



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

Propuestas para desconfinar la espera en la salud pública



TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Año 15 / N° 132 / Noviembre 2020
ISSN 0718-9745

Propuestas para desconfinar la espera en la salud pública

GABRIEL BASTÍAS

Facultad de Medicina UC

PAULA BEDREGAL

Facultad de Medicina UC

JUAN CARLOS FERRER

Facultad de Ingeniería UC

MARIANA FULGUEIRAS

Centro de Políticas Públicas UC y Laboratorio de Innovación Pública UC

MATHIAS KLAPP

Facultad de Ingeniería UC

CRISTÓBAL TELLO

Centro de Políticas Públicas UC y Laboratorio de Innovación Pública UC

Introducción

En Chile y en el resto del mundo los sistemas de salud han debido focalizarse en abordar la pandemia, redirigiendo sus recursos, reorganizando sus equipos y concentrando sus esfuerzos en prevenir el contagio y en atender a los enfermos de Covid-19.

Este tremendo esfuerzo ha implicado suspender, durante meses, consultas, controles, exámenes, procedimientos y cirugías no esenciales y no relacionadas con el Covid-19. De acuerdo con el Colegio Médico (2020), en los primeros meses de 2020 hubo una disminución del 40% de cirugías electivas y de un 38% de consultas de nueva especialidad y un aumento en las garantías GES incumplidas¹ de 7,24 veces, en relación con el mismo periodo de 2019. Datos actualizados proporcionados por el Ministerio de Salud dan cuenta de una disminución de un 43% de consultas de especialidad y de un 44% de intervenciones quirúrgicas durante el primer semestre de 2020².

En el caso de la salud pública en Chile, la disminución de las prestaciones de salud ha empeorado el problema que ya existía previamente respecto de la gestión de las listas de espera. En junio de 2020, de acuerdo a datos del Ministerio de Salud (Minsal, 2020), más de 45.000 personas tenían una garantía de oportunidad GES³ retrasada y casi dos millones de personas se encontraban en una lista de espera no GES⁴. La mayoría de estos pacientes no ha tenido contacto, desde que se inició la crisis del Covid-19, con los equipos de salud ni han recibido información básica sobre su diagnóstico y proceso de atención. Además, miles de personas no pudieron acudir a los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) durante este periodo, generando una demanda oculta de atenciones que no ha ingresado todavía al sistema público de salud.

A pesar del crítico momento que enfrenta la salud pública, en este tiempo también se han mostrado avances relevantes de la gestión en este sector. Con gran eficiencia y rapidez se han aumentado las camas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) y los equipos de ventilación requeridos para atender a los pacientes de Covid-19

críticos, y se ha implementado una gestión integrada de la red de salud pública y privada que ha permitido disponer de los recursos coordinadamente. También deben destacarse los avances en el uso de la medicina remota en los establecimientos públicos de salud, lo que ha permitido retomar gradualmente las atenciones en formato no presencial.

En el corto plazo, deberán convivir estrategias para abordar el Covid-19 y retomar las prestaciones regulares de salud hasta que la implementación de una vacuna permita, en el mediano plazo, normalizar el funcionamiento de la red de salud. El desempeño del sistema de salud en Chile, durante este periodo de pandemia, ofrece una oportunidad única para mantener y fortalecer los avances logrados y abordar los desafíos pendientes, reorganizando la gestión de la red de salud pública, desde la perspectiva de los pacientes, con el fin de mejorar su experiencia de atención y cuidado.

Para contribuir a ello, el presente documento entrega una serie de propuestas elaboradas por un grupo interdisciplinario de académicos e investigadores convocados por el Centro de Políticas Públicas UC, que profundiza sobre un conjunto de propuestas desarrolladas en 2017 por un grupo similar (Bedregal et al., 2017). En la primera sección se presenta un diagnóstico de la experiencia de espera en la salud pública en Chile. Posteriormente se esboza el conjunto de principios orientadores para la implementación de soluciones y luego se presenta una serie de propuestas para rediseñar la gestión de la red de salud pública a partir de la experiencia de los pacientes. Finalmente, se entregan recomendaciones de corto plazo para retomar las prestaciones de salud en el contexto de pandemia.

2. La espera en la salud pública

La espera es un elemento propio de todo sistema de atención a personas y, en particular, de los servicios de salud. Se produce cuando una demanda de servicios de salud es mayor a su oferta disponible y/o cuando existe variabilidad en los tiempos de atención y del ingreso de pacientes. Entre muchos factores, puede ser gatillada

1 Las Garantías Explícitas en Salud (GES) constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y a las Instituciones de Salud Previsional (Isapres). Las garantías son en cuanto a acceso, oportunidad, protección financiera y calidad.

2 Ver: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/efecto-pandemia-en-hospitales-tiempo-de-espera-por-cirugias-aumento-de-11-a-15-meses/JDGQN-5NEJFHTLDWOFZ3IFTWA/>

3 En el caso de las patologías GES, no se habla de listas de espera, sino de garantías de oportunidad retrasadas.

4 Las listas de espera no GES comprenden la espera para todas las patologías que no tienen garantías GES.

producto de restricciones de capacidad del sistema o de ineficiencias en el proceso de referencia de pacientes y/o en la provisión de servicios (OCDE, 2020).

En el caso de Chile, las restricciones de capacidad explican en parte el nivel de espera existente. Tal como señalan Bedregal et al. (2017), al comparar a Chile con los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), nuestra oferta de atención en salud es insuficiente frente a la actual demanda de la po-

blación. Como se observa en la Tabla 1, el gasto de salud per cápita en Chile sigue siendo inferior al de la mayoría de los países de la OCDE (USD 2.182 en comparación con el promedio de USD 3.994 per cápita OCDE), aun cuando es similar en porcentaje del PIB. En relación con los recursos humanos, el número de médicos activos en Chile es de 2,5 por cada mil habitantes en comparación con el 3,5 en promedio de los países de la OCDE, y las enfermeras activas son 2,7 cada mil habitantes versus 8,8 en los países de la OCDE (OCDE, 2019).

Tabla 1. **Indicadores de salud en Chile y países OCDE**

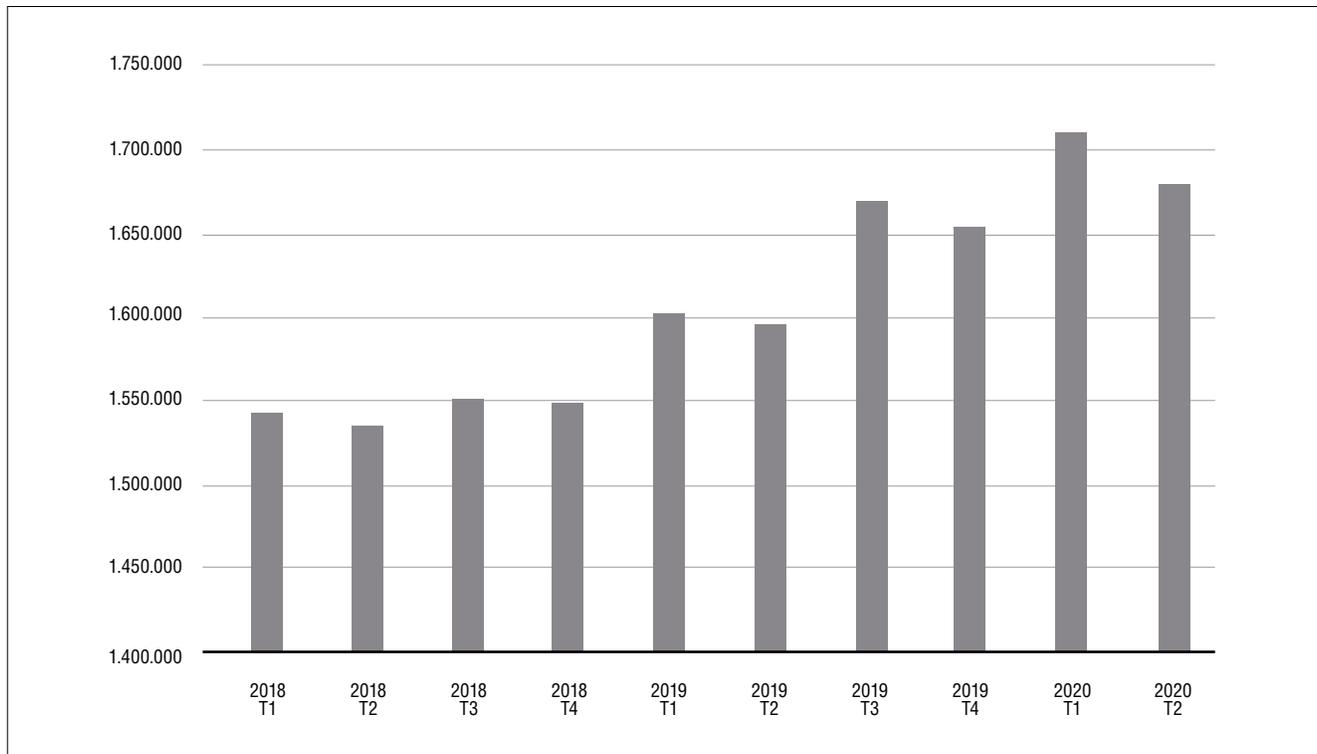
Indicador	Chile	Promedio OCDE
Gasto en salud per cápita	USD 2.182	USD 3.994
Porcentaje del PIB de gasto en salud	8,9%	8,8%
Médicos activos por cada 1.000 personas	2,5	3,5
Enfermeras/os activos por cada 1.000 personas	2,7	8,8
Proporción de enfermeras/os por cada médico	1,1	2,7

Fuente: OCDE (2019).

Por otra parte, existe ineficiencia en el proceso de referencia y en la provisión de servicios en el sector público de salud en Chile. El informe de la Comisión Nacional de Productividad (2020), centrado en el uso eficiente de quirófanos y gestión de la lista de espera no GES, constató que “en promedio la tasa de utilización de los quirófanos electivos en horario institucional es de 53%” (p. 31), lo que representa una utilización promedio de 4,8 horas de las nueve horas diarias disponibles y la realización de un rango entre 1,9 y 4,2 cirugías diarias por quirófano. Con relación a los tiempos de espera, este informe constata diferencias significativas entre establecimientos hospitalarios que “se explican por aspectos asociados a la gestión, tanto por causa de los criterios como por los procesos que llevan a cabo cada establecimiento” (p. 96) y que no guardan relación con el volumen de la lista de cada establecimiento.

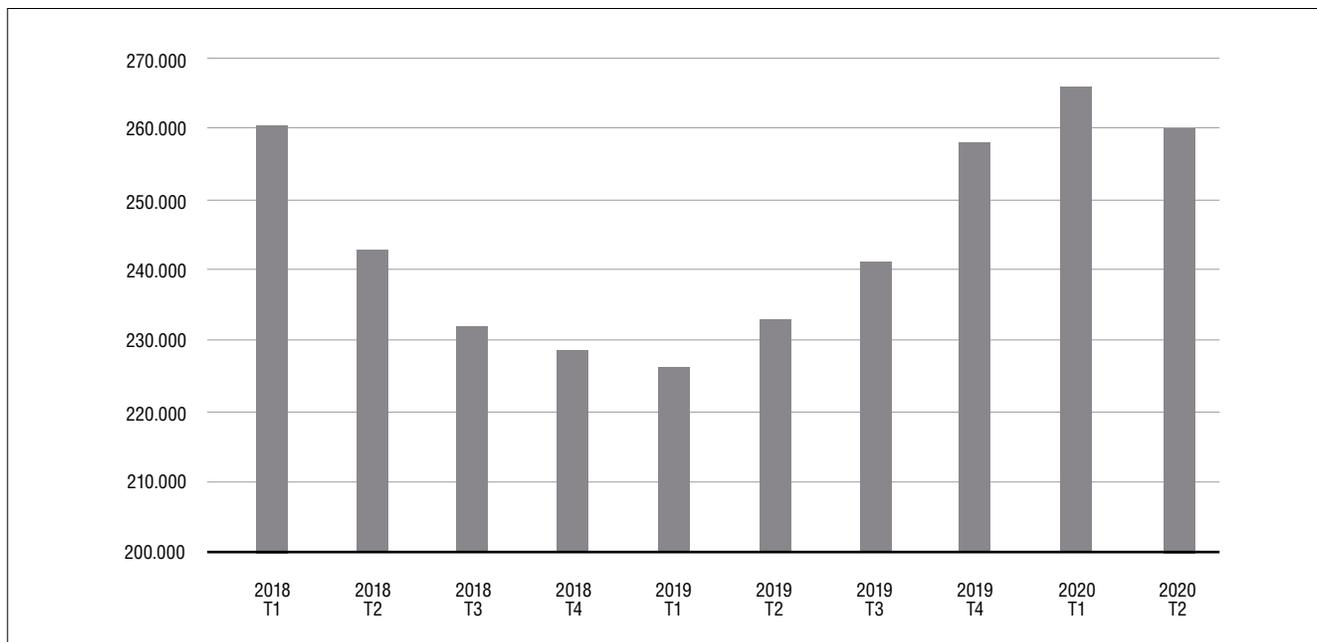
En los gráficos 1 y 2 se muestra la evolución de la cantidad de pacientes en listas de espera no GES de consultas de nueva especialidad (LE CNE) y de intervenciones quirúrgicas (LE IQ) en los últimos tres años. Durante este período, los pacientes que están esperando por una consulta de nueva especialidad han aumentado desde 1,5 millones, a principios de 2018, a casi 1,7 millones a mediados de 2020. En el caso de los pacientes que están esperando por una intervención quirúrgica, disminuyeron de 260.000 a inicios de 2018 a 226.000 a principios de 2019, pero han vuelto al nivel de 260.000 en el segundo trimestre de 2020.

Gráfico 1. **Pacientes en lista de espera consultas nueva especialidad 2018-2020**



Fuente: elaboración propia en base a Informe Glosa 6 Minsal 2018-2020.

Gráfico 2. **Pacientes en lista de espera intervenciones quirúrgicas 2018-2020**



Fuente: elaboración propia en base a Informe Glosa 6 Minsal 2018-2020.

Como lo señala la OCDE (2020), los largos tiempos de espera en los servicios de salud han sido un importante tema de la política pública en la mayoría de los países de la organización, dado que se relacionan directamente con el mejoramiento de la experiencia y la satisfacción de los pacientes.

En el caso del sistema público de salud en Chile, la experiencia de espera que viven los pacientes, -determinada no sólo por el tiempo que esperan- es un síntoma de diversos problemas que afectan la capacidad de gestión del sistema para otorgar un cuidado oportuno, continuo e informado a las personas. A continuación, se caracteriza cada uno de estos aspectos.

2.1. Oportunidad

La gestión de todo sistema de salud se basa en la priorización de los pacientes sobre la base de factores clínicos y en algunos casos, determinantes sociales de la salud, con el fin de atender antes a quienes más lo necesiten. Como lo señala la OCDE (2020), en los sistemas públicos de salud la racionalización de los tratamientos no urgentes se hace mediante los tiempos de espera.

Probablemente toda persona puede entender que tendrá que esperar por una atención de salud si es que hay otros que necesitan ser atendidos antes. Pero ello se basa en dos elementos que se explican a continuación: la comprensión de los criterios de priorización y que los tiempos de espera sean razonables, dependiendo de la urgencia de cada situación.

Priorización de los pacientes

La oportunidad de la atención de una persona se relaciona directamente con la priorización que el sistema haga de su estado biopsicosocial. En el caso de los establecimientos de urgencia, los pacientes pueden ver físicamente la implementación del *triage*⁵ en la sala de espera, observando cómo se atiende antes a pacientes que ellos pueden percibir como más graves, aunque hayan llegado después. En cambio, en las prestaciones de salud no urgentes, las personas no pueden ver a los demás pacientes, lo que dificulta su comprensión de los mecanismos de priorización.

Un estudio del Laboratorio de Innovación Pública (2019a, p. 62 y 63) muestra que “los pacientes no tienen conocimiento sobre los mecanismos utilizados para la priorización de los pacientes en lista de espera” y que “identifican que el sistema de priorización es permeable al uso de contactos personales y estrategias por parte de los pacientes”. Esta falta de comprensión de los criterios de priorización afecta negativamente la percepción de las personas sobre la justicia del sistema público de salud y repercute negativamente en su experiencia de atención.

Sin embargo, ello no ocurre por dificultades de comprensión de los pacientes, sino que es consecuencia de la inexistencia de criterios de priorización estandarizados y aplicados de manera uniforme por los distintos establecimientos de salud. De acuerdo con el Laboratorio de Innovación Pública (2019a), existen diferentes criterios y mecanismos de priorización de los pacientes, los que dependen de las decisiones de las unidades internas y establecimientos de salud. Según la Comisión Nacional de Productividad (2020, p. 18), “el criterio de priorización en algunos hospitales se rige por ‘el último que entra, primero que sale’ mientras en otros por ‘el primero que entra, primero que sale’”, constatando que no existen directrices claras de priorización desde el nivel central. Ello ocurre porque “es más fácil priorizar quienes llevan menos tiempo en la lista, por ejemplo, porque es más probable contactar al paciente, que tenga sus exámenes al día, y menos probable que sufra mayores complicaciones debido al tiempo de espera”.

En 2017, el Ministerio de Salud (2017a, p. 7) propuso un modelo de priorización de las listas de espera no GES, mediante la identificación de combinaciones de condiciones de mayor gravedad clínica que permitió construir “un algoritmo de priorización que, basado en criterios clínicos, genere un *score* de riesgo que defina una mayor prioridad a mayor riesgo”. Sin embargo, “hoy en día se desconoce el estado de avance e implementación de dicho sistema a nivel nacional” (Comisión Nacional de Productividad, 2020, p. 108).

Otro factor que afecta la priorización es su falta de actualización. La gestión de la atención de los pacientes se

5 El *triage* es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo.

basa en la priorización clínica que se hace al inicio del proceso de atención por parte del médico de la especialidad, en el nivel secundario o terciario. Sin embargo, el estado de salud de un paciente puede cambiar mucho durante un largo periodo de espera. No existen mecanismos formales para reevaluar la condición biopsicosocial del paciente y actualizar su prioridad de atención en función de ello, lo que genera nuevas interconsultas por parte de los establecimientos de APS o la concurrencia de los pacientes a establecimientos de urgencia para apurar su atención.

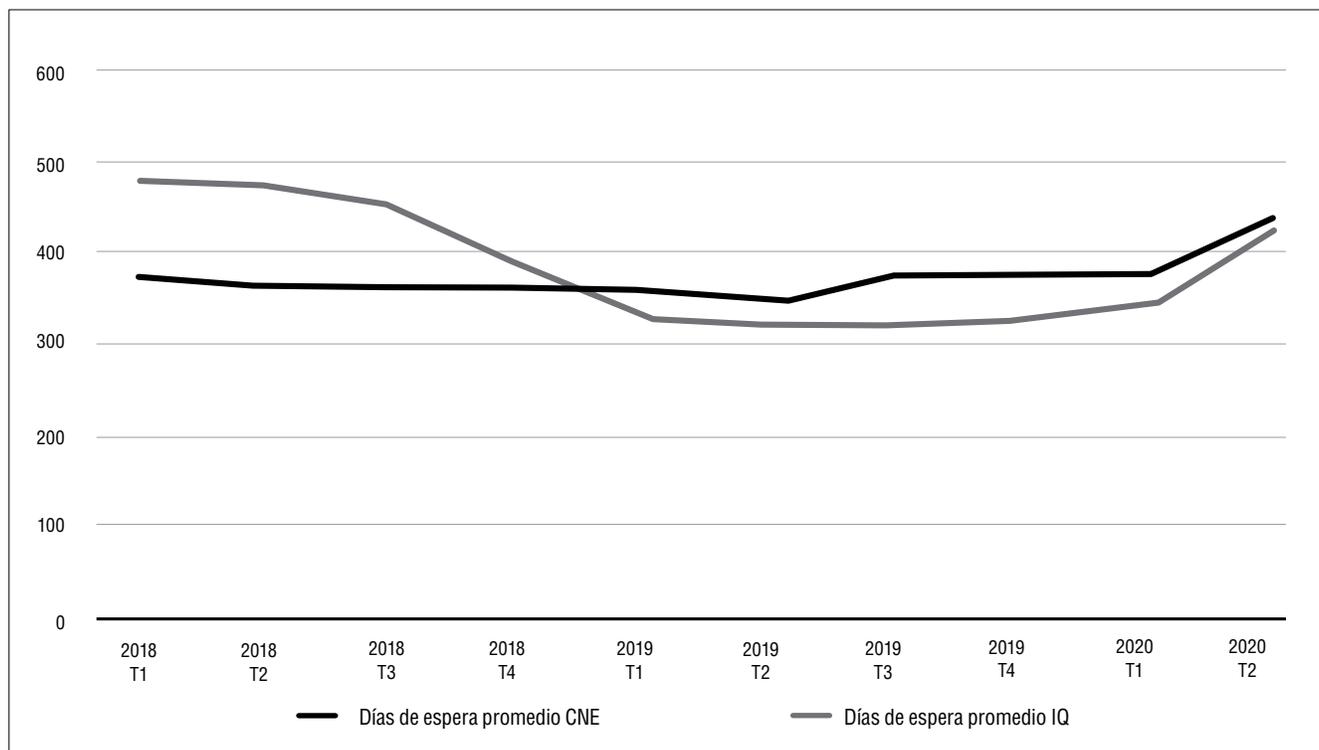
La falta de políticas estandarizadas de priorización y de actualización de la prioridad asignada a cada paciente afectan directamente la oportunidad de la atención y

dificultan que se brinde el cuidado que el paciente requiere en el momento en que lo necesita.

Tiempos razonables de espera

En el Gráfico 3 se observa cómo los tiempos promedio de espera por una consulta de nueva especialidad se mantuvieron estables durante 2018, pero a partir de mediados de 2019 han ido aumentando hasta alcanzar 444 días promedio a mediados de 2020. En el caso de las intervenciones quirúrgicas, los tiempos de espera habían disminuido de 483 días promedio, a principios de 2018, a 331 días promedio a principios de 2019; sin embargo, han vuelto a aumentar a 429 días promedio, a mediados de 2020.

Gráfico 3. **Días de espera promedio pacientes en listas de espera**

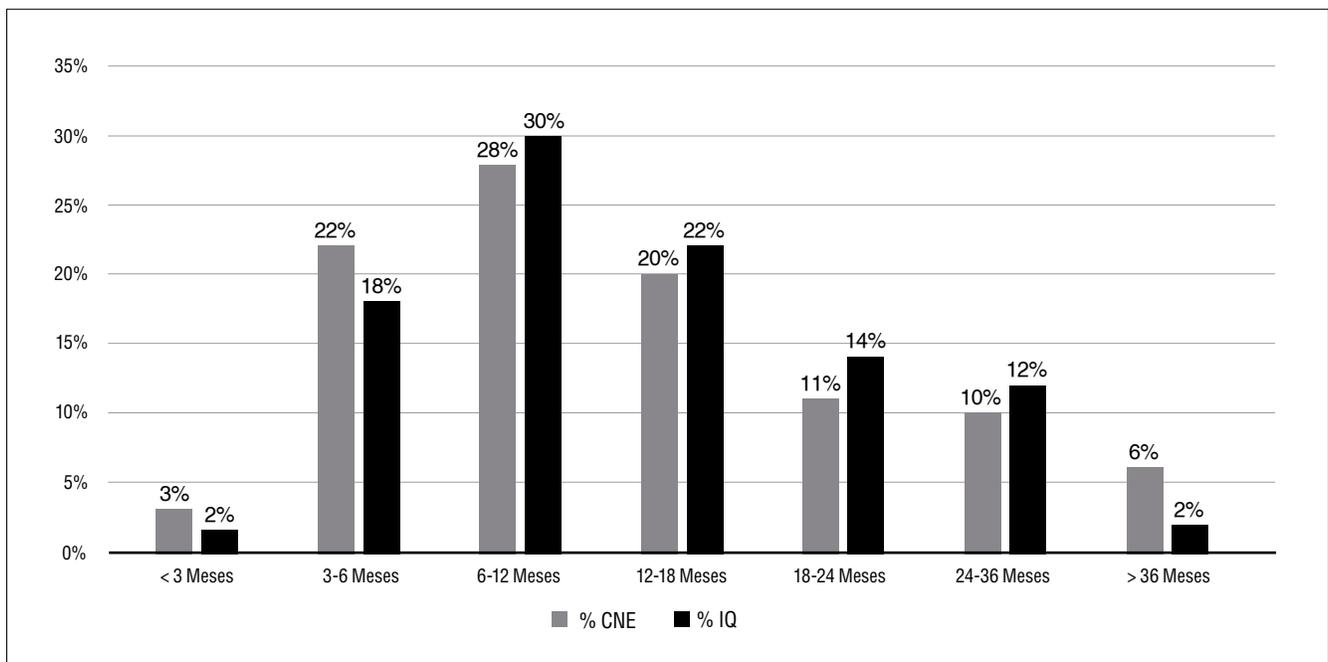


Fuente: elaboración propia en base a Informe Glosa 6 Minsal 2018-2020.

De acuerdo con el Minsal (2020), como se observa en el Gráfico 4, en el caso de las interconsultas de nueva especialidad, un 25% registra tiempos de espera inferiores a seis meses; un 28% entre seis y 12 meses de espera; un 32% entre 12 y 24 meses; y un 16% más de 24 meses.

Una situación similar ocurre en el caso de las interconsultas de intervenciones quirúrgicas, en las cuales un 19% registra tiempos de espera inferiores a seis meses; un 30% entre seis y 12 meses de espera; un 36% entre 12 y 24 meses; y un 14% más de 24 meses.

Gráfico 4. **Porcentajes de interconsultas por rangos de espera al 30 de junio 2020**

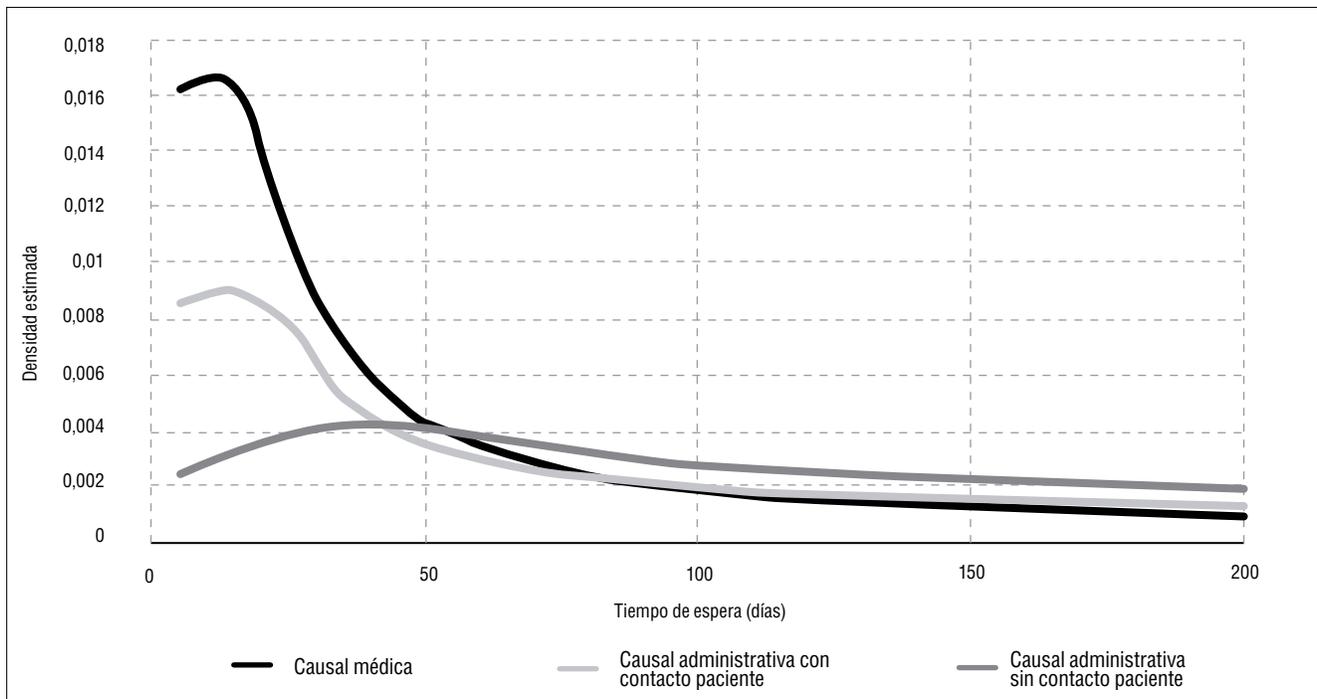


Fuente: Ministerio de Salud (2020). Glosa 6: Lista de Espera No GES y Garantías de Oportunidad GES Retrasadas. Enero-junio 2020.

Al analizar las causales de salida del Registro de Listas de Espera en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), como se observa en los gráficos 5 y 6, el Laboratorio de Innovación Pública (2019b, p. 124) constató que “en base a la información histórica, los casos con poca espera en el SSMSO tuvieron una alta pro-

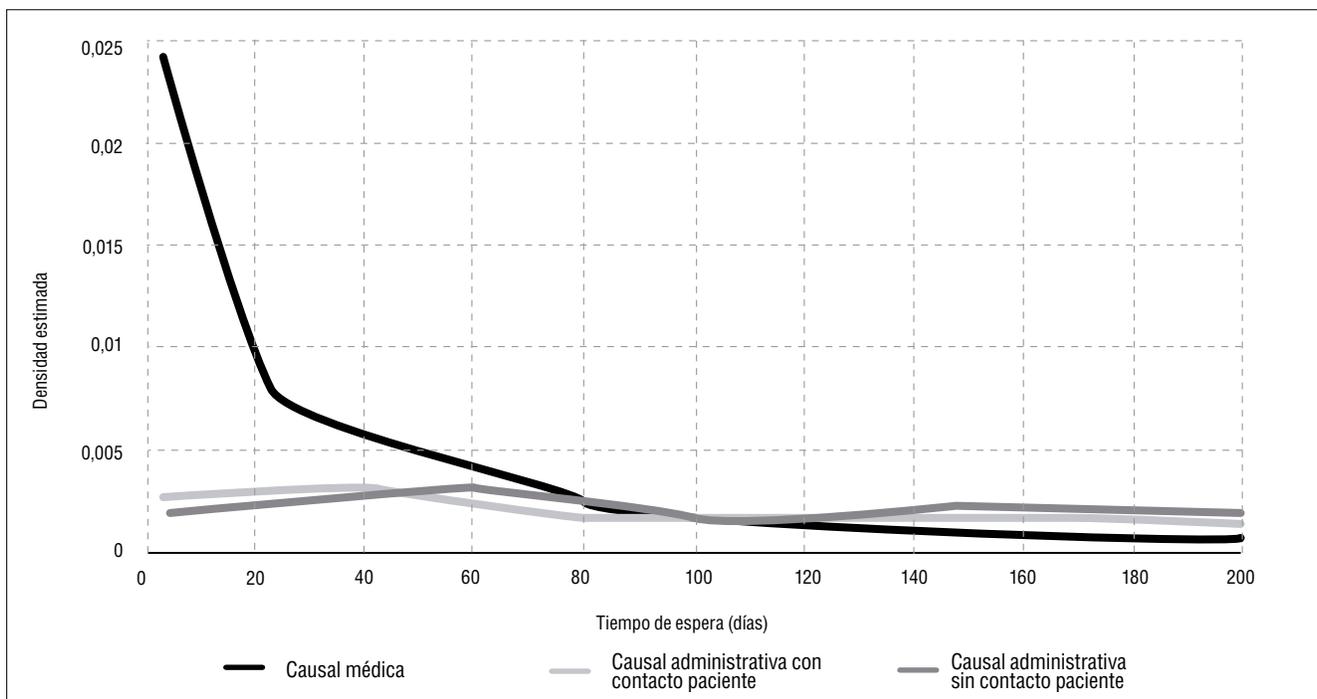
babilidad de ser atendidos, pero esta fue disminuyendo a medida que aumentaba la espera. Luego, una vez que la espera llegaba al límite temporal cercano a los 90 días, entonces los casos pasaron a tener igual probabilidad de egresar por causal administrativa que por causal médica”.

Gráfico 5. **Distribución de los egresos consultas nueva especialidad según tiempos de espera, desagregado por causal de salida (SSMSO 2015-2019)**



Fuente: elaboración propia a partir del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera - Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (casos cerrados 2015-2019).

Gráfico 6. **Distribución de los egresos intervenciones quirúrgicas según tiempos de espera, desagregado por causal de salida (SSMSO 2015-2019)**



Fuente: elaboración propia a partir de Sistema de Gestión de Tiempos de Espera - Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (casos cerrados 2015-2019).

Una conclusión similar plantea la Comisión Nacional de Productividad (2020, p. 18), al señalar que “si las personas esperan menos de un año tienen una probabilidad de un 8% de egresar por vía administrativa, en cambio quienes esperan entre uno y dos años aumentan la probabilidad de salir por vía administrativa a 36%, y si esperan entre 3 y 4 años la probabilidad aumenta a 60%”.

Al comparar los tiempos de espera de Chile con los países OCDE en intervenciones quirúrgicas se constata que los plazos son similares en patologías GES, pero en patologías no GES son entre dos y cuatros veces mayores en nuestro país (OCDE, 2020). Algunos ejemplos de esto pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2. **Mediana de tiempos de espera de intervenciones quirúrgicas seleccionadas (días)**

	Patologías GES				Patologías no GES (excepto casos específicos) ⁶	
	Cirugía cataratas	Histerectomía	Prostatectomía	Bypass coronario	Reemplazo de cadera	Reemplazo de rodilla
Chile	97	57	69	26	240	839
OCDE	92	56	51	24	113	189

Fuente: OCDE (2020).

2.2. Continuidad

De acuerdo al Minsal (2012), uno de los principios del modelo de atención integral de salud implementado en Chile es la continuidad del cuidado, que puede ser entendida desde la perspectiva del paciente o desde la del sistema de salud. Desde la perspectiva del paciente, la continuidad corresponde al grado en que diversos eventos de la atención son experimentados como coherentes, conectados y consistentes con las necesidades médicas y el contexto personal del paciente (Haggerty et al., 2003). Desde la perspectiva del sistema de salud, la continuidad de la atención se relaciona con la continuidad clínica, que corresponde al grado de coordinación del cuidado del paciente a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas; la continuidad funcional, correspondiente al grado de coordinación de las funciones clave de apoyo de todas las unidades del sistema; y la continuidad profesional, referida a la disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados (Minsal, 2012).

La experiencia de cuidado que actualmente viven los pacientes en listas de espera no GES se aleja demasiado

del principio de continuidad. Ello se explica, como señalan Bedregal et al. (2017, p. 8), porque “para el sistema actual, quienes esperan no son las personas, sino los eventos”, lo que no permite considerar la “frecuente coexistencia de más de una enfermedad (multimorbilidad) ni las características y necesidades específicas de cada paciente. Como el sistema no ve a las personas en su integralidad, difícilmente podrá brindar una experiencia de espera satisfactoria para ellas”.

Junto con esta fragmentación de su condición biopsicosocial, el paciente también experimenta una fragmentación de la atención que se le brinda a lo largo de su viaje por los distintos niveles de atención. Tras una primera atención en el nivel de APS, generalmente bastante expedita, la mayoría de los pacientes deben esperar un largo tiempo para ser atendidos en el nivel secundario, período en el cual tendrán escasa información, poco contacto con los equipos de salud e inexistente monitoreo de su estado de salud. Una situación similar experimenta el paciente durante la fase en que debe realizarse exámenes o procedimientos de diagnóstico en el nivel secundario y en el tránsito hacia el nivel terciario, en

⁶ Las cirugías de reemplazo de cadera solo son GES en el caso de personas de 65 años y más que presenten artrosis de cadera con limitación funcional severa. Las cirugías de reemplazo de rodilla sólo son GES en el caso de cáncer en personas menores de 15 años.

caso que requiera de una intervención quirúrgica. Es en las transiciones entre los niveles de APS y secundario y entre los niveles secundario y terciario cuando el paciente experimenta menor contacto con los equipos de salud, recibe menor información y, en definitiva, se siente menos cuidado. Como lo señala el Laboratorio de Innovación Pública (2019a, p. 97), “la percepción mayoritaria de los pacientes es que se trata de un sistema impersonal y lejano con el que existe escaso contacto” y respecto del cual perciben poca preocupación por su condición biopsicosocial. La experiencia de atención que vive la mayoría de los pacientes está compuesta por eventos de atención disgregados más que por un continuo de atención coherente y conectado.

Desde el punto de vista del sistema de salud, tampoco se materializa actualmente la continuidad del cuidado. De acuerdo con la OMS (2015), los servicios de salud integrales deben asegurar que las personas reciban un continuo de cuidados en diferentes niveles y establecimientos de acuerdo a sus necesidades y a lo largo de su curso de vida. Sin embargo, como lo señalan Bedregal et al. (2017, p. 11), “la fragmentación del sistema de atención impide que este actúe como una red coordinada en función de un objetivo común: resolver las necesidades de atención de las personas”. Según el estudio del Laboratorio de Innovación Pública (2019a, p. 68), “los procedimientos actuales no aseguran la continuidad de la atención y existen eventos o porciones de la ruta de la interconsulta que no son monitoreados”.

La interconsulta para que el paciente sea examinado por un especialista es generada desde un establecimiento de APS y su pertinencia es evaluada por un establecimiento del nivel secundario. En la gran mayoría de los casos existe escasa comunicación y coordinación entre ambos niveles, dificultando el tamizaje de los casos prioritarios, la resolución de los casos rechazados por no pertinencia y el seguimiento de los pacientes. De acuerdo con el Laboratorio de Innovación Pública (2019a, p. 71), “los funcionarios y profesionales no tienen claridad sobre qué cargos y en qué niveles deben hacer seguimiento y acompañamiento de los pacientes en lista de espera. En general se registran expectativas cruzadas sobre la responsabilidad del nivel primario de la salud -ya que son los que generan la interconsulta- y del nivel secundario -que es el que las recibe-”.

La fragmentación del sistema también afecta su resolutivez. Cuando finalmente se agenda la hora del paciente

con el especialista requerido, esta primera consulta es, en muchos casos, poco resolutivez por falta de los exámenes necesarios para realizar el diagnóstico. En algunos casos no se hace un chequeo previo para verificar si el paciente se realizó los exámenes básicos requeridos y en otros, los exámenes se han realizado, pero han perdido vigencia o no son validados por los especialistas por haberse realizado fuera del establecimiento secundario.

La descoordinación del sistema también se manifiesta en la tardía gestión de la oportunidad quirúrgica en el nivel terciario. Por una parte, se genera una duplicidad de exámenes cuando, debido al largo tiempo de espera que ha tenido el paciente, es necesario volver a realizarlos, desperdiciando con ello más recursos. Por otra parte, cuando el paciente finalmente es agendado para su evaluación prequirúrgica se constata en muchos casos que no es factible la intervención quirúrgica por la existencia de limitantes tales como obesidad, descompensación de patologías crónicas u otras que es necesario abordar previamente. Sin embargo, esta constatación ocurre transcurrido un largo tiempo de espera durante el cual se podría haber coordinado, con el establecimiento de APS respectivo la gestión de la oportunidad quirúrgica. De acuerdo a la Comisión Nacional de Productividad (2020, p. 74), “un 62% de las suspensiones se deben específicamente a causas prequirúrgicas, siendo la principal el conjunto de causas asociadas a la falta de una adecuada evaluación del paciente previo a su intervención”.

La red asistencial también está fragmentada en sus sistemas de información. El Ministerio de Salud (2013) propuso un Plan Estratégico de Tecnologías de Información para lograr la interoperabilidad de los sistemas de información, definir la arquitectura y estándares de información e implementar la estrategia Sistema de Información de la Red Asistencial (Sidra). No obstante los avances logrados, la interoperabilidad continúa siendo uno de los mayores desafíos para implementar satisfactoriamente un sistema de tecnologías de información en salud, dada la coexistencia de diversos sistemas no integrados que recolectan información en base a diferentes necesidades (Taylor et al., 2016). Es necesario definir una política pública nacional de tecnologías de información en salud que garantice la trazabilidad, integración, seguridad e interoperabilidad del sistema. Igualmente, es necesario crear una autoridad de gestión de sistemas de información en salud (Grupo de Trabajo Industria Salud Digital, 2018) para orientar y objetivar las decisiones de los ser-

vicios de salud y establecimientos hospitalarios, centralizar inversiones en sistemas de información y velar como un soporte del correcto uso de ellos. En este momento, el diseño, la implementación, mantención y correcto uso o no de los sistemas de información depende en la práctica de cada servicio de salud, lo que genera una replicación de los mismos esfuerzos y roles por cada servicio.

2.3. Acceso a información

La información ha sido reconocida en Chile como un derecho del paciente desde el año 2012⁷ y comprende, entre otros, el acceso a la información sobre su estado de salud, posible diagnóstico, alternativas de tratamiento disponibles y pronóstico esperado, además de las prestaciones de salud y los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a estas. Sin embargo, la experiencia de los pacientes en el sistema público de salud no cumple con estos estándares de información. De acuerdo con el Laboratorio de Innovación Pública (2019a), la información sobre la sospecha diagnóstica o el diagnóstico es clave para ayudar al paciente a manejar mejor su proceso de espera, aunque muchos pacientes manifiestan dificultades para entender sus diagnósticos por el escaso tiempo de contacto que tienen con los equipos de salud y el lenguaje técnico utilizado por los médicos.

Respecto de los mecanismos de acceso a las prestaciones de salud, muchos pacientes “no entienden la ruta de la interconsulta, ni las etapas, requisitos y procedimientos que esta implica. Tienen un profundo desconocimiento de qué es lo que sucede en los tiempos en los que ellos no están en contacto con los establecimientos de salud, no tienen tampoco información sobre dónde consultar, ni cuáles son sus derechos y deberes con relación al proceso específico de la interconsulta” (Laboratorio de Innovación Pública, 2019a, p. 52). Escasean herramientas con las cuales el paciente pueda revisar su recorrido en el sistema y su actual estado en el mismo.

Los canales de comunicación entre el sistema público de salud y los pacientes son escasos y unidireccionales. Por una parte, existe un canal telefónico desde el establecimiento de salud al paciente para agendar las horas de atención, pero al cual ellos no pueden recurrir para obtener información específica sobre el estado de su interconsulta. Los pacientes pueden acudir a la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) o directamente a los establecimientos hospitalarios, pero estos canales ofrecen escasa información sobre su caso.

De acuerdo con el Laboratorio de Innovación Pública (2019a, p. 56), “la ausencia de canales formales de comunicación implica que los pacientes despliegan una serie de estrategias para obtener información y entregar información al sistema de salud de manera informal”.

La falta de integración de los sistemas de información dificulta el acceso a la información por parte del paciente y los equipos de salud. En el nivel de APS, los equipos solo pueden acceder a información básica sobre el estado de las interconsultas generadas, por lo que no pueden brindar información más detallada a sus pacientes, impidiéndoles constituirse en puntos de contacto de información efectivos para el sistema, lo que obliga a los pacientes a concurrir a los establecimientos hospitalarios para obtener directamente información, generando costos de transporte y tiempo para los pacientes, además de atochar los centros asistenciales.

Otro factor que dificulta el acceso a la información es el bajo nivel de contacto del sistema con sus pacientes. Debido al continuo cambio de número de teléfono de una gran mayoría de los pacientes durante los largos periodos de espera, los equipos de salud no logran contactarlos y se reducen las tasas de contabilidad efectiva, obligando a los equipos a desarrollar estrategias de contabilidad que implican altos costos humanos y financieros para el sistema público de salud.

3. Propuestas para rediseñar la gestión de la red de salud pública a partir de la experiencia de los pacientes

En la última década, nuestro país ha esbozado los lineamientos centrales de un nuevo modelo de salud pública que recoge principios orientadores valiosos que, lamentablemente, no han sido materializados completamente.

La propuesta que se presenta a continuación recoge algunos de estos principios orientadores:

- a. **Centrado en las personas:** considerar las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas (Minsal, 2012).
- b. **Integralidad:** comprender multidimensionalmente los problemas de las personas a lo largo de todo el proceso de cuidado: promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos (Minsal, 2012).

7 Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

- c. **Continuidad del cuidado:** brindar una atención coherente y conectada a los pacientes y garantizar la continuidad clínica, funcional y profesional de los servicios de salud (Minsal, 2012).
- d. **Gestión integrada:** establecer mecanismos de coordinación a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud integrando los programas y prestaciones, los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico y los sistemas de información (Minsal, 2017b).
- e. **Priorización de atención a pacientes:** definir políticas de priorización de pacientes en cola que busquen minimizar la espera de los pacientes que realmente lo necesitan en base a su necesidad clínica y buscando evitar futuros requerimientos de atención generados por pacientes cuya salud fue agravada por la espera misma.

En esta sección se presenta una serie de propuestas, organizadas en torno a ocho ejes, con el fin de potenciar el rediseño de la red de salud pública con foco en la experiencia de los pacientes.

3.1. Rediseñar la gestión de las prestaciones de salud desde la experiencia de cuidado continuo del paciente

La fragmentación del cuidado asistencial en tres niveles de atención (APS, secundario y terciario) y en diversos establecimientos de salud dificulta las posibilidades de brindar un cuidado continuo al paciente. La coordinación entre equipos de salud de diversos establecimientos o unidades resulta especialmente difícil en las transiciones del paciente de una unidad (o establecimiento) a otra. Estas dificultades de coordinación no sólo impactan negativamente en la experiencia de atención del paciente, sino que también en la eficiencia y efectividad de la atención que busca brindar la red de salud.

Rediseñar la gestión de las prestaciones de salud desde la experiencia de cuidado continuo del paciente no sólo brinda la oportunidad de mejorar su experiencia de atención, sino que también de mejorar la gestión y resultados del sistema de salud pública. La gestión focalizada en el cuidado continuo del paciente implica centrar las acciones de los equipos de salud en facilitar su viaje a través de las distintas unidades de atención para brindarle oportunamente el cuidado y atención en salud que requiere, de acuerdo a su condición biopsicosocial.

El viaje del paciente es una representación comprehensiva de los servicios y procedimientos de salud, incluyendo relaciones y percepciones, desde su perspectiva (Simonse et al., 2019). El viaje del paciente permite identificar las múltiples interacciones que este tiene con los diferentes puntos de contacto y a través de los diversos canales de atención de la red de salud. Centrarse en la experiencia de los pacientes permite identificar los problemas que dificultan su flujo a través del proceso de atención.

Un enfoque útil para abordar el viaje del paciente es el LEAN. Este enfoque ha tenido una permanente y creciente aplicación en el ámbito de la salud desde el año 2001, tanto en el ámbito de la gestión de recursos físicos, de flujos de información, y flujos de pacientes como en el desarrollo organizacional (Brandao de Souza, 2009). Los servicios en el ámbito de la salud contemplan diversas etapas cuyas ineficiencias pueden generar cuidados inconsistentes, tratamientos no confiables e interrupciones constantes (Hallam y Contreras, 2018). LEAN ofrece un método para la mejora continua de los procesos de salud, mediante el involucramiento activo de la organización en la eliminación de pérdidas y fallas, con el fin de proveer un cuidado centrado en el paciente (Grabán, 2016). La evidencia muestra que los mejores resultados, utilizando la metodología LEAN, se han logrado en proyectos de pequeña escala dentro de unidades o en el marco de procesos al interior de un establecimiento, y en la reducción de fallas en los tiempos de espera y días de estadía (Mazzocato et al., 2010; Hallam y Contreras, 2018).

El enfoque LEAN permite abordar el viaje del paciente desde su perspectiva, incentivando la identificación y eliminación de tareas innecesarias y fallas que afectan el flujo del paciente a través del proceso de cuidado y atención. En palabras simples, es un proceso de mejoramiento continuo del proceso de atención centrado en identificar y eliminar cuellos de botella y puntos que generen trabajos o tiempos de espera innecesarios.

Desde este punto de vista, se deben mejorar, al menos, los siguientes aspectos del proceso de cuidado y atención relacionados con las listas de espera no GES:

- a. Fortalecer los canales de comunicación entre el médico que solicita la interconsulta y el especialista, mejorando el flujo de información en la referencia y contrarreferencia del paciente. Las experiencias desarrolladas de telemedicina asincrónica pueden servir de base para lograr este propósito.

- b. Implementar protocolos estandarizados para gestionar las interconsultas declaradas no pertinentes por el establecimiento secundario, estableciendo canales de comunicación efectivos para informar oportunamente tanto al médico que generó la interconsulta como al paciente.
- c. Establecer mecanismos efectivos de tamizaje y reporte de casos urgentes por parte de los establecimientos de APS al nivel secundario, de manera de garantizar el otorgamiento del cuidado oportuno a pacientes de alto riesgo.
- d. Establecer mecanismos de información y acompañamiento al paciente durante los períodos de transición entre unidades o establecimientos de salud y durante períodos de espera.
- e. Establecer mecanismos de gestión oportuna de toma de exámenes para mejorar la resolutivez de la primera consulta con un especialista y los exámenes o procedimientos necesarios para completar la fase diagnóstica.
- f. Implementar procesos para gestionar oportunamente la oportunidad quirúrgica de los pacientes evitando demoras adicionales en la fase prequirúrgica.
- g. Implementar dispositivos de supervisión de controles en los niveles secundarios y terciarios para incentivar la contrarreferencia de pacientes y aumentar las horas disponibles de especialistas para nuevos ingresos.
- h. Crear registros e indicadores adecuados que permitan evaluar la calidad del proceso de atención desde el punto de vista del paciente.

3.2. Gestión integrada de la red

La experiencia actual de espera que tienen los pacientes no GES da cuenta de la falta de integración que tiene la red de salud para entregar un cuidado y atención de calidad a los pacientes, entendiendo por calidad el “hacer lo correcto a tiempo” (Minsal, 2019). La fragmentación del sistema de salud dificulta las posibilidades de brindar un cuidado continuo y oportuno a los pacientes.

Existe una preocupación global respecto de la fragmentación de los sistemas de salud, lo que ha incentivado,

desde la Declaración de Almá-Atá de 1978 y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2005, el desarrollo de sistemas integrados y redes de salud (OPS, 2010). Desde 2014 se implementa en Chile el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), basado en cuatro ámbitos: modelo asistencial, gobernanza y estrategias, organización y gestión, y asignación de recursos e incentivos. Dentro de los atributos definidos por el Modelo RISS en Chile, entre otros, se reconoce la importancia del nivel de APS como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, la prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, la existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud, el establecimiento de un sistema de gobernanza único para toda la red y la gestión integrada de los sistemas de apoyo e información (Minsal, 2017b).

A pesar de los esfuerzos realizados, la evaluación de este modelo constató la existencia de una “fragmentación administrativa, institucional y organizacional” en el sector salud y la necesidad de “avanzar en la integración de los servicios y en la continuidad de los cuidados que requiere cada persona” (Minsal, 2019).

Sin embargo, la gestión integrada de la red pública y privada de salud para enfrentar la pandemia del Covid-19 ha mostrado no sólo la capacidad del sistema de salud de trabajar como una sola red, sino que también las ventajas y posibilidades que la gestión integrada ofrece. Durante este período se han incorporado prestadores privados a la red de los servicios de salud, se han habilitado mecanismos de monitoreo de dotaciones de camas de los distintos prestadores a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), se han fortalecido los Consejos de Integración de la Red Asistencial Ampliado (CIRA) para coordinar los flujos de ingreso a prestadores y servicios de apoyo en la atención, se han reforzado desde el nivel central las unidades de urgencia hospitalaria y unidades de emergencia y se han establecido criterios clínicos estandarizados a nivel nacional para la hospitalización de pacientes y la derivación de pacientes críticos a través de la UGCC⁸.

El estancamiento en las prestaciones de salud no relacionadas con el Covid-19 y el aumento de las garantías retrasadas y de las listas de espera no GES debieran abordarse también como una crisis sanitaria que jus-

8 Ver Resolución n° 156 del 1 de abril de 2020 del Ministerio de Salud.

tífica mantener la gestión integrada del sistema de salud que se ha logrado durante los últimos meses. Esta gestión integrada de la red de salud debe garantizar al menos los siguientes aspectos:

- a. Definir y supervisar la utilización de estándares nacionales de priorización de los pacientes en base a criterios clínicos y determinantes sociales de la salud. Este aspecto se profundizará en la sección 4.5.
- b. Como lo señaló la Comisión Nacional de Productividad (2020, p. 55), se debe “reforzar con un equipo multidisciplinario, tanto clínico, de procesos, como de TI, la Unidad de Gestión Centralizada de Quirófanos. A nivel central, esta unidad deberá ser la encargada de estandarizar los registros, monitorear y apoyar la actividad quirúrgica a nivel nacional, mediante la elaboración de *benchmarking* de los establecimientos”. Se debe mantener y reforzar el rol de rectoría sanitaria logrado durante la pandemia del Covid-19 en el uso de camas, pabellones y en la gestión de los equipos prequirúrgicos y quirúrgicos.
- c. Fortalecer las instancias de monitoreo, supervisión y control en cada servicio de salud y a nivel nacional, de la disponibilidad y gestión del personal de salud y de uso de la tecnología disponible para realizar exámenes y procedimientos ambulatorios, de la lista de espera existente en cada establecimiento de salud y de las derivaciones de pacientes, entre establecimientos intra- o interservicios de salud, requeridas para agilizar los exámenes y procedimientos de los pacientes críticos y de alta complejidad.
- d. Fortalecer instancias de monitoreo y supervisión, en cada establecimiento de salud y en cada Servicio de Salud, de las actividades clínicas desarrolladas por cada especialidad, incentivando el incremento de horas destinadas a realizar nuevos ingresos de las listas de espera no GES.

El Grupo Relacionado a Diagnóstico (GRD) constituye un instrumento adecuado para la gestión integrada del sistema y la transferencia de recursos, y es parte de una política de Estado que se viene implementando en pilotos en hospitales públicos desde el año 2002. Esto ha permitido avanzar en la utilización del sistema GRD como un mecanismo de pago; sin embargo, no ha sido todavía utilizado para lo que fue diseñado: la gestión clínica. En Chile existen 80 hospitales públicos, de me-

diana y alta complejidad, y un número creciente de establecimientos privados que cuentan con la herramienta GRD instalada y en régimen, lo que constituye una gran oportunidad. De hecho, en el año 2020 el Programa 05 del Fondo Nacional de Salud contiene los recursos a asignar a 65 establecimientos de alta y mediana complejidad dependientes de los servicios de salud para implementar el mecanismo de pago vía GRD⁹.

El uso del GRD es un paso más en el proceso de relacionar los recursos que el país pone a disposición del sistema de salud, con el nivel de actividad que se realiza, sus resultados, y complejidad de la casuística. Sus beneficios, demostrados en gran parte del mundo desarrollado que utiliza esta herramienta, se relacionan con la correcta asignación de recursos, el aumento de la productividad clínica, la disminución de las listas de espera, el aumento de la eficiencia en los procesos hospitalarios, el incentivo a la generación de guías y protocolos clínicos, y la promoción de la integración del nivel primario y secundario.

Para hacer más eficiente el uso de esta herramienta en la gestión clínica, la Comisión Nacional de Productividad (2020) recomendó implementar adecuadamente el GRD como herramienta de gestión hospitalaria mediante: a) la asignación de fondos para capacitar al equipo asistencial en uso de GRD, y b) la actuación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y servicios de salud como promotores del uso de GRD a través de la entrega de reportes con la identificación de buenas prácticas y *benchmarking*.

3.3. Acompañamiento continuo del paciente

La gestión integrada de la red de salud, con foco en brindar un cuidado continuo del paciente, requiere establecer mecanismos de acompañamiento e información durante todo el proceso de atención, especialmente en las fases de transición entre unidades o establecimientos de salud.

Como lo propuso el Laboratorio de Innovación Pública (2019b), los mecanismos de acompañamiento e información al paciente deben perseguir tres objetivos principales:

- a. Brindar información al paciente sobre su estado de salud, posible diagnóstico, alternativas de tratamiento disponibles y pronóstico esperado, además de las prestaciones de salud y los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a estas, tal como

⁹ Ver Resolución Exenta Fonasa 3g/n° 1 1 9; 1912.2019

lo dispone la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

- b. Monitorear el estado de salud del paciente durante todo el proceso de cuidado, especialmente en las etapas de espera, con el fin de identificar oportunamente el agravamiento de su condición biopsicosocial.
- c. Facilitar el acceso oportuno a las prestaciones de salud que requiere de acuerdo a sus necesidades.

En el ámbito de la información, se deben establecer canales de información bidireccionales con el paciente (presencial, telefónico o digital, de acuerdo a su perfil) que garanticen que el paciente cuente con la información que requiere, al menos, sobre los siguientes aspectos:

- a. Información clara y accesible sobre su sospecha diagnóstica o diagnóstico, alternativas de tratamiento disponibles y pronóstico esperado.
- b. Explicación sobre los principales hitos del proceso de gestión de su interconsulta, la estimación del tiempo de espera en el establecimiento al que ha sido derivado y la etapa de atención en la que se encuentra.
- c. Canal digital o telefónico disponible para solicitar y actualizar información del paciente, y para gestionar agendamiento.

En el ámbito del monitoreo de la salud se deben establecer canales formales de monitoreo, presencial o remoto, para realizar un seguimiento de las condiciones biopsicosociales del paciente durante todo su proceso de cuidado y atención. Se deben habilitar canales de monitoreo en el nivel de APS, los que deben ser complementados con mecanismos de comunicación y coordinación directa con los niveles secundarios y terciarios para informar cambios en el estado de salud del paciente que requieran actualizar su prioridad de atención. Se deben diseñar protocolos diferenciados de monitoreo de acuerdo al perfil de los pacientes, estableciendo mecanismos periódicos de monitoreo de pacientes de mayor riesgo.

En el ámbito de acceso a las prestaciones de salud se propone incorporar el rol de gestor de caso en los distintos niveles de atención, con el fin de facilitar, coordinar y apoyar, en los casos que se requiera, la realización de las siguientes acciones:

- a. Coordinar la realización previa y oportuna de los exámenes básicos requeridos para aumentar la resolutivez de la primera consulta con un especialista.
- b. Coordinar y gestionar la realización de exámenes complementarios solicitados por un especialista para completar el diagnóstico del paciente, la realización de exámenes de control y la de exámenes prequirúrgicos de acuerdo a la prioridad de atención del paciente.
- c. Coordinar con el nivel de APS cómo abordar tempranamente la oportunidad quirúrgica de los pacientes que requerirán de una cirugía y que presentan restricciones actuales para ser intervenidos.
- d. Coordinar con la unidad prequirúrgica o gestionar la realización de los exámenes prequirúrgicos necesarios y realizar el seguimiento preoperatorio del paciente.
- e. Facilitar el acceso a prestaciones complementarias de salud, disponibles en el nivel de APS, que contribuyan al seguimiento del paciente y el mejoramiento de su calidad de vida.

3.4. Mejorar el contacto con los pacientes

El contacto con los pacientes es un serio problema para la gestión de los establecimientos de salud, especialmente en los niveles secundarios y terciarios. Al momento de emitirse la interconsulta deben incluirse los datos de contacto del paciente (dirección, teléfono fijo, teléfono móvil y correo electrónico). Sin embargo, de acuerdo con el Laboratorio de Innovación Pública (2019a), numerosos pacientes cambian con frecuencia su número telefónico móvil, no tienen teléfono fijo y casi no usan el correo electrónico. Dado que no existen canales bidireccionales de comunicación con el sistema de salud, los pacientes no tienen cómo actualizar sus datos para mantenerse contactados.

Cuando los equipos de salud llaman a los pacientes para agendar sus horas de atención, una buena parte no logra ser contactada. La norma técnica de Minsal obliga en estos casos a enviar cartas certificadas, mecanismo costoso y poco eficiente de contacto, que tiene mayor utilidad para justificar el egreso administrativo de las personas de la lista de espera por no contacto que para lograr la real contactabilidad de los pacientes. En mu-

chas unidades, los equipos de salud y administrativos destinan horas de su jornada para concurrir presencialmente a los domicilios registrados de los pacientes para intentar ubicarlos, lo que implica un alto costo para el sistema de salud.

Es esencial desarrollar estrategias coordinadas e integrales que permitan mejorar la contactabilidad de los pacientes. Estas estrategias debieran considerar, al menos, los siguientes aspectos:

- a. Establecer canales accesibles y permanentes para que los propios pacientes mantengan actualizados sus datos de contacto durante todo el tiempo de atención. Se deben habilitar canales presenciales, telefónicos y digitales con este fin.
- b. Incorporar acciones de actualización de datos en todos los puntos de contacto de los pacientes con los establecimientos de salud (APS, retiro de medicamentos, exámenes, procedimientos, trámites, consultas, intervenciones, etc.), registrando en una base de datos integrada los antecedentes de contacto actualizados de cada paciente, a la que puedan acceder todos los establecimientos de salud.
- c. Implementar canales bidireccionales de comunicación entre los pacientes y los equipos de salud, ampliando las posibilidades del paciente para actualizar su estado de salud y sus datos de contacto.
- d. Incorporar la mensajería de WhatsApp como un mecanismo formal de comunicación de los pacientes, aprovechando su uso masivo y su estabilidad, pese al cambio de número telefónico que realicen las personas.

3.5. Estandarizar y actualizar los criterios de priorización de pacientes que esperan por una prestación de salud

La literatura especializada (OCDE, 2013) y el Ministerio de Salud (2017a) identifican la necesidad de contar con un modelo de priorización de las listas de espera en función de criterios explícitos y compartidos por los distintos actores del sistema.

Los criterios de priorización deben tener algunas características específicas: i) ser políticas estandarizadas y conocidas, de modo que todos los actores involucrados conozcan los criterios y cómo se aplican, y así evitar el surgimiento de políticas locales de priorización; ii) ser

actualizadas periódicamente, pues la condición de salud de los pacientes cambia en función del tiempo transcurrido y de su espera; iii) ser integrales, es decir, la priorización debe contemplar factores clínicos, técnicos y sociales para reflejar el beneficio social de intervenir de manera oportuna.

A diferencia del sistema privado, donde existen múltiples oferentes compitiendo entre ellos, los pacientes del sistema público de salud son “prisioneros” del sistema. No atenderlos en el presente produce un requerimiento de atención en el futuro, posiblemente mayor y más caro para el sistema al agravarse su condición. Lo anterior implica que existe un costo futuro, de recursos y de salud, al postergar la atención de un paciente. Considerar la magnitud de este costo, que depende de su patología, de la gravedad actual y de la velocidad con que esta patología se agrava, es relevante en la decisión de a quién atender hoy. Así, una adecuada priorización de pacientes hoy puede reducir la generación de necesidades de atención futuras del sistema de salud y su complejidad. Una priorización adecuada debe considerar este aspecto técnico, pues permite aumentar la capacidad relativa del sistema con respecto a su demanda a futuro (atender menos demanda o menos grave), lo que en régimen produciría una mejor utilización de los recursos.

Otro elemento importante al priorizar pacientes es integrar listas de espera de diversos servicios o establecimientos para aprovechar los beneficios existentes en las economías de escala. Una lista de espera integrada permitiría evitar situaciones donde un paciente deba esperar por un procedimiento en un establecimiento o servicio de salud congestionado, mientras que otro servicio o establecimiento pudiese tener capacidad para atender ese procedimiento. Estas esperas innecesarias se ahorran al realizar una priorización integrada del sistema permitiendo una gestión integrada de los recursos.

El Ministerio de Salud en el año 2017 tuvo un importante avance en esta materia, cuyos resultados están contenidos en el Informe Modelo de Priorización Lista de Espera No GES con Enfoque en Riesgo y Tiempos Razonables de Espera (Minsal, 2017a). Resulta necesario, a partir de este insumo, definir e instalar un sistema de priorización que considere criterios clínicos (como por ejemplo, patologías con mayor riesgo de agravamiento y muerte, edad y sexo, condiciones crónicas concurrentes, número de hospitalizaciones previas, cantidad de deri-

vaciones en listas de espera GES y no GES, tiempo de espera, uso de medicamentos, entre otras) y determinantes sociales de la salud (como por ejemplo, personas al cuidado de otros, situación laboral, red de apoyo, entre otras). La inclusión de factores sociales permite que la priorización considere no solo la menor mortalidad asociada a la espera, sino también la ganancia en calidad de vida que se puede generar a través de la atención oportuna (Minsal, 2017a).

Como se mencionó anteriormente, los datos con los que el sistema público de salud cuenta actualmente son insuficientes, están desactualizados y fragmentados en diversos sistemas informáticos. Es necesario ordenar la forma en la que se registran y ordenan los casos. Un aspecto importante asociado a esta priorización es la necesidad de contar con información estándar sobre los diagnósticos o sospechas diagnósticas, las que actualmente, al ser ingresadas en formato “campo libre” (no estructurado) no pueden ser utilizadas para la toma de decisiones. También se requiere conocer el impacto esperado futuro en la salud del paciente asociado a una potencial espera.

La Comisión Nacional de Productividad (2020) recomendó modificar la Norma Técnica Ministerial No. 118/11 para incluir un registro estándar en la lista de diagnósticos del paciente, en base a la codificación propuesta por el estándar internacional CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud.

3.6. Uso efectivo de la atención remota

La pandemia ha acelerado de forma significativa el uso de la atención remota en salud como estrategia de intervención en las redes de salud privadas y públicas. Abordar la reducción de las listas de espera en el nuevo contexto que enfrentamos hará necesario aumentar el uso de esta estrategia sanitaria, asegurando su pertinencia y el cumplimiento de la ley de derechos y deberes de los pacientes.

Las estrategias de atención remota o de apoyo a la atención de los usuarios fueron definidas por el Minsal¹⁰ y pueden consistir en telemedicina asincrónica, telemedicina sincrónica, teleconsulta o contactos telefónicos de apoyo y seguimiento. Este conjunto de actividades se conoce coloquialmente como telemedicina y aporta de

forma importante a la resolución de las listas de espera y a la entrega de un continuo de cuidado.

La atención remota en salud -en todas sus modalidades- contribuye a resolver problemas específicos asociados o no a la pandemia, entregando atención que respete las medidas de distanciamiento social. Además permite abordar problemas estructurales para los cuales antes no se tenían soluciones específicas, como lo son: i) la falta de especialistas en distintas regiones del país, ii) la falta de acompañamiento entre consultas por parte de los equipos médicos (debido a la imposibilidad de movilizarse a los domicilios de los pacientes), y iii) los altos costos de transacción que experimentan los pacientes para acceder a consultas en salud, por ejemplo, la distancia geográfica, las citas en horarios incompatibles con el trabajo, y la falta de recursos necesarios para el traslado hacia los centros asistenciales.

Se propone diseñar una estrategia de atención remota en base a una cuidadosa evaluación de los ámbitos y etapas del proceso de cuidado del paciente en las que resultan más adecuadas. Para ello se requiere identificar los perfiles de pacientes idóneos para ser atendidos de forma remota, los tipos de patologías o especialidades médicas que pueden ser correctamente abordadas mediante esta estrategia, la etapa del ciclo de cuidado en que es más pertinente (preconsulta, consulta, postconsulta, prequirúrgica o postquirúrgica) y las condicionantes tecnológicas y sociales necesarias para implementarla adecuadamente.

La brecha digital constituye una limitación importante para la implementación de una estrategia masiva de atención remota. Muchos pacientes no cuentan con conexión a internet o plan de datos en sus teléfonos celulares que permitan realizar videollamadas y algunos no cuentan con la alfabetización digital necesaria para ponerse en contacto y recibir información por esta vía. Muchas veces resulta necesario llevar a cabo gestiones previas para evaluar la factibilidad técnica y social de usar canales remotos y, en algunos casos, se requiere asistencia para el uso de la tecnología. Por parte del personal de la salud se necesita de una infraestructura básica de información para acceder al historial clínico del paciente y registrar la atención, asegurando así su pertinencia y respaldo.

10 Ordinario A15 n° 2448 del 4 de agosto de 2020: “Sobre el uso de tecnologías de información y comunicación en el ámbito de la salud”.

Por otra parte, el cumplimiento de los derechos y deberes del paciente en la atención remota requiere profundizar el marco legal regulatorio y las orientaciones técnicas para su cumplimiento. Es necesario repensar las normativas vinculadas a temas como la responsabilidad médica, la calidad de información que se entrega y el consentimiento informado en este contexto.

Existen también aspectos administrativos importantes que deben resolverse para que este tipo de atención sea realmente resolutoria, como la modalidad de pago de las prestaciones realizadas por esta vía, el otorgamiento de recetas y medicamentos asociadas a estas y las licencias médicas. Además, debe considerarse el adecuado registro de toda interacción con el paciente con el fin de resguardar el continuo de cuidado.

La atención remota ofrece oportunidades para resolver problemas estructurales de las redes de salud en el país y para entregar un nuevo estándar de cuidado y seguimiento a los pacientes, contribuyendo a una mejor adherencia a los tratamientos, especialmente en pacientes crónicos o con enfermedades complejas.

3.7. Sistemas de información que acompañen el viaje del paciente

La gestión integrada de la red de salud centrada en el cuidado continuo del paciente también requiere de sistemas de información integrados e interoperables que permitan trazar y gestionar el proceso de atención.

En primer lugar, se requiere volver a priorizar la necesidad de contar con una estrategia nacional de salud digital que ofrezca una visión común capaz de orientar las decisiones de cada servicio y de los establecimientos hospitalarios. Esta estrategia requiere ser acompañada de una autoridad de sistemas de información en salud que cuente con la estabilidad y autonomía necesarias para garantizar la implementación y mantención de la estrategia a través de las diversas autoridades sectoriales y nacionales. Para ello, se requiere asegurar una gobernanza que sea independiente del gobierno de turno.

La estrategia de salud digital debe permitir la coexistencia de desarrollos propios por parte de los servicios y la inversión en desarrollos externos, pero garantizando la existencia de una interfaz habilitante que permita integrar la información e interoperar los diversos sistemas compartiendo entre ellos información esencial de pacientes, recursos, exámenes y atenciones relevantes a

todo el sistema de salud. Es indispensable contar con una arquitectura de información y tecnología común.

En el caso de los desarrollos propios de cada servicio, se deben establecer mecanismos de evaluación rápida que permitan su escalabilidad y fomentar la utilización de desarrollos exitosos en otros servicios, evitando la duplicidad de esfuerzos y el gasto innecesario de recursos. Un buen ejemplo de esto son los desarrollos propios diseñados para la trazabilidad de pacientes de Covid-19, que dan cuenta de la capacidad existente en los servicios de salud y de las potencialidades que ofrece la colaboración entre ellos.

En el caso de la inversión en desarrollos o servicios externos, es clave garantizar que el sistema de salud sea dueño de y tenga acceso pleno a la información de pacientes y sus respectivas bases de datos. Esto evita la captura por parte de proveedores, elimina barreras de entrada para otros sistemas dependientes de esta información y garantiza las posibilidades de construir sistemas complementarios sin la necesidad de levantar la misma información por otras fuentes de forma manual o indirecta.

El desarrollo de los actuales sistemas de información se ha realizado con foco en la gestión administrativa de los procesos y no la gestión clínica del cuidado al paciente. Se deben rediseñar los sistemas de información desde la perspectiva de los pacientes con el fin de garantizar la accesibilidad a sus datos clínicos desde cualquier unidad de la red de salud de manera de poder evaluar integralmente su estado de salud; permitir la completa trazabilidad de su proceso de atención; asegurar la oportuna priorización de su atención en base a información actualizada de su condición biopsicosocial; gestionar eficientemente el agendamiento y asignación de recursos de salud; y mantener un adecuado monitoreo de los procesos de atención y sistema de reportabilidad.

Los sistemas de información también deben garantizar el completo acceso del paciente a sus registros clínicos de manera de cumplir con los derechos establecidos en la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Se deben establecer canales de información diversos que se adecuen a los diversos perfiles de usuarios garantizando los principios de la omnicanalidad del sistema.

3.8. Mejorar el sistema de rendición de cuentas sobre tiempos de espera

El Ministerio de Salud elabora trimestralmente un informe público sobre el estado de las garantías GES retrasadas y de las listas de espera no GES para dar cumplimiento a la obligación establecida anualmente en la Ley de Presupuesto. Si bien este informe contribuye con información pública relevante, facilitando el escrutinio público de la gestión de la red de salud pública, resulta insuficiente la información que se entrega actualmente, especialmente con relación a las listas de espera no GES.

En este sentido es necesario aumentar los niveles de exigencia de estos reportes trimestrales incorporando al menos los siguientes criterios:

- a. Aspectos formales:
 - i. Los informes deberían entregarse en formato digital legible e indexable por los motores de búsqueda y no como archivo de imagen.
 - ii. Los reportes trimestrales deberían integrarse a la política gubernamental de datos abiertos, incluyendo poner a disposición pública la base de datos que sustenta cada informe trimestral.
- b. Aspectos de contenido (no GES):
 - i. Con relación a la condición no GES, el reporte debe basarse en tiempos de espera y no en listas de espera. El objetivo desde la gestión es reducir el tiempo de espera y no la lista (que en la práctica son las interconsultas). En ese sentido, sorprende que todavía se hable de lista de espera, cuando la recomendación de la Comisión Médica Asesora Ministerial (2017) sugirió por consenso ese cambio.
 - ii. Los informes deberían incluir el número de personas en espera y el número de interconsultas promedio en espera por persona, para identificar la densidad de interconsultas por personas, por grupos de edad y sexo.
 - iii. Los informes deben incluir el reporte de todas las listas de espera no GES: tiempos de espera de las consultas nuevas de especialidad, consultas repetidas (controles), procedimientos, intervenciones quirúrgicas e intervenciones quirúrgicas complejas. Un punto particularmente relevante

es la espera para procedimientos, la que obstaculiza prestaciones quirúrgicas y de consultas de especialidad, y es clave para mejorar la eficiencia de la gestión de la red de salud pública.

- iv. El reporte debe incluir promedios y también medianas y rangos de tiempos de espera. Además, se sugiere incluir el reporte del tiempo agregado de espera de los pacientes hasta finalizar el proceso de atención generado por la interconsulta de origen, es decir, la mediana de tiempo en resolver el problema.
- v. Para efectos de comprender mejor las interconsultas y los nodos críticos es fundamental desglosar su origen: APS, servicios de urgencia hospitalarios o de atención primaria, establecimientos del nivel secundario o establecimiento del nivel terciario.
- vi. Como antecedente y mandato, se debería incluir en el reporte la información acerca de mecanismos de priorización de los pacientes de acuerdo con criterios estandarizados definidos por el Ministerio de Salud, o bien por aquellos que el Servicio de Salud utilice o ajuste a su realidad local.

Adicionalmente, se sugiere establecer un sistema de auditoría del proceso de espera para los casos en que se identifique muerte del usuario estando en lista de espera. El objetivo de dicho proceso sería:

- a. Identificar la causa de muerte (de base e inmediata) conforme a certificado de defunción.
- b. Pesquisar si existe relación entre la causa de muerte y la espera.
- c. Indagar en el proceso de espera en el Servicio de Salud, de modo de establecer mejoras en el acceso a la atención si corresponde, en particular elementos de priorización y acompañamiento. El modelo por seguir es similar al que ya se conoce y se ha usado para mortalidad infantil y materna.
- d. Este informe debería ser parte del proceso rutinario de garantía de calidad en el proceso de atención por parte de los servicios de salud, y puede ser parte de otra glosa presupuestaria. Sin embargo, es deseable que se instaure como una práctica rutinaria de gestión en los servicios de salud.

Finalmente, el proceso de rendición de cuentas debe también estar centrado en el usuario, por lo que debería incorporar la devolución a los miembros del poder legislativo, del Ejecutivo y también a la ciudadanía. Para esto, es fundamental que, en los procesos de cuentas públicas participativas de los servicios de salud, se incorpore la rendición vinculada a los tiempos de espera, como una prioridad de Estado y no solo de gobierno. Asimismo, a nivel comunal, la información relativa a este tópico debe contar con un espacio para rendir cuentas, pero también para recoger propuestas que hagan sintonía con las necesidades de la población.

4. Recomendaciones para retomar la gestión de las listas de espera en contexto de pandemia

El sistema público de salud gradualmente ha retomado las atenciones de salud no relacionadas con Covid-19. Ello implica reconvertir los establecimientos de salud, modificados para enfrentar la emergencia de la crisis sanitaria, manteniendo la flexibilidad necesaria para volver a modificar unidades o establecimientos en caso de rebrotes. Esta situación se mantendrá durante gran parte del año 2021, y posiblemente del año 2022, hasta que se logre vacunar masivamente a la población.

En este contexto, será más complejo resolver las garantías GES retrasadas y las listas de espera no GES y atender las demandas de atención no expresadas durante la pandemia. A continuación, se realizan un conjunto de recomendaciones para abordar este desafío:

a) Actualización del estado de salud y priorización de los pacientes

Una parte importante de la población no ha podido concurrir a los establecimientos de salud en un largo tiempo, por lo que la información que se tiene sobre ellos está desactualizada. Su estado de salud puede haberse mantenido estable, mejorado o empeorado durante este tiempo.

Con el fin de focalizar adecuadamente los recursos siempre escasos es imprescindible reevaluar el estado de salud y la priorización de los pacientes en espera. Ello permitiría en forma rápida realizar un tamizaje de los casos urgentes y de mayor complejidad, evaluar la condición biopsicosocial de cada paciente, validar el tipo de

prestación de salud que requiere, actualizar su prioridad de atención y evaluar los posibles canales de atención (presencial o remoto).

Se propone utilizar canales remotos para realizar una reevaluación de los pacientes en listas de espera no GES, con la participación de equipos médicos especialistas y no especialistas de los tres niveles de atención, especialmente de aquellos que no se encuentran trabajando presencialmente por condiciones de riesgo o que lo hacen en sistemas de turnos.

La utilización de canales remotos requerirá de una gestión previa de contactar a los pacientes y de preparación de la teleconsulta, gestiones que pueden realizar los equipos administrativos, de técnicos en enfermería y de enfermería. También se requerirá mejorar el contacto con los pacientes, para lo cual se propone realizar una campaña masiva que incentive a los pacientes a actualizar sus datos a través de plataformas digitales.

b) Aumento de recursos para intervenciones quirúrgicas y la productividad de los pabellones

El Gobierno ha propuesto un aumento de un 8,9% del presupuesto del Ministerio de Salud para el año 2021, dirigido principalmente a aumentar el número de horas de funcionamiento de los pabellones con el fin de realizar 150.000 nuevas cirugías durante el próximo año.

Para lograr este objetivo es indispensable mantener la gestión centralizada de pabellones, camas críticas y camas de recuperación que se ha logrado durante la pandemia. También será necesario mantener la participación de los establecimientos de salud privados para hacer frente a la oferta insuficiente de pabellones y camas que existe en el sector público. Ello permitirá mantener la flexibilidad necesaria para readaptar la infraestructura en caso de rebrotes y para lograr optimizar el uso de los recursos a nivel país.

Sin embargo, para aumentar la cantidad de cirugías en 2021 no basta con incrementar el número de horas de funcionamiento de los pabellones de la red de salud pública durante la semana y fines de semana, sino que también es necesario mejorar la productividad de la gestión de estos. Como previamente se señaló, la Comisión Nacional de Productividad (2020) dio cuenta de la baja utilización de la capacidad actual de los pabellones

existentes, mostrando amplios espacios para aumentar la productividad de la infraestructura quirúrgica actual. Será esencial mejorar la gestión de los establecimientos terciarios para lograr la meta propuesta de aumento de cirugías. Con este fin, es necesario no solo invertir en aumentar las horas de médicos, sino que sobre todo las del personal de salud no médico que permita optimizar la gestión de la infraestructura quirúrgica.

c) Aumento de consultas de especialidad

Los esfuerzos del sistema público de salud, en los próximos meses, no solo deben estar dirigidos a incrementar el número de intervenciones quirúrgicas, sino que también deben centrarse en aumentar las consultas de especialidad, cuya lista de espera tiene 6,5 veces más pacientes que la quirúrgica.

Para aumentar la cantidad de consultas de especialidad se propone privilegiar el uso de canales remotos para atender los casos de menor complejidad, reservando las consultas presenciales para los casos más complejos o cuando no sea factible la atención remota. La evaluación previa del estado de salud y actualización de prioridad antes propuesta permitiría definir en qué casos resulta adecuado y factible utilizar la atención remota de los pacientes.

La ampliación de las atenciones remotas permitiría optimizar las horas de atención de los especialistas, resolver con mayor prontitud los casos de menor complejidad y reducir la concurrencia presencial de pacientes a los establecimientos de salud en contexto de pandemia.

d) Habilitación de condiciones para masificar las atenciones remotas

El escalamiento de las atenciones remotas en la red de salud pública requiere asegurar prontamente las condiciones habilitantes para su utilización. En primer lugar, se debe asegurar el equipamiento tecnológico necesario para realizar atenciones remotas en todos los establecimientos de salud pública. Ello implicará en muchos casos invertir en:

- i. Adquirir computadores y teléfonos que permitan realizar videollamadas.
- ii. Mejorar la calidad y capacidad de la conexión a internet de los establecimientos de salud.

- iii. Habilitar plataformas de registro de las atenciones remotas.
- iv. Habilitar mecanismos digitales para emitir recetas y licencias médicas electrónicas.

En segundo lugar, se requiere actualizar en forma urgente la regulación normativa y mejorar los protocolos de la atención remota de manera de entregar orientaciones claras sobre los casos en que se puede usar y las condiciones que deben cumplirse. Se debe incluir la posibilidad de modificar los actuales contratos laborales -dada la excepcionalidad de la actual situación sanitaria- para incluir el teletrabajo del personal de salud.

En tercer lugar, se requiere habilitar espacios físicos para permitir la conexión de aquellos pacientes que no cuenten con las condiciones propias para conectarse. Se pueden explorar alianzas con establecimientos educacionales, privados o de la sociedad civil que cuenten con computadores con conexión a internet que puedan ser usados por estos pacientes.

Finalmente, debe tenerse presente que para garantizar el adecuado funcionamiento de la atención remota se requiere de una preparación previa del paciente. Esta habilitación previa puede ser realizada por administrativos, técnicos en enfermería o enfermeros/as para verificar la factibilidad de conexión y asistir a los pacientes que requieran en la utilización de las plataformas de videollamadas.

e) Aumento de procedimientos

Dentro del proceso de atención del paciente, la etapa en que se cuenta con menor información es la de procedimientos. En muchos establecimientos secundarios existen extensas listas de espera internas para procedimientos clave para completar la fase diagnóstica de los pacientes. Por ello es importante destinar recursos adicionales para apoyar a los establecimientos públicos que tengan mayor colapso en esta área.

Se recomienda implementar un catastro rápido de la oferta de procedimientos existente en el sector de salud privado y aumentar los recursos públicos destinados a la compra de servicios de procedimientos por parte de los servicios de salud que tengan mayor necesidad para descongestionar sus listas de espera en este ámbito.

Conclusiones

Como se ha señalado previamente, la pandemia ha tenido un fuerte impacto en la gestión del sistema público de salud, empeorando la situación de las personas que esperan por una prestación de salud. Pero al mismo tiempo, la pandemia ha generado nuevas oportunidades para ofrecer un cuidado oportuno, continuo, e informado a las personas que se atienden en la red de salud pública. Este documento plantea que es posible mantener y fortalecer los avances logrados por el sistema público de salud y abordar los desafíos pendientes, reorganizando la gestión de la red de salud pública, desde la perspectiva de los pacientes, con el fin de mejorar su experiencia de atención y cuidado.

Para ello se propone:

- a. Rediseñar la gestión de las prestaciones de salud desde la experiencia de cuidado continuo del paciente utilizando el enfoque LEAN para la mejora continua de los procesos de salud, mediante el involucramiento activo de la organización en la eliminación de pérdidas y fallas.
- b. Fortalecer y dar continuidad a la gestión integrada de la red de salud pública y privada, lograda durante la pandemia, abordando el aumento de las garantías retrasada GES y de listas de espera no GES como una crisis sanitaria.
- c. Establecer mecanismos de acompañamiento e información durante todo el proceso de atención, especialmente en las fases de transición entre unidades o establecimientos de salud.
- d. Desarrollar estrategias coordinadas e integrales que permitan mejorar la contactabilidad de los pacientes.
- e. Estandarizar y actualizar los criterios de priorización de pacientes que esperan por una prestación de salud.
- f. Diseñar una estrategia para aumentar las atenciones remotas en base a una cuidadosa evaluación de los ámbitos y etapas del proceso de cuidado del paciente donde resultan más adecuadas.
- g. Desarrollar sistemas de información integrados e interoperables que permitan trazar y gestionar el proceso de atención del paciente.
- h. Mejorar el sistema de rendición de cuentas sobre el estado de las garantías GES retrasadas y de las listas de espera no GES.

En este documento también se desarrollaron un conjunto de recomendaciones de corto plazo para retomar la gestión de las listas de espera en contexto de pandemia en base a una actualización del estado de salud y priorización de los pacientes, el aumento de recursos para intervenciones quirúrgicas y la productividad de los pabellones, el aumento de consultas de especialidad, la habilitación de condiciones para masificar las atenciones remotas y el aumento de los procedimientos. Esperamos que estas sugerencias sean un aporte a la discusión para mejorar la gestión del sistema público de salud en Chile.

Referencias

- Bedregal, P., Ferrer, J.C., Figueroa, B., Téllez, A., Tello, C., Vera, J. y Zurob, C.** (2017). La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro. *Centro de Políticas Públicas UC, Temas de la Agenda Pública*, Año 12, N° 12. Santiago.
- Brandao de Souza, L.** (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services*, 22(2), 121-139.
- Colegio Médico** (2020). *El impacto del COVID19 en el Sistema de Salud y propuestas para la reactivación*. Santiago.
- Comisión Médica Asesora Ministerial** (2017). *Estado de situación personas fallecidas en listas de espera no GES y garantías retrasadas GES*. Santiago.
- Comisión Nacional de Productividad** (2020). *Uso eficiente de quirófanos electivos y gestión de lista de espera quirúrgica No GES*. Santiago.
- Graban, M.** (2016). *Lean Hospitals: Improving quality, patient safety, and employee engagement*. Third Edition. Boca de Ratón.
- Grupo de Trabajo Industria Salud Digital** (2018). *Salud Digital: Una visión tecnológica para Chile*. Santiago.
- Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C. y McKendry, R.** (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-21.
- Hallam, C. y Contreras, C.** (2018). Lean healthcare: scale, scope and sustainability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(7), 684-696.
- Laboratorio de Innovación Pública** (2019a). *Diseño e implementación de un sistema de información y acompañamiento de personas que se encuentran en lista de espera en el sistema público de salud: Informe 1 Diagnóstico*. Centro de Políticas Públicas UC, Santiago.
- Laboratorio de Innovación Pública** (2019b). *Modelo de acompañamiento de personas en listas de espera en el Sistema Público de Salud en Chile*. Centro de Políticas Públicas UC, Santiago.
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H. y Thor, J.** (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), 376-382.
- Ministerio de Salud** (2012). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Santiago.
- Ministerio de Salud** (2013). *Mapa de ruta: Plan estratégico de tecnologías de información [e-Salud] 2011-2020*. Santiago.
- Ministerio de Salud** (2017a). *Modelo de priorización lista de espera no GES con enfoque de riesgo y tiempos razonables de espera*. División de Planificación Sanitaria. Santiago.
- Ministerio de Salud** (2017b). *Co-construcción de bienestar, calidad de vida y derechos en salud, Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), Avances y desafíos de su implementación en Chile*. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago.
- Ministerio de Salud** (2019). *Orientaciones para la planificación y programación en red 2020*. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago.
- Ministerio de Salud** (2020). *Glosa 6: Lista de espera no GES y garantías de oportunidad GES retrasada. Ley de Presupuesto N°21.192, Enero-Junio 2020*. Santiago.
- OCDE** (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris.
- OCDE** (2020). *Waiting times for health services: Next in line*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
- OMS** (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services, Interim report*. Geneva.
- OPS** (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, No.4. Washington.
- Simonse, L., Albayrak, A. y Starre, S.** (2019). Patient journey method for integrated service design. *Design for Health*, 3:1, 82-97.
- Taylor, E.A., Fischer, S. H., Gracner, T., Tejada, I., Kim, A.Y., Chavez-Herrerias, E.R. y Hoces de la Guardia, F.** (2016). *Developing a strategic program for Chilean health information technology: Environmental scan and key informant interviews*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

CÓMO CITAR ESTA PUBLICACIÓN:

Bastías, G., Bedregal, P., Ferrer, J. C., Fulgueiras, M., Klapp, M., Tello, C., 2020. Propuestas para desconfinar la espera en la salud pública. *Temas de la Agenda Pública*, 15(132), 1-23. Centro de Políticas Públicas UC.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE