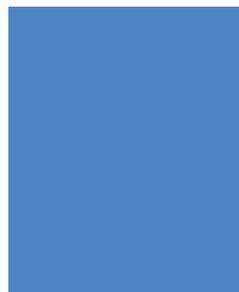




PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

# La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro



TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Año 12 / N° 102 / diciembre 2017  
ISSN 0718-9745

# La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro

## AUTORES

**PAULA BEDREGAL**

Académica Escuela de Medicina, Departamento de Salud Pública, UC

**JUAN CARLOS FERRER**

Académico Escuela de Ingeniería,  
Departamento de Ingeniería Industrial y de Sistemas, UC

**BERNARDITA FIGUEROA**

Académica Escuela de Diseño, UC

**ÁLVARO TÉLLEZ**

Académico Escuela de Medicina, Medicina Familiar, UC

**CRISTÓBAL TELLO**

Subdirector de Proyectos y codirector Laboratorio de Innovación Pública,  
Centro de Políticas Públicas UC - Coordinador de la mesa de trabajo

**JORGE VERA**

Académico Escuela de Ingeniería,  
Departamento de Ingeniería Industrial y de Sistemas, UC

**CAROLA ZUROB**

Académica Escuela de Diseño, UC

## EDICIÓN

**SOFÍA BRAHM**

Investigadora Asociada, Centro de Políticas Públicas UC



# La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro

## Presentación

La experiencia de esperar por una atención clínica es parte de todo sistema de salud, así como de otros ámbitos del sector de servicios. Sin embargo, en el sector público de salud de Chile, la espera ha alcanzado dimensiones, tiempos y características que la han transformado en un problema de gran relevancia.

Al término de julio de 2017, 1.407.237 personas en Chile se encontraban en la lista de espera no GES<sup>1</sup> por Consulta de Nueva Especialidad (CNE) y 246.843 personas estaban en la lista de espera no GES por Intervención Quirúrgica (IQ). En la lista por consultas, el promedio de espera era de 412 días, con una mediana de 280 días y, en la lista de espera por intervención quirúrgica, el promedio de espera era de 479 días, con una mediana de 391 (Ministerio de Salud, 2017a).

De acuerdo con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2017), la espera en el sector público de salud chileno se ha transformado en una fuente de malestar e irritación para la gran mayoría de la población. Según el informe Desiguales, “la molestia frente a la desigualdad se concentra en las desigualdades de acceso a la salud y la educación, y en que a algunas personas se las trate con mayor respeto y dignidad que a otras” (PNUD, 2017, p. 28). Y agrega: “un punto neurálgico en esa irritación es la espera, pues se relaciona con sentirse desatendido, pero sobre todo con la sensación de no tener otra opción más que esperar. La espera irrita porque se sabe que con dinero habría una salida alternativa” (PNUD, 2017, p. 30).

Este documento es el resultado de las reflexiones y el análisis desarrollado por un grupo interdisciplinario de la Pontificia Universidad Católica de Chile, convocado por el Centro de Políticas Públicas UC, para analizar la espera en el sector público de salud de Chile y hacer propuestas que contribuyan a mejorar esta situación.

Este análisis se enfoca en la espera por consultas nuevas de especialidad, procedimientos e intervenciones quirúrgicas de patologías no GES, desde dos enfoques complementarios: uno que observa la experiencia de los pacientes que esperan y otro que se centra en la gestión de recursos. Esta propuesta busca aportar desde una mirada centrada en la persona y sus necesidades durante la espera, las que no se relacionan solo con sus tiempos de duración.

Asimismo, se pretende aportar e influir en aquellos que deben tomar decisiones en el ámbito de las políticas públicas, desde el ámbito específico de la espera, para que la reestructuración del sistema de salud se efectúe centrándose en la persona.

## Antecedentes

La consideración de la espera en salud como un problema de la política pública, en Chile, se inicia a finales de la década de los noventa, a partir de los primeros esfuerzos en sistematizar la información sobre esta materia que hasta la fecha era desconocida. A partir del año 2000, el diseño de lo que sería el Plan de Acceso Universal (AUGE) con

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. Las listas de espera no GES son, por lo tanto, la espera para todas las patologías que no tienen garantías AUGE-GES. En el caso de las patologías GES, no se habla de listas de espera, sino de garantías de oportunidad retrasadas.

Garantías Explícitas en Salud (GES) obligó a identificar la demanda de los diversos servicios y prestaciones de salud, de manera de poder proyectar la oferta. Este ejercicio permitió visibilizar carencias de información.

El AUGE-GES estableció garantías y tiempos máximos de atención para un conjunto priorizado de patologías y puso en marcha un sistema de información con el objetivo de dar seguimiento al cumplimiento de las garantías establecidas por ley (oportunidad y acceso).

La implementación de este modelo ha hecho patente la asimetría de acceso y oportunidad entre los problemas GES y los no GES. Esto se debe, en parte, a los mayores esfuerzos por resolver las patologías que cuentan con financiamiento especial y están sujetas a una ley, en desmedro de la priorización de aquellas no contempladas en el plan AUGE.

Si bien existió, desde 2005, la intención de generar un trabajo más metódico respecto de las listas de espera, hasta 2011 los procesos para gestionirlas eran heterogéneos a lo largo del país. Ese año, la visibilización del número de personas y los tiempos de atención en la salud pública comenzaron a hacerse más evidentes con la sistematización de la información, a partir de la creación del Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE). En la Ley de Presupuesto, se estableció la obligación del Ministerio de Salud de informar trimestralmente el estado de situación de la lista de espera no GES y las garantías de oportunidades GES retrasadas, a través del informe Glosa 06. Los datos del RNLE hicieron del tema una preocupación pública al conocerse la considerable demora en la atención de las personas.

Este interés se hizo aún más fuerte con los últimos resultados del informe Glosa 06, donde también se incluyó el número de personas que falleció estando en el RNLE (22.459 en espera de Consulta Nueva de Especialidad y 2.358, de intervención quirúrgica en el año 2016) o con garantías de salud retrasadas. La información llevó al Ministerio de Salud a crear una comisión médica asesora, en 2017, compuesta por académicos de distintas universidades, para que revisara los casos, hiciera un diagnóstico y realizara recomendaciones. El trabajo de esta comisión permitió dimensionar la magnitud de las listas de espera y mostró las grandes deficiencias que

tiene el actual sistema de información (Comisión Médica Asesora Ministerial, 2017).

## Diagnóstico

### a) Estado de las listas de espera no GES

El Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) es el sistema informático utilizado por los establecimientos del sistema público de salud para registrar la solicitud de derivación de pacientes por prestaciones no GES. En el RNLE, se registran las solicitudes de derivación de: consultas nuevas de especialidad, consultas repetidas (controles), procedimientos, intervenciones quirúrgicas e intervenciones quirúrgicas complejas. Cada registro del RNLE corresponde a una solicitud de derivación, por lo que una misma persona puede aparecer más de una vez en la lista de espera si se ha solicitado más de una derivación respecto de ella.

De acuerdo con los datos entregados por la Comisión Médica Asesora del Ministerio de Salud (2017a), en 2016 hubo 3.321.791 eventos o solicitudes de derivación en el RNLE, lo que correspondería a 2.362.304 personas en espera. De ellas, el 78% esperaba por consulta de nueva especialidad; 12%, la realización de un procedimiento; y 10%, una intervención quirúrgica. Los tiempos de espera de esas personas fueron, por lo general, prolongados, con una mediana de 526 días para procedimientos, 381 días para cirugías y 302 días para consultas nuevas de especialidad.

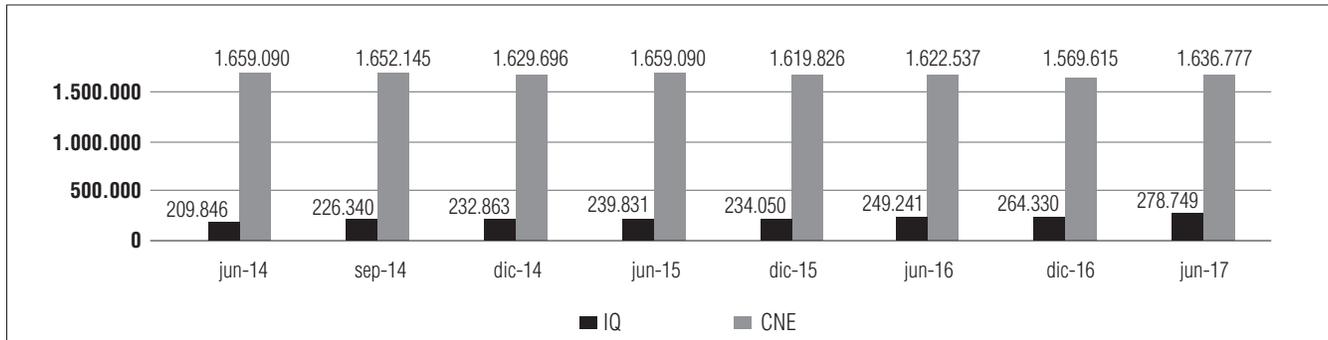
Del total de solicitudes de derivación del año 2016 en el RNLE, 42% fueron resueltas<sup>2</sup>; en cambio, el 51% de ellas se mantuvo en el RNLE a la espera de atención; el porcentaje restante egresó por causas administrativas<sup>3</sup> (Comisión Médica Asesora Ministerial, 2017). La mayoría de los eventos que en ese momento contenía el RNLE provenían del nivel primario de atención (66%), mientras que 33%, eran del nivel terciario y solo 1%, del nivel secundario (Comisión Médica Asesora Ministerial, 2017).

En los últimos años, la cifra de eventos en las listas de espera se ha mantenido relativamente estable, con altas y bajas de acuerdo con la demanda por atención en salud de la población. En el Gráfico 1 puede verse la estabilidad de la demanda en los últimos tres años.

2. Solicitud resuelta: atención fue realizada, el procedimiento fue informado, no correspondió realizar la cirugía o procedimiento, o se estuvo ante una patología GES.

3. Causas administrativas: atención otorgada en el extra sistema, cambio de asegurador, renuncia a la atención, recuperación, inasistencia, fallecimiento, registro duplicado, traslado de lista de espera o contacto no responde.

Gráfico 1. Número de solicitudes en el Repositorio Nacional de Listas de Espera



IQ para Intervenciones Quirúrgicas y CNE para Consultas Nuevas de Especialidad.  
Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud.

El número de casos en espera, por sí mismo, no constituye un dato preocupante; de hecho, es posible que aumente conforme se incrementa la esperanza de vida de la población y las prestaciones de salud disponibles. Sin embargo, al tener directa relación con la calidad de vida de las personas, la mediana de tiempos de espera constituye, ciertamente, un factor de interés. Esta ha ido disminuyendo, si se observan los datos de los últimos años (Gráfico 2).

#### b) Oferta y demanda de prestaciones de salud

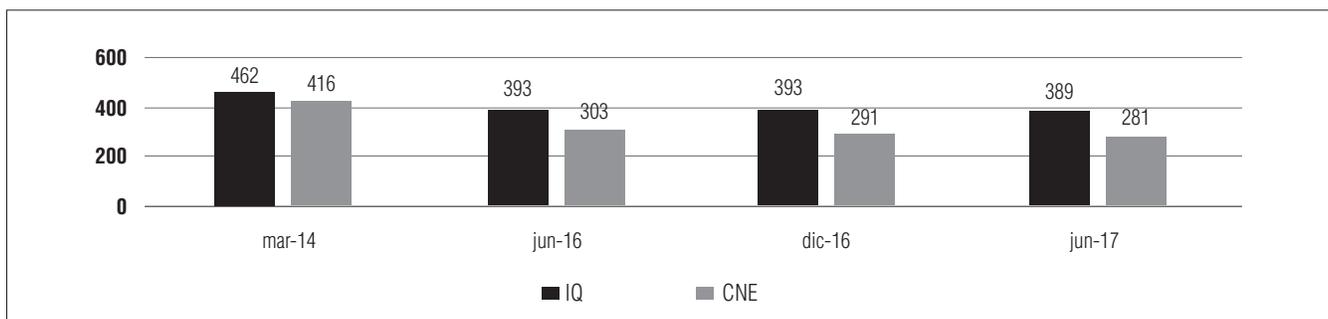
Al comparar Chile con la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), nuestra oferta de atención en salud es insuficiente frente a la actual demanda de la población.

De acuerdo con los datos entregados por la OCDE (2015), el gasto en salud per cápita en Chile es inferior al de la mayoría de los países de esta organización (1.606 USD per cápita en Chile en 2016, en comparación con

el promedio de 3.453 USD per cápita en la OCDE). Por otra parte, con relación al gasto en salud que es cubierto por los propios pacientes, Chile es el tercero más alto entre los países de la OCDE: mientras en el promedio de los países de la OCDE el 20% del gasto en salud es asumido por las mismas personas, en Chile ese gasto alcanza más de 30%.

En relación con los recursos humanos en salud, el número de médicos activos en Chile es de 2,15 por cada mil habitantes (2015) en comparación con 3,30 en el promedio de los países de la OCDE. Los médicos graduados en Chile son 8,6 por cada mil habitantes y las enfermeras activas 5,6; en cambio, en los países de la OCDE el promedio respectivo es de 11,5 y 9,1. Finalmente, en relación con algunos indicadores de recursos disponibles, la cantidad de camas en Chile es de 2,2 en hospitales por cada mil habitantes, mientras que en promedio los países de la OCDE<sup>4</sup> cuentan con 4,8 (OCDE, 2015).

Gráfico 2. Mediana de tiempos de espera (en días)



IQ para Intervenciones Quirúrgicas y CNE para Consultas Nuevas de Especialidad.  
Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud.

4. Los datos corresponden al año 2013.

La escasez de profesionales en el sistema de salud en Chile se ve agravada por su distribución desigual a lo largo del país, con una alta concentración en la Región Metropolitana (13,5 médicos especialistas cada 10.000 habitantes), seguida por Magallanes (10,3), en desmedro de otras como Tarapacá (4,8), Atacama y el Maule, ambas con solo 4,6 (Ministerio de Salud, 2017b).

### **c) Sistema de información**

Un aspecto central para tomar decisiones informadas es contar con información oportuna y correcta, lo que es clave al momento de gestionar apropiadamente los recursos y brindar acceso oportuno a servicios de salud.

Como se mencionó con anterioridad, la Comisión Médica Asesora Ministerial (2017), convocada por el Ministerio de Salud, dio cuenta de la existencia de un deficiente sistema de información sobre las listas de espera, lo que agrava los problemas de gestión del sistema de salud y dificulta el seguimiento y acompañamiento de las personas que esperan.

Dentro de sus deficiencias y limitaciones destacan:

- Los datos dan cuenta de solicitudes de derivación (eventos) y no de las personas que están esperando, haciendo invisible la situación de riesgo y urgencia en que verdaderamente se encuentran.
- No hay validadores de la calidad de los datos ni sistemas de chequeo que permitan garantizar que lo que se está registrando está correcto. Tampoco existe periodicidad para la validación de los datos. Esto genera problemas en el registro, como duplicidad de datos, personas ya atendidas que continúan en las listas, etcétera.
- Los manuales con que se cuenta para el proceso de registro de las listas de espera (Manual de Proceso de Registro de Lista de Espera no GES y Norma Técnica que acompaña el manual) contienen imprecisiones, en particular en aspectos relacionados con roles, flujo de los datos y niveles de decisión.
- El sistema de registro de listas de espera opera como un sistema de rendición de cuentas (Glosa 06, que entrega información relativa a Lista de espera GES y no GES), en vez de operar como sistema de vigilancia que provee información para la toma de decisiones oportunas.

- El RNLE no está integrado con ningún otro sistema de información de manera rutinaria, como, por ejemplo, el sistema de información de GES, estadísticas vitales o de producción de servicios.
- El sistema informático es mantenido por un proveedor externo al Minsal, en modalidad de software como servicio. Si se quiere acceder a la base de datos se debe realizar una solicitud de extracción de datos al proveedor, definida por la División de Gestión de Redes Asistenciales (Digera) según los datos que se desee monitorear. La externalización del servicio no es un problema en sí mismo, pero sí lo es la poca autonomía que tienen los tomadores de decisiones para el uso de los datos y la escasa agilidad para la obtención de estos, producto de las características del contrato más que de la propiedad de los datos.
- El Manual de RNLE establece roles o funciones para cada nodo crítico del sistema. Por ejemplo, la revisión de las solicitudes de ingreso a la lista o plataforma desde atención primaria, y su correcto ingreso. No obstante, estos roles no necesariamente se conforman y no hay quién los supervise.

El signo más revelador de estas deficiencias es el hecho de que el análisis realizado por la Comisión Médica Asesora Ministerial de las personas fallecidas en el RNLE “detectó que la información contenía errores; las personas fallecidas, mientras estaban en espera de atención en el RNLE, no eran 25.000, sino 15.625” (Comisión Médica Asesora Ministerial, 2017).

### **d) Gestión de los recursos existentes**

La existencia de la espera en salud se debe en parte al natural desequilibrio entre la oferta y demanda de sus servicios, pero también a la inherente variabilidad del sistema. Esta puede provenir de causas difíciles de abordar como es el estado de salud de una población o la aparición de una crisis sanitaria. También puede deberse a decisiones de gestión incorrectas y desinformadas o a la incapacidad de incorporar toda la complejidad del sistema. También influye la variabilidad de los procesos de atención de salud ya que, por ejemplo, una intervención quirúrgica podría complicarse y requerir más tiempo o la hospitalización postoperatoria podría ser más larga de lo planificado.

Dentro de los factores que dificultan una gestión adecuada de los recursos destaca:

- El sistema de gestión de la demanda es esencialmente reactivo, respondiendo a ella principalmente a través de su capacidad de absorberla y no de prevenirla.
- A su vez, existe escasa comunicación y coordinación al interior de la red de servicios de salud públicos, provocando una resolución parcelada de los casos. En este contexto, cada unidad asistencial responde a un evento específico, sin información y coordinación con otras que estén siendo demandadas por la misma persona, pero por motivos diferentes. Por ejemplo, si alguien es derivado a un nefrólogo por una enfermedad renal crónica avanzada y a la vez a un psiquiatra por un cuadro depresivo que no ha respondido al tratamiento, lo más probable es que las dos unidades de atención solicitadas, nefrología y psiquiatría, respondan a sus respectivas solicitudes en forma independiente y no coordinada. El sistema opera en forma fragmentada y no como una verdadera red, pues los distintos centros de atención funcionan de acuerdo a sus propias reglas, con escasas instancias de coordinación.
- Si bien la resolutivez del nivel primario en Chile está bien considerada internacionalmente (96,7 a 97,5%)<sup>5</sup> (Bass, 2012), al mirar el sistema en su conjunto se observan deficiencias importantes debido, en parte, a la falta de integración del sistema. Por una parte, el nivel primario de salud maneja recursos limitados y, por este motivo, se ve obligado muchas veces a derivar a los pacientes a los niveles secundario y terciario, aun cuando podría haber resuelto los casos. Por otra, el nivel secundario no tiene incentivos para devolver al nivel primario los pacientes una vez atendidos.
- Se hace poco uso de herramientas analíticas que permitan apoyar las decisiones de asignación y gestión de recursos en el sistema. Esto incluye las decisiones relativas a la asignación de citas en distintas especialidades, planificación de las salas de operaciones, planificación de procedimientos de alto costo y complejidad, gestión de las camas de distintas especialidades, entre otros. Si bien existen sistemas que consolidan y comunican la información (por ejemplo, el sistema Sidra de citas médicas), estos no permiten resolver el

complejo problema de asignar los recursos tomando en cuenta la incertidumbre presente y las múltiples restricciones (horario del personal, disponibilidad de médicos, etc.).

#### e) Experiencia de la espera desde las personas

En todo sistema de salud es inevitable la existencia de espera, debido a que los recursos disponibles son insuficientes frente a las necesidades de atención de la población. Sin embargo, cuando la espera es larga y los pacientes no cuentan con información, se arriesga un deterioro en su salud, se prolonga su sufrimiento y se erosiona la legitimidad del mismo sistema (Banco Interamericano de Desarrollo, 2016).

De acuerdo con el PNUD (2017), más del 30% de las personas que han tenido una experiencia de malos tratos lo han experimentado en los servicios de salud: el tercer ámbito en donde se experimentan los peores tratos (después del lugar de trabajo y la calle). Por otra parte, solo el 28,6% de la población confía en que tendrá atención médica oportuna en caso de enfermedad catastrófica o crónica grave, con una alta diferencia entre los distintos quintiles de ingreso (PNUD, 2017).

Según el PNUD, “la sensación de sentirse tratado indignamente en salud es mayor, a su vez, en personas con menor educación y con menores ingresos” (PNUD, 2017). De acuerdo a este estudio, la espera constituye un punto neurálgico de este malestar con el sistema de salud pública al producir 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), pero fundamentalmente con la sensación de no tener otra opción más que esperar” (PNUD, 2017).

Por su parte, el Centro de Políticas Públicas UC (2017) señala que “un elemento que afecta negativamente la confianza (del sistema de salud) es la oportunidad con la que se entrega el servicio. Se critican los largos tiempos de espera, tanto en consultorios como en hospitales públicos”.

Estos datos se complementan con el Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud y Posicionamiento de la Superintendencia (2016) que muestra que los principa-

5. Si bien la resolutivez aportada por esta cifra es muy apropiada, esta proviene de estudios puntuales. No existe un sistema nacional de monitoreo de la resolutivez del nivel primario de salud, siendo este un indicador clave para la gestión.

les aspectos por los cuales las personas se sienten desprotegidas por el sistema de salud son la mala calidad del sistema (32%), el alto costo de las atenciones (25%) y los largos tiempos de espera por atención (22%). Reforzando este punto, un estudio realizado por la Universidad Alberto Hurtado (2017) muestra que la salud, en términos de acceso y calidad, es el problema prioritario que ven los chilenos, tanto a nivel país como en su vida cotidiana.

Para el sistema actual, quienes esperan no son las personas, sino los eventos. Como se señalaba previamente, el Repositorio Nacional de Listas de Espera da cuenta de eventos y no de personas, sin considerar 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.

La información que reciben las personas que esperan es insuficiente, infrecuente y difícil de entender, especialmente si se considera que se trata de personas ajenas al ámbito de salud. Pese a numerosos esfuerzos realizados en el nivel primario, la interacción del sistema con los pacientes durante el proceso de espera es escasa, ocurriendo preferentemente al momento de derivación, con escasos contactos telefónicos con el paciente durante la espera. Esto dificulta la trazabilidad, por parte de los usuarios, sobre el estado de la espera y el avance en el proceso.

### **Una nueva aproximación centrada en la persona**

El sistema público de salud en Chile está al servicio de las personas. Sin embargo, su diseño actual impide que el centro sea la persona y sus necesidades de atención. Es por ello que se requiere instalar un nuevo paradigma, que aborde los pacientes como eje central.

De acuerdo con Health Innovation Network (2016), la atención centrada en la persona considera que quienes usan los servicios sociales y de salud deben ser socios iguales en la planificación, el desarrollo y la supervisión de la atención, para asegurar que se satisfagan sus necesidades. Esto implica poner a las personas y sus familias en el centro de las decisiones y verlas como expertos, trabajando junto a profesionales con el fin de obtener el mejor resultado. La atención centrada en la persona resulta ser un componente clave para desarrollar servicios de alta calidad.

Centrarse en la persona implica cambiar el concepto de espera, de uno que aborda principalmente los procesos y que se diseña a partir del sistema a otro que toma la experiencia de espera del paciente y sus necesidades como eje, y se diseña desde y con el paciente.

La literatura especializada en el tema de la espera, en distintos ámbitos de servicios, plantea que sus 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. De hecho, la percepción del tiempo de espera es subjetiva y depende de la experiencia vivida durante ese momento. En ese marco, parte del problema es el tiempo de espera mismo y otra, muy relevante, la forma en que se espera.

De acuerdo con Dilip Soman (2013), se puede mejorar la experiencia de espera siempre y cuando se cumplan ciertos principios obtenidos de la psicología social. Al respecto, este autor destaca tres. En primer lugar, la importancia del progreso en la espera, lo que genera mayor motivación y satisfacción con el sistema, y disminuye la ansiedad. Luego, menciona la tendencia humana universal a aprender y buscar mejorar a través de la comparación con otros. La espera, a pesar de estar orientada a alcanzar un objetivo personal, es también una situación social dado que existen otras personas que también intentan alcanzar el mismo objetivo, por lo que quienes esperan tienden a hacer comparaciones sociales, que conllevan una sensación de alivio y una mayor disposición a esperar. Por último, menciona lo fundamental que resulta el deseo de justicia social durante la espera. Las personas que esperan quieren ser tratados con el mismo respeto con que son tratadas las demás personas que esperan, quieren tener las mismas oportunidades de atención siguiendo el principio de “primero en entrar / primero en salir”. En este sentido, la utilización de vías alternativas para ser atendidos primero (atajos) o el no tener conocimiento sobre los criterios de priorización existentes (si es que los hay) genera más angustia y estrés.

A estos comportamientos se les pueden agregar algunos aspectos fundamentales que ha destacado Maister (1985) respecto de la psicología de esperar. El autor plantea que el tiempo en la espera puede ser percibido como más corto y se tendrá mayor disposición a esperar si: se está ocupado, acompañado; se tiene claridad sobre los tiempos de espera; se tiene la percepción de justicia; el servicio ya comenzó y si tiene alto valor para mí.

El hecho de que la experiencia de espera sea positiva o negativa tiene consecuencias significativas para el sistema de salud. La evaluación del servicio recibido depende tanto de la prestación médica recibida y su resultado como de la experiencia de la espera para recibirla (Conner-Spady et al., 2008); la experiencia de la espera tiene directa relación con la disposición a presentarse a la cita médica y de avisar en caso de decidir no presentarse (Lacy et al., 2004); y, finalmente, una negativa experiencia de espera puede incluso empeorar las condiciones de salud que generaron la espera (Sharman et al., 2017).

## Propuestas

Las propuestas se basan en cinco principios que se consideran clave para abordar la espera desde una perspectiva integral. Estos son:

1. **Centrado en la persona** y sus necesidades de salud.
2. **Dignidad y respeto** hacia el usuario.
3. **Transparencia** a la hora de comunicar las políticas de priorización y gestión existentes.
4. **Justicia** en el trato, evitando cualquier tipo de arbitrariedad.
5. **Efectividad** en resolver los problemas de la población.

La visión propuesta tiene como objetivo contribuir a que el sistema gestione la espera de atención, sin que perjudique la salud y la calidad de vida de las personas. Se pretende lograr que la persona tenga una experiencia de espera percibida como justa, confiable, informada y acompañada. Desde el sistema de salud, esa espera debe contar con una gestión eficiente, basada en un sistema de información integrado que entregue criterios racionales de toma de decisiones y, a su vez, permita una gestión proactiva y anticipatoria ante los problemas.

### I La persona informada

#### Propuesta 1: Desarrollar un sistema de comunicación con las personas que esperan.

Se propone el diseño y desarrollo de una plataforma de comunicación con los pacientes en lista de espera. Esta plataforma tendrá como propósito central que las personas conozcan el estado del proceso de espera en que se encuentran y cuenten con la información que necesitan de manera transparente.

Diseñar un sistema de estas características generará una serie de beneficios para las personas en espera:

- Contar con información sobre el avance del proceso reduce de manera importante la ansiedad de las personas, afectando positivamente la percepción subjetiva de la espera.
- Asimismo, la entrega de información favorece la impresión de un sistema justo y transparente, generando una mayor confianza en las personas y una mejor disposición hacia el sistema.
- Por otra parte, mantener a las personas informadas acerca del proceso genera una conexión con el sistema que puede reducir las no presentaciones a procedimientos o cirugías, haciendo uso del sistema de salud.
- Por último, este canal de información también puede permitir conocer cambios en el estado de salud del paciente o información de contacto. Esta información puede influir en su priorización y/o facilitar su contacto para recordatorios.

Resulta fundamental para el desarrollo de un sistema de comunicación eficiente conocer en profundidad las necesidades y capacidades de las personas en lista de espera. En base a este conocimiento, se recomienda identificar perfiles de usuarios que permitan establecer estrategias de comunicación y acompañamiento diferenciadas que se ajusten de mejor manera a sus necesidades.

El diseño de esta plataforma no debe considerar solo un soporte digital, sino más bien proponer una estrategia de información a través de múltiples canales (plataforma web, SMS, llamadas telefónicas, correo, entre otros) que se ajusten a las necesidades y capacidades de las personas (en base a los perfiles anteriormente identificados). Es importante que estos canales respondan a los atributos de la omnicanalidad, es decir, consistencia, complementariedad y concurrencia. El canal de comunicación debe ajustarse a los distintos perfiles de pacientes identificados y la información provista debe ser consistente y complementaria en cada uno de los canales. Para asegurar una comunicación efectiva, es importante que se utilice un lenguaje cercano y comprensible para las personas, alejado del lenguaje técnico, y contar con recursos gráficos que apoyen la comprensión de los contenidos.

### **Propuesta 2: Protocolizar un sistema de acompañamiento de las personas mientras esperan.**

Como plantea Maister (1985), la espera acompañada resulta más corta que la espera en solitario. Por esto, se propone que, sumado a la información que se provea a las personas en lista de espera, se incorporen elementos que les permitan fortalecer el sentimiento de estar acompañadas en el proceso. El acompañamiento puede provenir tanto del servicio de salud como de actividades entre los propios pacientes o la participación de sus familias. Asimismo, puede incorporar tanto acciones presenciales como remotas.

Si bien los centros de atención primaria desarrollan diversas actividades de apoyo para pacientes en lista de espera que padecen enfermedades crónicas y grupos específicos como madres gestantes y adultos mayores, no existen lineamientos generales desde el nivel central que garanticen políticas y estándares consistentes a lo largo del país. Asimismo, las diferencias en infraestructura, personal y recursos entre un servicio de salud y otro condicionan el que estas actividades puedan beneficiar a los pacientes en lista de espera. Es necesario establecer desde el nivel central actividades permitan “acompañar” a los pacientes en lista de espera que más lo necesitan, brindándoles apoyo médico y psicológico durante el proceso. Así, con base en los perfiles de pacientes identificados, se propone establecer actividades de acompañamiento que favorezcan a los pacientes que requieren mayor apoyo.

Algunas acciones de acompañamiento que se podrían promover desde el nivel central, para ser implementadas en todos los centros de atención primaria, son:

- Establecer una persona de contacto (ojalá única) en el servicio de salud y un canal de comunicación formal con el paciente, de manera que pueda resolver dudas sobre el avance del proceso y su situación de salud durante la espera.
- Establecer un plan de seguimiento de la situación de riesgo de la persona, donde se establezca una comunicación periódica con el paciente que permita controlar su salud, tanto física como psicológica, durante la espera. Este seguimiento también puede pesquisar situaciones sociales complejas en que se encuentran las personas debido a su situación de salud como, por ejemplo, pérdida de trabajo o riesgo social.
- Realizar sesiones de apoyo para aquellos pacientes en espera que, dada su situación de salud, requie-

ran un mayor acompañamiento tanto médico como psicológico. Estas sesiones pueden ser lideradas por personal del servicio de salud o conformar grupos de apoyo entre pares que se reúnan periódicamente con el fin de compartir experiencias. Las sesiones también pueden constituir un medio importante para la entrega de información sobre la patología que padece el paciente y cuidado durante la espera.

- Instaurar, a través de la plataforma web mencionada anteriormente, canales de comunicación tipo foros en línea, donde los pacientes puedan compartir experiencias y hacer preguntas en torno a aspectos cotidianos de su condición de salud. Estos foros podrían eventualmente ser moderados por personal del sistema de salud para asegurar que los consejos entregados no sean contrarios a los consejos médicos de la patología en cuestión.

El acompañamiento proveniente del servicio de salud naturalmente debe proveerse desde la atención primaria, la que está llamada a realizarlo en el marco del modelo de salud familiar. Este modelo considera la sectorización de la población para su mejor seguimiento por parte de equipos de cabeceras. En este contexto, son estos equipos quienes mejor pueden realizar el seguimiento de las personas que están esperando una derivación, vigilando cómo evoluciona su estado de salud y actuando en caso de cualquier situación de mayor riesgo. Para que esta función pueda realizarse en propiedad, sin descuidar el resto de sus responsabilidades, es necesario dotar a la atención primaria de los recursos necesarios para ello.

## II La persona atendida

### **Propuesta 3: Incentivar la contrarreferencia.**

Para contar con un sistema de gestión eficiente y proactivo, que aumente la resolutivez del sistema de salud como un todo, se requiere de una reingeniería de procesos enfocada en el usuario. El objetivo es que detecte los posibles puntos de mayor congestión, para lograr una mejor optimización de la atención de acuerdo con los recursos disponibles.

Un importante factor –que explica las largas esperas de los pacientes para recibir atención en salud– es la fragmentación o parcelación de la red asistencial. El paciente espera que su derivación fluya en forma ágil entre puntos de atención que para él son parte de un mismo sistema. No obstante, las personas son derivadas desde

distintos puntos de una “red o sistema” asistencial que está compuesto por diferentes unidades, cada una de las cuales tiene su propia lógica y organización.

Esta diversidad en la red agrega complejidad al proceso de derivación, pues cuando una persona es enviada desde un centro de atención primaria municipal al centro de especialidades de un hospital, está transitando entre dos ámbitos muy distintos, que en la práctica responden a objetivos e incentivos propios, no necesariamente alineados entre sí. Cada uno de estos ámbitos cuenta con sus propios procesos de atención y derivación, mediados por procedimientos normados que involucran digitaciones de formularios, revisión de atingencia, agendamiento, entre otros, que pueden afectar su continuidad, seguridad y rapidez. 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.

La calidad de la gestión que soporta este proceso incide directamente en la eficiencia del sistema de atención, aspecto sensible cuando los recursos que determinan la magnitud de la oferta son escasos en relación con la demanda. La eficiencia, por lo tanto, es un elemento relevante para los usuarios, pues mientras sea mayor, menor tiempo de espera; o, mejor dicho: a mayor eficiencia, más pronta la resolución del problema.

Como elemento necesario para mejorar esta gestión, se propone maximizar el uso apropiado de la oferta de atención de especialistas incentivando la contrarreferencia. La cantidad de cupos de atención de los especialistas es uno de los cuellos de botella que limitan la resolución oportuna de las listas de espera. Es fundamental, entonces, que se organice y priorice de acuerdo con las necesidades de atención de la población. El rol del especialista debe ser resolver aquello que quien hizo la derivación no pudo. Una vez cumplido este objetivo, es conveniente que la persona vuelva a su médico derivador, quien usualmente debería hacer el seguimiento clínico requerido, contando con el apoyo del especialista cuando lo requiera y eventualmente con controles esporádicos por este último. Solo un grupo seleccionado de pacientes debería quedar en seguimiento permanente por el especialista.

Esto, además de favorecer la continuidad de atención, permite una mayor rotación de pacientes en el nivel secundario y, por lo tanto, una mayor disponibilidad de cupos nuevos.

Para que este proceso de referencia y contrarreferencia funcione en forma eficiente, es de gran ayuda contar con:

- Un buen sistema de información clínica en línea entre el derivador y el especialista.
- Un sistema de comunicación entre ambos profesionales, permitiendo que el médico derivador pueda consultar en forma virtual sus dudas evitando consultas presenciales. La telemedicina resulta especialmente idónea.
- Gestión adecuada de los procesos de asignación de recursos médicos, así como de asignación y priorización de las citas para especialistas y procedimientos. Esto permite que la oferta del nivel secundario sea ocupada de manera eficiente, aportando aún más a la reducción de tiempos de espera para los pacientes que buscan cita de especialidad.
- Indicadores de monitoreo y evaluación que permitan verificar en qué medida se cumplen los protocolos de referencia y contrarreferencia y se utilizan adecuadamente los recursos.

#### **Propuesta 4: Usar herramientas analíticas para apoyar las decisiones de asignación de recursos de salud.**

La asignación y planificación de recursos en el tiempo, en un sistema de salud, es un problema complejo. Por un lado, existen muchos elementos que deben ser asignados: el personal de salud (médicos, enfermeras, personal de apoyo), que tiene restricciones de horarios y jornadas, y los recursos del sistema (camas, salas de procedimientos, quirófanos, equipamientos de alto costo, insumos médicos diversos), entre otros. Todos estos recursos deben ser asignados para atender la demanda de los pacientes, la cual fluctúa permanentemente. Por otro lado, el tiempo de permanencia de los pacientes en un hospital tampoco puede predecirse con exactitud, ya que, por ejemplo, pueden surgir complicaciones después de una intervención quirúrgica.

En este ambiente complejo en donde las decisiones se toman en un contexto de incertidumbre, se hace muy difícil que una visión solo basada en la “experiencia”, por ejemplo, logre el mejor uso de los recursos. Una mala asignación de camas puede tener como consecuencia que una operación no se pueda realizar, alargando el tiempo de espera de un paciente y, en consecuencia, deteriorando su salud.

La experiencia internacional es abundante en mostrar que el uso de herramientas analíticas de la Ingeniería

Industrial puede tener un impacto muy importante en lograr un uso eficiente de recursos y mejorar el nivel de atención a los pacientes en forma significativa (Rais & Viana, 2011; Royston, 2011).

El sistema de salud debe poner en práctica proyectos concretos de usos de herramientas analíticas que apoyen a los gestores de la red de salud y les permitan un mejor uso de los recursos y personas.

Se propone:

- Desarrollar sistemas que permitan usar la información disponible para lograr mejores predicciones de demanda a todo nivel. Esto, si bien ya se hace parcialmente, debe llevarse adelante, recurriendo a técnicas modernas de Ciencias de Datos que combinen muchas variables (médicas, geográficas, demográficas, entre otras), en forma inteligente, para caracterizar mejor a los usuarios y tratar de anticipar la demanda por recursos de salud. Así, se extiende lo comentado en la Propuesta 3, ya que estos sistemas también deben tomar en cuenta las interacciones dentro de la red del sistema de salud.
- Puesta en práctica de sistemas de apoyo a las decisiones que permitan una asignación eficiente de citas médicas de especialidades, de procedimientos, de cirugías, tomando en cuenta no solo la demanda actual, sino también las predicciones de futura demanda con su incertidumbre y la disponibilidad de personal médico y recursos.
- Desarrollar sistemas que permitan manejar de manera eficiente los insumos médicos. Por ejemplo, un sistema de gestión eficiente de los inventarios, para tener precisamente lo que se necesita, cuándo se necesita y dónde se necesita. También, un sistema de gestión eficiente de los turnos del personal de salud, de manera de disponer de su presencia cuando la demanda de los pacientes la requiera.

### III La persona priorizada

#### **Propuesta 5: Establecer criterios de priorización según riesgo.**

Comúnmente se considera que el proceso de espera de una persona para tener acceso a una consulta o un procedimiento especializado comienza cuando el profesional realiza la solicitud correspondiente y se completa cuando la persona recibe la prestación. Sin embargo, el

proceso de atención no termina realmente mientras no se resuelva completamente el problema que originó la consulta. Los hitos que deberían marcar el término de la atención debieran ser el alta respecto al problema que originó la atención y la comunicación de la información resultante a los prestadores que participaron del proceso, especialmente a quien originó la derivación.

La lógica que se utiliza actualmente se basa en los requerimientos de atención específicos y no en la persona de manera integral. Para cambiar esta lógica, resulta fundamental modificar los criterios de priorización que existen hasta el momento (que ven solicitudes de derivación aisladas y las ordenan de acuerdo con el momento en que fueron realizadas) y establecer una según riesgo de salud de la población. Un criterio de priorización adecuado debiese considerar que quien es derivado y entra en estado de espera a ser atendido es una persona y no una “derivación” o un “diagnóstico”.

Todas las personas que esperan una atención por especialista o un procedimiento son diferentes. Reconocer sus diferencias permite organizar sus demandas y necesidades de atención en forma más apropiada, priorizándolas por criterios más inteligentes y útiles que solo el orden cronológico con que se subió su interconsulta al sistema. Por ejemplo, es distinto hacer esperar a una persona para una cirugía de un *hallux valgus* (juanete) si ella es o no diabética, ya que la postergación de esta cirugía en una persona diabética agrega riesgos que en el no diabético no están presentes.

Para operacionalizar un criterio de priorización según riesgo, es necesario contar con información adecuada y herramientas de análisis específicos, elementos que hoy están disponibles para ser implementados.

Se propone diseñar y poner en marcha un nuevo modelo de priorización que requiere:

- Seleccionar un conjunto mínimo de datos que permita calificar adecuadamente el riesgo de cada persona, tales como la edad, enfermedades que porta, limitaciones físicas o mentales, calidad de redes de apoyo, etc. Un niño derivado a un neurólogo por un déficit de atención que no responde al tratamiento de primera línea es distinto si está o no en riesgo de deserción escolar o si carece de una red de apoyo familiar que lo sostiene y depende de una institución como el Servicio Nacional de Menores (Sename). Visibilizar estos elementos resulta fundamental a la hora de realizar una priorización centrada en la persona.

- Organizar a la población según su riesgo y complejidad de atención, asignando a cada persona una calificación de riesgo. Existen herramientas disponibles para lograr esto, por ejemplo, ACG<sup>6</sup> y CRG<sup>7</sup>, entre otras. Esta calificación puede ser usada como otro de los criterios de priorización para organizar la demanda o listas de espera, según riesgo, y ser usado por un sistema de asignación de citas de especialidad en forma integral. Un sistema que visualice todos estos aspectos podría, por ejemplo, tratar de asignar citas seguidas el mismo día para más de un especialista a un paciente que los necesita, en vez de ver solamente los requerimientos independientes de cada agenda, como ocurre actualmente, los cuales pueden terminar en días diferentes y separados por largo tiempo, con el consiguiente riesgo de que la condición general del paciente empeore.

Esta propuesta implica implementar cambios profundos en la organización y en el modo de operar de las redes asistenciales. Para realizar los cambios no solo se debe disponer de los recursos y tecnologías necesarias, sino sobre todo contar con un plan de gestión de cambio que facilite y mejore el éxito de la implementación. Cuando los profesionales han estado trabajando desde siempre bajo una estructura que organiza sus actividades de acuerdo con protocolos y programas centrados en diagnósticos y, además, donde las personas que están detrás de estos diagnósticos son “pacientes anónimos”, no es posible pensar que basta con implementar los elementos descritos para que el cambio se produzca. Este cambio implica modificar la forma de trabajo habitual y reorganizarlo de una forma más compleja, pero más beneficiosa para los pacientes. Por ello, es fundamental justificar el cambio en propósitos que hagan sentido a quienes deberán protagonizarlo. Ideas como mejorar la calidad de vida, respetar la dignidad de las personas que esperan una atención, aumentar la eficiencia y efectividad del sistema pueden servir para movilizar a los tomadores de decisión y a los equipos de atención.

#### IV La persona visibilizada

##### **Propuesta 6: Contar con un sistema de información integral y robusto para gestionar las listas de espera.**

El sistema público de salud en Chile cuenta hoy con un

sistema de información insuficiente, poco asequible para la toma de decisiones y poco confiable, debido a la falta de seguimiento y validación de los datos. Además, la información suele observarse a nivel nacional, impidiendo que en el nivel local se manejen indicadores robustos que permitan hacer gestión clínica y comunitaria.

Dada la escasez de recursos (humanos, capital, equipos, etc.), siempre presente en todo sistema de salud, es fundamental una buena gestión de las esperas para poder calzar la oferta con la demanda de la mejor forma posible, logrando reducciones en las esperas de los pacientes.

El exceso de demanda por sobre la oferta disponible por cierto que genera esperas, pero hay que estar conscientes de que incluso en sistemas con menor demanda que oferta se producen esperas producto de las variabilidades en el sistema (llegadas de pacientes, tiempos de atención, etc.).

Los sistemas de información son un elemento clave para una gestión eficiente de los recursos en salud y así poder entregar un mejor nivel de servicio de salud a las personas. Además, sirven para mejorar el conocimiento sobre la población que se busca atender, definiendo políticas proactivas en salud.

La información también es clave. Si no se cuenta con datos de calidad, no es posible ajustarse a las necesidades de las personas ni priorizar ni medir el logro de objetivos. Lo que no se mide no puede ser mejorado. Así, los tiempos de espera seguirán en aumento.

Se propone:

- Implementar una reingeniería del actual sistema de información o creación de uno nuevo, de manera que considere una mirada integral entre los niveles central, servicios de salud, y por establecimiento y categorice los datos por tipo de atención siguiendo el patrón actual (primera consulta, control, tratamiento, cirugía, etc.) y que se integre, por ejemplo, en función de la de cédula de identidad, de modo que se identifique fácilmente el número de interconsultas o derivaciones por paciente, sus requerimientos específicos y calificación de riesgo.
- El sistema debe vincular la información de listas de espera y tiempos de espera con otros sistemas de in-

6. El ACG (Grupos Clínicos Ajustados, por sus siglas en inglés) es un Sistema de Ajuste de Riesgo que permite clasificar a pacientes basándose en niveles de comorbilidad. Fue elaborado por la Universidad Johns Hopkins.

7. Los CRG (Grupos de Riesgo Clínico, por sus siglas en inglés) son un Sistema de Ajuste de Riesgo que permite identificar el estado de salud de los individuos de una población asignada y predecir su consumo de recursos mediante la integración de toda la información clínica.

formación de salud para la detección de información obsoleta (ej. paciente en la lista actual, pero que ya fue tratado).

- Mantener una lista de espera limpia, para lo cual (i) Deben crearse todo tipo de validadores de los datos ingresados e (ii) Incentivar a todos los *stakeholders* del sistema de salud (pacientes, médicos, personal de salud, etc.) a mantener limpia la lista. Por ejemplo, se requiere la integración con diferentes sistemas de información que permitan verificar que una persona está en lista de espera al pedir hora en algún servicio de salud o al realizar trámites en algún servicio público.
- Dado que los servicios de salud tienen un gran conocimiento de la población, deberían tener un rol de alimentación del sistema de información para establecer criterios de priorización más adecuados para las necesidades de su población. La prioridad de cada paciente es dinámica, por lo que el sistema de información debe poder actualizar dicha prioridad o enviar advertencias para que sean revisadas.
- Generación de KPI<sup>8</sup> estratégicos para monitorear las esperas en el tiempo e identificar problemas con pacientes críticos. El número total de pacientes esperando más de un cierto tiempo puede ser un KPI muy importante a la hora de tomar decisiones de localización/construcción de nuevos centros de salud.
- Todos los datos en este sistema integral de esperas servirán para calibrar modelos predictivos y de simulación, con el fin de poder anticiparse a situaciones críticas de atención en salud y así tomar medidas proactivas que las atenúen.
- Especial atención debe ponerse al manejo de aquellos que toman las decisiones (usuarios autorizados) en torno a las listas de espera. El sistema de información debe considerar un detallado control de perfiles que permita dar los permisos que tendrá cada usuario.
- También es fundamental guardar un registro de cada movimiento que se haga en el sistema (qué, quién y cuándo lo hizo) para poder rastrear cualquier problema que se presente. Además, esto debe ser de público conocimiento de los usuarios autorizados para desincentivar acciones que vayan en contra de las prioridades definidas.

## Conclusiones

La espera en el ámbito sanitario resulta de un desequilibrio entre la oferta y la demanda de servicios de salud y, como tal, está presente en la mayor parte de los sistemas sanitarios. Sin embargo, no es irrelevante cómo, cuánto y por qué cada persona debe esperar. La forma de abordar y gestionar la espera tiene importantes consecuencias en la calidad de vida de las personas y en la efectividad de los sistemas de salud. Abordar la espera en salud abre la oportunidad de poner a la persona en el centro del sistema, como desafío para humanizar los procesos y permitir que respondan a las actuales necesidades de la población.

A partir del diagnóstico realizado, fue posible constatar algunos problemas que están afectando directamente al tema de la espera. En primer lugar, si nos comparamos con la mayoría de los países de la OECD, la oferta por atención en salud en Chile es limitada frente a la demanda de la población. No obstante, aumentar la oferta nunca será suficiente si no es bien gestionada. Al respecto, se constatan deficiencias del sistema de información de salud que dificultan una gestión proactiva de la demanda y, a su vez, deficiencias de los procesos que hoy existen. Por ejemplo, la escasa comunicación y coordinación al interior de la red de servicios de salud públicos, la falta de incentivos para la resolutivez en los distintos niveles del sistema y el poco uso de herramientas analíticas que permitan apoyar las decisiones de asignación y gestión de recursos en el sistema. Como último punto de diagnóstico, se dio cuenta de la precariedad de la vivencia de la espera desde las personas, lo que genera sensación de malestar y de abandono, y aumenta los niveles de ansiedad. Este último punto resulta especialmente alarmante, al constatarse que hoy permanece oculto para el sistema y para las diversas propuestas de política que involucran el tema de la espera. Por los diversos factores que involucran este diagnóstico, fue posible concluir que el sistema de salud hoy no está centrado en la persona y sus necesidades de atención.

Este documento de trabajo plantea una serie de propuestas que abordan la experiencia de la espera, y no solo sus tiempos, teniendo a la persona y sus necesidades como eje central. Para elaborar las propuestas, se tomaron en cuenta seis principios que se deseaban abordar: el centro en la persona y sus necesidades de salud, la

8. KPI (Indicador Clave de Rendimiento por su sigla en inglés) es una medida del nivel del desempeño de un proceso. Su valor está directamente relacionado con un objetivo fijado de antemano y normalmente se expresa en términos porcentuales.

dignidad y respeto hacia el usuario, la transparencia a la hora de comunicar las políticas de priorización y gestión existentes, la justicia en el trato, evitando cualquier tipo de arbitrariedad, y la efectividad en resolver los problemas de la población.

En relación con la experiencia de la espera, se propone mantener a la persona informada y acompañada, a través de un sistema de comunicación y un sistema de acompañamiento protocolizado. En relación con la gestión clínica, se incentiva la contrarreferencia y se utilizan herramientas analíticas para apoyar las decisiones de asignación de recursos, permitiendo predecir mejor la demanda, asignar de manera eficiente las citas médicas y gestionando de mejor forma los inventarios y los turnos. Respecto de las políticas de priorización, se propone establecer criterios según riesgo, punto fundamental para responder de mejor manera a las personas y sus necesidades particulares. Finalmente, desde el punto de vista del sistema de información, se propone contar con un sistema de información integral y robusto para gestionar las listas de espera, que sirva para caracterizar al usuario según riesgo y así apoyar la toma de decisiones de asignación de recursos a nivel central, de servicios de salud y local.

Estas propuestas buscan rediseñar la espera desde el punto de vista de quienes esperan y no desde la mirada de quienes gestionan la espera. Rediseñar la espera implica necesariamente rediseñar el sistema de salud desde las personas, de manera de ofrecer no sólo consultas, procedimientos o cirugías oportunas y de alta calidad, sino que también una experiencia de atención, acompañamiento y resolución de problemas que sea satisfactoria y contribuya al mejoramiento de la salud de las personas.

## Referencias

- Banco Interamericano de Desarrollo**, 2016. *Listas de espera: un mecanismo de priorización del gasto en salud*. Breve 15. Bogotá.
- Bass C.**, 2012. *Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutividad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios?* Medwave, Dic 2012 (11): e5571 doi: 10.5867/medwave.2012.11.5571
- Bitran, G., Ferrer, J., Oliveira, P.**, 2008. *Managing customer experiences: Perspectives on the temporal aspects of service encounters*, M&Som-Manufacturing & Service Operations Management, 10(11), 61-83.
- Centro de Políticas Públicas UC**, 2017. *100 Chilenos, una experiencia para volver a confiar*. Santiago.
- Comisión Médica Asesora Ministerial**, 2017. *Estado de Situación Personas Fallecidas en Listas de Espera No Ges y Garantías Retrasadas Ges*. Santiago.
- Conner-Spady B, et al.**, 2008. *Willingness of patients to change surgeons for a shorter waiting time for joint arthroplasty*. CMAJ. 2008 Aug 12; 179(4), 327-32. doi: 10.1503/cmaj.071659.
- Health Innovation Network, South London**, 2016. *What is person-centred care and why is it important?* Londres.
- Lacy et al.**, 2004. *Why We Don't Come: Patient Perceptions on No-Shows*. Ann Fam Med, 2, 541-545. doi: 10.1370/afm.123
- Larson, R.**, 1987. *Perspectives on Queues: Social Justice and The Psychology of Queueing*. Operations Research, 35(16), 895-905.
- Maister, D.**, 1985. *The Psychology of Waiting Lines. The Service Encounter*. J. a. Czepiel, MR Solomon, and C. Suprenant.
- Ministerio de Salud**, 2017a. *Glosa 06: Lista de Espera No GES y Garantías de Oportunidad GES Retrasadas*. Santiago.
- Ministerio de Salud**, 2017b. *Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud, Glosa 01, letra i. Ley de Presupuesto Año 2017*. Santiago.
- Norman, D.A.**, 2008. *The psychology of waiting lines*. Excerpt of.
- OCDE**, 2015. *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)
- PNUD**, 2017. *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Rais, A. y Viana, A.**, 2011. *Operations Research in Healthcare: a survey*. Int. Trans. Oper. Res., 18(1), 1-31.
- Royston, G.**, 2011. *Meeting global health challenges through operational research and management science*. Bulletin of the World Health Organization, 89(9).
- Ryu, J. y Lee, T.**, 2017. *The Waiting Game – Why Providers May Fail to Reduce Wait Times*. The England Journal of Medicine, June 15, 2017.
- Sharman, M.J. et al.**, 2017. *The support needs of patients waiting for publicly funded bariatric surgery – implications for health service planners*. Clinical Obesity n°7.
- Soman, D.**, 2013. *The Waiting Game: The Psychology of Time and its Effects on Service Design*. Rotman Magazine, spring 2013, 41-45.
- Superintendencia de Salud**, 2016. *Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud y Posicionamiento*. Santiago.
- Universidad Alberto Hurtado**, 2017. *Chile dice*. Santiago.
- Vassilakopoulou, P., Grisot, M., Aanestad, M.**, 2017. *Friction forces and patient-centredness: Understanding how established logics endure during infrastructure transformation*. Health Informatics Journal, Special Issue Article.



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

# Centro UC

## Políticas Públicas

**[www.politicaspUBLICAS.uc.cl](http://www.politicaspUBLICAS.uc.cl)**  
**[politicaspUBLICAS@uc.cl](mailto:politicaspUBLICAS@uc.cl)**

### **SEDE CASA CENTRAL**

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 340, piso 3, Santiago.  
Teléfono (56-2) 2354 6637.

### **SEDE LO CONTADOR**

El Comendador 1916, Providencia.  
Teléfono (56-2) 2354 5658.

### **CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC**

- Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal • Facultad de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos
- Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas • Facultad de Ciencias Sociales • Facultad de Derecho • Facultad de Educación
- Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política • Facultad de Ingeniería • Facultad de Medicina