACTO	PERSONAS	<ul style="list-style-type: none"> Enfermera de la Unidad Prequirúrgica.
	INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista enfermera de la Unidad Prequirúrgica. Folleto de proceso prequirúrgico.
ATENCIÓN PRIMARIA	UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo en compensación de pacientes derivados desde la Unidad Prequirúrgica. Evaluación biopsicosocial: visita domiciliaria y redes de apoyo.
	CONSULTORIO	
ATENCIÓN SECUNDARIA	PRE-CONSULTA	<ul style="list-style-type: none"> Alertar a UA de indicación quirúrgica de los pacientes que requieren apoyo social para operarse (cuidadores, acompañantes, camas, etc)
	CDT/CRS	
ATENCIÓN TERCIARIA	PRE-QUIRÚRGICO	<ul style="list-style-type: none"> Educación sobre el proceso y los pasos a seguir. Derivar y alertar a UA a pacientes que tendrán larga espera. Re-evaluar el tipo de acompañamiento del paciente.
	HOSPITAL	

Descripción de la etapa

La etapa de diagnóstico consta de tres subetapas: exámenes específicos, control con especialista y entrevista prequirúrgica. El objetivo del modelo de acompañamiento es informar al paciente sobre su diagnóstico, sus implicancias y el proceso de preparación para una cirugía.

En algunos casos, luego de la primera consulta con el médico especialista se necesitarán exámenes más específicos para confirmar el diagnóstico, por lo que el paciente deberá, con el apoyo de la Unidad de Preconsulta, agendar estos nuevos estudios. Si así lo considera, mientras están los resultados de esos estudios, el médico le dejará al paciente indicaciones de un tratamiento para disminuir sus síntomas.

Los pacientes serán asistidos por la Unidad de Preconsulta para agendar los exámenes, lo que se hará sobre la base de la prioridad de atención determinada por el especialista.

Una vez que estén los resultados, el paciente asistirá al control con el especialista, quien determinará el tratamiento que requiere o la necesidad de realizar una intervención quirúrgica.

En caso de que deba ser intervenido quirúrgicamente, si el paciente presenta algún factor de riesgo para operarse, el cirujano solicitará exámenes adicionales y pases de autorización de otros especialistas para realizar la cirugía. Al finalizar el control, el médico le indicará que debe dirigirse a la Unidad Prequirúrgica, donde una enfermera le hará una entrevista con los siguientes objetivos:

- explicar el proceso prequirúrgico al paciente a través de un folleto diseñado para explicar cada una de las etapas, los exámenes que se requerirán, los posibles pases médicos y un tiempo estimado de espera;
- pesquisar los casos urgentes, que serán descriptos en la indicación quirúrgica realizada por el cirujano, de tal forma que se realicen rápidamente todos sus exámenes preoperatorios; y
- actualizar el plan de acompañamiento ya que, debido a nuevos antecedentes que se pueden levantar en la entrevista, puede ser que en ese momento sea necesario cambiar la clasificación del paciente.

Además, la Unidad Prequirúrgica identificará a los pacientes que no serán operados en el corto plazo por tener patologías crónicas que deben estar compensadas al momento de la cirugía o factores de riesgo que pueden implicar un retraso para agendar la intervención como, por ejemplo, los pacientes con sobrepeso u obesidad con un IMC riesgoso. En estos casos, la Unidad Prequirúrgica contactará directamente a la UA para informarle de los pacientes que necesiten apoyo en la compensación de sus patologías crónicas de tal manera que lleguen en óptimas condiciones a su operación.

Etapa: Espera por cirugía

ETAPA		ESPERA POR CIRUGÍA
SUBETAPA		INFORMACIÓN Y CHEQUEO
LISTA DE ESPERA		LISTA DE ESPERA IQ
EXPERIENCIA DEL USUARIO		<p>Mientras espera la llamada de la Unidad Prequirúrgica sigue con su contacto permanente con su consultorio, retira medicamentos y asiste a controles con profesionales de salud a los que haya sido derivado o que ya estaba asistiendo desde antes para llegar a su cirugía con los requisitos que le pidió la enfermera de la Unidad Prequirúrgica; allí puede informar si su estado de salud evoluciona.</p>
PUNTO DE CONTACTO	PERSONAS	<ul style="list-style-type: none"> Enfermera de la UA. Enfermera de programas de consultorio.
	INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN	
ATENCIÓN PRIMARIA	UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Entrega información sobre la etapa/proceso. Chequeo del estado de salud del paciente durante la espera por parte de la enfermera de UA o enfermera gestora del programa de salud al que asiste. Actualizar la prioridad de la cirugía si el estado de salud del paciente evoluciona o cambia su situación psicosocial. Coordinación con los jefes del sector donde asisten los pacientes que están en lista de espera.
	CONSULTORIO	<ul style="list-style-type: none"> Coordinar y entregar las prestaciones a los programas/profesionales de salud pertinentes según las necesidades del paciente.
ATENCIÓN SECUNDARIA	PRE-CONSULTA	
	CDT/CRS	
ATENCIÓN Terciaria	PRE-QUIRÚRGICO	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de la priorización de los pacientes. Actualizar la priorización de la cirugía si el estado de salud del paciente evoluciona o cambia su situación. Recibe el reporte actualizado de valoración del paciente.
	HOSPITAL	

Descripción de la etapa

La etapa de la espera por una cirugía está compuesta por la subetapa de información y chequeo. Al igual que en la espera por consulta de nueva especialidad, esta etapa tiene como objetivo mantener al paciente informado y monitoreado para notificar cualquier cambio en su estado de salud que permita actualizar su prioridad, manteniendo siempre el contacto con el consultorio de la APS.

El paciente continuará asistiendo a los controles del consultorio y la UA seguirá la coordinación con el encargado de cada sector para pesquisar cualquier cambio en el estado de salud. La UA, además, entregará la información que requiera el usuario acerca de su intervención quirúrgica, respecto de la etapa en la que se encuentra o los exámenes y pases prequirúrgicos correspondientes.

El papel de la UA en esta etapa será fundamental. Además de hacer un seguimiento e informar al paciente, será la encargada de notificar oportunamente a la Unidad Prequirúrgica de cualquier cambio en su estado de salud o contexto psicosocial que requiera una actualización en la priorización de la cirugía. De esta manera, una enfermera de la Unidad Prequirúrgica reevaluará la condición actual del paciente y gestionará una nueva priorización.

La UA también estará a cargo de mantener o mejorar la oportunidad quirúrgica del paciente durante todo su proceso de espera, según los antecedentes y requerimientos que envíe la Unidad Prequirúrgica y el plan de acompañamiento al que pertenezca el usuario. Por ejemplo, si la Unidad Prequirúrgica identifica que el IMC (Índice de masa corporal) de un paciente que requiere una prótesis de rodilla está elevado, le indicará a la UA que el paciente asista a control con la nutricionista del consultorio. Así aumenta la probabilidad de que en el momento de la operación el paciente esté en mejores condiciones físicas.

Nuevamente, la coordinación entre las unidades de los distintos niveles es primordial para una pesquisa oportuna de cualquier cambio que presente el paciente, tanto a nivel clínico como en su contexto psicosocial.

Soportes / procedimientos de la etapa

1. Proceso sobre alerta de cambio de estado del paciente a nivel secundario-terciario / criterios para cambio de priorización de la IC/IQ.
2. Manual de procedimientos de la Unidad de Acompañamiento.
3. Manual de procedimientos de la Unidad Prequirúrgica.

Etapa: Preparación prequirúrgica

ETAPA		PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA	
SUBETAPA		CONTACTO PREQUIRÚRGICO	EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS
LISTA DE ESPERA		LISTA DE ESPERA IQ	
EXPERIENCIA DEL USUARIO		Luego de un tiempo, la Unidad Prequirúrgica se contacta con el paciente para citarlo con la enfermera de la unidad para iniciar el proceso de exámenes prequirúrgicos. Una vez en el hospital, le explican los exámenes que debe realizarse y le hacen un chequeo rápido de su estado actual de salud.	Contactan al paciente para agendar las horas de exámenes en el nivel secundario. Se dirige al establecimiento para realizarse los exámenes agendados por la Unidad Prequirúrgica.
	PUNTO DE CONTACTO	PERSONAS <ul style="list-style-type: none"> Enfermera de la Unidad Prequirúrgica. Administrativo de la Unidad Prequirúrgica. INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Administrativo de la Unidad Prequirúrgica. Administrativo de admisión de laboratorio/procedimientos. Llamada telefónica.
ATENCIÓN PRIMARIA	UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Envía a la Unidad Prequirúrgica informe con los antecedentes y la evolución del estado del paciente durante su espera. Reporte actualizado de valoración del paciente (vivienda, red de apoyo). 	<ul style="list-style-type: none"> Recibe reporte de pacientes que necesitan rescate (que no contestan al tercer llamado)
	CONSULTORIO		
ATENCIÓN SECUNDARIA	PRE-CONSULTA		
	CDT/CRS		
ATENCIÓN Terciaria	PRE-QUIRÚRGICO	<ul style="list-style-type: none"> Recibe reporte de antecedentes y evolución del estado de salud del paciente y el de la valoración del paciente (vivienda, red de apoyo). 	<ul style="list-style-type: none"> Llamar a pacientes para agendar las horas de exámenes. Gestión de los exámenes prequirúrgicos. Enviar a UA reporte de pacientes que no han sido contactados al tercer llamado para que realicen rescate.
	HOSPITAL		

ETAPA		PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA	
SUBETAPA		PASES MÉDICOS	CONTROL PREQUIRÚRGICO
LISTA DE ESPERA		LISTA DE ESPERA IQ	
EXPERIENCIA DEL USUARIO		En algunos casos, después de los exámenes prequirúrgicos, lo llaman por teléfono para agendar hora con los médicos especialistas que le deben dar la autorización para la intervención.	Luego de tener todos los exámenes al día, citan al paciente nuevamente a la Unidad Prequirúrgica para que vaya junto a su acompañante para entregarles información sobre la preparación que necesita el paciente antes de la intervención y los cuidados que necesitará post cirugía.
	PERSONAS	<ul style="list-style-type: none"> Médicos de otras especialidades. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermera de la Unidad Prequirúrgica.
PUNTO DE CONTACTO	INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> Instructivo de preparación previo a la cirugía. Educación al paciente y su acompañante sobre la preparación y los cuidados postquirúrgicos.
	UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Recibe reporte de pacientes que necesiten rescate (que no contestan al tercer llamado) 	
ATENCIÓN PRIMARIA	CONSULTORIO		
	PRE-CONSULTA		
ATENCIÓN SECUNDARIA	CDT/CRS		
	PRE-QUIRÚRGICO	<ul style="list-style-type: none"> Llamar a pacientes para agendar con especialistas. Gestión de las horas con especialistas. Enviar a UA reporte de pacientes que no han sido contactados al tercer llamado para que realicen rescate. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de información para la preparación del paciente y su acompañante previo a la cirugía. Participación en reuniones de tabla quirúrgica.
ATENCIÓN Terciaria	HOSPITAL		<ul style="list-style-type: none"> Reporte de reunión de tabla donde se informa los pacientes que serán operados la próxima semana.

Descripción de la etapa

La etapa de preparación prequirúrgica consta de cuatro subetapas: contacto prequirúrgico, exámenes prequirúrgicos, pases médicos y control prequirúrgico. El objetivo es preparar al paciente para su intervención quirúrgica, con todos los exámenes y pases actualizados.

La Unidad Prequirúrgica se contacta con el paciente para que acuda a una cita con la enfermera para realizarle una evaluación. Previo a este contacto, la Unidad Prequirúrgica solicita a la UA los antecedentes del estado de salud del paciente durante la espera. En la entrevista con el paciente se realiza una evaluación clínica y social del paciente; se aborda, entre otros temas, el estado de la vivienda y la red de apoyo del paciente, aspectos relevantes para el cuidado postcirugía.

Luego, la Unidad Prequirúrgica comenzará a gestionar los exámenes prequirúrgicos del paciente, tomando en consideración sus requerimientos específicos a la hora de agendarlos; por ejemplo, a un paciente que trabaja de lunes a viernes en horario de oficina idealmente se

le agendará todos o la mayoría de los estudios en una misma jornada. Hay algunos pacientes que requerirán la autorización de otro especialista para la cirugía, por lo que la Unidad Prequirúrgica gestionará los horarios con esos médicos.

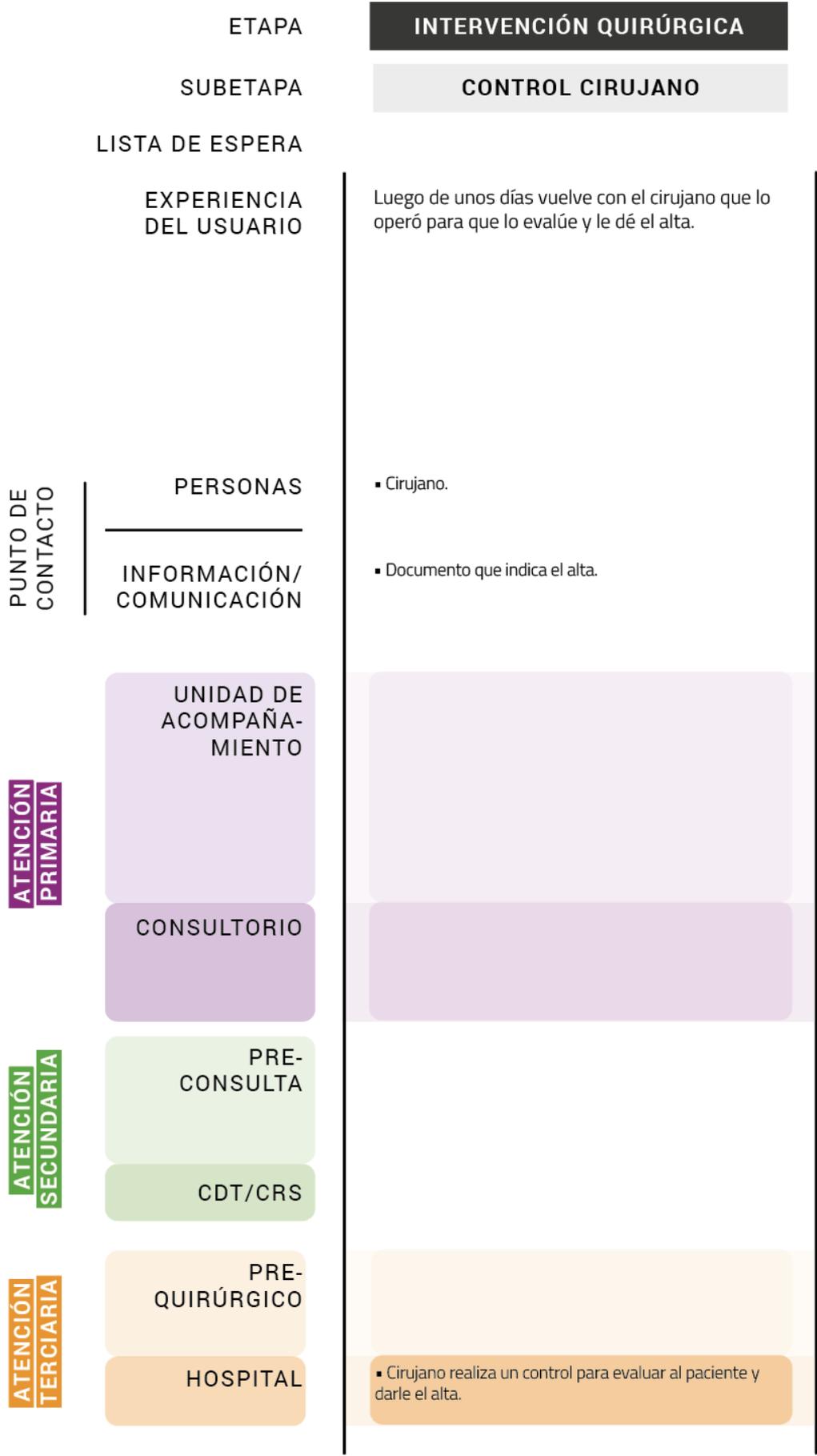
Una vez que están todos los exámenes y pases aprobados, la Unidad Prequirúrgica llamará al paciente para que asista, junto con su acompañante del día de la operación, a un último control para informarle sobre la preparación que requerirá previo a la intervención y educarlo a él y al acompañante sobre los cuidados postquirúrgicos que necesitará cuando esté en su hogar.

Soportes / procedimientos de la etapa

1. Protocolo de entrega de información al paciente.
2. Protocolo para paciente no contactado a aplicar por la Unidad de acompañamiento / protocolo de rescate de pacientes.
3. Protocolo de pacientes más complejos para realizarse exámenes.
4. Manual de procedimientos de la Unidad de Acompañamiento.
5. Manual de procedimientos de la Unidad de Preconsulta.
6. Manual de procedimientos de la Unidad Prequirúrgica.

Etapa: Intervención prequirúrgica

		INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	
		LLAMADA PARA AGENDAR	OPERACIÓN/ALTA
LISTA DE ESPERA		LISTA DE ESPERA IQ	
EXPERIENCIA DEL USUARIO		Un par de días antes de la intervención llaman al paciente para informarle el día y hora a la que debe presentarse en el hospital para su cirugía.	Llega al establecimiento, lo preparan, le realizan la intervención quirúrgica y si es necesario permanece un par de días hospitalizado. Luego lo dan de alta, le entregan los documentos y le agendan un control con el cirujano para unos días más para que le dé el alta definitiva.
	PUNTO DE CONTACTO	PERSONAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermera del hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirujano. ▪ Enfermera.
	INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Llamada telefónica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicaciones/ Cuidados Postquirúrgicos. ▪ Epicrisis y otros documentos del alta. ▪ Copia de licencia (en caso de ser requerida).
ATENCIÓN PRIMARIA	UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO		
	CONSULTORIO		
ATENCIÓN SECUNDARIA	PRE-CONSULTA		
	CDT/CRS		
ATENCIÓN Terciaria	PRE-QUIRÚRGICO		
	HOSPITAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Llamado al paciente para informarle sobre el día y hora de la cirugía. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entregar epicrisis y documentación requerida al paciente luego de la operación.



Descripción de la etapa

La etapa de intervención quirúrgica consta de tres subetapas: llamada de gestión de citas, operación/alta y control con cirujano. El objetivo de esta etapa es que el paciente sea intervenido quirúrgicamente y luego dado de alta por el cirujano.

Una vez que estén aprobados todos los exámenes y pases médicos por la Unidad Prequirúrgica, el paciente es incluido en la tabla quirúrgica y es contactado para confirmar el día y hora en que se realizará su cirugía y entregarle las últimas indicaciones de preparación.

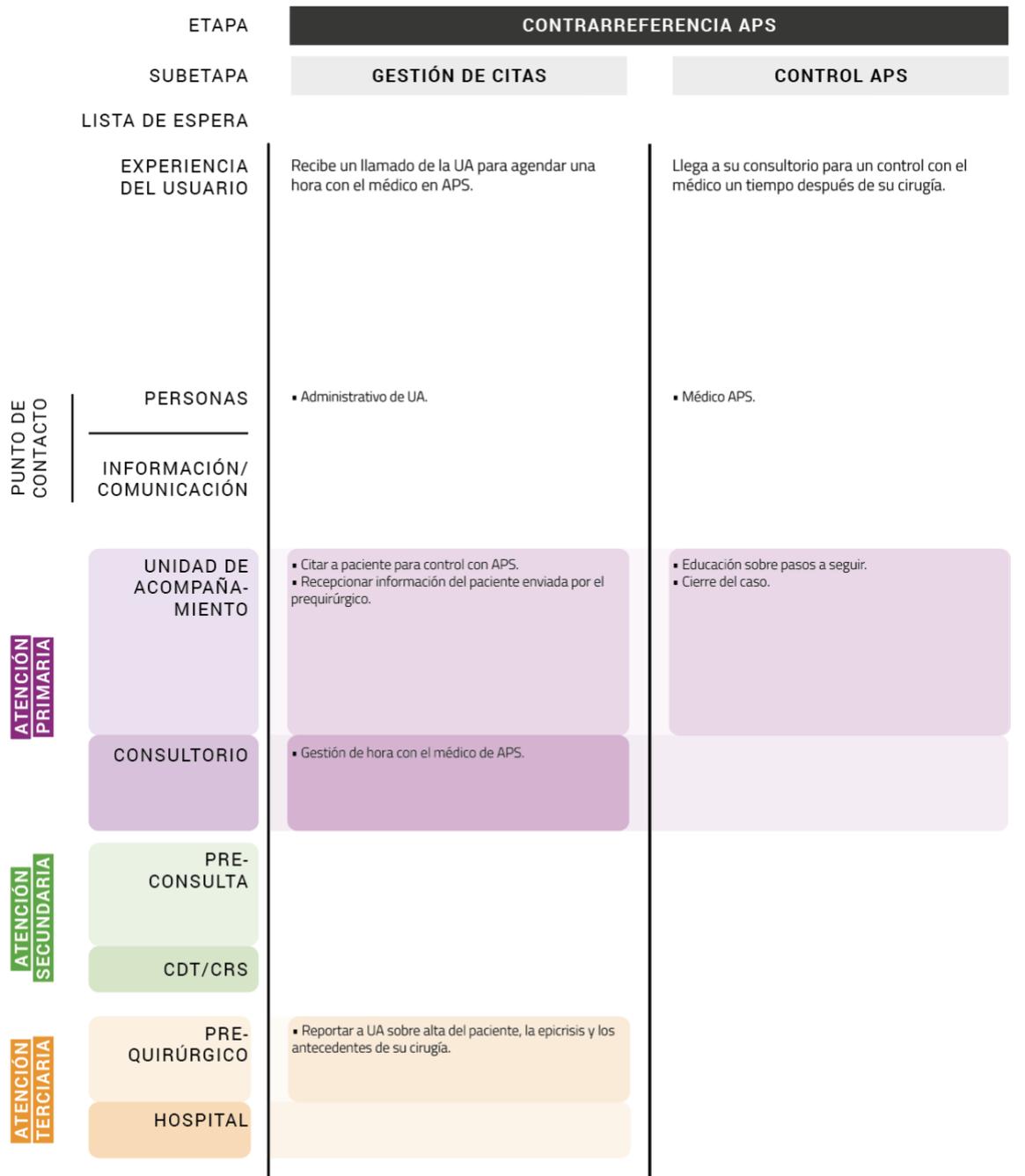
Unos días después, llega al hospital para hacer el ingreso, le realizan la cirugía y, dependiendo del caso, permanecerá un tiempo hospitalizado.

Al momento del alta le entregan la epicrisis, donde se detallan los cuidados postoperatorios indicados, se le entregan los medicamentos que necesita o la receta para adquirirlos, los exámenes que le realizaron durante su hospitalización y le indican que debe agendar control con el cirujano para que le entregue el alta definitiva.

Soportes / procedimientos de la etapa

1. Manual de procedimientos de la Unidad Prequirúrgica.

Etapa: Contrarreferencia APS



Descripción de la etapa

La etapa de contrarreferencia a la APS consta de dos subetapas: gestión de citas y control en APS. El objetivo es que el paciente sea reconectado con su consultorio luego de la cirugía para que continúe asistiendo regularmente a los controles y prestaciones que le correspondan.

Una vez que es dado de alta por el cirujano en el hospital, la Unidad Prequirúrgica notifica y envía a la UA la epicrisis del paciente para que le agenden una consulta de morbilidad con un médico de su sector para que sea controlado y nuevamente quede enlazado con el consultorio.

Finalmente, al registrar los nuevos antecedentes del paciente en la ficha clínica del consultorio, la UA realiza un cierre del caso y del plan de acompañamiento.

Soportes / procedimientos de la etapa

1. Manual de procedimientos de la Unidad de Acompañamiento.
2. Manual de procedimientos de la Unidad Prequirúrgica.

4.2 Blueprint del proceso de control y tratamiento

Etapa: Diagnóstico

ETAPA		DIAGNÓSTICO	
SUBETAPA		EXÁMENES ESPECÍFICOS	CONTROL ESPECIALISTA
LISTA DE ESPERA	EXPERIENCIA DEL USUARIO	Se dirige al establecimiento de nivel secundario para realizarse los exámenes que el médico especialista le indicará que debía realizarse.	Luego de realizarse los exámenes y/o tratamientos, el especialista le informa que debe continuar con tratamiento y volver a control con él en unos meses más.
	PERSONAS	<ul style="list-style-type: none"> Administrativo de admisión de laboratorio/procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> Médico especialista.
PUNTO DE CONTACTO	INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Orden de exámenes especialista. Folleto de proceso de exámenes (pacientes más complejos). 	<ul style="list-style-type: none"> Folleto de información sobre proceso de tratamiento.
	UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> UA hace seguimiento a la gestión de citas con el especialista. 	
ATENCIÓN PRIMARIA	CONSULTORIO		
ATENCIÓN SECUNDARIA	POST-CONSULTA		<ul style="list-style-type: none"> Pacientes que necesitan tratamiento de APS y se genera IC en el nivel secundario. Reporte a APS para que citen al paciente.
	CDT/CRS	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de exámenes específicos. 	
ATENCIÓN TERCIARIA	PRE-QUIRÚRGICO		
	HOSPITAL		

Descripción de la etapa

La etapa de diagnóstico consta de dos subetapas: exámenes específicos y control con el especialista. El objetivo es informar al paciente sobre su diagnóstico y el tratamiento que debe seguir.

Como se describió anteriormente, en algunos casos, luego de la primera consulta con el especialista, se le solicitan al paciente exámenes más específicos para confirmar el diagnóstico. Con los resultados listos, el paciente asistirá a control con el especialista, quien le indicará el tratamiento específico para la resolución o compensación de su patología. Generalmente, le entregará recetas de medicamentos o indicaciones para alguna terapia.

En caso de ser una patología que no requiere ser controlada por un especialista, el paciente será derivado a su APS para que el médico de su consultorio se encargue del seguimiento y control del tratamiento. La Unidad de Postconsulta será la unidad encargada de realizar la contrarreferencia de esos pacientes, enviando la información al consultorio correspondiente para que le agenden una consulta de morbilidad.

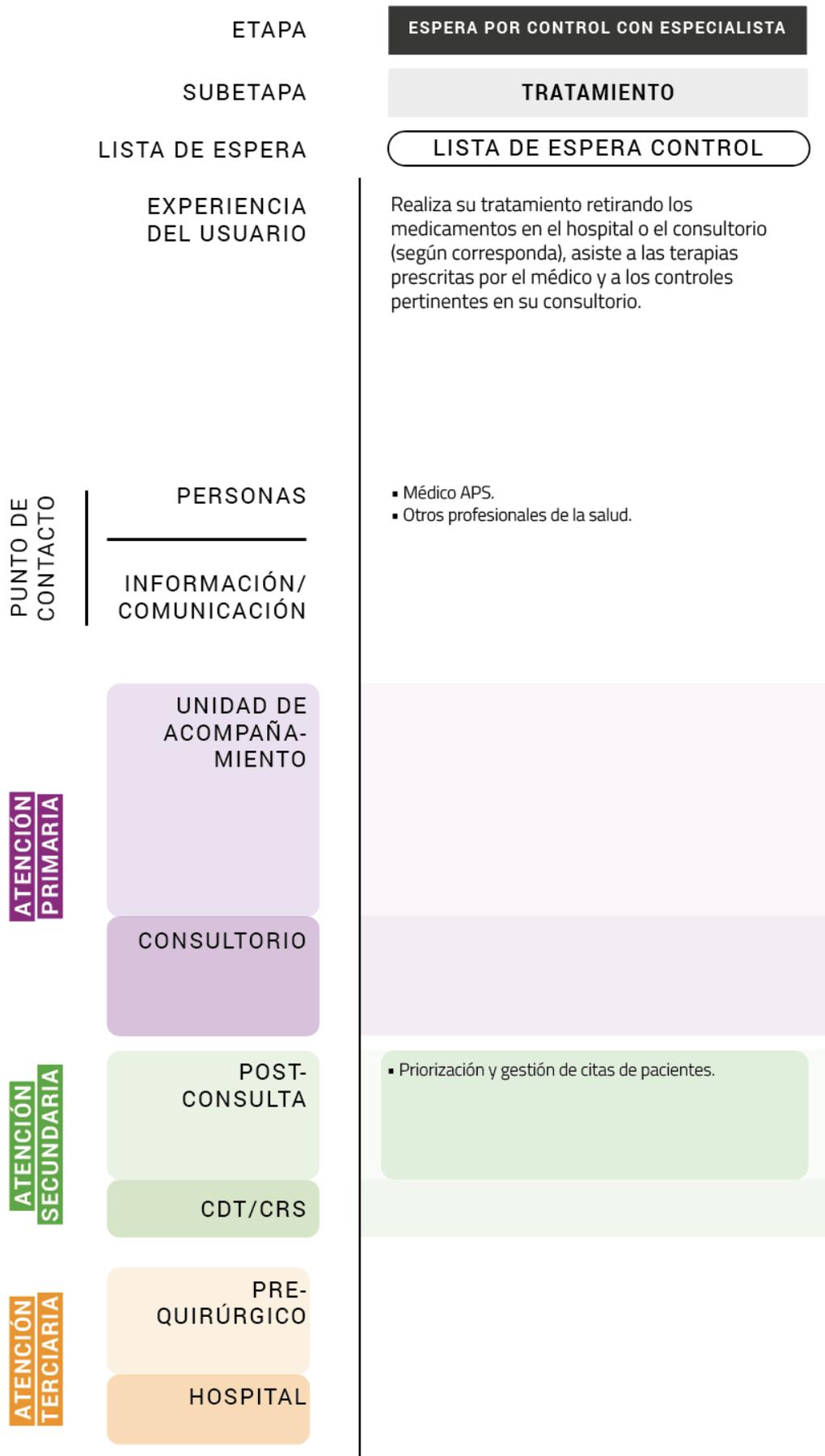
Si el manejo de la patología es más complejo, requerirá del control periódico con el mismo especialista en el establecimiento de nivel secundario, controles que serán gestionados por la misma Unidad de Postconsulta.

Soportes / procedimientos de la etapa

1. Protocolo para realización de exámenes en pacientes más complejos.
2. Protocolo de entrega de información al paciente.
3. Protocolo de contrarreferencia de pacientes a la APS.
4. Manual de procedimientos de la Unidad de Acompañamiento.
5. Manual de procedimientos de la Unidad de Postconsulta.

Etapa: Espera por control con especialista

ETAPA		ESPERA POR CONTROL CON ESPECIALISTA	
SUBETAPA		TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	CONTROL POST-CONSULTA
LISTA DE ESPERA		LISTA DE ESPERA CONTROL	
EXPERIENCIA DEL USUARIO		Realiza su tratamiento retirando los medicamentos en el hospital o el consultorio (según corresponda), asiste a las terapias prescritas por el médico y a los controles pertinentes en su consultorio.	Luego de un tiempo, es citado con la enfermera de la Unidad de Postconsulta para actualizar su receta de medicamentos y revisar exámenes de rutina, mientras espera por la consulta de control con especialista.
PUNTO DE CONTACTO	PERSONAS	<ul style="list-style-type: none"> • Médico APS. • Otros profesionales de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera de la Unidad Postconsulta.
	INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> • Receta de medicamentos. • Orden de exámenes.
ATENCIÓN PRIMARIA	UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO		
	CONSULTORIO		
ATENCIÓN SECUNDARIA	PRE-CONSULTA	<ul style="list-style-type: none"> • Priorización y agendamiento de controles de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisa dosis de medicamento y renueva las recetas médicas para el retiro de medicamentos. • Revisa exámenes rutinarios.
	CDT/CRS		
ATENCIÓN Terciaria	PRE-QUIRÚRGICO		
	HOSPITAL		



Descripción de la etapa

La etapa de espera por control por parte de un especialista consta de tres subetapas: tratamiento y seguimiento, control de postconsulta y tratamiento. El objetivo es que el paciente realice su tratamiento y pueda ser controlado por un profesional de la salud mientras espera por el control con el especialista.

El paciente retirará periódicamente en el hospital los medicamentos prescritos por el especialista y seguirá retirando los fármacos pertinentes en su consultorio. Durante este período, la enfermera de la Unidad de Postconsulta será la encargada de controlar a los pacientes cuando tengan que renovar sus recetas de medicamentos o realizarse exámenes de rutina.

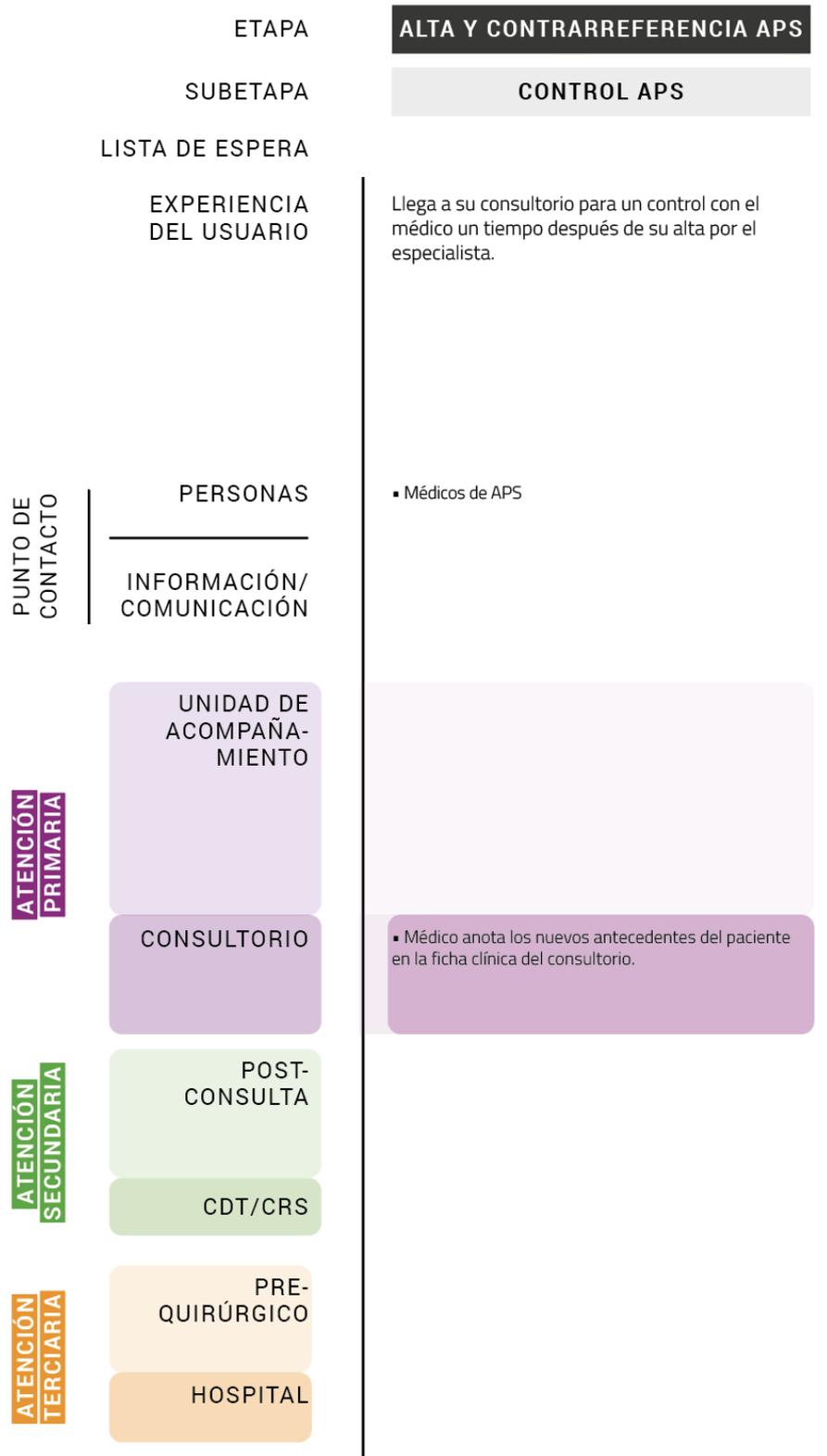
Mientras el paciente continúa esperando por el control con el especialista, la Unidad de Postconsulta será la encargada de priorizar los horarios de los controles, según la periodicidad indicada por el médico y la evaluación realizada en el control por la Unidad de Postconsulta.

Soportes / procedimientos de la etapa

1. Manual de procedimientos de la Unidad de Postconsulta.

Etapa: Alta y contrarreferencia a la APS

ETAPA		ALTA Y CONTRARREFERENCIA APS	
SUBETAPA		CONTROL ESPECIALISTA (ALTA)	GESTIÓN DE CITAS
LISTA DE ESPERA	EXPERIENCIA DEL USUARIO	Se dirige al establecimiento para un control con el especialista y le informa que su patología está compensada y que puede continuar su tratamiento en el consultorio.	Recibe un llamado para agendarle una hora con el médico en APS.
	PERSONAS	<ul style="list-style-type: none"> Médico especialista. 	<ul style="list-style-type: none"> Administrativo del consultorio.
PUNTO DE CONTACTO	INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> Llamada telefónica.
	UNIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO		
ATENCIÓN PRIMARIA	CONSULTORIO		<ul style="list-style-type: none"> Citar al paciente para control con APS. Recolectar información del visor sobre el tratamiento a seguir por el paciente. ^x Gestión de cita con el médico de APS.
	POST-CONSULTA	<ul style="list-style-type: none"> Alertar a APS de contrarreferencia del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Corroborar gestión de citas con médico de APS.
ATENCIÓN SECUNDARIA	CDT/CRS		
	PRE-QUIRÚRGICO		
ATENCIÓN TERCARIA	HOSPITAL		



Descripción de la etapa

La etapa de alta y contrarreferencia a la APS consta de tres subetapas: control del especialista (alta), gestión de citas y control en la APS. El objetivo es que una vez compensado, el paciente retorne a su consultorio.

Dependiendo de cada caso, el paciente mantendrá controles constantes con la Unidad de Postconsulta y el especialista, hasta que este último lo considere compensado y estable para que continúe con su tratamiento en APS con un médico de su sector.

La Unidad de Postconsulta será la encargada de notificar al consultorio correspondiente para reconectar al paciente, ya que posiblemente habrán pasado varios meses o años controlándose en el nivel secundario. Por su parte, el consultorio será el encargado de contactar al paciente y agendar una consulta de morbilidad con un médico de su sector para que continúe su tratamiento y compensación.

Soportes / procedimientos de la etapa

1. Notificación a la APS de la contrarreferencia del paciente.
2. Manual de procedimientos de la Unidad de Postconsulta.

5. Modalidades de acompañamiento en la espera

El modelo propuesto busca acompañar a todos los pacientes que se encuentran esperando una consulta de nueva especialidad o una intervención quirúrgica que correspondan a la lista de espera no-GES. Como no todos los pacientes necesitan el mismo tipo de acompañamiento ni de la misma intensidad, el modelo propone tres modalidades de acuerdo con las características y necesidades de cada paciente.

Se propone una segmentación de los pacientes en tres categorías (básico, medio e intensivo) para entregar un acompañamiento diferenciando a partir de las particularidades de cada persona. Esta segmentación también busca organizar de manera eficiente los recursos del sistema de salud (funcionarios, tiempo, horas de profesionales, insumos, prestaciones y otros), acompañando a todos los pacientes inscriptos en lista de espera, diversificando las modalidades e intensidad del acompañamiento de acuerdo con el perfil del paciente.

El modelo propone **tres modalidades de acompañamiento** que varían según el nivel de intensidad y las prestaciones que se entregan.

- **Acompañamiento C, de tipo “intensivo”**: dirigido a un grupo menor de pacientes de mayor complejidad que requiere un nivel intenso en los componentes de información, monitoreo y gestión del modelo.
- **Acompañamiento B, de tipo “medio”**: dirigido a ciertos grupos de pacientes con los cuales se requiere mantener un contacto más periódico, incluye los componentes de información, monitoreo y gestión del modelo en un nivel intermedio.
- **Acompañamiento A, de tipo “básico”**: dirigido a las demás personas inscriptas en la lista de espera de CNE o IQ, abarca los componentes de información, monitoreo y gestión del modelo en un nivel de menor intensidad.

En las distintas modalidades de acompañamiento se propone privilegiar la utilización de canales remotos de acompañamiento, de acuerdo con el perfil del paciente, tipo de patología y factibilidad de uso de tecnologías remotas. Esto permite reducir los costos de transacción para el paciente (tiempo y transporte), reducir la aglomeración de personas en los establecimientos de salud y optimizar la gestión de los equipos de salud.

5.1 Categorización de los pacientes

La segmentación propuesta se basa en cinco factores que determinan de manera significativa la experiencia del paciente durante el proceso de espera y atención: criterios clínicos; autoeficacia del paciente y/o de su acompañante; red de apoyo del paciente; condiciones biopsicosociales del paciente; y el tiempo de espera estimado para el paciente.

En primer lugar, para asignar una modalidad más intensiva de acompañamiento se considerarán **criterios clínicos** relacionados con la multimorbilidad del paciente, o con el deterioro o pérdida de capacidad en el caso de las personas mayores.

En segundo lugar, se considera la **autoeficacia** del paciente para definir el tipo de acompañamiento que necesita. La autoeficacia se refiere al conocimiento que tiene cada persona de su capacidad, que estimula o inhibe a realizar una determinada acción (Cid et al, 2010). Este factor es relevante ya que influye directamente en la prevención de conductas riesgosas, en la promoción de situaciones beneficiosas (por ejemplo, preguntar e incidir sobre el estado de una interconsulta) y en el papel de coproducción del paciente durante el proceso de atención.

En tercer lugar, se considera la **red de apoyo del paciente**, la que puede condicionar la prestación que se le va a brindar. En algunas prestaciones se requiere de la existencia de un acompañante para que se realice la prestación (por ejemplo, para colaborar en el cuidado del paciente en la fase postoperatoria). En estos casos, la ausencia de una red de apoyo se transforma en una limitante para brindar una prestación de salud, por lo que el modelo de acompañamiento debe contribuir a resolver esta limitante.

En cuarto lugar, se considera la **condición biopsicosocial** del paciente. En la investigación realizada se comprobó que estas condiciones pueden generar un agravamiento del estado de salud de la persona como consecuencia de la espera por una consulta con un especialista o una intervención quirúrgica. Identificar estas condiciones y tenerlas presente durante el acompañamiento podría generar resultados más eficaces para mejorar tanto la experiencia de atención del paciente como su oportunidad quirúrgica (Battersby, 2010).

Finalmente, se considera el **tiempo de espera estimado** que tendrá el paciente dependiendo de variables objetivas como edad, sexo, tramo FONASA⁴ y la especialidad a la cual se deriva. En base al análisis de estas variables se identifica a grupos que tienen tendencia a esperar más en el actual sistema de gestión de lista de espera y respecto de los cuales se debe considerar un acompañamiento diferenciado, dado que su proceso de atención será más extenso.

A continuación, en el diagrama 4, se presentan los grupos incluidos en las diferentes modalidades de acompañamiento según determinante.

Diagrama 4. Grupos segmentados según tipo de acompañamiento

	ACOMP. BÁSICO	ACOMP. MEDIO	ACOMP. INTENSIVO
CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> • Persona clínicamente estable, sin comorbilidad, sin sospecha de cáncer y sin deterioro de capacidades físicas o cognitivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona con multimorbilidad de riesgo medio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona con multimorbilidad de alto riesgo. • Adulto mayor con deterioro de capacidad. • Adulto mayor con pérdida considerable de capacidad. • Persona con sospecha de cáncer.
AUTOEFICACIA	<ul style="list-style-type: none"> • Persona con alta autoeficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona con autoeficacia media. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona con poca autoeficacia.
RED DE APOYO	<ul style="list-style-type: none"> • Persona con acompañamiento y/o red de apoyo eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adulto mayor solo o con acompañante. • Persona adulta con menor autoeficacia sin red de apoyo. • NNA con cuidador con dificultad de acompañarlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • NNA sin cuidador principal con medida de protección. • Cuidador principal sin red de apoyo.
CONDICIÓN BIOPSIOSOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Persona puede llevar a cabo su rutina personal y/o laboral (si aplica). 		<ul style="list-style-type: none"> • Persona con licencia larga. • Persona en situación de calle.
TIEMPO DE ESPERA	<ul style="list-style-type: none"> • Persona con espera menor a 90 días desde la emisión de su interconsulta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona con alta autoeficacia con tiempo de espera extenso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona con tiempo de espera superior a 90 días.

⁴ El Fondo Nacional de Salud (FONASA) clasifica a sus beneficiarios en tramos de acuerdo con su nivel de ingreso. En el primer tramo se ubican las personas indigentes o carentes de recursos, quienes tienen total gratuidad en el sistema público; en el tramo superior se ubican las personas con los mayores ingresos, quienes deben hacer el mayor copago por servicios.

5.1.1 Modalidad de acompañamiento C: tipo “intensivo”

Se incluye en esta modalidad de acompañamiento a los pacientes que tienen mayor probabilidad de esperar un largo tiempo, son menos autoeficaces en gestionar su autocuidado y atención o presentan condiciones biopsicosociales que pueden agravarse por su experiencia durante la espera. A continuación, se presentan los ocho grupos de pacientes que forman parte de la modalidad de acompañamiento intensivo.

i. Persona con multimorbilidad de alto riesgo

La multimorbilidad se define como la presencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo (OMS, 2010). Según la OMS (2010), se estima que los pacientes con multimorbilidad representan un 5% de la población y consumen el 65% de la totalidad de recursos sanitarios.

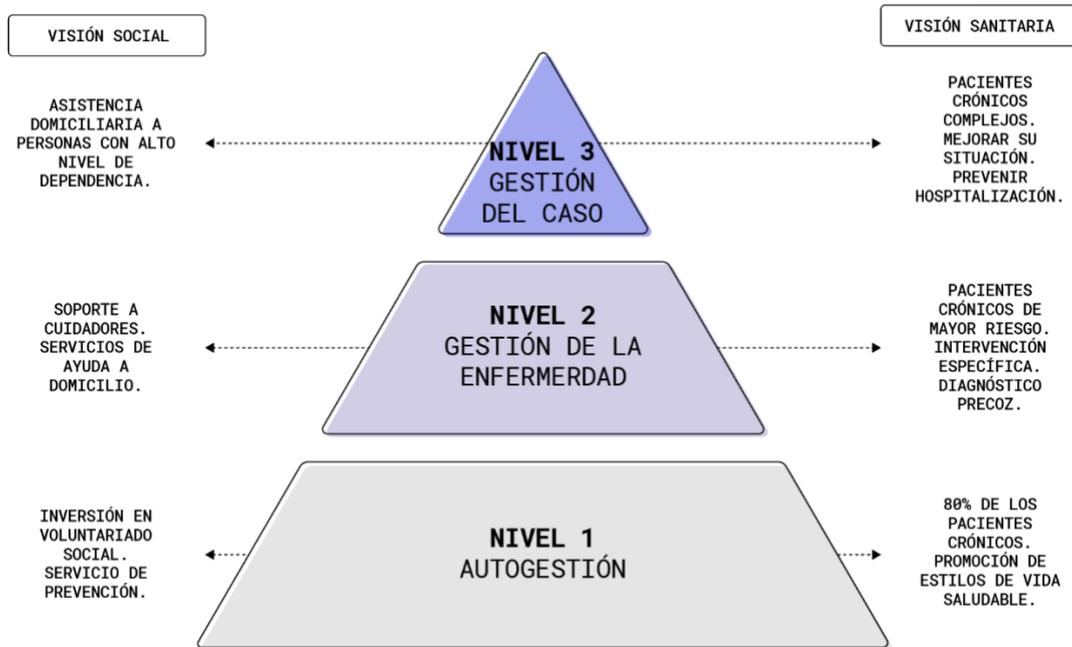
El tratamiento de estos pacientes se realiza principalmente en la atención primaria, lo que ha implicado cambios en la práctica clínica para adecuarse a sus necesidades: mayor tiempo de consulta, que la información sea compartida de forma expedita, sistemas informatizados de apoyo a la decisión clínica y la designación de un responsable de coordinar la atención del paciente (Prados-Torres et al, 2016).

Las necesidades de los pacientes con multimorbilidad de alto riesgo se enmarcan en la lógica de gestión de casos. Se busca entregar una atención coordinada e integral para el paciente, que también debe ser activo en su proceso de atención, para minimizar la fragmentación, discontinuidad y duplicidad en la asistencia (Miguélez-Chamorro et al, 2018).

El modelo poblacional de Kaiser Permanente segmenta la población de pacientes crónicos en tres grupos.

- Alto riesgo: pacientes crónicos con cinco o más enfermedades crónicas con mayor complejidad; precisan de una gestión de caso con cuidados fundamentalmente profesionales.
- Mediano riesgo: pacientes crónicos con tres o cuatro enfermedades crónicas con menor complejidad; requieren de la gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales.
- Bajo riesgo: pacientes crónicos con condiciones todavía incipientes; reciben apoyo a su autogestión.

Diagrama 5. Pirámide definida por el King's Fund en el Reino Unido



Fuente: Consejería de Sanidad de Madrid, 2013.

Para el modelo de acompañamiento propuesto se plantea focalizar el acompañamiento intensivo en los pacientes con multimorbilidad de alto riesgo. Este acompañamiento debe ser implementado en coordinación con iniciativas que ya se están implementando en los establecimientos de salud en el país (como el Modelo de Atención a Pacientes Crónicos del Centro de Innovación en Salud UC, por ejemplo), evitando duplicar funciones o recursos.

ii. Adulto mayor con deterioro de capacidad o con pérdida considerable de capacidad

La OMS (2015), en su informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, señala que la vejez se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Estas condiciones de salud coexisten con múltiples factores como fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes, etc., lo que genera un agravamiento en el adulto mayor, especialmente si padece enfermedades crónicas.

Según la literatura (OMS, 2015; Bustamante et al, 2008), es muy frecuente que varios profesionales intervengan en la atención de una persona mayor (médico, nutricionista, kinesiólogo, enfermera, etc.) y que pertenezcan a distintos programas del nivel primario de atención en salud. Ello implica un mayor esfuerzo de coordinación entre los equipos y los distintos niveles de tratamiento para lograr objetivos comunes.

Tomando en consideración los tres períodos comunes de capacidad intrínseca en la vejez establecidos por la OMS (2015), el modelo de acompañamiento que se propone utiliza esta caracterización (diagrama 6) para focalizar las labores tanto de la Unidad de Acompañamiento como de las otras unidades de gestión propuestas para los distintos niveles de atención.

Diagrama 6. Períodos comunes de capacidad intrínseca en la vejez: riesgos, desafíos, objetivos y respuestas clave del sistema en cada etapa

PERIODO	CAPACIDAD ALTA Y ESTABLE	DETERIORO DE LA CAPACIDAD	PÉRDIDA CONSIDERABLE DE CAPACIDAD
Riesgos y desafíos	Conductas de riesgo, enfermedades no transmisibles de reciente aparición.	Deterioro de la movilidad, sarcopenia, salud delicada, deterioro cognitivo o demencia, deterioro sensorial.	Dificultad para realizar tareas básicas, dolor y sufrimiento causado por enfermedades crónicas avanzadas.
Respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir factores de riesgo y fomentar los hábitos saludables. • Detección temprana y tratamiento de las enfermedades crónicas. • Fomentar la resiliencia con conductas que mejoran la capacidad mediante el fortalecimiento de las habilidades personales y la creación de relaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar programas multidimensionales en los entornos de atención primaria de la salud. • Tratar las causas fundamentales del deterioro de la capacidad. • Mantener la masa muscular y la densidad ósea con ejercicios y buena nutrición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones para recuperar y mantener la capacidad intrínseca. • Atención y apoyo para compensar las pérdidas en la capacidad y garantizar la dignidad. • Acceso rápido a atención de cuadros agudos. • Cuidados paliativos y al final de la vida.

Fuente: OMS, 2015.

Para evaluar el nivel de capacidad del adulto mayor, la OMS (2015) propone utilizar una evaluación que considere varios dominios de capacidad intrínseca y el entorno donde viven los pacientes adultos mayores. Un instrumento utilizado por profesionales de la salud para medir esto es la escala “MDS” (Minimum Data Set Assessment)⁵, que incluye un acercamiento sistemático al campo de la geriatría, sentando las base para una evaluación geriátrica integral.

De acuerdo con esta categorización, los adultos mayores con deterioro de capacidad que no cuenten con un acompañante y las personas mayores con pérdida considerable de capacidad serán incluidas en la modalidad de acompañamiento más intensivo. En estos casos, la gestión de casos se presenta como un modelo adecuado para los pacientes adultos mayores de estas características. A partir de la literatura se ha revelado que este modelo mejora la capacidad de los pacientes de incidir en su propio estado de salud, mejora la gestión de medicamentos y hace más eficiente el uso de los servicios que ofrece el sistema de salud (Low et al, 2011; Ham 2010).

iii. Persona con poca autoeficacia

Como se mencionó en el marco conceptual, la autoeficacia se refiere a la evaluación que realiza una persona sobre su habilidad para desarrollar una acción o actividad. Particularmente en salud, la autoeficacia de una persona determina su comportamiento para enfrentarse tanto a su enfermedad como a las acciones que hará respecto de ella (Medina y Medina, 2007). En ese sentido, las personas que son menos autoeficaces tienden a tomar un papel menos protagónico sobre su enfermedad y, específicamente en este caso, sobre su espera para una atención de especialidad o intervención quirúrgica.

Consecuentemente, las personas menos autoeficaces deben recibir un acompañamiento más intensivo para disminuir la brecha entre lo que deberían hacer y lo que efectivamente logran hacer. Para determinar la autoeficacia de una persona en salud se podría utilizar la Escala de Autoeficacia General⁶ a través del instrumento creado en 1979 por Schwarzer y Jerusalem;

⁵ Pueden revisarse las diferentes dimensiones que captura la evaluación Minimum Data Set en <https://geriatrics.ucsf.edu/minimum-data-set-mds-data>.

⁶ Las dimensiones de la Escala de Autoeficacia General se miden a través de una escala de Likert y pueden revisarse en <http://sparqtools.org/mobility-measure/new-general-self-efficacy-scale/>.

esta herramienta mide la percepción que tiene la persona respecto de sus capacidades para manejar en su vida diaria diferentes situaciones estresantes (Cid et al, 2010). Diversos estudios han corroborado la validez de la escala para medir de forma confiable la autoeficacia de las personas y se ha utilizado en establecimientos de salud del país (Cid et al, 2010).

iv. Niño, niña o adolescente sin cuidador principal o con medida de protección

Otros pacientes que deben ser acompañados de forma intensiva son los niños, niñas y adolescentes (NNA) que no tengan un cuidador principal o que hayan sido objeto de una medida de protección. En general, los NNA en esta situación presentan un estado de salud físico y mental más deteriorado que sus pares, con mayor incidencia de problemas médicos crónicos, retrasos en el desarrollo, problemas escolares, problemas de salud mental y trastornos del comportamiento (Levy y O'Connell, 2003).

En este sentido, los NNA que están bajo el sistema de protección infantil no siempre reciben los beneficios del sistema de salud público, como controles del niño sano o vacunas, a pesar de estar inscriptos o ser población beneficiaria (Arruabarrena, 2001). La complejidad de estos casos demanda mayor comunicación entre los equipos que están interviniendo, coordinación para la planificación de los objetivos e intercambio de información respecto del diagnóstico y estado de salud tanto físico como mental del NNA (Simms et al, 2000), incluyendo a los distintos sistemas con los cuales el NNA tiene contacto (protección social, educacional, justicia, entre otros).

El modelo de acompañamiento intensivo para este grupo de pacientes busca mejorar la oportunidad de atención médica y adaptarse a las necesidades de su situación. Este tipo de acompañamiento debe contar con una detección médica y psicosocial temprana, tratamiento médico prioritario, accesibilidad a servicios de salud integrales y un gestor de casos continuo que permita designar a un profesional que se encargue de coordinar todos los aspectos de la atención del NNA, dado que tienen un mayor riesgo de tener una condición médica crónica, discapacidad física o problemas conductuales, emocionales o cognitivos (Hochstadt, 1987).

v. Cuidador principal sin red de apoyo

Este grupo de pacientes corresponde a aquellas personas que dedican la mayor parte de su tiempo a atender las necesidades de una persona dependiente (Larrinoa et al, 2011), asumiendo tareas del cuidado sin remuneración económica. En general, son descritas como segundas víctimas de la enfermedad, debido a que la dependencia no sólo afecta a quien la padece sino también a quienes tienen que facilitar las ayudas necesarias para que pueda seguir viviendo dignamente (Perlado, 1995). En estas circunstancias, el cuidador principal dedica su tiempo a satisfacer las necesidades de las personas que deben cuidar, afectando negativamente su salud, vida social, personal y económica (Larrinoa et al, 2011).

El papel de cuidador muchas veces se transforma en una limitación para preocuparse de su propio estado de salud, ya que tiene limitaciones de tiempo o imposibilidad de acudir a un establecimiento de salud para recibir una prestación. Por esta razón, se propone ofrecer un acompañamiento intensivo a aquellos pacientes que son cuidadores principales y no cuentan con red de apoyo que puedan asistirlos mientras reciben una atención o prestación de salud.

vi. Persona con licencia laboral extensa

Otros pacientes que deben ser acompañados de forma intensiva son aquellos que presentan licencias laborales extensas. Se considera licencia laboral extensa a aquella superior a 30 días o que se renueva por más de 30 días.

El de las licencias laborales o la ausencia laboral prolongada causada por una enfermedad es un problema público de salud que genera consecuencias negativas para el trabajador en

el ámbito financiero y produce aislamiento social y exclusión del mercado laboral (Henderson, 2005). Además, estas licencias pueden generar la aparición de otras enfermedades como la depresión (Dekker-Sánchez, 2007). Las licencias laborales prolongadas también tienen consecuencias financieras a nivel nacional dada la compensación a los trabajadores, gastos médicos y pérdida de productividad que generan.

En muchos casos, la causa de la extensión de la licencia no tiene que ver con la duración del tratamiento del paciente o con factores médicos, sino que existen factores no médicos que aumentan el tiempo de ausencia laboral tales como retrasos en la definición del tratamiento o en el acceso a especialistas (Wright, 1997).

En la investigación desarrollada en el marco de este estudio se constató que los trabajadores con licencias laborales prolongadas percibían un agravamiento en su estado de salud y manifestaban sentir enojo por no poder manejar su proceso de espera.

El acompañamiento a este tipo de pacientes se hace necesario para evitar que se estancuen durante el proceso de atención de especialidad o intervención quirúrgica y para disminuir la probabilidad de que otras enfermedades afecten al trabajador durante la espera.

vii. Persona en situación de calle

Los pacientes que se encuentran en situación de calle presentan un mayor deterioro físico y mental, que se va agudizando con el transcurso del tiempo. En general, corresponde a personas que no se atendieron de forma preventiva y sólo recibieron atención una vez que tuvieron alguna urgencia médica, con alguna patología que empeoró por las condiciones de la situación de calle (malnutrición, exposición al frío o calor extremo, falta de controles médicos, etc.).

Existen barreras de acceso al sistema público de salud que dificultan aún más el cuidado de las patologías que afectan a estas personas (Hwang et al, 2005). Ello incentiva la búsqueda de tratamientos de corto plazo, en vez de proveer una atención médica coordinada y a largo plazo para solucionar los problemas de salud. Desde el punto de vista administrativo, y según lo relevado en el diagnóstico, los pacientes en situación de calle conllevan un mayor uso de recursos para ser rescatados y poder brindarles atención al no tener una dirección específica o atención de salud primaria (retiro de fármacos, controles al día, entre otros).

Para responder a las necesidades de las personas en situación de calle se ha planteado que la gestión de casos es una de las metodologías más efectivas para disminuir el consumo problemático de sustancias y enfermedades mentales (Hwang y Burns 2014; De Vet et al, 2013).

La inclusión de este grupo de pacientes dentro de la modalidad intensiva de acompañamiento generará beneficios tanto para la persona que se atenderá como para el sistema, al disminuir la posibilidad de no contacto.

5.1.2 Modalidad de acompañamiento B: tipo “medio”

Los pacientes incluidos en esta modalidad son aquellos que necesitan de un acompañamiento de menor intensidad ya que tienen un mayor nivel de autoeficacia al enfrentarse al sistema de salud, una menor probabilidad de enfrentar un largo período de espera y presentan condiciones biopsicosociales que influyen en su experiencia, pero que son manejables por el equipo de salud. A continuación, se presentan los seis grupos de pacientes que forman parte del acompañamiento medio.

i. Persona con multimorbilidad de riesgo medio

En forma similar al paciente con multimorbilidad de alto riesgo, se propone que los pacientes de riesgo medio - es decir, aquellos que tienen tres o cuatro enfermedades crónicas - cuenten con un acompañamiento de tipo medio.

Este tipo de pacientes requiere de la gestión de la enfermedad y un apoyo al automanejo (Téllez et al, 2018); esto quiere decir guías de práctica clínica, un registro clínico electrónico, apoyo a la toma de decisiones para los profesionales de la salud como para los pacientes y *feedback* de información relevante para su tratamiento.

ii. Persona con autoeficacia media

Este grupo comprende a las personas que tienen una autoeficacia media en la Escala de Autoeficacia General. Se hace necesario acompañar a estas personas para impulsar y educarlas acerca de las acciones que deben llevar adelante para mejorar su experiencia durante su proceso de espera por atención con especialista o intervención quirúrgica.

Los pacientes de este tipo tienen un papel más protagónico sobre su enfermedad y manejan recursos de conocimiento, pero todavía no desarrollan actividades más exigentes que el manejo de información ni conocen a los actores clave para tener incidencia en su espera. Se busca que estos pacientes, a través de la educación y el refuerzo de información, puedan ser más autoeficaces en su interacción con el sistema de salud.

iii. Adulto mayor solo o con acompañante

Este grupo comprende a los pacientes adultos mayores que ingresan a algún tipo de lista de espera, independiente de si poseen acompañante o no, y que no presentan las condiciones clínicas mencionadas en el grupo de acompañamiento más intensivo.

En el caso de las personas mayores que cuenten con un acompañante, éste actúa como receptor de información y es capaz de gestionar la experiencia del paciente. Por ello, se recomienda evaluar la autoeficacia del acompañante. En caso de que su autoeficacia sea baja, se deberá proponer el modelo de acompañamiento intensivo para el adulto mayor.

iv. Persona adulta con menor autoeficacia y sin red de apoyo

Un cuarto grupo por incorporar en el acompañamiento medio es el de los adultos sin red de apoyo a la cual acudir y que tienen menor autoeficacia. La red de apoyo se define como un conjunto de recursos sociales, de diferente naturaleza, que recibe o puede recibir el individuo en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones interpersonales que influyen en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a una enfermedad (González-Castro, 2011).

Los pacientes que tienen una red de apoyo tienen un factor de protección que permite establecer mejores pronósticos en cuanto a su adhesión al tratamiento y a la mejora del estado de salud generalizado del paciente (Louro, 2003).

Por otra parte, cuando no cuentan con una red de apoyo, los pacientes pueden tener problemas administrativos para acceder a prestaciones del sistema de salud, como las intervenciones quirúrgicas. Este grupo de pacientes no se logra operar porque los criterios para la hospitalización y para el alta del paciente requieren de la presencia de un acompañante responsable que brinde los cuidados necesarios. Por lo tanto, se hace necesario entregar al paciente un acompañamiento que cumpla un papel de red de apoyo para mejorar la eficacia del tratamiento, la promoción y prevención de otro tipo de enfermedades.

v. Niño, niña y adolescente con cuidador con dificultad para acompañarlo

Este grupo de acompañamiento medio comprende a los pacientes que son niños, niñas y adolescentes (NNA) que cuentan con un cuidador principal con dificultades para acompañarlo en sus atenciones en salud.

En estos casos, la Unidad de Acompañamiento deberá jugar un papel importante respecto de las gestiones necesarias para entregar las prestaciones de forma correcta. Los profesionales de salud son clave a la hora de identificar los riesgos que podría tener el NNA y deben monitorear su desarrollo, incluso si sus padres presentan dificultades para acompañarlos (Hoghughí, 1998). Los profesionales de salud en estos casos deben coordinarse para superar la fragmentación del sistema de salud y poder influir en el desarrollo y salud del NNA.

vi. Persona con alta autoeficacia con tiempo de espera extenso

Este tipo de acompañamiento aplica a los pacientes que obtuvieron un alto puntaje en autoeficacia en la Escala General de Autoeficacia pero tienen un tiempo de espera que de antemano se sabe que será más extenso que el resto.

Un análisis del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) a diciembre de 2018 identificó que ciertos grupos tienen una tendencia natural a tener tiempos de espera más largos ya sea por el tipo de especialidad a la que se derivó, el establecimiento al que fue derivado o por la edad del paciente.

En base al análisis de la base del SIGTE se conceptualizó “tiempo de espera extenso” como aquellos pacientes que esperan más de un año por atención de consulta de nueva especialidad y más de un año y medio por intervención quirúrgica. Esto se realizó en base a las medianas de tiempo de espera de los pacientes que se encuentran en esa base de datos, siendo de 419 días para consulta de nueva especialidad y 549 días para intervenciones quirúrgicas.

Al considerar estas tres variables, el equipo de Unidad de Acompañamiento es capaz de verificar si estos pacientes tendrán una mayor demora, por lo cual deberán contar con un acompañamiento intermedio.

5.1.3 Modalidad de acompañamiento A: tipo “básico”

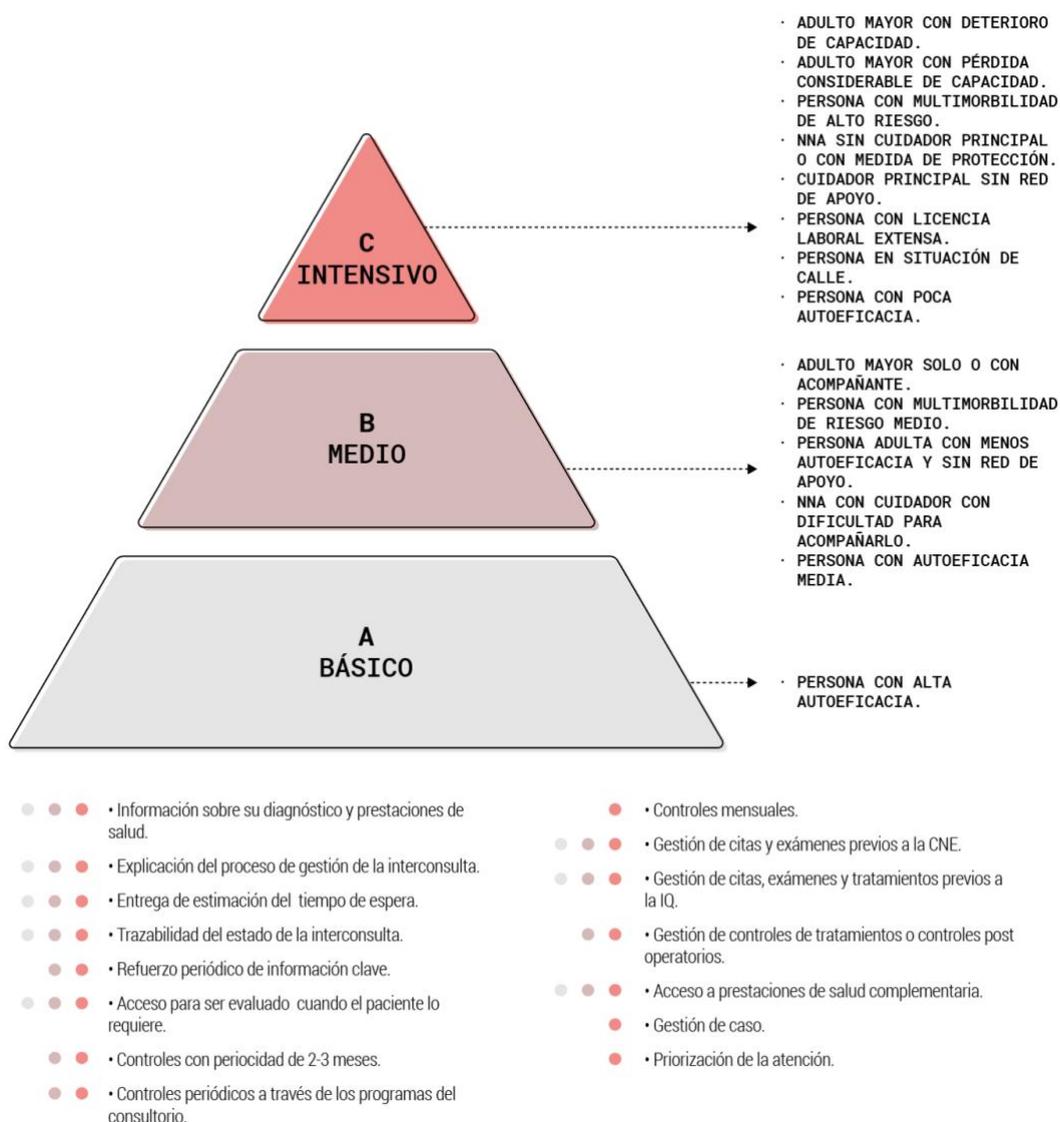
Este tipo de acompañamiento es la base del modelo y será entregado a todos los pacientes que tengan una interconsulta vigente y no se encuentren incorporados en las modalidades más intensivas de acompañamiento.

5.2 Acciones y prestaciones según tipo de acompañamiento

Como se mencionó anteriormente, el modelo propone acompañar a todos los pacientes a través de sus tres componentes: información, monitoreo y gestión. Sin embargo, la intensidad y forma del acompañamiento será distinta dependiendo de la modalidad de acompañamiento asignado a cada paciente.

En el diagrama 7 se detallan las acciones y prestaciones incluidas en cada modalidad de acompañamiento. Cabe destacar que las prestaciones de cada tipo son acumulativas, por lo que si un paciente se encuentra en la modalidad de acompañamiento C también podrá acceder a las acciones y prestaciones del tipo A.

Diagrama 7. Acciones y prestaciones por tipo de acompañamiento



A continuación, se detallan las acciones y prestaciones según componente y modalidad de acompañamiento.

Información a los usuarios

- Acompañamiento básico.** Se habilitarán los canales de comunicación adecuados para que los pacientes puedan acceder en cualquier momento que estimen necesario a la información sobre su diagnóstico, prestaciones de salud pendientes o realizadas, explicación del proceso de gestión de la interconsulta, entrega de estimación de tiempo de espera y trazabilidad del estado de la interconsulta. Estarán disponibles canales presenciales, telefónicos y digitales (plataforma web, aplicación, entre otros) para cubrir la mayor cantidad de puntos de contacto, privilegiándose los canales digitales para la comunicación entre los pacientes y el sistema de salud. Los diversos canales deben estar coordinados de manera de entregar la misma cantidad y calidad de información en cualquiera de ellos. Se reforzará la disponibilidad de guías clínicas y la realización de talleres educativos para reforzar la comprensión del paciente de su diagnóstico.

- b. **Acompañamiento medio.** Además de hacer disponible la información relevante a través de los diversos canales de comunicación, se realizarán contactos periódicos (mensual o cada dos meses) con los pacientes incorporados en esta modalidad de acompañamiento para reforzar la información clave respecto de su proceso de cuidado y atención. Según el perfil de cada paciente, se determinará el canal de comunicación más adecuado para gestionar esta información, privilegiándose el uso de canales remotos.
- c. **Acompañamiento intensivo.** Se mantendrá una comunicación periódica (quincenal o mensual) con el paciente o su acompañante a través de canales remotos o en forma presencial en los casos que sea necesario. Esta comunicación tendrá por objeto reforzar la comprensión de la información relevante para su proceso de cuidado y atención.

Monitoreo del estado de salud

- a. **Acompañamiento básico.** Los establecimientos de la APS facilitarán el acceso a consultas de evaluación cuando el paciente lo requiera y solicite, privilegiándose el uso de canales remotos de atención.
- b. **Acompañamiento medio.** Los establecimientos de salud deberán agendar controles periódicos del paciente, cada dos o tres meses, con los profesionales de salud que se estime conveniente, privilegiándose el uso de canales remotos. En estas instancias se evaluará su estado de salud físico y mental. Estos controles deberán coordinarse con los programas de salud de los que el paciente forme parte de manera de no duplicar las instancias de monitoreo.
- c. **Acompañamiento intensivo.** El equipo de la Unidad de Acompañamiento utilizará una metodología de gestión de casos para agendar controles quincenales o mensuales del paciente para monitorear su estado de salud físico y mental, privilegiándose el uso de canales remotos. Estos controles deberán coordinarse con los programas de salud en los que el paciente participe.

Gestión de citas y acceso a prestaciones complementarias de salud

- a. **Acompañamiento básico.** Se deberá gestionar las citas para exámenes previos a la consulta de nueva especialidad, para exámenes y tratamientos previos a la intervención quirúrgica y para controles de tratamiento o postoperatorio. Además, se deberá ofrecer al paciente el acceso a prestaciones complementarias de salud disponibles en la APS y que estén relacionados con su perfil y con la causa de su interconsulta.
- b. **Acompañamiento medio.** La Unidad de Preconsulta entrevistará a los pacientes incorporados en esta modalidad de acompañamiento para evaluar su condición biopsicosocial y la necesidad de exámenes básicos adicionales previos a la consulta de nueva especialidad. Se gestionará, además, las citas para exámenes y tratamientos previos a la intervención quirúrgica y para controles de tratamiento o postoperatorio. Finalmente, se deberá ofrecer al paciente el acceso prioritario a prestaciones complementarias de salud disponibles en APS y que estén relacionados con su perfil y con la causa de su interconsulta. En particular, se privilegiará el acceso a horas de psicólogo a aquellos pacientes que lo requieran.
- c. **Acompañamiento intensivo.** La Unidad de Acompañamiento implementará una modalidad de gestión de casos para mantener un contacto personalizado con el paciente o su acompañante, preferentemente a través de canales remotos, para facilitar la gestión de citas médicas, exámenes y acceso a prestaciones complementarias de salud.

Existirá una coordinación permanente entre las diversas unidades de trabajo para gestionar en forma coordinada y expedita la atención de estos pacientes. Para ello se deberá incorporar criterios psicosociales para priorizar su atención y para facilitar su acceso a prestaciones complementarias de salud disponibles en la APS que estén relacionados con su perfil y con la causa de su interconsulta y que incluyan una metodología de gestión de caso en su prestación.

La Unidad de Preconsulta entrevistará a los pacientes incorporados en esta modalidad de acompañamiento para evaluar su condición biopsicosocial y la necesidad de exámenes básicos adicionales, previo a la consulta de nueva especialidad. Se gestionará, además, las citas para exámenes y tratamientos previos a la intervención quirúrgica y para controles de tratamiento o postoperatorio.

Diagrama 8. Prestaciones según tipo de acompañamiento

	A: ACOMPAÑAMIENTO BÁSICO	B: ACOMPAÑAMIENTO MEDIO	C: ACOMPAÑAMIENTO INTENSIVO
INFORMACIÓN A LOS USUARIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre su diagnóstico, prestaciones de salud pendientes o realizadas, explicación del proceso de gestión de la interconsulta, entrega de estimación de tiempo de espera y trazabilidad del estado de la interconsulta disponibles en canales presenciales, telefónicos y digitales, privilegiando los canales remotos. • Se privilegia los canales digitales para la comunicación entre los pacientes y el sistema de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se determinará el canal preferente de cada paciente, privilegiando canales remotos. Contactos periódicos (cada uno o dos meses) para reforzar la información respecto de su proceso de cuidado y atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contactos periódicos (1 o 2 veces al mes) con el paciente o su acompañante a través de canales remotos, o presenciales si lo requiere, para reforzar la información respecto de su proceso de cuidado y atención.
MONITOREO DEL ESTADO DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio facilitará el acceso a consultas de evaluación cuando el paciente lo requiera y solicite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio deberá agendar controles periódicos del paciente con los profesionales de salud que se estime conveniente. Se deberá coordinar con los programas de salud para no duplicar el monitoreo. 	<ul style="list-style-type: none"> • A través de la gestión de casos la UA agendará controles quincenales o mensuales del paciente para monitorear su estado de salud. Se deberá coordinar con los programas de salud para no duplicar el monitoreo.
GESTIÓN DE CITAS Y ACCESO A PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar el agendamiento de horas para exámenes previos a la consulta de nueva especialidad, para exámenes y tratamientos previos a la intervención quirúrgica y para controles de tratamiento o postoperatorio. • Se ofrecerá al paciente el acceso a prestaciones complementarias de salud disponibles en APS ajustadas a sus necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • La Unidad de Preconsulta entrevistará a los pacientes para evaluar su condición biopsicosocial y la necesidad de exámenes básicos adicionales. Se ofrecerá al paciente el acceso prioritario a prestaciones complementarias de salud disponibles en APS ajustadas a sus necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • A través de la gestión de casos la UA mantendrá contacto con el paciente o su acompañante y existirá una coordinación permanente entre las unidades de los distintos niveles. La Unidad de Preconsulta evaluará la condición biopsicosocial y la necesidad de exámenes adicionales y tendrá acceso prioritario a prestaciones en APS según sus necesidades.

6. Discusión e implicaciones de política

La preocupación por “resolver las listas de espera” no es nueva en Chile. Hace ya seis años, en 2014, el Ministerio de Salud lanzó un “Plan Nacional de Tiempos de Espera”. Ese plan tenía como medidas principales perfeccionar el sistema de registro de atención, reducir la brecha de atención de pacientes con mayor antigüedad, poner foco en los procesos de integración de la red asistencial y buscar el aseguramiento de la continuidad de la atención con la incorporación de nuevas estrategias como el uso activo de la telemedicina y la realización de rondas médicas programadas (MINSAL, 2017). En 2017, MINSAL creó una Comisión Médica Asesora Ministerial a la que se le encomendó la tarea de analizar la situación de personas que fallecen mientras están en una lista de espera o con una garantía retrasada en el caso de las prestaciones GES. Más allá de las conclusiones a las que arribó la comisión sobre este tema en particular, se adoptó una serie de medidas como la implementación de un plan extraordinario de tiempos de espera para disminuir la brecha de consultas nuevas de especialidad e intervenciones quirúrgicas complejas (CNP, 2020).

Ese mismo año, se encomendó a la Comisión Nacional de Productividad un estudio relativo a la eficiencia en el uso de los pabellones quirúrgicos existentes. El foco del estudio estuvo puesto en lograr un uso más intensivo de los recursos clave de la red asistencial. En particular, el estudio comprobó la subutilización de pabellones y buscaba por lo tanto optimizar el tiempo institucional efectivo de funcionamiento de los pabellones. De ahí que sus recomendaciones giraban en torno a cómo aumentar la cantidad de cirugías diarias utilizando los quirófanos de manera más eficiente (CNP, 2020).

Los hallazgos del diagnóstico que sirvió de base a la propuesta presentada en el presente estudio para trabajar con los pacientes mientras esperan por atención en el sistema público de salud son consistentes con las recomendaciones hechas por la Comisión. En su informe, la Comisión señaló que una parte significativa de las soluciones para lograr una mejor gestión de los pacientes quirúrgicos tiene que ver con gestionar mejor los tiempos de espera de los pacientes. De hecho, confirma que el 40% de los casos en espera son de baja complejidad, por lo que una proporción importante de ellos podría ser atendida de manera ambulatoria. Si bien el foco de los análisis y las recomendaciones generados por la Comisión tiene que ver con la productividad de los quirófanos electivos, es claro que las etapas previas gatilladas en la interconsulta tienen una incidencia importante sobre la oportunidad y la condición en la que llegan los pacientes al momento de la cirugía. Aunque el uso de los quirófanos electivos incide a su vez en la lista de espera quirúrgica, son todos procesos que se encuentran estrechamente concatenados.

Como se ha visto, las demoras por atención en salud son una característica intrínseca de los sistemas. Las limitaciones en la capacidad de los sistemas de salud hacen que la demanda de tratamiento supere la oferta, por lo que no todos los pacientes pueden ser tratados al mismo tiempo. En este caso, los pacientes se agregan a una lista de espera para recibir atención de especialidad o cirugía, a menos que estén dispuestos y puedan pagar por atención en el sistema privado.

En Chile, los pagos directos provenientes de las personas en el momento que utilizan alguna prestación de salud representan una proporción muy elevada del gasto total en salud. Mientras que el promedio en los países de la OECD es de 20,6%, en Chile llega al 35,1% (OECD, 2019). De acuerdo con la última Encuesta de Presupuestos Familiares de Chile, el gasto promedio mensual en salud por hogar es de \$84.791, lo que representa un 7,6% del gasto promedio total (INE, 2018). El gasto en salud fue el segundo ítem del presupuesto familiar que más creció en los últimos cinco años, y precisamente el ítem que registra el mayor crecimiento corresponde a consultas y servicios médicos, que pasó de \$9.500 a más de \$18.000. Por lo tanto, no hacerse cargo estructuralmente del problema de los tiempos prolongados de espera por atención en salud contribuye a incrementar el gasto de bolsillo de

los hogares que deben resolver fuera del sistema parte de las necesidades no cubiertas por la red asistencial pública.

No es tan fácil establecer qué se considera un tiempo prudente de espera por atención en salud cuando se trata de un problema no urgente. Pero sin duda hay dos factores que pesan en esa consideración: la perspectiva del riesgo asociado al agravamiento probable de una condición desatendida; y el malestar generado por la espera. Por lo tanto, aunque la espera es un componente intrínseco de la gestión de los servicios de salud, cuando esos tiempos superan los máximos razonables esta dinámica se transforma en un problema, tanto por la insatisfacción de las personas como por la expectativa de empeoramiento de los resultados de salud si no se recibe un tratamiento oportuno. Aunque la evidencia de cómo los tiempos de espera afectan directamente los resultados a largo plazo de los pacientes es mixta, hay unanimidad en que los tiempos prolongados de espera afectan el bienestar físico y emocional de las personas y que es un factor crítico a la hora de juzgar la satisfacción con el sistema de salud (Naiker, 2018).

Para mejorar el nivel de desempeño de áreas donde hay margen de optimización, los planificadores y gerentes suelen adoptar como estrategia la fijación de metas. El ámbito de la provisión de los servicios de salud no es ajeno a esa intención de mejora; sin embargo, no fue posible establecer metas de reducción de tiempos de espera por fuera de las garantías de oportunidad del Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Las intervenciones electivas que no gozan de esa prioridad corren una suerte diversa toda vez que la resolutivez está sujeta a múltiples variables. Las áreas de mayor preocupación - y que por lo tanto concentran los principales esfuerzos de la red asistencial - suelen desplazar esos otros ámbitos que están menos expuestos a evaluación y que se terminan transformando en áreas de peor desempeño.

El concepto de “tiempo razonable de espera” por atención en salud puede tener expresiones muy diversas según el prisma con que se mire. Desde el punto de vista de una unidad de salud, puede tratarse, en efecto, de la parametrización del mayor esfuerzo que es posible comprometer para consultas de especialidades y cirugías. Ese esfuerzo y su parametrización dependerá de la demanda, la disponibilidad de recursos humanos calificados, la habilitación de espacios y los equipamientos adecuados para llevar a cabo la prestación.

En este caso, las metas de reducción pueden ser expresión de una expectativa por lograr mayor eficiencia cuando la organización de los recursos asistenciales se concentra en una mayor producción, tanto si se trata de atender a más pacientes como de reducir los tiempos de espera de quienes aguardan por atención. Experiencias como la del NHS muestran que esto es posible cuando esta planificación se hace como estrategia de gestión del desempeño dentro del servicio y se van poniendo metas graduales y progresivas de tiempos de espera. Así, en ese ejemplo se partió de un tiempo promedio de espera de 18 meses en el año 2000 para llegar a 18 semanas en 2008, pero con metas intermedias que aseguraron esa progresividad (Elkomy y Cookson, 2020).

Aun desde la visión de la producción del servicio, esta forma de aproximación resultaría parcial si no considerara otros aspectos. El cumplimiento de metas de reducción de tiempos de espera en salud debe ir anclada a otras variables de interés como el costo de las atenciones provistas y los estándares de seguridad y calidad de los servicios efectivamente ofrecidos. De lo contrario, la atención se volcaría exclusivamente sobre la oportunidad, sin considerar esas otras variables concomitantes.

Los vectores de éxito de una estrategia de manejo de tiempos de espera en salud pueden ser diversos. La experiencia internacional muestra que en algunos casos los esfuerzos de reducción han sido exitosos en acortar los tiempos de espera extremadamente largos, pero no así con el tiempo de espera promedio. En otros casos incluso se ha documentado que las reducciones intencionadas de las mayores esperas necesariamente han afectado otras esperas cuando no ha habido una correcta integración entre esos objetivos y la priorización clínica de los pacientes (Elkomy y Cookson, 2020).

La falta de integralidad en el enfoque de gestión aplicada a la producción asistencial en centros de salud puede generar desbalances críticos que pueden terminar afectando otras áreas del desempeño. De la experiencia del sistema de salud inglés se concluye que los hospitales que se enfocan solamente en acortar su tiempo de espera tienden a presentar una tasa de readmisión significativamente más alta por el alta prematura de los pacientes, lo que se traduce en un deterioro de las condiciones de salud y una consecuente pérdida de productividad (Elkomy y Cookson, 2020).

La implicancia de política que tiene esta evidencia es que hay que considerar las estrategias de manejo de los tiempos de espera como parte de un marco mayor de gestión del desempeño. No pueden perderse de vista los resultados sanitarios finales logrados con los pacientes ni las estrategias de gestión de la calidad de los sistemas sanitarios para lograr una adecuada articulación de objetivos de producción, desempeño, satisfacción y resolutivez.

En línea con lo anterior, es importante mencionar que un hallazgo relevante de este estudio es que la extensión de la espera no es lo único que incide en la experiencia de los usuarios, sino que ella es afectada por una combinación entre el tiempo y las condiciones en las que se espera por esa atención. En consecuencia, para mejorar el nivel de conformidad de las personas con el sistema no bastaría con acortar tiempos evitables de espera. También es necesario modificar la forma en que la red asistencial se vincula con los pacientes a lo largo de su recorrido por las distintas instancias con las que debe interactuar.

Desde esa perspectiva, la reconstrucción del viaje del paciente como metodología de diagnóstico que permite contrastar los planos teórico y real de los procesos ayuda a identificar las oportunidades de mejora en torno a la interacción del sistema con los usuarios. En consecuencia, cualquier estrategia para mejorar la gestión de las listas de espera en salud debería tener en consideración la generación de condiciones que aseguren la continuidad efectiva de la atención, así como la satisfacción subjetiva durante la espera por la calidad y la oportunidad de la comunicación que el sistema establece con los pacientes.

La actual crisis sanitaria generada por el COVID-19 ha mostrado que la congestión causada por la postergación de las atenciones puede efectivamente causar serios efectos sobre la salud de la población cuando se interrumpen cuidados esenciales en torno a patologías que requieren un contacto frecuente de las personas con el sistema de salud como parte de sus tratamientos. El manejo de la situación generada por la pandemia ha obligado a dar prioridad a las atenciones COVID-19, con medidas como reconversión de camas, adquisición de ventiladores mecánicos de alta complejidad y, desde luego, la suspensión de otras actividades asistenciales para hacer posible la adaptación de los espacios para la atención de este tipo de pacientes. Por otro lado, los propios usuarios disminuyeron de manera significativa su concurrencia a centros de salud, principalmente por temor al contagio. Por esto es posible prever que parte de la crisis postpandemia será generada por la congestión de los servicios de salud ante la acumulación de la demanda no resuelta de atención.

Es preciso recordar que en Chile, como ocurre en muchos otros países, para acceder a una atención de especialidad, los pacientes deben obtener una orden emitida por el médico de su unidad de salud de la atención primaria (centro de salud familiar o consultorio); una vez evaluada por el médico contralor de la APS, esta orden es enviada al hospital respectivo con una clasificación de la derivación basada en la gravedad de la enfermedad y otros factores que determinan la prioridad del acceso a la atención especializada y, por lo tanto, el tiempo de espera del paciente. En consecuencia, implica contactos del paciente con distintos niveles de atención.

Lo anterior da pie a reconsiderar, una vez más, la importancia de adoptar un enfoque de gestión integrada de la red asistencial, como condición de base para la gestión de la demanda. Este estudio mostró que la gestión actual no permite dar trazabilidad al tránsito de la persona por el sistema, fracciona su condición biopsicosocial en múltiples eventos independientes, no da seguimiento ni acompaña a las personas que esperan por atención. El flujo de procesos reconstruido en el plano de servicios que resultó del diagnóstico parece

mostrar que el sistema se centra fundamentalmente en gestionar la oferta de recursos del sistema, lo cual genera una diferencia importante con un enfoque de gestión más centrado en el paciente.

A modo general, se puede concluir que una estrategia de gestión de listas de espera debe considerar factores relativos tanto a la oferta como a la demanda. Sin duda, la reducción de los tiempos de espera y la disminución del número de pacientes que esperan por períodos muy prolongados de tiempo no deben ser sus únicos objetivos. La calidad de la atención que se brinda a los pacientes debería ser un vector importante a la hora de escoger qué acciones priorizar como parte de un plan de acción. Entonces, la combinación más virtuosa sería identificar oportunidades para agregar eficiencia a la gestión de los recursos de la red asistencial, abordando las esperas evitables por atención en salud y, al mismo tiempo, mejorando la experiencia de los usuarios durante la espera, agregando valor a ese período como umbral de oportunidad para abordar aspectos clínicos y de satisfacción del paciente en su relación con el sistema de salud.

La evidencia disponible (Naiker, 2018) muestra que la gestión de la demanda suele darse por tres vías: la alineación de recursos, las medidas que buscan eficiencia operacional y las medidas que buscan la mejora de los procesos. En el primer caso se toman acciones como limitar el número de derivaciones procurando una mayor resolutivez en la atención primaria y reforzando las auditorías clínicas para referir a los pacientes apropiados. Entre las medidas de eficiencia operacional se busca maximizar la capacidad de los centros de salud bajo la perspectiva de gestionar mejor los tiempos de respuesta en todas las fases del proceso, como reducir los tiempos de asignación de citas para los controles de rutina en la APS, abrir cupos excepcionales para revertir los focos temporales de congestión de pacientes e implementar estrategias diferenciadas de manejo para pacientes nuevos y pacientes en seguimiento. Por último, las estrategias frecuentes de mejora de procesos incluyen un repertorio amplio de acciones, desde el análisis de variación de demanda para planificar los recursos de la red asistencial hasta la incorporación de teleseguimiento y telemedicina (Naiker, 2018).

La conclusión que ofrece esta evidencia indica justamente la necesidad de aplicar un enfoque estratégico integral que combine la realineación de recursos, la eficiencia operativa y la mejora de procesos sin perder de vista la reducción del tiempo de espera como un objetivo complementario al de mejorar los resultados de salud.

Lo que en este estudio ha sido denominado acompañamiento a los pacientes durante la espera plantea una forma distinta de entender la continuidad de los cuidados y asumir la gestión de los pacientes. Significa, en primer término, asumir la comunicación con los pacientes como condición para garantizar la continuidad de los cuidados, procurando que cada interacción de la red con los usuarios sea aprovechada como una oportunidad para mejorar el desenvolvimiento de los pacientes por el circuito asistencial.

Un paciente más informado, empoderado y con espacio para participar activamente del proceso de gestión de su propia salud puede contribuir de manera notable a aliviar la propia carga asistencial que significa para el sistema acompañar el proceso de la espera. La pregunta que es preciso responder es qué modificaciones habría que hacer en el sistema para mejorar esta dimensión que, aunque no es la única, sin duda tiene una gran incidencia sobre el resultado final alcanzado. Entre otras cosas, esto significa optimizar el proceso de las interconsultas en la comunicación entre unidades y entre éstas con sus pacientes. Asimismo, significa mejorar ostensiblemente los canales de contacto para la comunicación con los usuarios, ya que se trata de una condición esencial para la trazabilidad de los pacientes y la identificación oportuna de espacios y mecanismos para la resolutivez.

Por último, la propuesta generada en este estudio, en la cual tuvieron activa participación varios equipos clínicos y de gestión directiva de establecimientos de la red de salud que participó de este ejercicio de cocreación, pone en el centro del análisis la pregunta por la factibilidad de una estrategia de acompañamiento a los pacientes durante la espera. La característica principal de este modelo es que propone una reutilización de estrategias y

recursos intrasistema, de manera que el esfuerzo principal esté en la optimización temprana de los recursos de la red asistencial para evitar la congestión que se produce en etapas avanzadas de la gestión de esta demanda. Por lo tanto, recurre a dos mecanismos que son clave: (i) las oportunidades de contacto y estrategias de comunicación con los pacientes; y (ii) la gestión de los casos. Se trata, en definitiva, de funciones más que de papeles, aunque su viabilidad implica, desde luego, la reorganización de los equipos clínicos en torno a la tarea del recontacto, seguimiento y resolución de la demanda.

Bibliografía

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*.
- Arruabarrena, M. I. (2001). Evaluación y tratamiento familiar. En J. Ochotorena & M. I. Arruabarrena (Ed.), *Manual de Protección Infantil* (pp. 297-340). Barcelona: Masson.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2016). Listas de espera: un mecanismo de priorización del gasto en salud. Breve 15. Bogotá.
- Battersby, M., Von Korff, M., Schaefer, J., Davis, C., Ludman, E., Greene, S., Wagner, E. (2010). Twelve Evidence-Based Principles for Implementing Self-Management Support in Primary Care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 561-570.
- Bustamante, C., Alcayaga, C., Campos, S., Urrutia, M., & Lange, I. (2008). Literacidad en salud para personas con condiciones de salud crónicas [Health literacy for people with chronic health conditions]. *Horizonte*, 19(2), 97-103.
- Carr et al. (2009). Waiting for surgery from the patient perspective. *Psychology Research and Behavior Management*, 107- 119.
- Carr et al. (2014). Time While Waiting: Patients' Experiences of Scheduled Surgery. *Qualitative Health Research*, 24(12), 1673-1685.
- Carr et al. (2017). Waiting for scheduled surgery: A complex patient experience. *Journal of Health Psychology*, 22(3), 290- 301.
- Carrière, G., & Sanmartin, C. (2010). Waiting time for medical specialist consultations in Canada, 2007. *Health Reports*, 21(2), 7-14.
- Conner-Spady et al. (2004). Prioritization of patients on waiting lists for hip and knee replacement: validation of a priority criteria tool. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20(4), 509-515.
- Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Med Chile*, 551-557.
- Comisión Nacional de Productividad (CNP) (2020). Uso eficiente de quirófanos electivos y gestión de lista de espera quirúrgica no-GES. Enero. Descargado de: <https://www.comisiondeproductividad.cl/wp-content/uploads/2020/01/INFORME-FINAL-Eficiencia-en-Pabellones-y-priorizaci%C3%B3n-de-pacientes-para-cirug%C3%ADa-electiva.pdf>.
- De Vet, R., van Lijstelaar, M., Brilleslijper-Kater, S., Vandersplasschen, W., Beijersbergen, M., & Wolf, J. (2013). Effectiveness of Case Management for Homeless Persons: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*, e13-e26.
- Dekkers Sánchez, P., Hoving, J., Sluiter, J., & Frings Dresen, M. (2008). Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Occup Environ Med*, 153-157.
- Elkomy, S., 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>.
- Figueroa, B., Mollenhauer, K., Rico, M., Salvatierra, R., & Wuth, P. (2017). Creando Valor a través del Diseño de Servicios. Santiago, Diseño UC.

- Fitzsimons et al. (2000). Waiting for coronary artery bypass surgery: a qualitative analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1243-1252.
- Fogarty, C. and Cronin, P. (2008). Waiting for healthcare: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61: 463-471.
- Fregene, T., Wintle, S., Raman, V. V., Edmond, H., & Rizvi, S. (2017). Making the experience of elective surgery better. *BMJ Open Qual*, 6(2), e000079.
- González Castro, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 102-107.
- Ham, C. (2010). The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Economics, Policy and Law*, 71-90.
- Henderson M. (2005) Long-term sickness absence. *BMJ* 2005;330:802–3.
- Hirvonen, J. (2007). Effect of Waiting Time on Health Outcomes and Service Utilization. National Research and Development Centre for Welfare and Health, Research Report 170.
- Ho et al. (1994). Ontario patients' acceptance of waiting times for knee replacements. *Journal of Rheumatology*, 21(11), 2101-2105.
- Hochstadt, N., Jaudes, P., Zimo, D., & Schachter, J. (1987). The medical and psychosocial needs of children entering foster care. *Child Abuse & Neglect*, 53-62.
- Hoghugh, M. (1998). The importance of parenting in child health. *BMJ*, 1545.
- Howard, D. (2000). The impact of waiting time on liver transplant outcomes. *Health Services Research*, 35(5), 1117-1134.
- Hwang, S., & Burns, T. (2014). Health interventions for people who are homeless. *Lancet*, 1541-1547.
- Hwang, S., Tolomiczenko, G., Kouyoumdjian, F., & Garner, R. (2005). Interventions to Improve the Health of Homeless: A systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 311-319.
- Johnson et al. (2014). Conceptualising time before surgery: The experience of patients waiting for hip replacement. *Social Science & Medicine*, 116, 126-133.
- Larrinoa, P. F., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J., & Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3), pp. 388-393.
- Levy, B., & O'Connell, J. (2004). Health Care for Homeless Persons. *The New England Journal of Medicine*, 2329-2332.
- Laboratorio de Innovación Pública UC (2017). La coproducción del usuario en los servicios públicos. Santiago.
- Louro, B. (2003). La familia en la determinación de la salud. URL disponible en línea en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_1_03/spu07103.pdf.
- Low, L., Melvyn, Y., & Brodaty, H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *Health Services Research*.
- Masri et al. (2005). Priority criteria for hip and knee replacement: addressing health service wait times. *Wait Times Initiatives: Report II*, 1-75.
- Medina, C., & Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 9-15.
- Maister, D. (1985). *The Psychology of Waiting Lines*. Lexington: The Service Encounter.
- Miguélez Chamorro, A., Casado Mora, M., Company Sancho, M., Balboa Blanco, E., M, F. O., & I, R. M. (2018). *Enfermería de práctica avanzada y gestión de casos: elementos*

imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. Enfermería Clínica.

Ministerio de Salud (2017). Propuestas del Ministerio de Salud por informe de Comisión Médica Asesora de Listas de Espera. Santiago de Chile. Septiembre. Descargado de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/CAMARA_LE_COMISION_03_10_2017.pdf.

Ministerio de Salud (2019). Compromisos de Gestión 2019 - En el Marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud, Orientaciones Técnicas y Metodológicas Compromisos de Gestión en el Marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud 2019. Departamento de Control de Gestión Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Desarrollo Social. (2012). En Chile Todos Contamos: Segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle. Santiago.

Naiker, U., FitzGerald, G., Dulhunty, J.M., Rosemann, M. (2018) Time to wait: a systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. Aust Health Rev. 2018;42(3):286-293. doi:10.1071/AH16275.

OECD (2017). Fostering Innovation in the Public Sector. OECD Publishing, París.

Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América.

Prados-Torres, A., del Cura-González, I., Prados Torres, J., Leiva Fernández, F., López Rodríguez, J., Calderón Larrañaga, A., & Muth, C. (2017). Multimorbilidad en medicina de familia y los principios de Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. Atención Primaria, 300-307.

Perlado, F. (1995). Apoyo a los cuidadores de enfermos de Alzheimer. Revista de Gerontología. Monográfico, 47-53.

PNUD. (2017). Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Sanidad, C. d. (2013). Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Simms, M., Dubowitz, H., & Szilagyi, M. (2000). Health Care Needs of Children in the Foster Care System. Pediatrics, 909-918.

Tellez, A., Irazoqui, E., Zamorano, P., Varela, T., Barros, J., Muñoz, P., Rain, C., Céspedes, P. (2018). Modelo de Atención Centrada en la Persona con Morbilidad Crónica. Redireccionando los servicios de salud según riesgo. Centro de Innovación en Salud Ancora UC. Santiago, Chile.

Unicef. (2014). La teoría del cambio. Síntesis Metodológica, Sinopsis de la evaluación de impacto N°2, Florencia, Italia.

Wright, M. (1997). Long-term sickness absence in an NHS teaching hospital. OccupMed, 401-408.

