

29/10/2018

Fecha

DOCUMENTO DE COOPERACIÓN TÉCNICA

I. Información básica de la TC

▪ País/Región:	Chile/CSC
▪ Nombre de la CT:	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.
▪ Número de CT:	CH-T1211
▪ Jefe de Equipo/Miembros:	Patricia Jara Males (SPH/CCH), Jefe de Equipo; Frederico Guanais, (SPH/CPE); Jennifer Nelson (SCL/SPH); Paola Robles (CSC/CCH); Analía La Rosa (CSC/CCH); Krysia Avila (LEG/SGO); y Alejandra Aguilar (SCL/SPH).
▪ Taxonomía:	Apoyo al Cliente
▪ Fecha de Autorización del Abstracto de CT:	10 de agosto de 2018
▪ Beneficiario:	República de Chile, por intermedio del Ministerio de Salud
▪ Organismo Ejecutor:	Banco Interamericano de Desarrollo
▪ Donantes que proveerán financiamiento:	Programa Estratégico para el Desarrollo Social Financiado con Capital Ordinario (SOC)
▪ Financiamiento Solicitado del BID:	US\$200.000
▪ Contrapartida Local, si hay:	US\$12.000 (en especies)
▪ Periodo de Desembolso	30 meses (incluye periodo de ejecución):
▪ Fecha de Inicio requerido:	Octubre 2018
▪ Tipos de consultores:	Firmas
▪ Unidad de Preparación:	División de Protección Social y Salud (SCL/SPH)
▪ Unidad Responsable de Desembolso:	Representación del Banco en Chile (CCS/CCH)
▪ CT incluida en la Estrategia de País:	No
▪ CT incluida en CPD:	No
▪ Alineación a la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020:	Inclusión social e igualdad

II. Objetivos y Justificación de la CT

- 2.1 **Las esperas en salud como problema de política pública.** En los últimos años, la cifra de eventos en listas de espera se ha mantenido relativamente estable. Según datos aportados por el Ministerio de Salud de Chile, a inicios de 2018 existían 1.804.009 personas esperando por una consulta de especialidad o una intervención quirúrgica en el sistema público de salud¹, con un promedio de espera de 376 días en el caso de la espera por consultas de especialidades y de 483 días en el de cirugías. La espera en el sistema de salud no es en sí un problema ya que por definición es un efecto del proceso de ajuste entre la demanda por atención, la capacidad del sistema y la disponibilidad de las prestaciones; sin embargo, sí lo es la duración de esa espera si la postergación de la atención genera un empeoramiento en la condición de salud. Esto es particularmente grave en el caso de las personas adultas mayores, especialmente para las que tienen alguna enfermedad crónica. Ellas constituyen un grupo prioritario para el sistema de salud ya que generan el 26% de las consultas a nueva especialidad y el 25% de las intervenciones quirúrgicas. En su caso, la espera por atención, procedimientos o cirugía puede generar un agravamiento de su condición de salud lo que puede generar períodos de hospitalización más prolongados, muchas veces en unidades

¹ Lista de Espera - Informe Glosa 06. [Ministerio de Salud, 2018.](#)

de cuidado intensivo, lo que implica también un alto costo de atención y una larga ocupación de los recursos asistenciales².

- 2.2 Según la Comisión Médica Asesora Ministerial creada en 2017 para analizar el estado de situación de personas fallecidas en listas de espera, los elementos que explican el comportamiento de las listas en Chile son los que comúnmente explican este fenómeno en países de ingresos medios o altos: (i) desbalances producidos entre las tecnologías médicas y las competencias de los equipos clínicos en la atención primaria; (ii) falta de especialistas para brindar atenciones de mayor complejidad; y (iii) falta de incentivos adecuados para mejorar la productividad clínica y asistencial, con una mejor organización de funciones, articulación de prestaciones y coordinación de la red de atención en todos sus niveles³. En el caso chileno se agregan dos problemas adicionales: por un lado, el Registro Nacional de Listas de Espera (RNLE), sistema en el cual se llevan a cabo el registro, procesamiento y validación de la información, adolece de insuficiencias como duplicaciones, registros incompletos y no estandarizados, que afectan la calidad de los datos que entrega, afectando la gestión de los tiempos y listas de espera. Por otro lado, hay problemas en la dotación de recursos humanos, no sólo en términos del número de médicos, enfermeras y clínicos de especialidad, sino también de su distribución a lo largo del territorio nacional, ya que muchos de los que existen se encuentran altamente concentrados en zonas metropolitanas y en el centro del país, y con poca presencia en las zonas rurales y periferias.
- 2.3 Este diagnóstico ha sido refrendado por expertos que han analizado el modelo chileno y el plan de beneficios en Salud GES (Garantías Explícitas en Salud) que prioriza las patologías más relevantes para las cuales se establecen criterios de acceso y garantías específicas de espera. Si bien esto agiliza la concesión de prestaciones garantizadas por ley, existen también garantías vencidas en cuanto al plazo efectivo en que se otorgan, a lo que se suman los problemas en la gestión de los tiempos de espera de las patologías que no han sido priorizadas. Entre los factores que se han identificado como críticos para la gestión de los tiempos de espera se mencionan: (i) ineficiencias en gestión clínica y administrativa; (ii) confusión en los roles institucionales de cada uno de los actores en cuanto a oportunidad, financiamiento y acceso; (iii) organización del modelo de atención que genera alta congestión de los servicios de salud sin dotar de mayor resolutiveidad a la atención primaria; (iv) deficiencias en la disponibilidad de información que permita monitorear oportunidad; (v) falta de una estrategia comunicacional que informe adecuadamente a los usuarios sobre tiempos de espera y trayectoria en el proceso de obtención de la atención; (vi) brechas en inversión en infraestructura y formación de especialistas; y (vii) ausencia de un sistema de control de gestión y monitoreo del desempeño en todos los niveles⁴.
- 2.4 **Relevancia de mejorar la experiencia del paciente en la espera.** La experiencia de la espera incide directamente sobre la valoración de la calidad de la respuesta recibida por parte del sistema de salud contribuyendo al nivel de satisfacción del usuario con la atención que se le otorga. Es importante además porque esa experiencia puede influir en los resultados de salud del paciente. La experiencia de espera no sólo está determinada por aspectos objetivos como el tiempo

² El envejecimiento y las enfermedades crónicas tendrían que ser prioridad en la gestión de las listas de espera en salud. El envejecimiento poblacional de Chile es considerablemente superior al promedio observado en América Latina (39,6 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes) y cercano a lo registrado en los demás países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD). Esta tendencia se mantendrá en la próxima década, por lo que el país se verá sometido a una profundización del proceso de envejecimiento con un fuerte aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, que tensionará especialmente a la red asistencial pública.

³ Estado de situación personas fallecidas en lista de espera. [Ministerio de Salud, 2017](#).

⁴ Listas de Espera: Un Mecanismo de priorización del Gasto en Salud. [BID, 2016](#).

transcurrido sino también por aspectos subjetivos tan importantes como el trato recibido, el grado de información con que se cuenta, la transparencia de los criterios utilizados en la priorización, la percepción de justicia en el orden de atención y el grado de comunicación (establecido por el sistema) con el paciente para orientarlo en esa transición a la atención. Así como la espera puede ser negativamente percibida cuando se trata de un proceso de incertidumbre, también puede ser percibida positivamente y como más corta cuando el usuario recibe información, se siente acompañado, y siente que en efecto el servicio ya se ha iniciado, generando mayor aceptación a la idea de una atención no inmediata⁵.

- 2.5 La OCDE ha señalado que entender la experiencia del paciente cuando recibe atención en salud resulta fundamental para mejorar la entrega de servicios de salud centrado en los usuarios⁶. 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 sistema⁷. En cambio, cuando la espera se gestiona de forma proactiva mejorando la experiencia de los pacientes se puede influir positivamente no solo en la valoración subjetiva del servicio recibido, sino inclusive en los resultados objetivos de salud⁸.
- 2.6 El impacto de la experiencia sobre los indicadores de salud, tanto de satisfacción como de resultado, se explica por la importancia que tienen los pacientes y su entorno sobre el desempeño de su propia salud. Para que un tratamiento de salud sea exitoso es necesario que el paciente sea un actor principal del mismo, cumpliendo las indicaciones médicas, siguiendo los regímenes farmacológicos y gestionando los cambios de hábitos, toma de exámenes y realización de procedimientos, entre otros. Un caso destacado, como es el Servicio de Salud Nacional del Reino Unido (NHS), ha establecido tres pilares de la calidad en el sistema: (i) experiencia del paciente; (ii) seguridad del paciente; y (iii) efectividad clínica. Este modelo ha mostrado que, gestionar el primer pilar, no solo incrementa la satisfacción de los pacientes, sino también los resultados de los otros componentes. Así, una buena experiencia se asocia a estancias hospitalarias más cortas, menores tasas de readmisión y costos más bajos.
- 2.7 En una línea similar se encamina el recién publicado reporte comparativo del BID sobre de los servicios y sistemas de atención primaria de las principales regiones del subcontinente americano⁹. En dicho reporte se confirma la importancia de adoptar el *design thinking* o diseño de soluciones basado en la perspectiva de las personas a la adecuación de los sistemas de salud en la región, lo cual implicaría organizar la provisión de los servicios considerando integralmente las necesidades, experiencias y preferencias de los pacientes. Esto es posible mediante el uso de instrumentos que capturan y miden la experiencia de los pacientes con alguna característica de los servicios de salud, y pueden ser utilizados para evaluar la calidad de la atención o monitorear la mejora de los servicios. Se trata de los indicadores vinculados a Resultados Informados por el Paciente (PROM, por sus siglas en inglés) e indicadores sobre Experiencia Informada por el Paciente (PREM, por sus siglas en inglés), métricas de

⁵ La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro. [Centro de Políticas Públicas UC, 2017.](#)

⁶ “Existe (en los países miembros) un reconocimiento cada vez mayor de la importancia de la perspectiva de los pacientes para la entrega de servicios de salud de calidad. Capturar y reportar la experiencia de los pacientes es una parte importante de los esfuerzos de medición de resultados de los sistemas de salud” ([OCDE, 2017](#)).

⁷ [BID, 2016](#)

⁸ *Making the experience of elective surgery better.* [Fregene T, 2017.](#)

⁹ Desde el paciente. Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. [BID, 2018.](#)

desempeño muy promisorias en cuanto a mejora de los servicios de salud, lo cual es perfectamente aplicable a la gestión de la espera por atenciones en salud.

- 2.8 **Agenda del gobierno para abordar el problema de las esperas en salud.** La espera en salud es mencionada por la ciudadanía como una de las principales prioridades en materia de mejora de las políticas de salud en el país¹⁰. Para su mejor abordaje, se ha iniciado la implementación de un nuevo Sistema para la Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) que busca mejorar el monitoreo y la gestión de la nómina de personas que se encuentran esperando atención de especialidad, procedimiento o cirugía. Si bien desde el punto de vista de la gestión, se están tomando medidas que podrían ampliar la capacidad de atención, como la ampliación del horario de funcionamiento de algunos pabellones, aún no se cuenta con un sistema de gestión integral que además de movilizar los recursos asistenciales para lograr una mayor resolutiveidad, aproveche el tiempo de la espera con algún mecanismo de contacto que permita acompañar a los usuarios en ese proceso. Para avanzar en esa línea, el Programa de Gobierno ha incluido la reducción de las listas de espera como uno de los ejes de la reforma en salud, junto a otras medidas como reformar la atención de consultorios y centros de salud primaria para otorgarles mayor resolutiveidad y modernizar el modelo de atención de salud.
- 2.9 **Objetivo.** Esta CT tiene como objetivo contribuir a la mejora de la provisión de servicios sanitarios mediante el diseño de un sistema de información, gestión y acompañamiento a personas que se encuentran en lista de espera para recibir atención de especialidad, procedimientos o cirugías en el sistema público de salud. Con esta iniciativa se busca mejorar la sensibilidad del algoritmo de priorización para detectar a tiempo los casos que demandan atención más urgente por condición de gravedad, factores de riesgo y otros condicionantes asociados a un posible empeoramiento, y aprovechar la espera como una oportunidad para mejorar la educación de los pacientes sobre su enfermedad y proveer orientaciones terapéuticas útiles al automanejo de su condición de salud mediante nuevas modalidades de acompañamiento en la espera. Esto bajo la premisa de que no basta con mejorar la gestión de las listas de espera a fin de reducir los tiempos de transición, lo que ha sido establecido como prioridad dentro del programa del actual gobierno, sino que además es necesario mejorar la experiencia de la espera a través de sistemas adecuados de información y acompañamiento para las personas en esta situación. Este proyecto consiste en el diseño y pilotaje de dicho sistema.
- 2.10 **Alineación estratégica.** Esta CT es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (UIS) (AB-3008) y se alinea con el desafío de desarrollo de Inclusión Social e Igualdad, ya que la incorporación de un nuevo sistema de manejo de las listas de espera en el sistema público de salud ofrece la posibilidad de mejorar la calidad de la experiencia de la espera, lo cual contribuye a la satisfacción de los pacientes y a la disminución de los propios riesgos en salud. Así mismo, el resultado de la CT está alineado con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7) en su dimensión de éxito 1 – todas las personas informadas y corresponsables por el cuidado de su salud; y en su dimensión de éxito 2 – todas las personas tienen acceso a servicios de salud y nutrición de alta calidad, oportuna y continua. Adicionalmente, se alinea con la Estrategia de País del Banco con Chile (GN-2785) contribuyendo a los objetivos estratégicos de fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) y fortalecer la gestión pública para preparar al Estado para demandas ciudadanas crecientes. Finalmente, la CT está en conformidad con los objetivos, ámbitos de intervención

¹⁰ Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud 2017. [Superintendencia de Salud, 2018.](#)

y actividades elegibles, previstos en las secciones 6.1, 6.29 y 6.30 del documento marco del Programa Estratégico para el Desarrollo Social financiado con Capital Ordinario (GN-2819-1), específicamente esta operación contribuirá al objetivo de mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios sociales, y de promover y fomentar la inclusión social.

III. Descripción de las Actividades/Componentes y Presupuesto

- 3.1 Componente 1. Estudios de prefactibilidad de un modelo de acompañamiento a pacientes en espera por atención en salud (BID US\$83.000, Local US\$12.000).** Tiene como objetivo realizar los estudios de base para la identificación de necesidades prioritarias de acompañamiento de pacientes en lista de espera, así como las alternativas disponibles para su abordaje. Este componente financiará acciones relacionadas con: (i) investigación cualitativa, para caracterizar la etapa de la espera e identificar las necesidades de acompañamiento y oportunidades de soporte asistencial para los pacientes priorizados; (ii) revisión narrativa de literatura, para contar con una síntesis de la mejor evidencia disponible sobre este tema; y (iii) revisión de condiciones institucionales que ayuden a identificar alternativas factibles de gestión de listas de espera basadas en una modalidad de acompañamiento. Esto incluye un análisis de las normas, protocolos y procedimientos que rigen la interacción de los distintos niveles de atención del sistema de salud con los usuarios en sus distintos niveles de complejidad.
- 3.2 Componente 2. Diseño de estrategia para acompañar a pacientes en espera (BID US\$92.000).** Consiste en elaborar la propuesta del modelo de gestión de lista de espera basado en acompañamiento a pacientes, tomando como base los insumos recogidos en la etapa de prefactibilidad. A partir de los hallazgos de la investigación realizada y de la revisión de literatura y referentes internacionales, se desarrollará un proceso de co-creación para la propuesta de un sistema de acompañamiento con la participación de usuarios, funcionarios de salud y expertos. Con este componente se financiarán actividades relacionadas con: (i) acciones de prototipado de las soluciones propuestas desde las etapas iniciales, para descartar tempranamente las ideas que presentan baja eficacia o factibilidad; (ii) estudio para formular un modelo de medición de aspectos diversos relacionados con la espera, más allá del tiempo transcurrido; y (iii) diseño de un Algoritmo de Priorización del Acompañamiento como parte del sistema de gestión de listas de espera.
- 3.3 Componente 3. Implementación de un modelo de acompañamiento a pacientes en espera por atención en salud (BID US\$25.000).** Consiste en la puesta a prueba del nuevo modelo de gestión de listas de espera basado en acompañamiento, focalizado en usuarios adultos mayores con enfermedades crónicas, en una red de salud a determinar, para generar recomendaciones que permitan expandir el modelo corregido y a mayor escala. Este componente financiará actividades relacionadas con: (i) testeo del modelo a través de una experiencia demostrativa de contactabilidad temprana de pacientes en espera, que incluirá *scripts* de contacto detallados, encuesta de satisfacción en el proceso de espera, sistema de contacto temprano para aprovechar la espera como oportunidad para fortalecer el automanejo de los pacientes; esta prueba se realizará en un territorio sanitario específico adscrito a un servicio de salud de la Región Metropolitana que se seleccionará con base en la factibilidad de implementar el modelo demostrativo; (ii) evaluación a la implementación que alimente el levantamiento de recomendaciones para la escalabilidad del modelo; y, (iii) diseminación de resultados.

- 3.4 El costo total de la CT es de US\$212.000, de los cuales US\$200.000 serán financiados por el Programa Estratégico para el Desarrollo Social Financiado con Capital Ordinario (SOC), y los restantes US\$12.000 provendrán de la contrapartida local, la que será en especie.

Presupuesto Indicativo (US\$)

Componente	Descripción	Financiamiento BID	Total
Componente 1	Estudios de prefactibilidad de un modelo de acompañamiento a pacientes en espera por atención en salud.	83.000	95.000
Componente 2	Diseño de estrategia para acompañar a pacientes en espera.	92.000	92.000
Componente 3	Implementación de un modelo de acompañamiento a pacientes en espera por atención en salud.	25.000	25.000
Total		200.000	212.000

IV. Organismo Ejecutor y Estructura de Ejecución

- 4.1 La CT será ejecutada por “el Banco, por intermedio de la División de Protección Social y Salud”, de acuerdo con lo solicitado por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda¹¹. Se ha tenido en cuenta la Política de CT del Banco (GN-2470-2) la cual requiere en su sección 4.5, para cooperaciones técnicas ejecutadas por el Banco: “(i) que el país o grupo de países beneficiario esté de acuerdo; y (ii) las actividades propuestas sean congruentes la estrategia y programa de país o regional del Banco”. Como contraparte técnica del proyecto, actuará la Unidad de Inteligencia Digital del Gabinete del Ministerio de Salud, en coordinación con el equipo de gerencia del SIGTE, y las unidades ministeriales que resulten relevantes para la orientación y validación técnica de los productos, como la Unidad de Innovación a cargo de la Iniciativa Hospital Digital. La Unidad Responsable de contrataciones y desembolsos será la Representación del Banco en Chile (CSC/CCH).
- 4.2 El Banco contratará los servicios de consultores individuales, firmas consultoras y servicios diferentes de consultoría de conformidad con las políticas y procedimientos vigentes en el Banco. Para este fin serán aplicadas la sección AM-650 del Manual Administrativo “Fuerza de Trabajo Complementaria” para la contratación de consultores individuales, la Política GN-2765-1 y sus guías operativas asociadas (OP-1155-4) para la contratación de firmas consultoras para servicios de naturaleza intelectual y la política GN-2303-20 para la contratación de servicios logísticos y otros servicios distintos a consultoría.
- 4.3 **Adquisiciones.** Para las actividades previstas en los tres componentes de esta operación, se prevé la contratación de una sola institución, mediante el método de contratación directa. En efecto, para llevar a cabo tanto los estudios de prefactibilidad como el diseño de la estrategia para acompañar a los pacientes en lista de espera y la implementación del piloto de acompañamiento a pacientes, se propone la selección directa de la Pontificia Universidad Católica de Chile a través de su Centro de Políticas Públicas. Esta elección se justifica por los criterios siguientes: (i) experiencia relevante en el tema, ya que viene desarrollando una línea de propuestas para la mejora de la gestión en salud que incluye específicamente la problemática de las listas de espera y los modelos de atención; (ii) idoneidad técnica, ya que el Centro trabaja en articulación con el Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina, la Escuela de Diseño y la Dirección de Estudios Sociales del Instituto de esa Universidad, unidades que pueden

¹¹ Ver Anexo I. Solicitud del Cliente.

aportar valioso conocimiento para una aproximación integral al tema; y (iii) factibilidad operacional, ya que la Universidad cuenta con convenios en hospitales públicos que actúan como campos clínicos así como con una red de centros de salud reconocidos como prestadores de la red pública. En consecuencia, de conformidad con lo establecido en el Capítulo I IV, literal A, 4.1., numeral 3 (d) la política para la Selección y Contratación de Empresas Consultoras para Trabajo Operativo Ejecutado por el Banco (GN-2765-1) y el Capítulo II, literal c), párrafos 2.7 y 2.9 (d) de sus directrices operativas (OP-1155-4), la Universidad tiene una experiencia de valor excepcional para el trabajo a realizar y presenta clara ventaja ante eventuales competidores.

V. Riesgos Importantes

- 5.1 Para que el proyecto sea relevante para las medidas de política que se busca apoyar y lograr incidencia sustantiva sobre el SIGTE y por ende también sobre el proceso de reforma al modelo de atención a crónicos en la Atención Primaria, el modelo debe estar listo para comenzar a ser piloteado en el corto plazo. Esto impone un marco de tiempo altamente exigente para un proyecto que para su arranque requerirá de la suscripción de un contrato, lo cual suele tomar varias semanas de tramitación. Como medida de mitigación se trabajará en estrecha coordinación con la contraparte para lograr unos términos de referencia que expresen con claridad y a satisfacción de todas las partes, los alcances del contrato y sus productos.
- 5.2 El análisis de condiciones para la factibilidad de un modelo de gestión de listas de espera basado en acompañamiento a pacientes prioritarios exigirá un proceso de consulta a diversos actores del sistema público de salud, como complemento a la pesquisa cualitativa con pacientes. El trabajo con la red pública podría verse demorado por contingencias ajenas al proyecto y propias del sistema sanitario, las que pueden demorar la respuesta o condicionar su participación en el proceso. Para mitigar este riesgo, se contará con un plan de contingencia que considere alternativas factibles de validación participativa.

VI. Excepciones a las Políticas del Banco

- 6.1 No se prevén excepciones a las políticas del Banco.

VII. Salvaguardias Ambientales

- 7.1. Dada la naturaleza de esta CT no se prevé que tenga impactos ambientales significativos. Por ese motivo, ha sido clasificada como Categoría "C", ver *Safeguard Policy Filter* (SPF) y *Safeguard Screening Form* (SSF).

VIII. Anexos Requeridos:

- Anexo I: Solicitud del cliente
- Anexo II: Matriz de Resultados
- Anexo III: Términos de Referencia
- Anexo IV: Plan de Adquisiciones

QQ-157-c2-18/30.07.2018

10:15 28AGO'18

RECEPCION BID CHILE

Santiago,

27 AGO 2018

Señora
Carolyn Robert
Representante del BID en Chile
Presente

Ref.: Otorga No Objeción y solicita CTNR que indica.

Ant.: Carta del Sr. Ministro de Salud, de fecha 25.07.2018.

De mi consideración:

Mediante carta del Antecedente, el Sr. Ministro de Salud ha solicitado a esta Dirección de Presupuestos gestionar ante el BID el otorgamiento de una CTNR, hasta por USD 300.000, para apoyar el diseño y pilotaje de un modelo de información para la gestión de listas de espera en el sistema público de salud, requiriendo que sea ejecutada por la Pontificia Universidad Católica (PUC), a través del Centro de Políticas Públicas de esa Universidad.

Al respecto, me permito solicitar a usted acoger favorablemente este requerimiento y adoptar las medidas pertinentes a fin de que ese Banco pueda disponer de los recursos necesarios que permitan llevar a cabo la referida operación, por el monto y para los fines indicados.

No obstante y dado que no es pertinente dar la No Objeción a una CTNR del BID a ser ejecutada por una entidad del sector privado (en este caso, la PUC), para el desarrollo de un proyecto en beneficio del sector público de salud, es que esta Dirección otorga desde ya su No Objeción a la misma en el entendido que ésta será ejecutada directamente por el Banco.

Lo anterior, en el entendido que no irrogará para el MINSAL u otras entidades públicas, gastos adicionales a los autorizados en las Leyes de Presupuestos del Sector Público para los años de ejecución del proyecto.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,



RODRIGO CERDA NORAMBUENA
Director de Presupuestos



C.c.:

- Sr. Ministro de Salud
Sector Salud, SP, DIPRES

036



036

Santiago, 25 de julio del 2018

Señor
Rodrigo Cerda Norambuena
Director de Presupuestos
Ministerio de Hacienda
Presente

De mi consideración:

Como es de su conocimiento, la gestión de listas de espera constituye una de nuestras prioridades estratégicas en materia de salud. Por tal razón, este Ministerio ha iniciado la implementación del nuevo Sistema para la Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) que busca mejorar el monitoreo y la gestión de la nómina de quienes aguardan por atención resolutive.

Al mismo tiempo, dado que uno de los objetivos principales de este Ministerio es el bienestar de la población, se reconoce que la espera por atención y la incertidumbre asociada a la misma, es una fuente de malestar para los pacientes.

En ese marco, tengo a bien solicitar a usted gestionar ante el Banco Interamericano de Desarrollo una cooperación técnica no reembolsable para el diseño y pilotaje de un modelo de información y acompañamiento para los pacientes que esperan una consulta, procedimiento o intervención quirúrgica en el sistema público. El monto de esta cooperación sería de hasta USD\$300,000 y su otorgamiento no debería generar incrementos de gastos en el presupuesto de sector público.

DIVISION FINANZAS PUBLICAS	
INGRESO DOCUMENTOS	
REG. N°	Fecha:
49	26/7

Gobierno de Chile
Ministerio de Salud
Ministro

Asimismo, solicito su no objeción a que esta cooperación técnica sea ejecutada por la Pontificia Universidad Católica de Chile, a través del Centro de Políticas Públicas de esa Universidad, ya que cuenta con un importante trabajo adelantado en materia de diagnóstico, que puede ser de mucha utilidad para el buen desarrollo de esta iniciativa.

Agradeceré hacer mención expresa a este esquema de ejecución en la presentación de esta solicitud al BID para que tome nota oportuna de este antecedente.

Saluda atentamente a usted,

 R. EMILIO SANTELICES CUEVAS
MINISTRO DE SALUD

C.C. Sra. Patricia Jara, Ejecutiva BID

Results Matrix

Outcomes

Outcome: Accompaniment system for patients on the waiting list designed and pilot implemented.							
Indicators	Flags*	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of verification	2020	EOP
1.1 Patient satisfaction on waiting lists where the pilot was implemented.		Percentage	0.00	2018	Evaluation Report	P	60.00
						P(a)	
						A	

CRF Indicator

Outputs: Annual Physical and Financial Progress

1 Pre-feasibility studies of an accompanying model for patients waiting for health care						Physical Progress				Financial Progress				Theme	Fund	Flags			
Outputs	Output Description	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of verification	2018	2019	2020	EOP	2018	2019	2020	EOP						
1.1 Diagnostics and assessments completed	Diagnostic and assessment about wait list experience	Diagnostics (#)	0	2018	Diagnostics (#)	P	0	1	0	1	P		83,000.00		83,000.00	Social Development	SOC		
						P(a)					P(a)				0				
						A					A								
2 Strategy design to accompany waiting patients.						Physical Progress				Financial Progress				Theme	Fund	Flags			
Outputs	Output Description	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of verification	2018	2019	2020	EOP	2018	2019	2020	EOP						
2.1 Pilot interventions designed	Pilot of the contact and accompaniment strategy	Estudios (#)	0	2018	Pilots (#)	P		1		1	P		92,000.00		92,000.00	Social Development	SOC		
						P(a)					0	P(a)							0
						A					A								
3 Implementation of an accompaniment model for patients waiting for health care.						Physical Progress				Financial Progress				Theme	Fund	Flags			
Outputs	Output Description	Unit of Measure	Baseline	Baseline Year	Means of verification	2018	2019	2020	EOP	2018	2019	2020	EOP						
3.1 Process evaluations conducted	Evaluation of the implementation of the pilot	Estudios (#)	0	2018	Evaluation Final Report (#)	P			1	1	P			20,000.00	20,000.00	Social Development	SOC		
						P(a)					0	P(a)							0
						A					A								
3.1 Workshops organized	Workshop on scalability of an accompanying model for patients on the waiting list	Estudios (#)	0	2018	Workshops (#)	P			1	1	P			5,000.00	5,000.00	Social Development	SOC		
						P(a)					0	P(a)							0
						A					A								

Other Cost

Total Cost

CRF Indicator

Standard Output Indicator

	2018	2019	2020	Total Cost
P		\$175,000.00	\$25,000.00	\$200,000.00
P(a)				
A				

[Estructura sugerida] Proceso de selección #:.....

TÉRMINOS DE REFERENCIA

Estudio “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”.

CHILE
CH-T1211

Número de Cooperación Técnica]

[Enlace web con el documento aprobado]

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.

1. Antecedentes y Justificación

- 1.1. De acuerdo al Ministerio de Salud, en marzo de 2018 existían 1.804.009 personas esperando una consulta nueva de especialidad o una intervención quirúrgica en el sistema de público de salud en Chile, con un promedio de espera de 376 días en el caso de la lista de espera de consultas de especialidad y de 483 días en la de intervenciones quirúrgicas (Minsal, 2018). En el contexto chileno, el PNUD (2017) identifica la espera, en tiempo y forma, como un punto neurálgico del malestar existente con el sistema público de salud al producir angustia e indignación cuando está en juego la integridad y salud de la persona. La espera puede tener además consecuencias negativas sobre la calidad de vida del paciente, reportándose que aquellos con mayores tiempos de espera sufren restricciones a su bienestar psicológico como lo son la depresión, ansiedad y la reducción de la vitalidad (Hirvonen 2001). La experiencia de quienes esperan en el sistema público chileno está marcada por la insuficiente, incomprensible e infrecuente información que reciben y la escasa interacción que tienen con el sistema de salud (Centro de Políticas Públicas, 2017).
- 1.2. El Ministerio de Salud ha iniciado la implementación del nuevo Sistema para la Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) que busca mejorar el monitoreo y la gestión de la lista de espera con el fin de reducirlas. Sin embargo, la literatura especializada muestra que la espera no sólo está determinada por aspectos objetivos (tales como el tiempo de espera o el lugar donde se espera), sino que también por aspectos subjetivos que constituyen la experiencia de esperar, como lo son: el trato recibido, el grado de información con que se cuenta, la percepción de justicia en el orden de atención, entre otros.
- 1.3. La OCDE (2017) señala que entender la experiencia del paciente cuando recibe atención en salud resulta fundamental para mejorar la entrega de servicios de salud centrado en los usuarios. En el Reino Unido, por ejemplo, se ha encontrado que la mejora en la experiencia de los pacientes, no sólo incrementa su satisfacción, si no también la seguridad del paciente y la efectividad clínica de los tratamientos (Darz, 2008 y NHS, 2016). Una mejora en la experiencia de esperar impacta también sobre los resultados de proceso. Diversos estudios han constatado que la calidad de la espera incide en la disposición de los pacientes a presentarse o no a las citas médicas y de avisar si no lo hacen (Lacy et al, 2004), lo que representa un problema logístico no menor para los sistemas de salud. Inclusive el tipo de mensaje que se le envía al paciente durante la espera puede influir en su disposición a asistir o no (Hallsworth, 2015), haciendo necesario conocer en profundidad como trabajar en

conjunto con los pacientes para lograr los resultados deseados en materia de optimización logística de las prestaciones y sus resultados.

- 1.4. Por lo anterior, no basta con mejorar la gestión de las listas de espera a fin de reducir los tiempos de espera, lo que sin duda debe ser una prioridad del sistema de salud, sino que se requiere además mejorar la experiencia de la espera a través de adecuados sistemas de información y acompañamiento para las personas en esta situación. Según la evidencia internacional, hacerlo tiene el potencial de generar mejoras importantes en los resultados, de satisfacción de los usuarios y logros clínicos, del sistema de salud chileno.

2. Objetivos

- 2.1. El objetivo de la consultoría es presentar una propuesta para la mejora de la provisión de servicios sanitarios mediante la implantación de un sistema de información, gestión y acompañamiento a personas que se encuentran en lista de espera para recibir atención de especialidad, procedimientos o cirugías en el sistema público de salud.

3. Alcance de los Servicios

- 3.1. Para tal fin, se buscan alcanzar los siguientes tres objetivos específicos: (a) Identificar las necesidades prioritarias de acompañamiento y oportunidades de soporte asistencial para dos grupos de pacientes priorizados en dos comunas del Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente, que se encuentren en una lista de espera, así como las alternativas disponibles para su abordaje. Por lo menos uno de los grupos deberá estar conformado por adultos mayores crónicos; (b) elaborar la propuesta del modelo de gestión de lista de espera basado en acompañamiento a pacientes, tomando como base los insumos recogidos en la etapa de prefactibilidad; (c) probar el nuevo modelo de gestión de listas de espera basado en acompañamiento.

4. Actividades Clave

COMPONENTE I: Estudios de pre-factibilidad de un modelo de acompañamiento a pacientes en espera por atención en salud.

Actividades principales a desarrollar

- 4.1. Se deberán desarrollar actividades organizadas en las fases descritas a continuación.
- 4.2. Actividades a realizar en la etapa 1 de “Revisión narrativa de literatura técnica y referentes de mejores prácticas”:
 - Revisión de literatura y referentes internacionales: Se deberá analizar la experiencia internacional en gestión del acompañamiento de la espera en salud a fin de identificar las buenas prácticas en esta área. Asimismo, se deberá realizar una revisión de literatura sobre la influencia de la experiencia de espera sobre los resultados de la atención en salud. Se deberá poner especial atención al trabajo que se lleva a cabo desde la OECD en materia de medición e implicancia de la experiencia para la provisión de servicios de salud centrados en los usuarios.
 - Revisión normativa, de protocolos y procedimientos: Se deberá hacer un análisis detallado de las normas, protocolos y procedimientos que rigen la interacción de los distintos estamentos del sistema de salud con los usuarios en sus distintos niveles de complejidad. Se deberán analizar también los programas de salud e iniciativas públicas que tienen a los

adultos mayores crónicos como sujeto de intervención. Se establecerá un marco de referencia de los instrumentos que definen la relación actualmente. Esta información se deberá contrastar con aquella que se recoja durante el levantamiento de información cualitativo primario.

- Se deberán analizar las bases de datos del Ministerio de Salud y del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente en materia de listas de espera, información de pacientes relevantes al estudio y otros que se acuerde sean necesarios para contar con información estadística completa y relevante. Se deberán analizar además los resultados y bases de datos de encuestas nacionales de salud que puedan resultar pertinentes.
- 4.3. Actividades a realizar en la etapa 2 de “Investigación cualitativa sobre la experiencia en el sistema público en salud”:
- Se deberán realizar entrevistas a los proveedores de salud y a las personas en cargos de toma de decisión tanto a nivel del gobierno central, como municipal y del servicio de salud correspondiente.
 - Se deberán realizar observaciones etnográficas en los recintos de salud de los tres niveles, servicios de emergencia y farmacias frecuentadas por los usuarios sujeto de estudio. Se deberán observar además centros de reunión o encuentro que sean relevantes.
 - Se deberán realizar observaciones etnográficas y entrevistas en profundidad y seguimiento a un conjunto de adultos mayores que estén en diversas etapas del proceso de espera de consultas, procedimientos e intervenciones quirúrgicas y a sus cuidadores, en sus diferentes formatos.
- 4.4. Actividades a realizar en la etapa 3 de “Caracterización de la espera y análisis de condiciones”:
- Caracterización de la etapa de la espera para identificación de necesidades de acompañamiento y oportunidades de soporte asistencial para pacientes adultos mayores con patologías crónicas. Para esto se deberá considerar: elaborar los viajes de los usuarios del sistema de salud y arquetipos de los usuarios a partir de la investigación cualitativa realizada. Se deberán identificar los puntos de contacto que tienen los usuarios con el sistema de salud, identificando necesidades y emociones asociadas al proceso.
 - Se deberán incluir mapas de actores especificando sus relaciones e incentivos y blueprints de la experiencia de los usuarios. Finalmente se deberán elaborar arquetipos de usuarios relevantes para el diseño del modelo de acompañamiento e información.
 - Taller de validación de resultados con las personas participantes de la etapa cualitativa
 - Análisis de condiciones existentes en las redes del sistema público de salud para introducir un nuevo protocolo de gestión de listas de espera basado en acompañamiento.

COMPONENTE II: Diseño de estrategia para acompañar a pacientes en espera.

Se deberán desarrollar actividades organizadas en las fases descritas a continuación.

- 4.5. Actividades a realizar en la etapa 1 de “Elaboración de modelo de gestión”.
- Diseño del modelo de acompañamiento: A partir de los resultados de la etapa de prefactibilidad, se deberá desarrollar un proceso de co-creación para la propuesta de un sistema de acompañamiento con la participación de usuarios, funcionarios de salud y expertos. Este proceso deberá incorporar acciones de prototipado y testeo de las soluciones propuestas desde las etapas iniciales, de manera de descartar tempranamente las ideas que presentan baja eficacia o factibilidad.

- Diseño de componentes de acompañamiento: A partir de la propuesta realizada, se deberán diseñar un protocolo de acompañamiento con por lo menos dos componentes. El primer componente deberá abordar los aspectos relacionados al acompañamiento general de los usuarios que se encuentran en espera y que son comunes a grupos diversos en contacto con el sistema de salud. El segundo componente abordará el acompañamiento específico de los dos grupos priorizados (adultos mayores y otro por definir).
 - Se deberá identificar con claridad y detalle los actores, roles, puntos de contacto y soportes necesarios para su implementación. Esto se materializará en propuestas de nuevos mapas del viaje, blueprints de diseño y estrategias de uso de los mismos.
- 4.6. Actividades a realizar en la etapa 2 de “Formulación de indicadores de monitoreo”:
- Se deberá identificar los aspectos esenciales del proceso de espera para la formulación de indicadores de monitoreo.
 - Se deberá levantar el flujo de gestión de información para asegurar registro sistemático y recuperación de datos para la medición continua de la experiencia de espera.
 - A partir de esta información se deberá formular un mecanismo de monitoreo del sistema de acompañamiento diseñado.
 - Se deberá diseñar a su vez un estudio cuasi experimental sobre la eficacia del sistema de acompañamiento diseñado.
- 4.7. Actividades a realizar en la etapa 3 de “Elaboración de Algoritmo Predictivo”:
- Se deberán analizar los datos sanitarios y sociales accesibles a través de distintas fuentes para identificar las variables relevantes que puedan predecir las consecuencias en materia de salud que implica la espera en la atención.
 - a partir de estos elaborar un algoritmo predictivo que mejore la priorización de la aplicación del modelo de acompañamiento de la espera diseñado.

COMPONENTE III: Implementación de un modelo de acompañamiento a pacientes en espera por atención en salud.

Se deberán desarrollar actividades organizadas en las fases descritas a continuación.

- 4.8. Actividades a realizar en la etapa 1 de “Elaboración de sistema de contacto temprano de pacientes en espera”:
- Se deberán revisar y depurar las bases de datos de contacto provistas por el Ministerio de Salud y la Red de Salud Metropolitana Sur Oriente, definiendo la muestra de pacientes a participar en el Diseño del modelo de acompañamiento.
 - Se deberán elaborar scripts detallados de contacto los que deberán ser validados antes de su aplicación a los pacientes participantes.
 - Se deberá llevar a cabo la habilitación y capacitación de personal idóneo para llevar a cabo el contacto.
 - Diseño de instrumentos de levantamiento de información pertinente que permita la retroalimentación y evaluación del desempeño del sistema implementado.
- 4.9. Actividades a realizar en la etapa 2 de “Implementación de sistema de contacto temprano de pacientes en espera”:
- En base a la muestra seleccionada se deberán realizar dos contactos por cada usuario para un total de 1.100 usuarios de la comuna determinada en conjunto que tengan casos en las listas de espera del MINSAL.

- En los contactos se deberá, al menos, verificar los datos de los pacientes, entregar información relevante sobre la atención de los pacientes y aplicar una encuesta sobre la experiencia de espera y nivel de conocimiento sobre la atención médica a recibir.
- 4.10. Actividades a realizar en la etapa 3 de “Análisis de eficacia del sistema de contactabilidad”:
- Se deberá analizar la eficacia del modelo de contactabilidad implementado, tanto en sus aspectos operativos como en sus efectos en materia de mejora de la experiencia de esperar.
 - Los resultados de este análisis se deberán incorporar al diseño del modelo general de acompañamiento para asegurar que la contactabilidad de pacientes resulte alineada a las expectativas y necesidades de los pacientes y proveedores de salud.
 - Se deberá identificar de forma clara las modificaciones a procedimientos regulares necesarias para el funcionamiento óptimo del modelo y su implementación a mayor escala.

5. Resultados y Productos Esperados

- **Entregable 1:** Plan de trabajo detallado, incluyendo propuesta de conformación de equipo que identifique nombre, profesión y rol de cada uno de los profesionales y especialistas que realizarán las actividades de las tres etapas.
- **Entregable 2:** Informe y presentación de resultados finales. Contendrá el análisis de factibilidad a la implementación de modalidades de acompañamiento a pacientes que se encuentran en listas de espera, realizado. Deberá dar cuenta de la ejecución total del proyecto e incluir todos los antecedentes y resultados logrados en los análisis realizados.
- **Entregable 3:** Propuesta del modelo de gestión de lista de espera basado en acompañamiento a pacientes, tomando como base los insumos recogidos en la etapa de prefactibilidad
- **Entregable 4:** Informe con los resultados de la prueba del nuevo modelo de gestión de listas de espera

6. Calendario del Proyecto e Hitos

6.1. La duración del contrato será de 24 meses.

Entregable 1: Plan de trabajo detallado, incluyendo propuesta de conformación de equipo que identifique nombre, profesión y rol de cada uno de los profesionales y especialistas que realizarán las actividades de las tres etapas.	15 días después de firmado el contrato
Entregable 2: Informe y presentación de resultados finales. Contendrá el análisis de factibilidad a la implementación de modalidades de acompañamiento a pacientes que se encuentran en listas de espera, realizado. Deberá dar cuenta de la ejecución total del proyecto e incluir todos los antecedentes y resultados logrados en los análisis realizados.	7 meses
Entregable 3: Propuesta del modelo de gestión de lista de espera basado en acompañamiento a pacientes, tomando como base los insumos recogidos en la etapa de prefactibilidad	12 meses
Entregable 4: Informe con los resultados de la prueba del nuevo modelo de gestión de listas de espera	18 meses

7. **Criterios de aceptación**

- **Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional:** Institución altamente especializada en metodologías de diseño de servicios, con orientación al uso de técnicas de investigación cualitativas en profundidad para el rediseño de servicios públicos y con extenso conocimiento en materia de salud pública. Experiencia en proyectos vinculados a listas de espera y los modelos de atención; experiencia en articulación con servicios públicos de salud, experiencia en convenios con servicios públicos en áreas de campos clínicos.
- **Idiomas:** español.
- **Área de Especialización:** diseño de servicios públicos, salud pública.
- **Habilidades:** el personal a cargo de las actividades debe contar con capacidad reconocida en actividades de levantamiento de información cualitativa en terreno y su procesamiento en instrumentos de diseño para la toma de decisiones con herramientas de diseño de servicios.

8. **Supervisión e Informes**

- 8.1. La consultoría será supervisada por Patricia Jara, Especialista Líder de la División de Salud y Protección Social y Líder del Equipo de Proyecto.

9. **Calendario de Pagos**

Plan de Pagos	
<i>Entregables</i>	%
Entregable 1.	30%
Entregable 2.	20%
Entregable 3.	25%
Entregable 4.	25%
TOTAL	100%

