UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

PROPUESTA DE REDISEÑO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LA RED DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

FRANCO FABIÁN AMIGO ACUÑA

PROFESORA GUÍA:
JUANITA GANA QUIROZ

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
JERKO JURETIC DIAZ
SOLEDAD VALDES RUBILAR

SANTIAGO DE CHILE
2017

RESUMEN DE LA MEMORIA PARA OPTAR AL
TÍTULO DE: Ingeniero Civil Industrial
POR: Franco Fabián Amigo Acuña
PROFESORA GUÍA: Juanita Gana Quiroz

PROPUESTA DE REDISEÑO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LA RED DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

Los Servicios de Salud en Chile, según el Decreto 140, art. 7°, tienen el rol de Gestor de la Red, es decir, cautelar la integración y coordinación de la Red de Salud. Específicamente el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, SSMOCC, en su rol de gestor, tiene una población objetivo de más de 1.200.000 personas, las cuales están distribuidas en 15 comunas. Dependiendo de la complejidad del tratamiento, el paciente puede ser derivado desde Atención Primaria de Salud, APS, como por ejemplo un Consultorio, a un Hospital por medio de una Referencia. A su vez, luego de ser atendido en el hospital es devuelto a su establecimiento de APS, cuyo proceso se denomina contrarreferencia.

Se identifica que los pacientes del SSMOCC están recibiendo una atención descoordinada entre los distintos niveles de atención, lo cual tiene como consecuencia una discontinuidad de la atención, una duplicación de exámenes, una falta de trazabilidad, y en general, una atención que no garantiza la calidad ni la dignidad en ella.

El objetivo general del presente trabajo es “elaborar un rediseño del proceso de referencia y contrarreferencia del SSMOCC, que incluya un sistema de monitoreo y control, con el fin de facilitar la gestión de dicho proceso y contribuir al logro de los objetivos de atención integral y oportuna de los pacientes”.

Esta memoria determina cuales son los factores que debiesen ocurrir en el polo de Talagante del SSMOCC para que un sistema de referencia y contrarreferencia funcione, y específicamente, evalúa la situación actual, definiendo direcciones de cambio en aquellas dimensiones en las cuales hay un espacio de mejora claro. Se encuentran 7 aspectos en los cuales mejorar: La mantención del estado, relevar rol del médico contralor, unificación de criterios de derivación, reconocer flujos alternativos, un trabajo colaborativo entre los diferentes niveles de atención, aumentar la resolutividad e impulsar la gestión del cambio en los nuevos procesos de referencia y contrarreferencia del SSMOCC.

En función de las direcciones de cambio, se definen una serie de propuestas de rediseño de procesos desde dos componentes que definen un sistema de coordinación: la información y la gestión. La primera busca hacerse cargo de la existencia de mecanismos de transmisión de información y de garantizar la calidad de la información que circula por ellos. La segunda, busca lograr unificar criterios de derivación y cómo controlar la adherencia a ellos por parte de los distintos actores involucrados.

El rediseño de procesos de esta memoria se basa en la metodología propuesta por Oscar Barros, mientras que la propuesta de Indicadores de gestión se basa en la conceptualización de Jesús Beltrán.

Dedicatoria

A todos aquellos que se sacan la mierda
por hacer de este mundo un lugar mejor

Agradecimientos

Soñé con este momento durante meses, años quizás. Me duele el estómago al saber que estas serán las últimas palabras que escribiré de mi memoria.

En primer lugar, quiero agradecerle a mi familia. Gracias papi, gracias mami, hermanita. Lo logramos. Y digo lo logramos, porque doy fe de que yo soy el resultado de un montón de buenas personas que tengo a mi alrededor. Valieron la pena todos los sacrificios. Todas las veces que me escucharon, algunas veces no entender mucho de lo que les decía. Gracias por siempre creer en mis decisiones. No saben cuan agradecido y cuanto los amo.

Quiero agradecer a mi querido Liceo de Aplicación. A esa toma del año 2011, y a los amigos que me dejo para toda la vida. Gracias por enseñarme la importancia de la consecuencia y de luchar contra lo injusto. Profe Xime, que me hizo querer los números.

Gracias a cada uno de los que hizo posible haberme ido de intercambio, ustedes saben quién son y yo también. Creanme que no se me olvidará nunca lo que hicieron por mi. Han sido de las sorpresas más bonitas de mi vida. Y Gracias también a todos los que conocí durante ese proceso. Jose, Rapha, gracias a mis collocs favoritas que siempre estuvieron ahí.

Gracias a Tutoria, que durante dos años me hicieron crecer y me permitieron aprender de ustedes. Caro, Asiain, Pancho, Coteto, Alme, Yerko, Maca, Claudio, Dafne, Andrés. Son bacanes.

Mi CEIN querido, que ha estado en los momentos más duros de estos casi 6 años. Gracias por la confianza, por el cariño, por la comprensión, por el trabajo y el apañe. No saben cuánto los admiro. Val, Vale, Richi, Fran, Nico, Oscar, Sofi, Basti, Lucas, Roni. Gracias por regalarme al mejor equipo que podría tener.

Gracias a todos los amigos de plan común. A la sami, al Charli, a la Pao, al Dani, al Pepino, al Mella, el Gori, la Fabi.

Gracias a los profes que despertaron la curiosidad y admiración. Gracias a aquellos que confiaron en mí. Juanita, Jerko, Juan, Sebastián, Vivien,

A mis hermanos de la vida que nos encanta el trap. Zambrita y José, los amo. A la amiguita macabea, Marce, también la quiero.

A mi compañera que llegó a hacer mi vida más bonita. Gabi, gracias mi amor por siempre hacer esto más llevadero y llenarlo de sentido.

A mi Servicio Occidente. Sole, Juan, Isa, Seba, Ceci. Gracias por aceptar a este cabro chico ahí, un poco catete, pero que los admira mucho. Gracias por hacerme sentir que hay gente seca tratando de mejorar las cosas y con una calidez humana increíble.

A toda la gente que se me pudo pasar. A mi industrias querido, a Beaucheff, a los terraceos, a la Chile, a la vida. Gracias por todo.

Tabla de Contenido

PROPUESTA DE REDISEÑO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LA RED DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE....ii

Dedicatoria....iii

Agradecimientos....iv

Tabla de Contenido....v

Tabla de Ilustraciones....viii

I. Antecedentes Generales....1
1.1 Organización del sistema de salud pública en Chile....1
1.1.1 Nivel Normativo....1
1.1.2 Fiscalización....2
1.1.3 Ejecución....2
1.2 Servicios de Salud....3
1.3 Clasificación establecimientos de salud....4
1.4 Características del SSMOCC....7
1.5 El SSMOCC y el Modelo de Redes Integrales de Servicios de Salud(RISS)....10
1.5.1 Modelo RISS de la Organización Panamericana de la Salud(OPS)....10
1.5.2 Niveles de atención en el SSMOCC y derivación....11
1.5.3 Mapa de la Red del SSMOCC....11

II. Descripción del Proyecto....14
2.1 Descripción del Problema y Proyecto....14
2.1.1 Consultas de especialidad en el SSMOCC....14
2.1.2 Descoordinación entre distintos niveles de complejidad en la atención de los pacientes....16
2.2 Objetivos....18
2.2.1 Objetivo General....18
2.2.2 Objetivos Específicos....18
2.3 Alcances....19
2.4 Resultados Esperados....19
2.5 Marco Conceptual....20
2.5.1 Rediseño de Procesos....20
2.5.2 Indicadores de Gestión....21

III. Levantamiento de Información 25
3.1 Modelamiento y narrativa del proceso de Referencia actual 25
3.2 Modelamiento y narrativa del proceso de contrarreferencia actual 31
3.3 Modelamiento y narrativa de proceso de contrarreferencia propuesto por SSMOCC 31
3.4 Caracterización cuantitativa del proceso de referencia y contrarreferencia 41
3.4.1 Emisión de interconsultas facultativo de atención primaria 41
3.4.2 Validación del médico contralor 44
3.4.3 Lista de espera 46
3.4.4 Contrarreferencia en SISCONT 47

IV. Dimensiones de aporte de valor 51
4.1 Médico Especialista 51
4.2 Rol del Gestor 51
4.3 Médico APS 52
4.4 Paciente 52
4.5 Síntesis 53

V. Evaluación de situación actual 54
5.1 Componente de Información 55
5.2 Componente de Gestión 56
5.3 Síntesis 58

VI. Direcciones de Cambio 59
6.1 Mantención de estado 59
6.2 Rol de médico contralor 59
6.3 Unificación de criterios 60
6.4 Flujos alternativos 60
6.5 Trabajo colaborativo entre los diferentes niveles 61
6.6 Aumentar resolutividad 61
6.7 Gestión del cambio en procesos 63
6.8 Síntesis 63

VII. Propuesta de Rediseño 65
7.1 Cambios propuestos en el proceso de referencia 65
7.1.1 Flujo alternativo según priorización 65
7.1.2 Médico a cargo de verificar exámenes 66
7.2 Cambios propuestos en el proceso de contrarreferencia 68
7.2.1 Momentos de la contrarreferencia 68
7.2.2 Gestión de la contrarreferencia en APS 69
7.3 Definición de estados de un paciente en el sistema de referencia y contrarreferencia 70
7.4 Propuesta de Tablero de Indicadores 72
7.4.1 Indicadores de información 72
7.4.2 Indicadores de Gestión 73

7.5 Propuesta de Plan de Implementación 75
7.5.1 Etapa de Preparación 75
7.5.1 Etapa de Implementación 76
7.5.1 Dinámicas de mejora 77
7.6 Síntesis de la propuesta de rediseño 77

VIII. Conclusiones 79

IX. Trabajos Futuros 81

X. Bibliografía 82

XI. Anexos 84
11.1 Anexo 1: Entrevista a Médico Especialista N°1 Hospital de Talagante 84
11.2 Anexo 2: Entrevista a Médico Especialista N°2 Hospital de Talagante 86
11.3 Anexo 3: Entrevista a Médico Especialista N°3 Hospital de Talagante 89
11.4 Anexo 4: Entrevista a Médico Especialista N°4 Hospital de Talagante 92
11.5 Anexo 5: Entrevista a Médico Especialista N°5 Hospital de Talagante 94
11.6 Anexo 6: Entrevista a Médico Especialista N°6 Hospital de Talagante 97
11.7 Anexo 7: Entrevista a Médico Especialista N°6 Hospital de Talagante 99
11.8 Anexo 8: Entrevista Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Occidente N°1 102
11.9 Anexo 9: Entrevista Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Occidente N°2 103
11.10 Anexo 10: Entrevista Médico Contralor CESFAM Peñaflor 105
11.11 Anexo 11: Entrevista Médico de APS CESFAM Peñaflor N°1 107
11.12 Anexo 12: Entrevista Médico de APS CESFAM Peñaflor N°2 109
11.13 Anexo 13: Entrevista Médico de APS CESFAM Peñaflor N°3 112
11.14 Anexo 14: Entrevista Jefe de SOME CESFAM Peñaflor 113
11.15 Anexo 15: Entrevista Jefe de SOME CESFAM Isla de Maipo 115
11.16 Anexo 16: Entrevista Médico Contralor CESFAM Isla de Maipo 117
11.17 Anexo 17: Entrevista Médico de Atención Primaria N°1 CESFAM Isla de Maipo 119
11.18 Anexo 18: Entrevista Médico de Atención Primaria N°2 CESFAM Isla de Maipo 121
11.19 Anexo 19: Entrevista Médico Especialista N°1 Hospital de Peñaflor 121
11.20 Anexo 20: Entrevista Médico Especialista N°2 Hospital de Peñaflor 123
11.21 Anexo 21: Entrevista Médico Especialista N°3 Hospital de Peñaflor 126
11.22 Anexo 22: Entrevista Médico Especialista N°4 Hospital de Peñaflor 128
11.23 Anexo 23: Entrevista Médico Especialista N°5 Hospital de Peñaflor 130
11.24 Anexo 24: Mapas de derivación Provincia de Talagante 132

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1: Institucionalidad del sistema de salud en Chile....1
Ilustración 2: Clasificación de establecimientos hospitalarios....6
Ilustración 3: Organigrama del Servicio de Salud Metropolitano Occidente....9
Ilustración 4: Extracto mapa de derivación de la red del SSMOCC....12
Ilustración 5: Consultas médicas realizadas en atención primaria....14
Ilustración 6: Consultas médicas de
del SSMOCC año 2016....15
Ilustración 7: Evolución del número de personas en lista de espera de consulta de especialidad....15
Ilustración 8: Árbol de problemas: Atención descoordinada entre distintos niveles de complejidad....18
Ilustración 9: Esquema de un proceso....21
Ilustración 10: Metodología a utilizar....22
Ilustración 11: Módulo de interconsulta de Rayen....25
Ilustración 12: Visualización en Rayen de interconsultas médico contralor....26
Ilustración 13: Ejemplo de interconsulta en Rayen....27
Ilustración 14: Mensaje de reevaluación de interconsulta en Rayen....27
Ilustración 15: Proceso de Referencia....30
Ilustración 16: Interfaz desplegable registro de contrarreferencia....32
Ilustración 17: Interfaz de ingreso manual de datos del paciente a SISCONT....32
Ilustración 18: Información de SIC que aparece en SISCONT....32
Ilustración 19: Visualización médico especialista de información Clínica Hospital....33
Ilustración 20: Diagnostico de egreso CIE10....33
Ilustración 21: Campo desplegable de SISCONT con Indicaciones para APS....34
Ilustración 22: Campo SISCONT acerca de Pertinencia según protocolo y tiempo....34
Ilustración 23: Opciones de salida de contrarreferencia en SISCONT....35
Ilustración 24: Campo desplegable salida: Alta con control APS....35
Ilustración 25: Campo desplegable salida: control en especialidad....36
Ilustración 26: Documento físico de contrarreferencia ambulatoria....37
Ilustración 27: Visualización SOME APS del SISCONT....38
Ilustración 28: Revisión de contrarreferencia por SOME....38
Ilustración 29: Interfaz SISCONT del médico de APS....39
Ilustración 30: Visualización del médico de APS de contrarreferencia....40
Ilustración 31: Cambio Final de estado de contrarreferencia por médico de APS....40
Ilustración 32: BPMN del proceso de contrarreferencia propuesto por el SSMOCC....41
Ilustración 33: Caracterización del origen-destino de las interconsultas emitidas en provincia de Talagante....42
Ilustración 34: Distribución según especialidad de las Interconsultas generadas en APS de provincia de Talagante hacia Hospital de Peñaflor u Hospital de Talagante....42
Ilustración 35: Priorización de derivaciones emitidas en establecimiento de APS provincia de Talagante hacia Hospital de Peñaflor u Hospital de Talagante....43
Ilustración 36: Detalle del porcentaje de interconsultas emitidas en establecimiento de APS provincia de Talagante hacia Hospital de Peñaflor u Hospital de Talagante, según su prioridad....44
Ilustración 37: Porcentaje de resolutividad de los establecimientos de APS provincia de Talagante....44
Ilustración 38: Tiempo promedio de validación SIC por médico contralor....45

Ilustración 39: Porcentaje de SIC hacia el hospital de Talagante y Peñaflor que son rechazadas por médico contralor en APS 45
Ilustración 40: Evolución de número de personas en Lista de Espera de consultas médicas de especialidad en el SSMOCC 46
Ilustración 41: Desglose por Hospital de la lista de espera de consultas de especialidad en diciembre 2016 47
Ilustración 42: Promedio de días que los pacientes están en Lista de Espera de consulta de especialidad 47
Ilustración 43: Número de contrarreferencias emitidas SISCONT 48
Ilustración 44: Número de contrarreferencias que incluyen indicaciones para APS 48
Ilustración 45: Detalle de revisión de contrarreferencias por SOME según el establecimiento 49
Ilustración 46: Pertinencia en la derivación según médicos especialistas Hospital de Talagante 50
Ilustración 47: Compilado de dimensiones en que aporta valor sistema de referencia y contrarreferencia 53
Ilustración 48: Estructura de análisis de situación actual del proceso de referencia y contrarreferencia 54
Ilustración 49: Indicadores asociados a la componente de información del sistema de referencia y contrarreferencia 55
Ilustración 50: Indicadores asociados a la componente de gestión del sistema de referencia y contrarreferencia 57
Ilustración 51: Porcentaje de 1° citas en las cuales el médico no puede realizar la confirmación diagnostica porque debe mandar a hacer nuevamente los exámenes 62
Ilustración 52: Flujo de SIC de Prioridad Alta 66
Ilustración 53: Propuesta de rol de médico "controlador de especialidad" 67
Ilustración 54: Diagrama de gestión de la contrarreferencia en APS 69

I. Antecedentes Generales

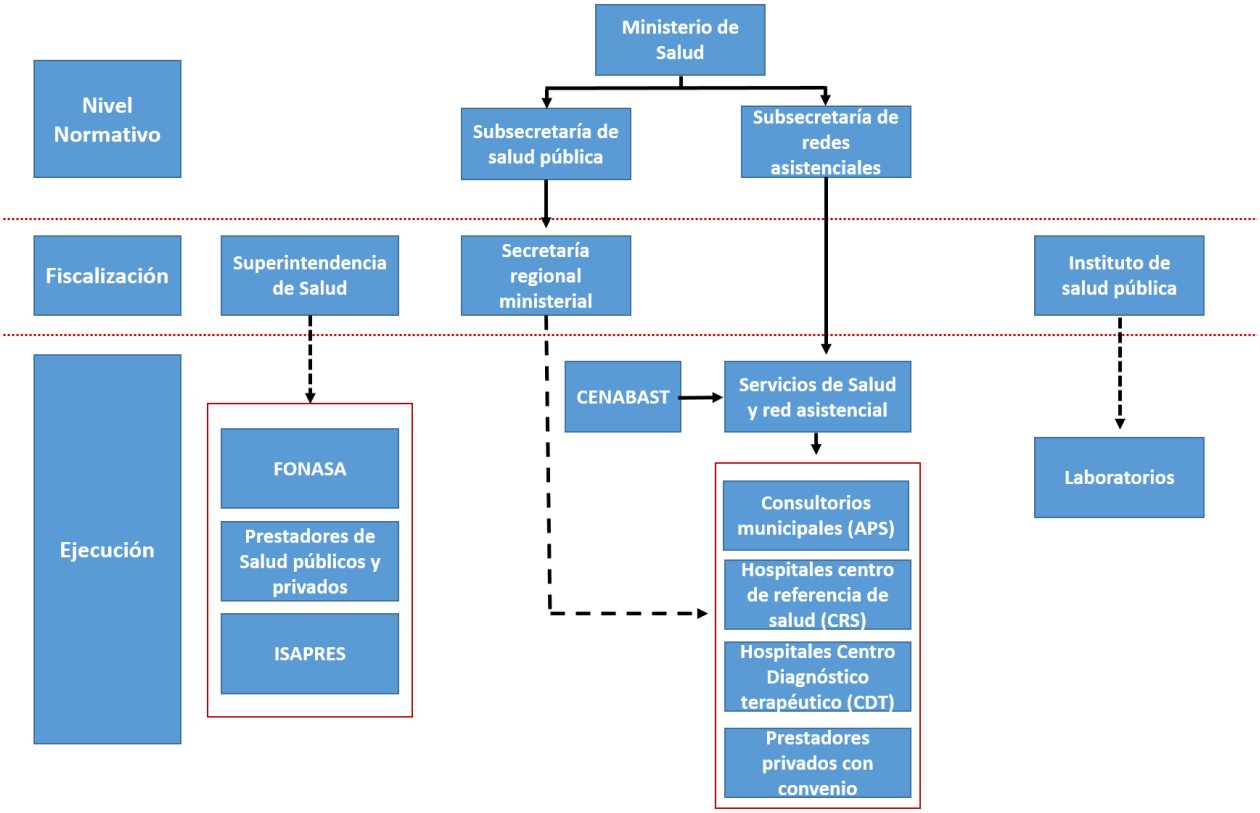
Los antecedentes generales que se presentan a continuación buscan proveer un contexto oportuno para entender el rol de los servicios de salud en el proceso de coordinación de la provisión de una atención de salud.

Además, se abordarán ciertas características propias del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, de modo de indagar en aquellos aspectos propios que expliquen el problema al cual se ven enfrentados actualmente y que el presente trabajo de memoria busca proponer una solución.

1.1 Organización del sistema de salud pública en Chile

A continuación, se muestra en la **Ilustración 1: Institucionalidad del sistema de salud en Chile***Ilustración 1*, un esquema del sistema de salud chileno según 3 niveles para su comprensión: normativa, de fiscalización y de ejecución.

Ilustración 1: Institucionalidad del sistema de salud en Chile



Fuente: Elaboración propia. Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. 2013

1.1.1 Nivel Normativo

El Ministerio de Salud es la “Autoridad Sanitaria Nacional”, con funciones referidas a la formulación, fijación y control de las políticas de salud, estableciendo normas, evaluando y controlando la organización de la atención de salud de toda la población.

La Subsecretaria de Redes Asistenciales depende del Ministerio de Salud. Su función es regular y velar por el funcionamiento y desarrollo de la red asistencial del sistema, para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad exigibles. Para alcanzar estos objetivos define políticas, normas, planes y programas, vela por su cumplimiento y coordina su ejecución por los servicios de salud.

La Subsecretaría de Salud Pública también es dependiente del Ministerio de Salud. Es la autoridad sanitaria encargada de la promoción de la salud, la vigilancia, la prevención y el control de enfermedades que afecten a poblaciones o grupos de personas. Coordina las acciones de FONASA y del Instituto de Salud Pública.

1.1.2 Fiscalización

El Instituto de Salud Pública [1](ISP) "tiene como funciones principales la fiscalización, regulación, vigilancia sanitaria y divulgación de materias de salud pública, principalmente en materia de laboratorios y medicamentos, garantizando la calidad de bienes y servicios y contribuyendo al mejoramiento de la salud de la población. Así, el ISP realiza labores en diversas áreas de la salud, como evaluación de calidad de laboratorios, vigilancia de enfermedades, control y fiscalización de medicamentos, cosméticos y dispositivos de uso médico, salud ambiental, salud ocupacional, producción y control de calidad de vacunas, entre otros".

Las SEREMI [2]son encargadas de ejercer las funciones de la Subsecretaría de Salud Pública a nivel regional. Por lo tanto, realizan tareas de regulación y fiscalización sanitaria en los servicios de salud y la red asistencial. Por su parte el Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de los Servicios de Salud, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda.

La Superintendencia de Salud[3] "juega un rol fiscalizador dentro del sistema de salud, velando por el cumplimiento de la normativa vigente por parte de Fonasa y las ISAPRES, fiscalizando a los prestadores públicos y privados en cuanto a su acreditación y certificación".

1.1.3 Ejecución

Las prestaciones de salud pueden ser entregadas a los afiliados y beneficiarios bajo modalidad institucional, cuando la atención de salud es otorgada en los establecimientos de salud correspondiente a la Red Asistencial de cada servicio de salud, constituida por hospitales de distinta complejidad, consultorios urbanos o rurales (dependientes de las

[1] Memoria Institucional 2010-2014. (2014). Instituto de Salud Pública.
[2] Sistema Público de Salud. Situación Actual y Proyecciones Fiscales 2013-2050 (2013). Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.
[3] Artículo 107 inciso primero DFL N° 1 de 2005, de Salud.

municipalidades), postas rurales de salud, estaciones médico-rurales y establecimientos de salud de carácter experimental.

De la misma forma, los beneficiarios pueden optar por elegir un profesional o establecimiento de salud bajo la modalidad libre elección, siempre y cuando pertenezcan al tramo de ingreso que les permite dicha modalidad.

1.2 Servicios de Salud

La institucionalidad que determina la función de los Servicios de Salud corresponde a la ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria en febrero del año 2004.

Los Servicios de Salud[4] "son organismos estatales funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. Sus sedes y territorios serán establecidos por decreto supremo del Ministerio de Salud, por orden del Presidente".

En lo que se refiere a su funcionamiento, "se someterán a la supervigilancia del Ministerio de Salud y deberán cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe."

Según el Balance de Gestión Integral (BGI) de los Servicios de Salud del 2014, su misión institucional es "Implementar y ejecutar las políticas gubernamentales del sector, en particular aquellas que buscan ampliar la cobertura, calidad y oportunidad de las prestaciones recibidas por los beneficiarios del Sistema Público, así como gestionar las redes del sistema de salud, avanzando en un proceso de descentralización administrativa y modernización del Estado".

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud[5] "estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población".

La ley 19.937 también señala que la Red Asistencial de cada Servicio de Salud "deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población".

Finalmente, la Red de cada Servicio de Salud "se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas

[4] Ley 19.937. Modificado año 2008. Artículo 1
[5] Ley 19.937. Modificado año 2008. Artículo 14.

técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos".

1.3 Clasificación establecimientos de salud

La Atención Primaria de Salud representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, brindando atención ambulatoria. Los establecimientos de atención primaria en Chile son dependientes de las municipalidades, y deben seguir las orientaciones dadas tanto por el Ministerio de Salud como por su servicio de salud correspondiente. A continuación, se definen los principales tipos de APS[6]:

- Consultorios Generales: Son los establecimientos esenciales para dar la Atención primaria de salud; tienen por objeto satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel primario y cuentan con todas las características de infraestructura, recursos humanos y equipamientos necesarios para dar una atención integral a su población a cargo. Podrán ser urbanos o rurales según se ubiquen en localidades de iguales características.
- Centros de Salud Familiar (CESFAM): Corresponden a consultorios que han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario. La certificación se obtiene mediante un trabajo sistemático de los equipos de salud; quienes desarrollarán competencias y destrezas específicas para aplicar las actividades trazadoras[7] de dicho modelo.
- Postas de Salud Rurales: Las Postas de Salud Rural tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales con pertinencia cultural, a través del conjunto de acciones que incluyen la atención de salud, la promoción, la prevención de las enfermedades y el auto cuidado de la salud; promover el desarrollo de las personas, familias y comunidad, en el ejercicio de sus derechos, así como su acceso al sistema de protección social.
- Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): Atiende urgencias/emergencias de baja complejidad. Depende, en forma técnica y administrativa de un consultorio o un CESFAM
- Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF): Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio o CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan una parcialidad de las prestaciones del Plan de Salud Familiar. El diseño de la estrategia, con base comunitaria en su origen, está orientado a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido y que ejecutan fundamentalmente acciones de tipo promocional y preventivo.

[6] Definiciones web institucional del Servicio de Salud Metropolitano Norte

[7] Aquella actividad que, por su frecuencia, importancia, repercusión en la salud y/o satisfacción de los usuarios, posibilidad de modificarse de acuerdo con la calidad con que se realice, puede servir de patrón para evaluar la calidad del servicio que se brinda en una institución.

Por otra parte, según la Norma Técnica n° 150[8], sobre criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios, los hospitales pueden ser clasificados de acuerdo a su calidad contractual y su nivel de complejidad (alta, mediana o baja).

Según su calidad contractual, los *establecimientos auto gestionados* serán aquellos que "tienen mayor complejidad técnica, ya que incluyen el desarrollo de especialidades y una organización administrativa. Pueden definir su estructura interna de funcionamiento organizacional, pero su función asistencial es determinada por el director del servicio de salud correspondiente, de acuerdo a los requerimientos y prioridades sanitarias de la Red Asistencial". Por otro lado, los *establecimientos dependientes* son aquellos que "dependen contractualmente del Servicio de Salud al que pertenecen y su rol está determinado por la Red correspondiente".

En el Ilustración 2 se muestran algunas de las principales características que permiten clasificar a los hospitales según su complejidad.

[8] Norma General Técnica n° 150 sobre criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios. Ministerio de Salud

Ilustración 2: Clasificación de establecimientos hospitalarios

Criterios de clasificación	Hospital autogestionado en red	Hospital de menor complejidad	
	Alta complejidad	**Mediana complejidad**	**Baja complejidad**
Número de camas (Se determina en función de la población a cargo, pero se pueden establecer lineamientos generales).	De 301 a 650 camas.	De 31 a 300 camas.	De 8 a 30 camas.
Médico Residente	Residencia médica en UEH, camas críticas, pabellón y área de hospitalizados.	Residencia médica UEH compartida con el resto del establecimiento dependiendo del número de camas.	De llamada.
Especialización RRHH	Puede contar con todas las especialidades y subespecialidades. Puede ser parte de la red de alta especialidad.	Puede contar con algunas o todas las especialidades básicas y algunas otras.	Cuenta con atención médica y de otros profesionales de salud de tipo generalista.
Medicina física y rehabilitación (infraestructura)	Box de fisiología, gimnasio, sala de entrenamiento, sala de integración sensorial, sala de procedimientos, hidroterapia compleja, equipamiento para ergoterapia e integración sensorial, tecnología e innovación (rehabilitación virtual, software de estimulación cognitiva, electroestimulación funcional)	Box de fisioterapia, gimnasio, sala de terapia ocupacional, hidroterapia básica (turbiones)	Box de fisioterapia, gimnasio pequeño. Según definición de la red.
Unidades de apoyo diagnóstico	Radiología convencional e imagenología compleja (TAG, RNM) Laboratorio: cartera de servicios definida para laboratorios de alta complejidad. Incorpora Citometría de flujo y biología molecular. Anatomía patológica: Citopatología clínica, anatomía patológica quirúrgica, técnicas especiales. Farmacia: Dispensación medicamentos y preparaciones estériles y no estériles.	Equipo de rayos osteopulmonar y ecografía, TAC según población asignada, demanda y definición de la red. Laboratorio: cartera de servicios definida para laboratorios de mediana complejidad. Anatomía patológica quirúrgica y algunas técnicas especiales y autopsias.	Equipo rayos osteopulmonar, ecografía básica. Laboratorio básico. Farmacia básica.
Pabellones	Cirugía mayor ambulatoria y no ambulatoria, cirugía de urgencia. Pabellones centralizados e indiferenciados.	Cirugía mayor ambulatoria y no ambulatoria de acuerdo al grado de especialización. Cirugía de urgencia, pabellones centralizados e indiferenciados.	Sala de procedimientos multifuncional.

Fuente: Norma Técnica N°150, Ministerio de Salud.

A continuación, se profundizará la caracterización en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOCC), dado que es el servicio de salud en el cual de desarrolla el presente trabajo.

1.4 Características del SSMOCC

El SSMOCC tiene como usuario objetivo a los afiliados a FONASA de 15 comunas del sector poniente, que pertenecen a 3 de las 6 provincias de la Región Metropolitana: Santiago, Talagante y Melipilla. De las 15 comunas, 5 tienen Índice de Prioridad Social (IPS) alto y 9 cuentan con IPS media-alta. La población[9] total estimada cubierta por el SSMOCC es de 1.161.764 personas.

La población total estimada se distribuye en 571.627 hombres y 590.137 mujeres. En cuanto a los grupos etarios, 21,5% de la población cubierta pertenece al grupo etario de 0-14 años, 69,6% al de 15-64 años, y un 8,9%, corresponde a personas de más de 65 años.

Para su atención, la Red Asistencial del SSMOCC cuenta con 141 establecimientos de salud, donde trabajan 10.046 funcionarios, 3.400 en el nivel primario de atención y 6.646 en hospitales.

Estos establecimientos se pueden desglosar de la siguiente forma:

- 7 hospitales (4 auto gestionados, 2 de mediana complejidad, 1 de baja complejidad)
- 1 Centro de Referencia de Salud (CRS)
- 1 Centro de Diagnóstico y Terapéutico (CDT)
- 33 Centros de Salud Familiar (CESFAM)
- 1 Consultorio General Urbano
- 26 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)
- 14 Centros comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)
- 20 postas de Salud Rural
- 6 Servicios de Urgencia Rural (SUR)
- 9 Consultorios de Salud Mental (COSAM)
- 5 Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)
- 16 salas de rehabilitación
- 2 unidades Dentales Móviles

La Red Asistencial del SSMOCC desarrolló su proceso de Gestión Estratégica para el periodo 2015-2018[10]. Como resultado se declararon 2 grandes propósitos: Dignidad e Integración. Asimismo, se definieron, validaron y declararon Visión, Misión y Valores Compartidos:

- Visión: “Ser reconocidos por entregar una atención integrada y de excelencia, que se distinga por el buen trato, respeto y participación entre los trabajadores, las personas, familias y comunidades de la Red Asistencial, con énfasis en el fortalecimiento del sistema público de salud”.

[9] Servicio de Salud Metropolitano Occidente. (2016). Cuenta pública anual.
[10] Servicio de Salud Metropolitano Occidente. (2015). Proceso de Planificación Estratégica 2015.

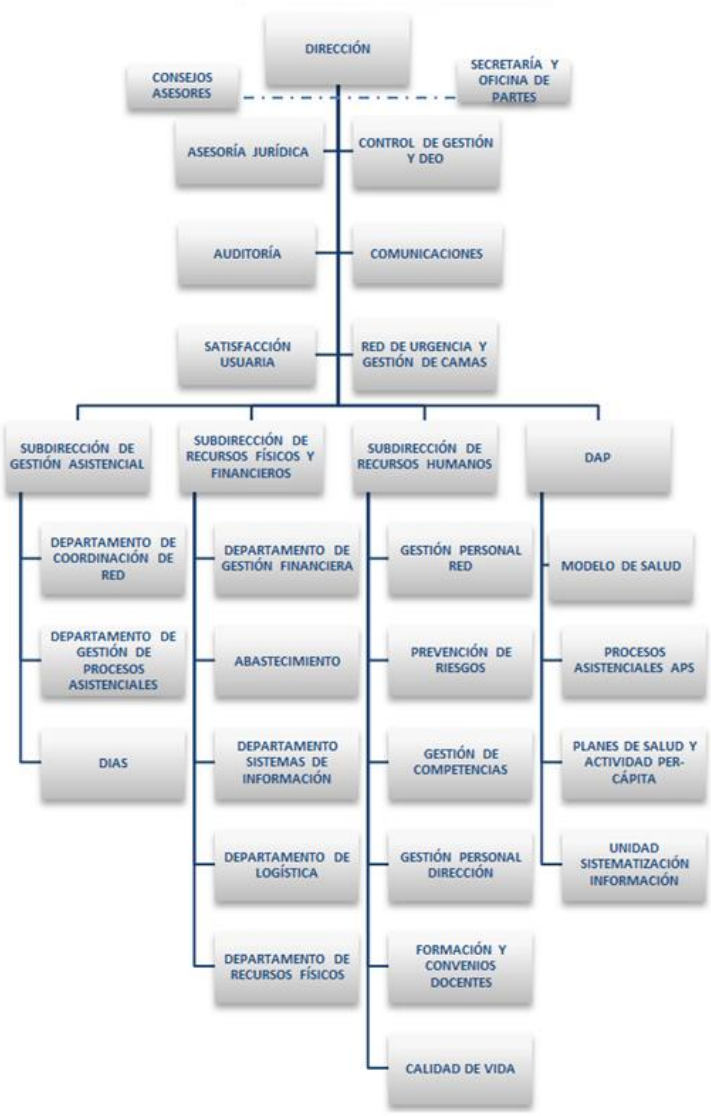
- Misión: “Ser una Red de Salud integrada, con una atención digna para las personas, familias y comunidades de la zona poniente de la Región Metropolitana, comprometiendo acciones de calidad, con oportunidad, acceso y buen trato, con compromiso, probidad y solidaridad”.
- Valores Compartidos: Probidad, respeto, compromiso y excelencia.

Además, se definieron 4 desafíos estratégicos, que se constituyen en la base para formular los objetivos estratégicos de la Red Asistencial. Los desafíos estratégicos son:

- Que nadie en la Red Asistencial se sienta mal tratado,
- Que nadie tenga que llegar al Consultorio a las 5 AM a pedir una hora con el médico,
- Que nadie tenga que esperar más de 12 horas en una urgencia para ser hospitalizado, y
- Que nadie tenga que esperar más de 6 meses para acceder a una atención de especialidad.

Como se puede observar en la Ilustración 3 el organigrama de la dirección del SSMOCC está compuesto por funciones de control y de apoyo a los distintos establecimientos de la red.

Ilustración 3: Organigrama del Servicio de Salud Metropolitano Occidente



Fuente: Página web institucional del SSMOCC.

Se presenta a continuación una clasificación de los stakeholders del SSMOCC según su sector de procedencia:

- Intersector: MINSAL; diferentes ministerios; direcciones regionales; municipalidades (alcaldes); intendencias; universidades; Carabineros y Bomberos.
- Intrasector: Subsecretaría de Salud Pública; SEREMI de Salud; FONASA; Superintendencia de Salud; Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Usuarios Internos – Establecimientos de la Red del Servicio de Salud Occidente: establecimientos hospitalarios: hospitales de alta y mediana complejidad y comunitarios; establecimientos APS: CESFAM, Centros de Salud, CECOF, postas de salud rural, SAPU; directivos de los hospitales; directivos de APS; profesionales clínicos; médicos; administrativos; técnicos; auxiliares; asociaciones gremiales.
- Comunidad: consejos consultivos; grupos de autoayuda; fundaciones; ONG.

- Sector Privado: clínicas privadas (convenios de prestaciones de hospitalizaciones); laboratorios; centros de diálisis; hogares protegidos; transporte de ambulancias y vehículos

1.5 El SSMOCC y el Modelo de Redes Integrales de Servicios de Salud(RISS)

1.5.1 Modelo RISS de la Organización Panamericana de la Salud(OPS)

La Organización Panamericana de la Salud, OPS, desarrolló el modelo de Redes Integrales de Servicios de Salud, RISS. En este modelo una red de atención asistencial[11], puede definirse como "un conjunto de vínculos o conversaciones entre instituciones de servicios de atención de salud que, combinando recursos humanos y materiales a través de relaciones funcionales coordinadas e integradas, dan respuesta a las necesidades de salud de una población dada en un territorio geográfico determinado". Conceptualmente las redes de atención deben velar por la coordinación y la continuidad en la provisión de servicios de salud.

La coordinación asistencial[12] "se refiere a la concertación de todos los servicios relacionados a la provisión de servicios de salud que, independiente de donde se reciban, logren la sincronización de éstos en razón de alcanzar un objetivo en común".

La continuidad en la atención "se refiere a cómo los pacientes experimentan la integración y coordinación de los servicios de salud. Esta continuidad puede ser de tipo informacional (cómo se transmite la información de un paciente desde un proveedor a otro), administrativa (especialmente importante cuando se cuenta con muchos proveedores involucrados en la continuidad de los cuidados) o relacional (aquella que une los cuidados pasados con los futuros) [13]".

Según el modelo RISS, la misión de la red asistencial[14]"debe basarse en equipos de salud interdisciplinarios y de liderazgo horizontal, que tiene como eje a la Atención Primaria de Salud, coordinándose con hospitales de mayor complejidad, de modo de hacerse cargo de las necesidades de la población de un territorio determinado, acompañando a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, apoyando los momentos críticos con consejería, educación y promoción de salud, controlando los procesos para detectar oportunamente el daño y proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportuna en caso de patología aguda o crónica, asegurando en todo momento la continuidad de la asistencia".

El rol de los hospitales en este modelo de atención es contribuir a la resolución de problemas a requerimiento de la red de atención, en base al tipo de actividades, nivel de

---

[11] Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales (2011). Organización Panamericana de Salud

[12] Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006; 20(6): 485-495

[13] Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care. BMJ. 2003; 327: 1219-1221

[14] Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales (2011). Organización Panamericana de Salud

complejidad y especialidades que la propia red le defina, en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia.

1.5.2 Niveles de atención en el SSMOCC y derivación

El decreto n° 38/05[15] del Ministerio de Salud establece que "los establecimientos de menor complejidad serán aquellos establecimientos de APS u hospitales de baja-mediana complejidad, que no cuentan con las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, o cuentan con una o más de ellas, y no poseen o sólo poseen excepcionalmente algunas de las subespecialidades de la medicina que no correspondan a las especialidades básicas citadas".

Esta definición trae consigo el concepto de complementariedad de los establecimientos de la red, ya que, por definición del modelo de salud pública chileno, un establecimiento no cuenta con todas las especialidades médicas, lo cual conlleva a que el paciente debe ser derivado entre establecimientos de salud según sus necesidades clínicas.

La red del SSMOCC se divide en 3 polos para una mejor gestión (Santiago, Melipilla y Talagante) y cada uno de estos polos está conformado por un conjunto de Establecimientos de Atención Primaria y Hospitales.

La presente memoria se concentrará en el polo de Talagante, el cual está formado por (establecimientos relevantes para la presente memoria):

- Hospital de Talagante (Alta complejidad)
- Hospital de Peñaflor (Mediana complejidad)
- CESFAM Alberto Allende
- CESFAM El Monte
- CESFAM Isla de Maipo
- CESFAM Peñaflor
- CESFAM Monckeberg
- CESFAM Padre Hurtado

La elección del polo Talagante se justifica porque permite entender tanto la lógica de derivaciones a un hospital de alta complejidad como a uno de mediana complejidad, todo esto en un marco de un volumen de atenciones y número de establecimientos APS que derivan hacia los hospitales abordables en el contexto del presente trabajo.

1.5.3 Mapa de la Red del SSMOCC

El año 2015, basado en los lineamientos del modelo RISS, el Ministerio de Salud solicitó a cada Servicio de Salud diseñar su "Mapa de Derivación" [16], describiendo los establecimientos que la forman, su complejidad y el alcance de sus carteras de servicios

[15] Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red. Ministerio de Salud

[16] Orientaciones técnicas y metodológicas compromisos de gestión en el marco de las redes integradas de servicios de salud. (2015). Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

que deben ser complementarias y dar respuesta a las necesidades de salud de la población beneficiaria. Cabe destacar que los mapas de derivación existen desde antes, ya que han sido resultado de diversos procesos de diseño de la red, sin embargo, resulta importante relevar su importancia dada las orientaciones ministeriales.

A modo de ejemplo, en la Ilustración 4 se muestra el mapa de derivaciones de algunas especialidades hacia los hospitales: Hospital Félix Bulnes(HFBC), Hospital San Juan de Dios(HSJDD), Centro de Referencia de Salud Salvador Allende Gossens(CRS SAG). Se puede observar que, dependiendo de la comuna del establecimiento de atención primaria y de la consulta de especialidad, se asignan diferentes hospitales (se ocupa un extracto del polo Santiago para evidenciar de mejor forma el flujo). Esta matriz es un insumo básico para las derivaciones, ya que es la ruta a seguir por los pacientes al interior de la red del SSMOCC.

Ilustración 4: Extracto mapa de derivación de la red del SSMOCC

ESPECIALIDAD	Grupo Etario	CERRO NAVIA	QUINTA NORMAL	RENCA	CURACAVI	PUDAHUEL	LO PRADO
Nefrologia	<15 años	HFBC	HFBC	HFBC	HFBC	CRS SAG	HSJDD
	>15 años	HFBC			HSJDD	CRS SAG	
Dermatologia	Sin distinción	HFBC	HFBC	HFBC	HSJDD	HSJDD	CRS SAG
Inf. Transmisión Sexual		HFBC	HFBC	HFBC	HSJDD	HSJDD	HSJDD
Cirugia Infantil	<15 años	HFBC	HFBC	HFBC	HSJDD	HFBC	HFBC
Cirugía Adulto	>15 años	CRS SAG			HSJDD	CRS SAG	CRS SAG
Otorrinolaringología		CRS SAG	HSJDD	HSJDD	HSJDD	CRS SAG	CRS SAG

Fuente: Resolución exenta n°2248. 10 de agosto de 2016. Departamento de Asesoría Jurídica del SSMOCC.

La solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutiva a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad del tratamiento del paciente, se denomina *referencia*.

Por su parte, la *contrarreferencia* es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es

aquel procedimiento mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento.

Lo anterior se traduce en que si, por ejemplo, un paciente de Quinta Normal (ver Ilustración 4) al ir a su control de rutina o a una atención de urgencia en su establecimiento de atención primaria (asignado por ubicación geográfica) se le notifica que necesita ir a un nefrólogo, entonces se le genera una referencia para una Consulta de Especialidad en el Hospital Félix Bulnes. Luego, el nefrólogo del hospital, por medio de una contrarreferencia, envía la información de la consulta a su médico de atención primaria. Si es que eventualmente el paciente ahora necesitara un otorrinolaringólogo, ahora se le procesaría una referencia al Hospital San Juan de Dios, repitiendo el proceso de contrarreferencia. Cabe destacar, que el especialista no puede emitir una interconsulta, por lo que debe volver al nivel primario.

Para que este diseño funcione tiene que contar con un sistema de comunicación que permita que este beneficiario fluya en forma segura y eficiente a través de esta Red. El proceso mediante fluye la información en estas derivaciones y contra derivaciones recibe el nombre de Referencia y Contrarreferencia.

Este sistema involucra a todos los pacientes que necesiten una atención de especialidad de mayor complejidad en cualquier establecimiento de la red del SSMOCC, y es esencial para el cumplimiento de la misión del servicio de salud: ser una red integrada y brindar una atención oportuna.

II. Descripción del Proyecto

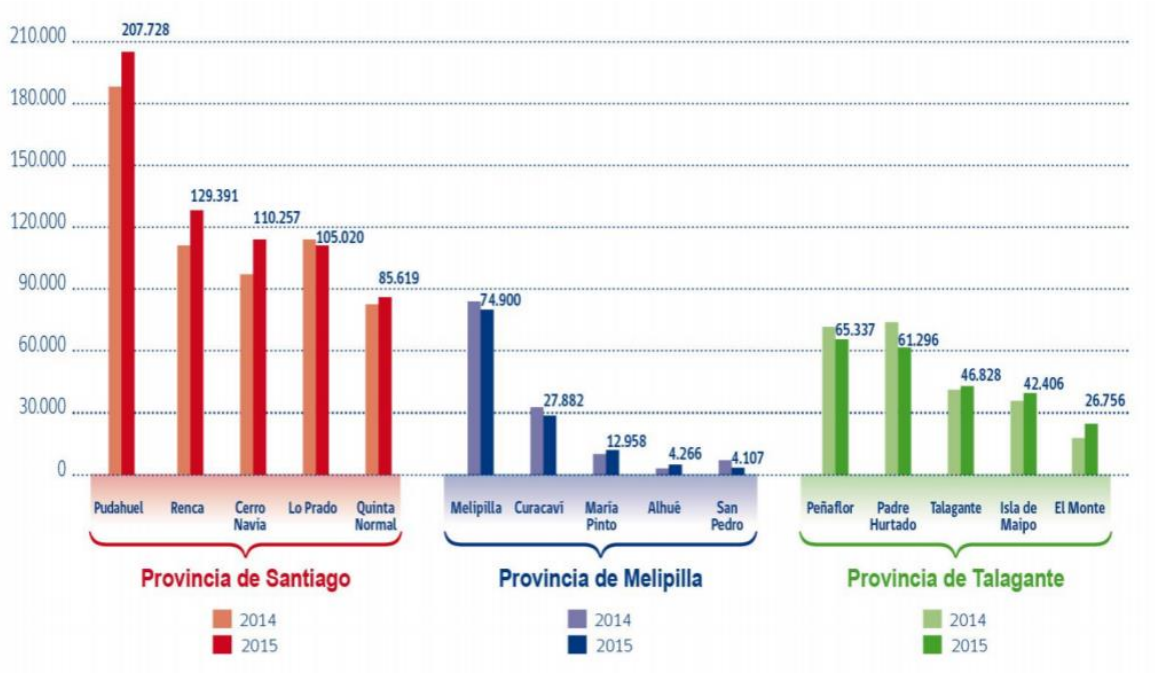
2.1 Descripción del Problema y Proyecto

2.1.1 Consultas de especialidad en el SSMOCC

La presente sección busca dimensionar la cantidad de pacientes que fluyen a través de los mapas de derivación de la red del SSMOCC, de modo de entender en cuántos casos eventualmente podría ser emitida una referencia y una contrarreferencia.

En primer lugar, se observa en la Ilustración 5 que en APS, que es la puerta de entrada al sistema de salud, se verifica aproximadamente 1 millón de consultas al año. Del total de consultas, cerca de un 24% son efectuadas en establecimientos del polo Talagante.

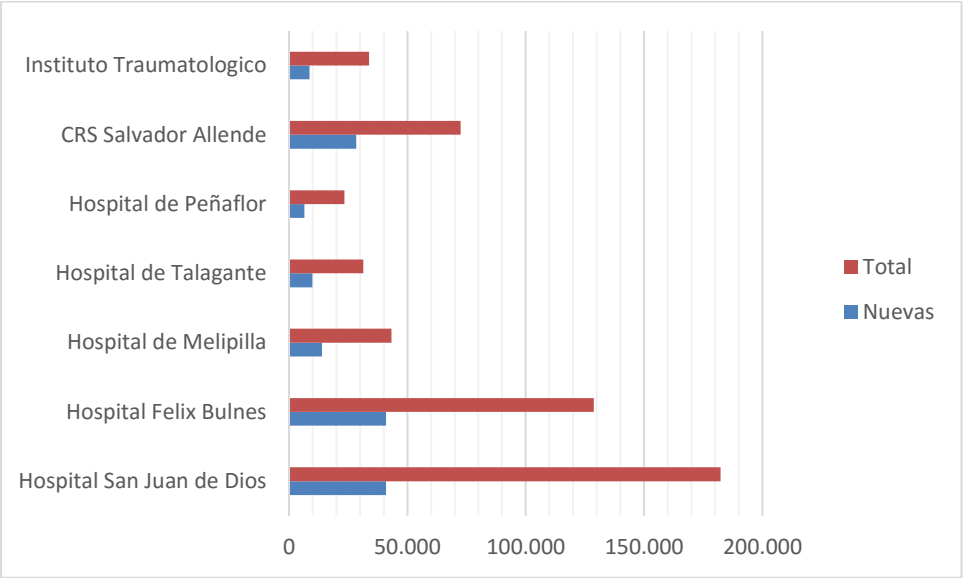
Ilustración 5: Consultas médicas realizadas en atención primaria



Fuente: Cuenta Pública 2015 SSMOCC.

A su vez, en la Ilustración 6 es posible observar que la cantidad de consultas médicas de especialidad fue de 515.424, de las cuales 149.293 corresponden a consultas nuevas, es decir, aquellas que fueron procesadas a través del sistema de lista de espera. Esto implica que se realizaron casi 150 mil derivaciones de pacientes desde atención primaria a través del sistema de referencia y contrarreferencia de modo de que los médicos contasen con el total de la información clínica. Además, en la Ilustración 6 se observa que 54.805 consultas de especialidad fueron realizadas en el polo de Talagante, de las cuales 16.332 corresponden a consultas nuevas.

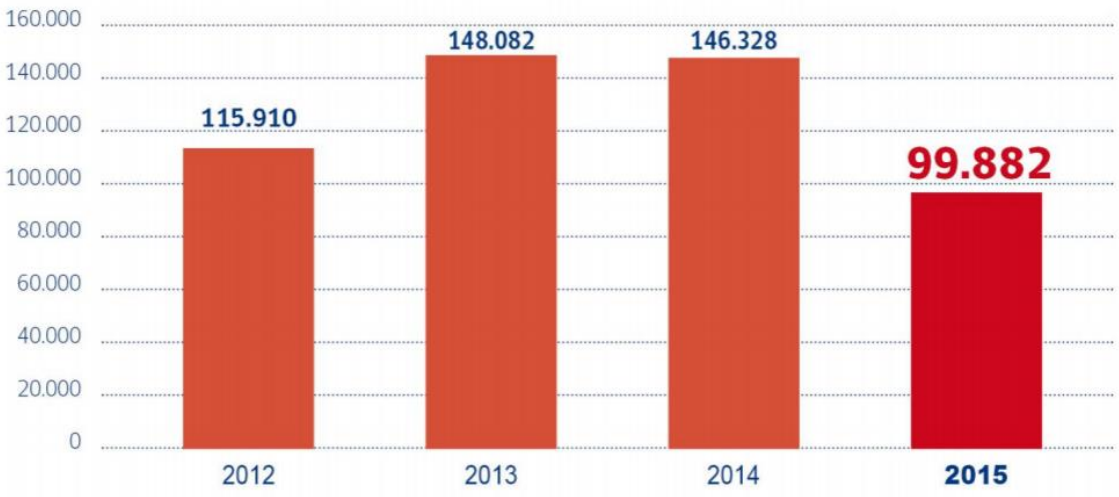
Ilustración 6: Consultas médicas de especialidad del SSMOCC año 2016



Fuente: Elaboración a partir de consolidado de producción médica 2016, fuente REM.

Finalmente, con el objetivo de mostrar que las consultas médicas de especialidad son un recurso escaso, razón por la cual es necesario realizar una buena gestión y control sobre ellas, es que se muestra en la Ilustración 7 la evolución de la lista de espera de consultas de especialidad. Esta lista de espera se define como aquellos pacientes que luego de ir a un establecimiento de APS, el médico los deriva a una consulta de especialidad, por lo que se encuentran esperando que se les agende una cita. Aproximadamente 100 mil pacientes esperaban atención al 31 de diciembre del 2015. En el capítulo 3 se profundizará sobre este punto.

Ilustración 7: Evolución del número de personas en lista de espera de consulta de especialidad del SSMOCC



Fuente: Cuenta pública 2015 SSMOCC.

2.1.2 Descoordinación entre distintos niveles de complejidad en la atención de los pacientes

La literatura existente en materia de coordinación entre distintos niveles de atención señala que ésta es clave para el desempeño de los sistemas de salud, y en especial, para la atención recibida por los pacientes.

Profundizando en las consecuencias, según la Organización Panamericana de Salud, OPS, esto tiene los siguientes efectos para los pacientes[17]:

- Pérdida de la continuidad de la atención
- Falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los pacientes
- Demanda reprimida o no expresada por los usuarios, lo que agrava las patologías y encarece posteriormente los costos de atención
- Derivaciones tardías, con impacto negativo en la salud de las personas
- Necesidad de visitar múltiples sitios asistenciales para solucionar un único episodio de enfermedad (Servicios de Urgencia, centro de salud, hospital, etc)
- Repeticiones innecesarias del historial clínico y de las pruebas diagnósticas, debido a la desconfianza existente entre niveles de atención.

Además, según la misma organización, esta falta de coordinación tiene los siguientes efectos para el desempeño general de los sistemas de salud:

- Duplicación de servicios y de infraestructura
- Capacidad Instalada ociosa
- Baja resolución de la atención primaria
- Uso de Servicios de Urgencia para acceder a atención especializada
- Uso de la atención cerrada, es decir, que requiere estancia hospitalaria, en casos que se podían resolver ambulatoriamente

A su vez, en la sección anterior se vio que el modelo RISS que propone la OPS, señala que la coordinación entre los distintos niveles de atención debe ser, entre otros, a través de procesos de referencia y contrarreferencia que permitan un flujo de la información clínica del paciente a lo largo de su ciclo de atención.

Actualmente existen indicios de que los pacientes que se atienden en la red del SSMOCC no están recibiendo una atención coordinada entre los distintos niveles de complejidad. Esto se debe, entre otras causas, a que la red del SSMOCC no cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia que permita comunicar, monitorear, controlar y acompañar las derivaciones y contraderivaciones que siguen los pacientes a lo largo de su tratamiento. La Ilustración 8 corresponde a un árbol de problemas que muestra las principales consecuencias que tiene para los pacientes una atención no coordinada, como también las principales causas de ello.

[17] Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas (2010). OPS.

Esta descoordinación en la atención queda en evidencia en un indicador con el que cuentan los hospitales, denominado indicador EAR C.4.2 (Cumplimiento programa de coordinación de la red). Este indicador mide la existencia y cumplimiento de los requisitos del programa de coordinación del EAR con su red, enfocado en mejorar la pertinencia de la derivación e implementar la contrarreferencia.

Para cumplir con el indicador se deben satisfacer los siguientes requisitos:

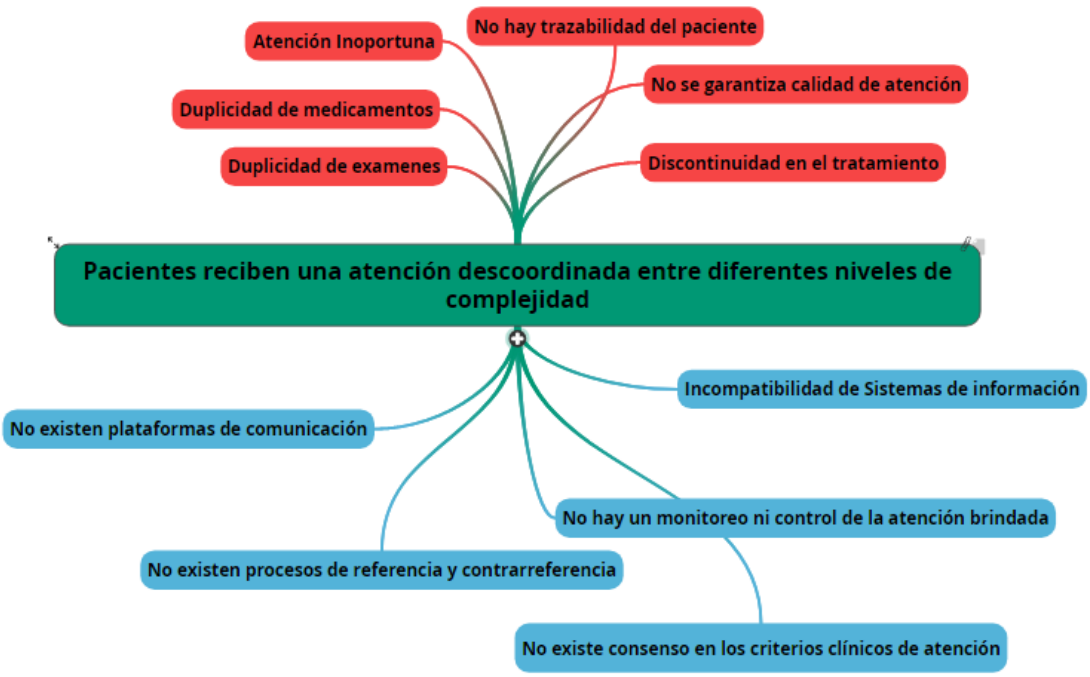
1. Tener un referente técnico definido que se encargue de la coordinación con la RED y el referente SIDRA[18].
2. Análisis trimestral de pertinencia y contrarreferencia
3. Comunicar resultado del análisis a la APS
4. Generar plan de mejora en conjunto con APS
5. Informe de evaluación anual.
6. Medir la pertinencia en todas las especialidades derivadas de APS, a través de SIDRA
7. Medir la contrarreferencia en todas las altas de especialidades
8. Evaluación del resultado de la implementación de la contrarreferencia

Al analizar, a partir de los reportes de indicadores EAR 2016, el detalle del cumplimiento en los hospitales de la red se tiene que ningún hospital de la red cumple con aquellos requisitos ligados a la contrarreferencia, ya que no cuentan con sistemas de contrarreferencia, lo que significa no pueden medir la contrarreferencia, evaluarla ni analizarla. Lo anterior se traduce en que se realizan más de 150 mil derivaciones de pacientes al año entre APS y hospitales, sin que los médicos tengan ninguna comunicación sobre las condiciones que gatillaron dicha derivación. Más aún, aquellos pacientes que ya se encuentran en el nivel secundario y deben volver a atención primaria tampoco lo hacen acompañado de sus indicaciones clínica al médico de APS.

De forma excepcional, dado un prototipo de sistema de referencia y contrarreferencia implementado por el SSMOCC, con acompañamiento y orientación del Centro de Sistemas Públicos, CSP, ha sido posible medir la no pertinencia en el tratamiento para un subconjunto de derivaciones. Se tiene que, del total de referencias hechas hacia el Hospital de Talagante durante el mes de noviembre de 2016, un 6%[19] no fueron pertinentes según protocolo médico, es decir, dado el diagnóstico, no ameritaba una consulta de especialidad o que la especialidad que ameritaba era otra, quedando registro del tratamiento y pasos a seguir corregidos por el médico especialista. Mientras que un 5% de las consultas realizadas no fue pertinente por no realizarse en los plazos propuestos por cada especialidad. Esto permite identificar que un 11% de los pacientes tuvieron una derivación que no fue pertinente y/o oportuna.

[18] SIDRA corresponde a una estrategia seguida por el MINSAL que buscaba una integración de los sistemas de información, pero fue abortada en diciembre del 2016.
[19] A partir del reporte de SISCONT al 30/06/2017

Ilustración 8: Árbol de problemas: Atención descoordinada entre distintos niveles de complejidad



Fuente: Elaboración Propia

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo General

Elaborar un rediseño del proceso de referencia y contrarreferencia del SSMOCC, que incluya un sistema de monitoreo y control, con el fin de facilitar la gestión de dicho proceso y contribuir al logro de los objetivos de atención integral, oportuna y de calidad de los pacientes.

2.2.2 Objetivos Específicos

Para cumplir el objetivo antes mencionado, se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Realizar un levantamiento de los procesos de referencia y contra referencia en el SSMOCC.
- Identificar cuáles son las dimensiones claves en las que aporta un sistema de referencia y contrarreferencia.
- Proponer un tablero de indicadores que permitan gestionar el proceso de referencia y contrarreferencia en el SSMOCC
- Entregar una propuesta de rediseño del proceso de referencia y contra referencia en el SSMOCC

2.3 Alcances

El alcance del presente trabajo será un rediseño del proceso de referencia y contrarreferencia en el polo Talagante del SSMOCC.

Además, se estudiarán sólo las solicitudes de referencia y contrarreferencia entre establecimientos de APS y Hospitales, y no entre hospitales de distinta complejidad. Además, no se profundizará en aquellos pacientes que sean categorizados como GES, ya que, si bien son relevantes, el registro administrativo, categorización y tiempos de atención son distintos. Sin embargo, hay aspectos del desarrollo de esta memoria que pueden ser aplicados o adaptados a aquellas patologías GES.

Cabe destacar que en términos concretos este trabajo consiste en levantar los procesos actuales de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del polo de Talagante, estandarizarlos, definir las dimensiones claves, definir indicadores asociados a dichas dimensiones, evaluarlos, definir responsables, y proponer un rediseño.

Finalmente, no se incluye la implementación del rediseño dentro de los alcances de la memoria, sin embargo, se incluye una sugerencia de plan de implementación.

2.4 Resultados Esperados

En marco de la necesidad del SSMOCC de lograr impulsar un sistema de referencia y contrarreferencia, y en función de los objetivos específicos antes descrito, se definen 5 productos asociados a este trabajo.

Con respecto al primer objetivo específico, se realiza un informe con documentación de los procesos actuales de referencia y contrarreferencia en el polo Talagante del SSMOCC. Esto implica ahondar tanto en los procesos de atención primaria, como también en los de atención secundaria y la dirección del servicio de salud.

Se espera obtener un diagnóstico de dimensiones claves en que aporta valor un sistema de referencia y contrarreferencia. En concordancia con el segundo objetivo específico, el foco es lograr identificar aquellas de mayor relevancia.

A sí mismo, se realiza una propuesta de indicadores del proceso de referencia y contrarreferencia en el SSMOCC, la cual permita evaluar el funcionamiento actual y futuro del proceso.

Combinando lo anterior, con respecto al cuarto objetivo específico, se elaborará una propuesta de cómo debería ser el proceso de referencia y contrarreferencia.

Finalmente, se harán propuestas de implementación, señalando aquellos aspectos que deben ser cuidados, ya que son determinantes en el éxito de la implementación del rediseño.

2.5 Marco Conceptual

En la presente sección se presenta el conjunto de modelos conceptuales que se consideran como insumo necesario para entender el problema y abordarlo, y sobre el cual se justifican las decisiones de la metodología a emplear.

2.5.1 Rediseño de Procesos

Existe abundante literatura con respecto a este tema, la cual se puede clasificar en dos corrientes principales.

Por una parte, se tienen a aquellos autores, como Hammer[20], quienes afirman que un rediseño debería ser un "borrón y cuenta nueva", lo que implica repensar, sin prejuicios históricos, el proceso en discusión, de modo de lograr cambios radicales. Este enfoque fue aplicado en Estados Unidos, en donde muchas empresas interpretaron el concepto de cambio radical como una disminución significativa de personal. Esto hizo que esta primera corriente propuesta por Hammer se desprestigiara, y que incluso el mismo autor afirmará que este enfoque se había pervertido.

La segunda corriente sugiere comenzar con un conocimiento en detalle del proceso actual existente, y a partir de eso, generar una propuesta de rediseño. En esta propuesta no necesariamente los cambios deben ser radicales, sino que se acepta una propuesta de innovación marginal respecto a lo existente, pero siempre para el conjunto del proceso. Dado que la segunda corriente ha mostrado mejores resultados, se profundizará en esa línea, utilizando el modelo propuesto por Oscar Barros en su libro "Rediseño de Procesos de negocios mediante el uso de patrones".

El autor señala que un proceso es un conjunto de actividades ligadas por ciertos flujos definidos. Una actividad requiere de "entradas", los cuales son insumos materiales o información necesarios para que una actividad pueda ser realizada. Como resultado de una actividad se producen "salidas", las que pueden ser recursos físicos o información. Según Barros, todo proceso puede ser clasificado según patrones, dada ciertas características generales.

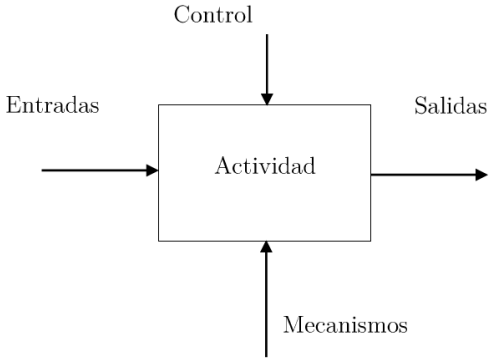
Define 4 grupos generales a los cuales denomina Macro procesos:

1. Macro proceso de gestión, producción y provisión
2. Macro proceso de desarrollo de nuevos productos y/o servicios
3. Macro proceso de planificación del negocio
4. Macro proceso de ciclo de vida de un recurso

Las reglas, normas, políticas o restricciones en las cuales se enmarca la actividad las denomina "control". Finalmente, llama "mecanismos" a todo lo que no sea insumo y que sea necesario para llevar a cabo a la actividad. Lo anterior puede ser representado por la Ilustración 9, tal como se ve a continuación:

[20] Hammer, M. y J.Champy(1993). Reengineering the Corporation. Harper Business.

Ilustración 9: Esquema de un proceso



Fuente: Modelo propuesto por Barros.

2.5.2 Indicadores de Gestión

Según Beltran[21], se define un indicador como "la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambios generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto de objetivos previstos e influencias esperadas".

Los indicadores son parte de dos sistemas de información fundamentales para la gerencia de las organizaciones:

- **Del Sistema de información gerencial**, que James A. Senn[22] define como aquel que "proporciona información de apoyo en la toma de decisiones, donde los requisitos de información pueden identificarse de antemano. Las decisiones respaldadas por ese sistema frecuentemente se repiten".
- **Del sistema de apoyo a la decisión**, que el mismo Senn señala que "ayuda a los gerentes en la toma de decisiones únicas y no reiteradas que relativamente no están estructuradas. Parte del proceso de la decisión consiste en determinar los factores y considerar cuál es la información necesaria".

Beltrán establece que los indicadores deben tener la siguiente estructura:

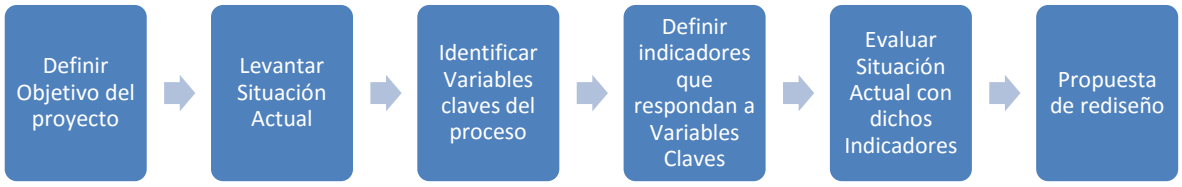
- **Nombre**: La identificación es vital, por lo que su nombre debe ser concreto y definir claramente su objetivo y utilidad
- **Fórmula de cálculo:** Se debe tener clara la fórmula matemática para el cálculo de su valor, lo que implica la identificación de los factores y como ellos se relacionan.
- **Unidades**: La manera en cómo se expresa el valor de un indicador está dado por las unidades, lo que depende de cómo se relacionan los factores
- **Glosario:** Es fundamental que el indicador se encuentre documentado de manera precisa en los factores necesarios para su calculo

[21] Beltrán, J. (1998). Indicadores de gestión. Santa Fe de Bogotá, editorial 3R editores.
[22] Senn, J. A. J. A. (1990). Sistemas de Información para la Administración (No. 004.03). Grupo Editorial Iberoamérica.

2.6 Metodología

Siguiendo lo propuesto por Barros, se propone la siguiente metodología (Ilustración 10):

Ilustración 10: Metodología a utilizar



Fuente: Elaboración Propia.

a) Definir el Proyecto

Esta actividad pretende establecer con precisión cuáles son los procesos que deben ser rediseñados y los objetivos específicos que se tienen que enfrentar al cambio. Aquí, la idea fundamental es la de elegir y priorizar aquellos procesos que generen una mayor contribución al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la organización. Por ello se subdivide en:

i. Establecer el objetivo del rediseño, que deriva la visión estratégica que se tiene en mente al realizar el rediseño de proceso y los objetivos específicos asociados a los procesos, a partir de la estrategia de negocios de la organización. En este caso el objetivo del rediseño es lograr coordinar una atención integral, oportuna y de calidad de los pacientes.
ii. Definir ámbito de procesos a rediseñar, que selecciona los procesos que deben ser rediseñados y asegura que constituyen una unidad lógica que debe ser enfrentada en forma integral, delimitando con esto el trabajo por realizar, para cumplir con los objetivos en (i). En este caso los procesos corresponden a los procesos de referencia y contrarreferencia entre establecimientos de APS y hospitales de mediana y alta complejidad.

b) Entender la situación actual

En esta fase se realizarán entrevistas semiestructuradas[23] a los siguientes actores para levantar los procesos de referencia y contrarreferencia (en caso de existir) en su situación actual:

- **Hospital Talagante**: Jefe Some[24]; Referente Planificación y control de Gestión; Subdirector Médico; Medico Referente Contrarreferencia; Subdirector de Desarrollo Estratégico; Médico Especialista

[23] Ver Anexo 6.1 Pauta de entrevista de levantamiento de Procesos
[24] Jefe de Servicio de Orientación Médico Estadístico, el cual se encarga de gestionar la lista de espera, como también priorizar y programar las atenciones en cada establecimiento.

- **Hospital Peñaflor**: Jefe Some; Referente Planificación y control de Gestión; Subdirector Médico; Medico Referente Contrarreferencia; Médico Especialista
- **Cesfam Isla de Maipo** (Jefe Some; Médico Contralor; Médico APS)
- **Cesfam Peñaflor** (Jefe Some; Médico Contralor; Médico APS)
- **Cesfam Monkeberg** (Jefe Some; Médico Contralor; Médico APS)

De la misma forma, el diseño de las entrevistas se verá apoyado por fuentes secundarias tales como:

- Revisión de documentos internos del SSMOCC.
- Revisión de casos de éxito de sistemas de referencia y contrarreferencia en otros servicios de salud en Chile.
- Revisión de casos de éxito de sistemas de referencia y contrarreferencia en otros países de la OPS.
- Revisión de literatura especializada con respecto a la gestión de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

Además, también se realizarán entrevistas semiestructuradas[25] a los siguientes actores para determinar las dimensiones en las cuales aporta valor un sistema de referencia y contrarreferencia, de modo de lograr identificar aquellas variables claves a evaluar:

- **Hospital Talagante**: Jefe Some; Referente Planificación y control de Gestión; Subdirector Médico; Medico Referente Contrarreferencia; Subdirector de Desarrollo Estratégico; Médicos Especialistas (distintas especialidades)
- **Hospital Peñaflor**: Jefe Some; Referente Planificación y control de Gestión; Subdirector Médico; Medico Referente Contrarreferencia; Médicos Especialistas (Distintas especialidades)
- **Cesfam Isla de Maipo** (Jefe Some; Médico Contralor; 4 Médicos APS)
- **Cesfam Peñaflor** (Jefe Some; Médico Contralor; 4 Médicos APS)
- **Cesfam Monkeberg** (Jefe Some; Médico Contralor; 4 Médicos APS)

Una vez determinadas las variables claves a evaluar, se le asignarán indicadores a cada una de ellas, de modo de tener un criterio para medir el desempeño actual de los procesos. Para la generación de los indicadores, se seguirá la siguiente metodología propuesta por Beltran[26]:

I. **Contar con objetivos y estrategias:** Los cuales corresponden a los lineamientos estratégicos presentados en el capítulo de antecedentes.
II. **Identificar los factores claves del éxito** del proceso de referencia y contrarreferencia a partir de las entrevistas realizadas
III. **Definir los indicadores para los factores claves de éxito**: Deben permitir hacer el monitoreo antes del proyecto, durante éste y después de la ejecución.

[25] Ver Anexo 6.2 , 6.3 y 6.4: Pauta de Entrevista de Dimensiones Claves
[26] Beltrán, J. (1998). Indicadores de gestión. Santa Fe de Bogotá, editorial 3R editores.

IV. **Determinar el estado, umbral y rango de gestión**: se debe calcular el valor actual, determinar las metas, y qué valores mínimos y máximos se esperan para ellos.

V. **Diseñar la medición:** Determinar fuentes de información, frecuencia de la medición, presentación de la información, asignación de responsables de la recolección, tabulación, análisis y presentación de la información.

VI. **Determinar y asignar recursos**: Con base en las características definidas en el punto anterior, para la medición, se establecen las necesidades de recursos que demandará realizar las mediciones.

c) *Rediseñar*

Establece los cambios que deberían efectuarse en la situación actual y detalla cómo se ejecutarán los nuevos procesos. Se subdivide en:

i. Definir la dirección de cambio en función de aquellos aspectos peor evaluados de la situación actual del proceso de referencia y contrarreferencia, y proponer un rediseño.
ii. Analizar la factibilidad técnica del rediseño dado los sistemas de información con los que se dispone.
iii. Modelar y evaluar el rediseño, en función de las dimensiones claves establecidas.

Finalmente, en base a los resultados anteriores, se elaborará en detalle la propuesta de rediseño del proceso, la cual especificará los cambios en las etapas del proceso, responsabilidades generales de los actores involucrados y sugerencias de indicadores.

III. Levantamiento de Información

3.1 Modelamiento y narrativa del proceso de Referencia actual

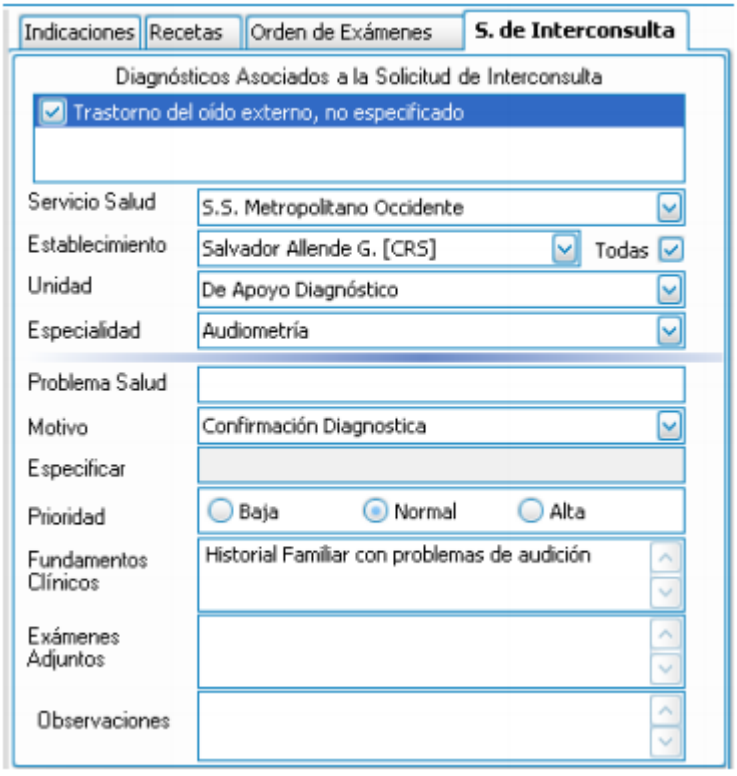
Atención Facultativo

El proceso comienza con la atención de un médico en un box. Si el médico de APS establece que no es necesario generar una interconsulta, no se emite una referencia. El proceso se termina.

Si es que el médico considera oportuna una derivación, revisa el historial clínico de Interconsultas en el Sistema “Rayen” (Sistema informático que ocupan todos los establecimientos de atención primaria de la provincia de Talagante) para ver si el paciente ya tiene una interconsulta emitida en dicha especialidad (lo cual significaría que actualmente está en lista de espera), en cuyo caso debe continuar esperando.

En caso de que no tenga generada una interconsulta para la especialidad que necesita, el médico genera una interconsulta en el sistema.

Ilustración 11: Módulo de interconsulta de Rayen



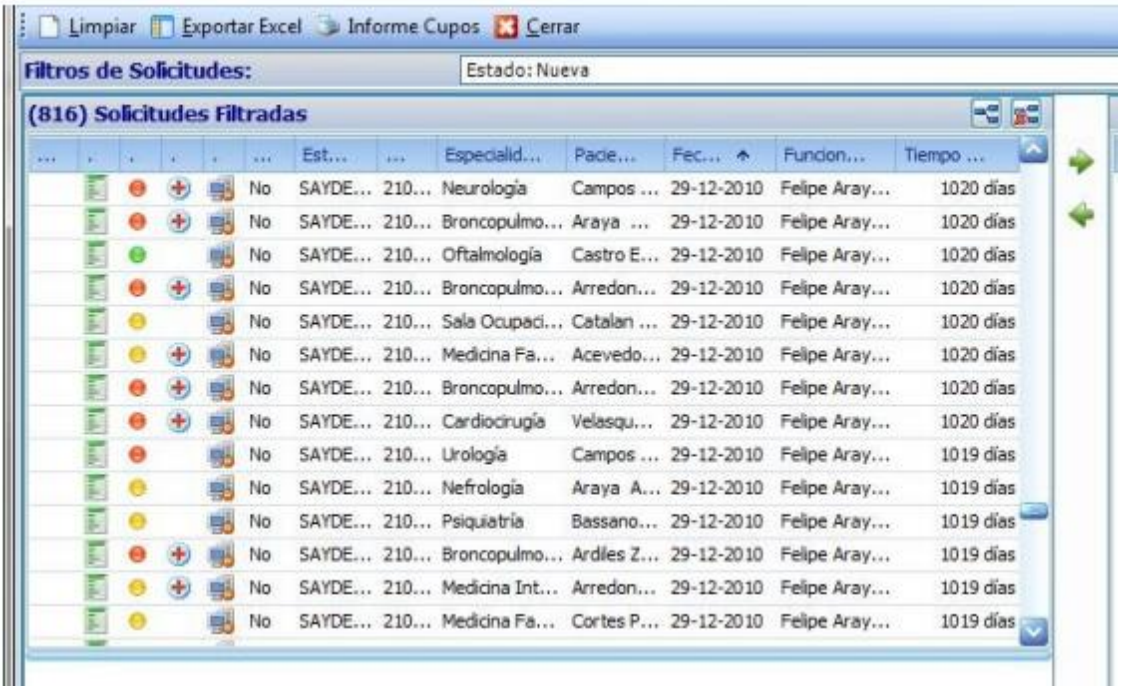
Fuente: Interfaz de Rayen en APS

En la Ilustración 11 se observa que la interconsulta[27] contiene información del establecimiento a derivar, especialidad, problema de salud, prioridad, fundamentos clínicos, exámenes y/o observaciones. Todos estos datos son completados por el médico cuando realiza la atención.

Médico Contralor

El médico contralor es el encargado de revisar las interconsultas generadas por el médico de box en el sistema Rayen. El médico contralor tiene una sección especial en el sistema Rayen, la cual se ve en la Ilustración 12, en la que aparecen todas las solicitudes de interconsulta ordenadas por fecha de emisión, en la cual él acepta o rechaza la interconsulta. La frecuencia con que esto ocurre no está definida, ya que varía dependiendo la asignación de tiempo al cargo de médico contralor según el establecimiento de APS.

Ilustración 12: Visualización en Rayen de interconsultas médico contralor

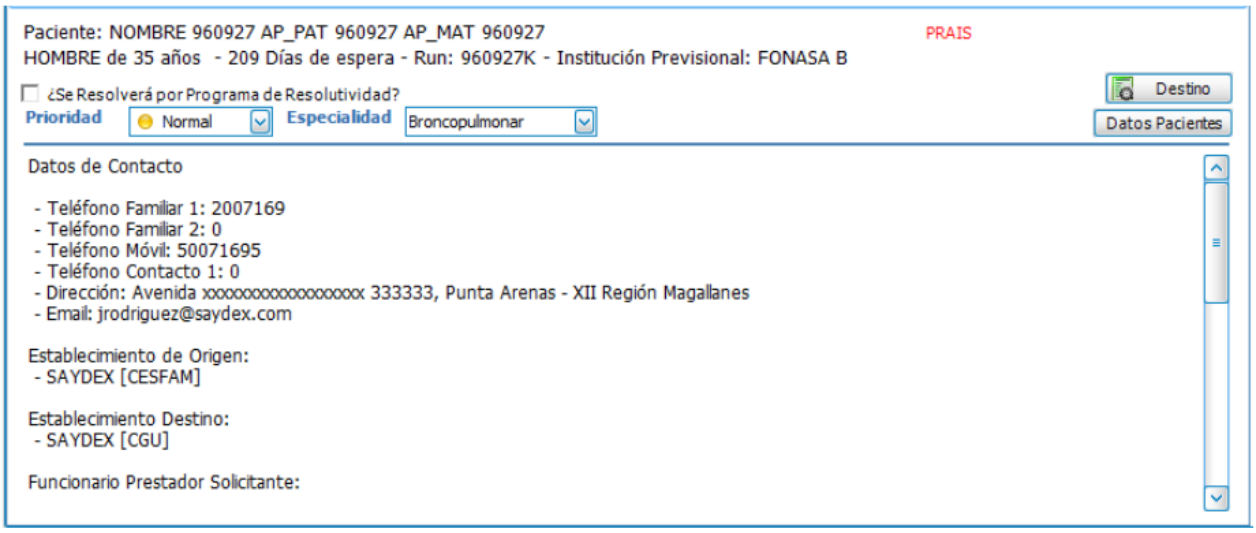


Fuente: Interfaz de Rayen en APS

Si es que considera que la interconsulta no es pertinente, rechaza la derivación, cambiando el estado a “No pertinente”. Si es que la no pertinencia se debe a motivos administrativos (error en relleno de datos, equivocación establecimiento de derivación) entonces edita la interconsulta y la valida. En la Ilustración 13 se observa un ejemplo de interconsulta, en donde se puede cambiar los campos de prioridad, especialidad y destino.

[27] Derivación es el concepto de traslado de la atención a otro establecimiento. Interconsulta es el mecanismo por el cual se solicita una derivación. Referencia corresponde al proceso por el cual un paciente fluye desde un establecimiento de menor complejidad a uno de mayor complejidad acompañado de la información clínica que justica la derivación y complemente la atención.

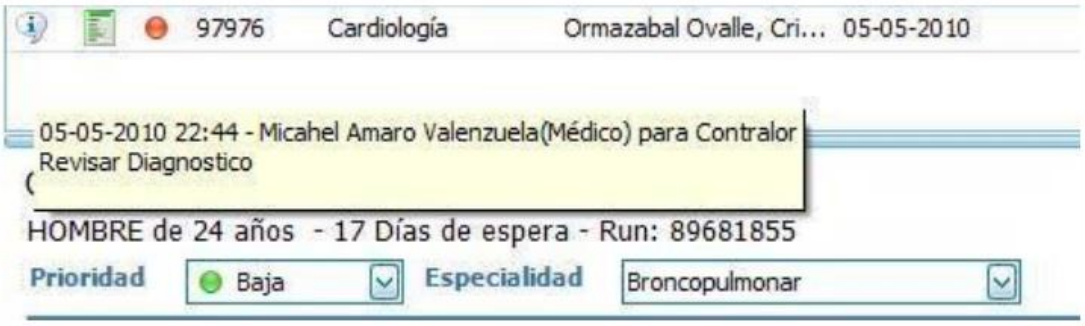
Ilustración 13: Ejemplo de interconsulta en Rayen



Fuente: Interfaz de Rayen en APS

Si es que considera que la interconsulta no es pertinente por motivos clínicos, la rechaza y envía una notificación al médico de box (ver Ilustración 14), el cual debe reevaluar la derivación generada nuevamente, repitiendo el proceso. El rechazo por pertinencia clínica se basa en protocolos o cartillas de derivación propias para cada especialidad, las cuales dicen que pasos a seguir ante las distintas historias clínicas. En caso de que el rechazo sea definitivo, no hay contemplado un aviso al paciente, por lo que él podría nunca enterarse de que la interconsulta no fue procesada.

Ilustración 14: Mensaje de reevaluación de interconsulta en Rayen



Fuente: Interfaz de Rayen en APS

Ahora bien, si el médico contralor considera que la interconsulta enviada por el médico de box es pertinente, o fue aceptada luego de editarla, la valida en el sistema Rayen, añadiendo si es que la derivación corresponde a una Garantía Explicita de Salud (GES) o no y la Interconsulta continúa el proceso hacia el Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME).

Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) APS

La persona que trabaja en SOME (cargo administrativo) de cada establecimiento de APS recibe las interconsultas validadas por el médico contralor.

Si es que la derivación es GES, entonces debe digitar la interconsulta en SISGES (sistema en la cual se gestionan las derivaciones GES). Cabe mencionar que SISGES es un sistema de registro de pacientes y no de historial clínico, por lo cual es más un apoyo al proceso administrativo que clínico.

Si es que la derivación no es GES, entonces es digitada en “La Web” (desarrollo propio del SSMOCC, en el cual agregan las personas en lista de espera).

El proceso consiste en imprimir todas las interconsultas validadas para cierto periodo de tiempo, y luego, de forma manual digitalizar las interconsultas en el sistema que corresponde.

Gestor Lista de Espera SSMOCC

Finalmente, en la dirección del servicio hay una persona encargada de gestionar la lista de espera. Esta persona debe bajar diariamente la lista de espera de “la web” y cargarla al Repositorio Nacional de Lista de Espera(RNLE).

El RNLE es un sistema único a nivel nacional, es cual es administrado por el Ministerio de Salud. El propósito es lograr contar con una plataforma de información en la cual converjan todos los pacientes que están en lista de espera nivel país.

Lo que sucede con la interconsulta, posterior a esta fase se detallará por establecimiento.

A) Servicio de Orientación Médico Estadístico(SOME) Hospital Talagante

El jefe de SOME, baja las listas de espera desde “la web”. Además, el hospital de Talagante ocupa el sistema TrakCare, el cual está integrado con el sistema Rayen de APS, por lo que el SOME del establecimiento de APS realiza el envío por interno de la interconsulta. El jefe de SOME realiza el cruce entre la información subida en “la web” y lo que aparece en el sistema TrakCare, obteniendo así la lista de pacientes que necesitan una atención de especialidad. Posterior a eso, se realiza la priorización por antigüedad en la lista de espera, excepto casos críticos en los cuales el médico contralor de APS lo solicite directamente.

El jefe de SOME entrega la lista a callcenter.

B) Servicio de Orientación Médico Estadístico(SOME) Hospital Peñaflor

El proceso es similar al del hospital de Talagante. Una vía por la cual se generan las consultas es bajando los datos de “la web” y cruzándolos con TrakCare.

Otro flujo importante de pacientes (dada la cercanía con los establecimientos de APS), asiste directamente al hospital luego de haber ido a APS (para solicitar hora). En dicho caso, la interconsulta no aparece en “la web” inmediatamente. Si es que aparece en TrakCare, la jefa de SOME revisa la agenda, y de haber disponibilidad en la agenda, le asigna una hora. Si no hay espacio en la agenda, o hay personas en la lista de espera de dicha especialidad no hace nada, y le comunica al paciente que lo llamarán, pasando a la etapa del callcenter.

En ocasiones el paciente asiste directamente luego ir a APS, no aparece en la web y tampoco en TrakCare. En ese caso el jefe de SOME del hospital llama al establecimiento APS de origen, pregunta si fue emitida una interconsulta, y revisa la agenda. De haber disponibilidad en la agenda, le asigna una hora. Si no hay espacio en la agenda, o hay personas en la lista de espera de dicha especialidad no hace nada y le comunica al paciente que lo llamaran.

El jefe de SOME entrega la lista a callcenter.

Callcenter

Una vez elaborada la lista de pacientes agendados, se llaman a sus domicilios para informarles sus horas y consultarles si confirman el uso de ella. En caso de no contestar en reiteradas ocasiones (no hay establecido un número máximo, varía el criterio, pero mínimo 3 veces, luego de esto, es llamado por el establecimiento de APS, y como último se le va a ver al domicilio), la cita es ocupada por otro paciente. Si un paciente re agenda en 3 ocasiones, éste sale de la lista de espera y debe comenzar el flujo desde APS nuevamente, es decir, volver a atender con un médico general en APS.

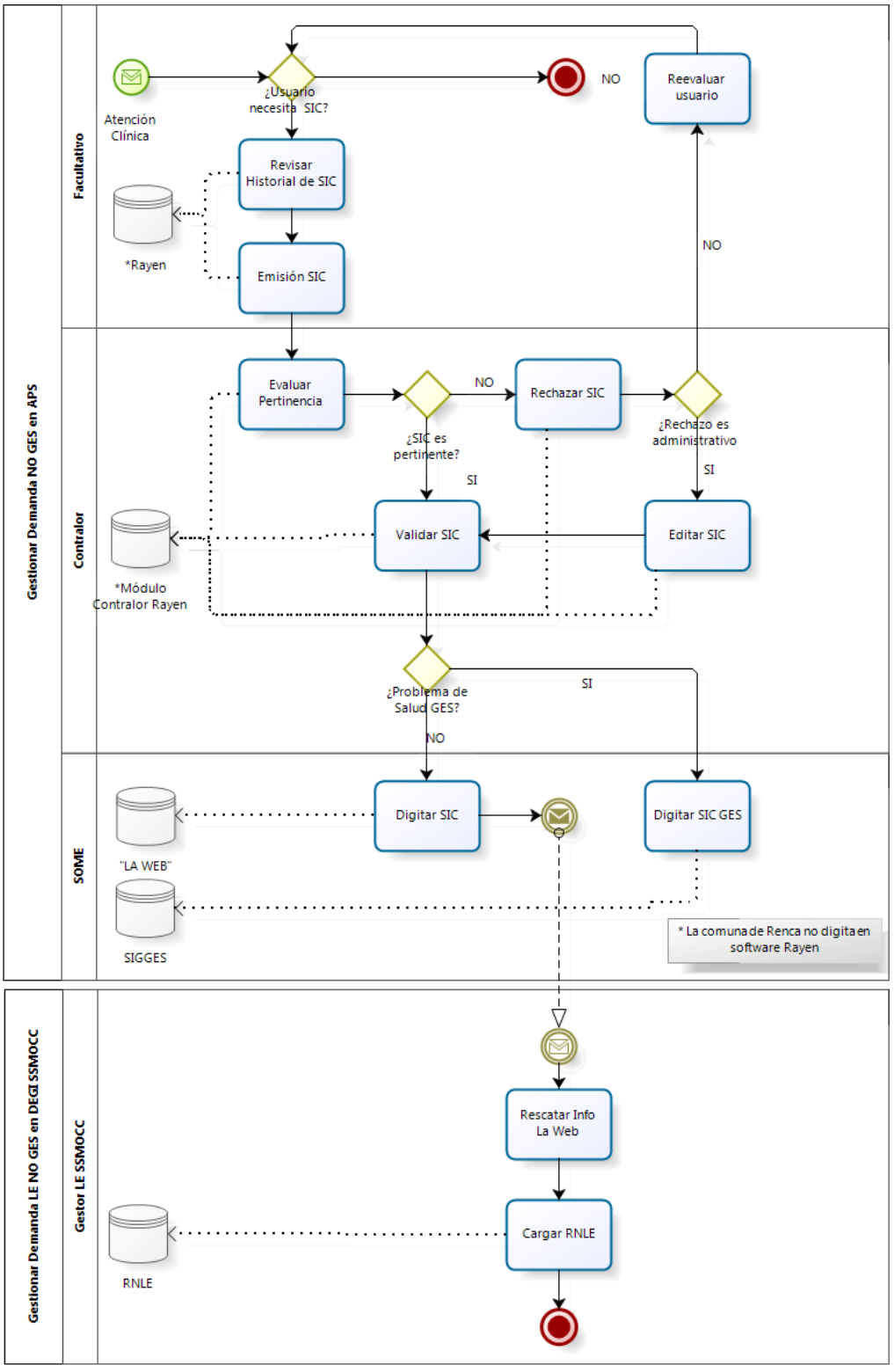
Médico Especialista

El proceso de referencia termina con la atención del médico especialista. El médico puede recibir la interconsulta (transcripción de la web de lista de espera) por vía digital o papel. Más del 90% de los casos, según las entrevistas realizadas, es recibido en papel. Hay ocasiones en las cuales no la reciben por ninguna vía.

De las veces que la reciben, existen ocasiones en la cual la reciben incompleta. El médico lee la razón por la cual el paciente fue derivado, y procede a la evaluación clínica. El proceso de referencia termina con el alta del paciente, contra derivación a APS o citando al paciente a un nuevo control mediante consulta de especialidad.

En la ilustración 15 es posible ver el modelamiento en BPMN del proceso de referencia.

Ilustración 15: Proceso de Referencia



Fuente: Elaboración propia

3.2 Modelamiento y narrativa del proceso de contrarreferencia actual

Actualmente la red no cuenta con un proceso formal de contrarreferencia, pero desde el levantamiento de información hecho en esta memoria se identifican algunas situaciones o prácticas que podrían eventualmente ser consideradas como un proceso de contrarreferencia.

- Las especialidades que ven enfermedades cardiovasculares declaran que cuando deben modificar el tratamiento de personas que siguen algún programa en APS, algunas veces le entregan un papel al paciente en el cual notifican los cambios que hicieron, sin embargo, también declaran que no es una práctica común.
- La especialidad de Rehabilitación Física declara que, en ciertos pacientes, con condiciones clínicas muy específicas, se comunican por correo electrónico personal con los médicos de APS, para dar las indicaciones pertinentes.
- Cardiología señala que, en casos puntuales, rellena la misma ficha de interconsulta por escrito, y la envía mediante el paciente.

3.3 Modelamiento y narrativa de proceso de contrarreferencia propuesto por SSMOCC

Por otra parte, el SSMOCC desarrolló una herramienta llamada SISCONT (Sistema de contrarreferencia), la cual permite que exista un flujo de información. Se ha intentado que los establecimientos del polo Talagante la ocupen, pero sólo el 6,3%[28] de las potenciales contrarreferencia se han emitido, no habiendo roles ni acompañamiento claros determinados, lo cual dificulta articularlo como un proceso, pero se tiene el siguiente flujo alternativo.

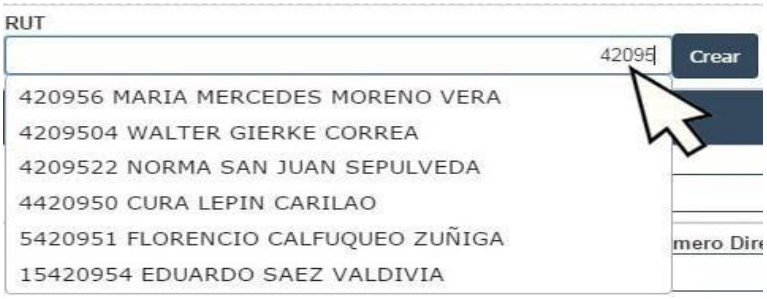
Médico Especialista

El proceso de referencia termina con la atención del médico especialista. Médico especialista ingresa al SISCONT, la cual es una plataforma paralela a TrakCare que es la que él ocupa para registrar el historial clínico.

La Ilustración 16 muestra cómo el médico busca una referencia en la plataforma: ingresa el Rut y aparece el nombre del paciente.

[28] Extracción de datos de reporte de SISCONT al 31/06/2017.

Ilustración 16: Interfaz desplegable registro de contrarreferencia



Fuente: Manual de SISCONT

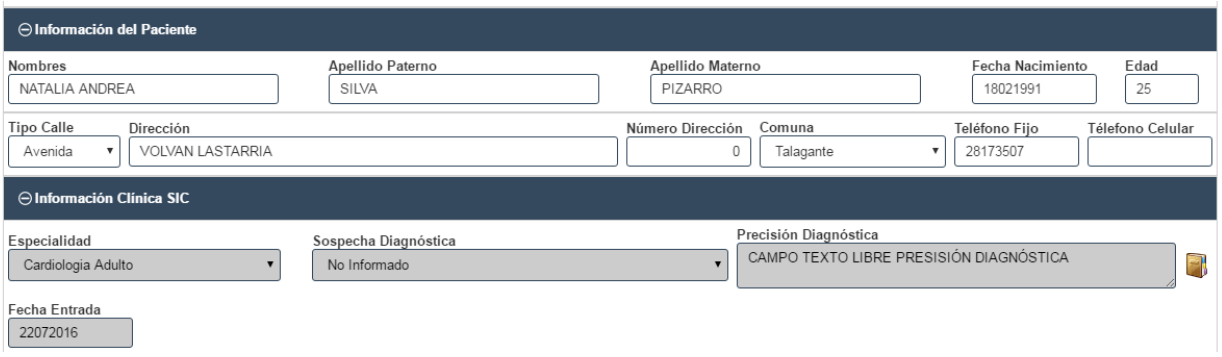
Si es que al ingresar el Rut no aparece el paciente, debe ingresar sus datos de forma manual. En la Ilustración 17 se observa los campos a completar.

Ilustración 17: Interfaz de ingreso manual de datos del paciente a SISCONT

Fuente: Manual de SISCONT

Al ingresar en una de las referencias, la información a la cual tiene acceso el médico de especialidad es la que aparece en la Ilustración 18, en la cual se observan los datos personales, especialidad a la que fue derivado el paciente, sospecha diagnóstica, precisión diagnóstica y fecha de emisión de interconsulta.

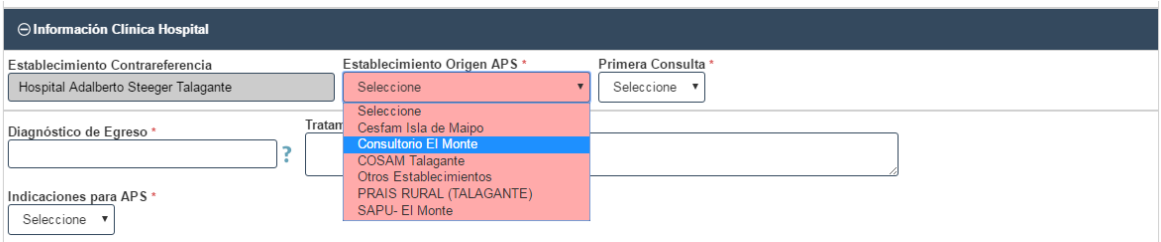
Ilustración 18: Información de SIC que aparece en SISCONT



Fuente: Manual de SISCONT

El médico lee la razón por la cual el paciente fue derivado, y realiza la evaluación clínica. Procede a completar los campos del ítem “Información Clínica Hospital” que se observan en la Ilustración 19.

Ilustración 19: Visualización médico especialista de información Clínica Hospital



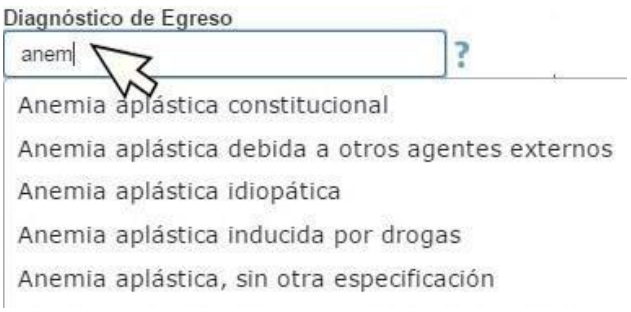
Fuente: Manual de SISCONT

El campo "Establecimiento Contrarreferencia" indica el establecimiento que contrarrefiere, se carga de forma automática en el sistema, ya que esto se extrae de los datos de la SIC y coincide con el lugar donde se brinda la atención. El campo "Establecimiento Origen APS" corresponde al establecimiento en el cual se originó la atención médica, cuenta con un listado que facilita la selección de datos.

El campo "Primera Consulta" permite determinar si es primera vez que se atiende al paciente. Las opciones de selección son "SI/NO".

El campo "Diagnóstico de Egreso", indica el diagnóstico médico de egreso del paciente. Como se ve en la Ilustración 20 , este campo es autocompletado entre una lista de diagnósticos (codificación CIE10[29])

Ilustración 20: Diagnóstico de egreso CIE10



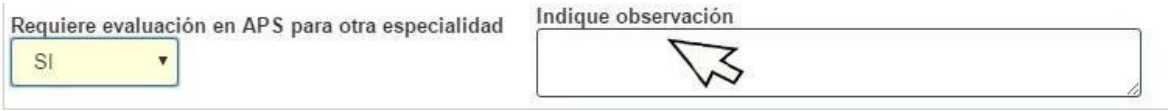
Fuente: Manual de SISCONT

El campo Indicaciones para APS, cuenta con las opciones "SI/NO". Al registrar "SI" en el campo, se despliegan automáticamente "Ingrese Indicaciones" y "Requiere evaluación en APS para otra especialidad" tal como se ve en la Ilustración 21. En caso de registrar NO, este campo no se visualizará.

El campo "Requiere evaluación médica para otra especialidad", cuenta con las opciones "SI/NO". Al seleccionar la opción "SI", se muestra automáticamente "Indique Observación", el cual permite registrar las indicaciones correspondientes.

[29] Clasificación Internacional de Enfermedades(CIE), decima versión. Clasificación de enfermedades propuesta por la Organización Mundial de la Salud.

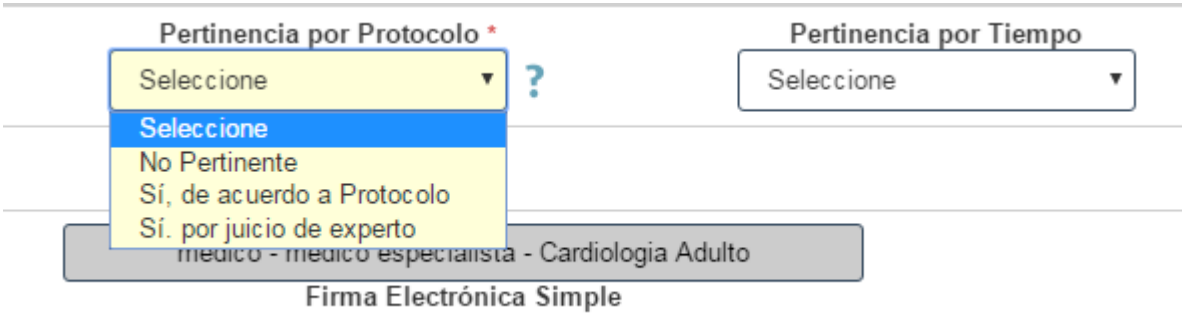
Ilustración 21: Campo desplegable de SISCONT con Indicaciones para APS



Fuente: Manual de SISCONT

A continuación, debe completar los campos que hacen alusión a la pertinencia, tal como ve en la Ilustración 22. El campo “Pertinencia por protocolo” indica si la atención médica cumple o no con los criterios de derivación sobre el establecimiento o especialidad a derivar. Estos criterios de derivación son específicos para cada diagnóstico, y, además, el establecimiento de destino debe ser acorde a los mapas de derivación. En función de lo anterior, cuenta con las opciones “No Pertinente” (el paciente fue mal derivado a juicio del médico especialista), “SI de acuerdo con Protocolo” (paciente fue bien derivado, ya que se cumplió con los criterios y normas existentes) y “Si por juicio de experto” (No se cumplió con los protocolos de derivación, pero la derivación es justificada según criterio clínico del médico especialista).

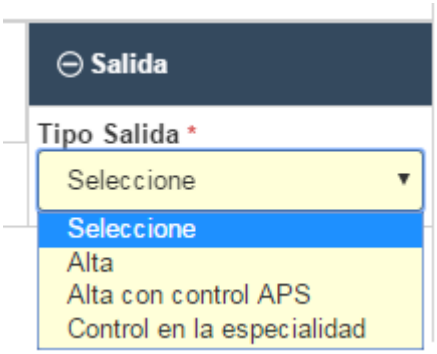
Ilustración 22: Campo SISCONT acerca de Pertinencia según protocolo y tiempo



Fuente: Manual de SISCONT

El campo “Pertinencia por tiempo” indica si la atención médica presenta pertinencia por tiempo, para esto cuenta con las mismas opciones que el campo “pertinencia por protocolo”, con la diferencia que el criterio que debe evaluar es el tiempo que transcurrió desde la derivación hasta la consulta de especialidad. Si el médico considera que la atención ya no es requerida debido al tiempo que pasó, se marca la opción “No pertinente”. Si evalúa que la atención se brindó dentro de los plazos que los protocolos señalan, debe indicar “Si, de acuerdo a Protocolo”. Y finalmente, si considera que, a pesar de que los plazos de los protocolos no se cumplieron, pero a su juicio de médico experto igual fue pertinente, debe señalar “Si, por juicio de experto”.

Ilustración 23: Opciones de salida de contrarreferencia en SISCONT

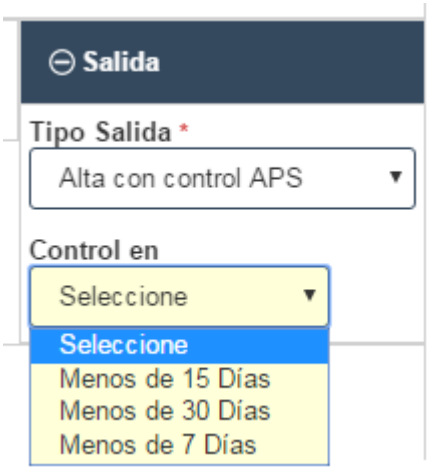


Fuente: Manual de SISCONT

El último ítem que el médico especialista debe completar es “Salida”, el cual se visualiza en la Ilustración 23. Aquí el médico señala cuál será el curso de acción que deberá seguir el paciente. Las opciones “Alta”, “Alta con Control APS” y “Control en la Especialidad”.

Como se observa en la Ilustración 24, al seleccionar “Alta con Control APS”, aparece el campo “Control en”. En dicho campo se debe ingresar si el paciente debe ser atendido por atención primaria en 7,15 o 30 días.

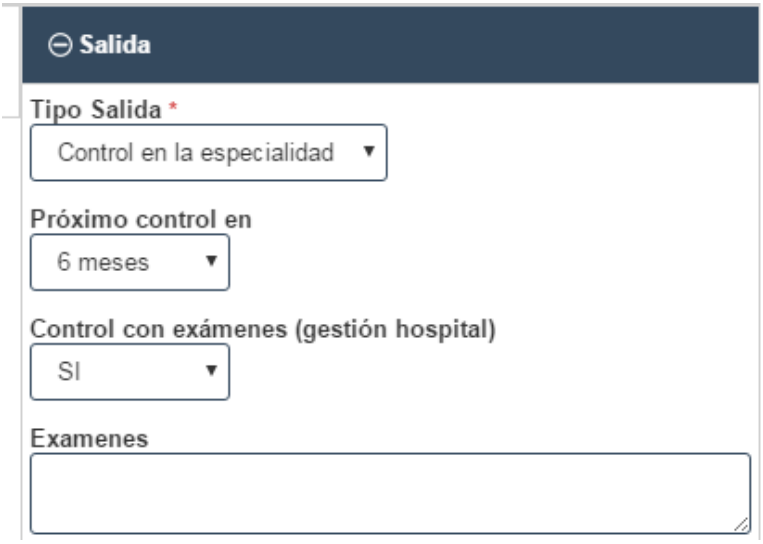
Ilustración 24: Campo desplegable salida: Alta con control APS



Fuente: Manual de SISCONT

Como se observa en la Ilustración 25, al seleccionar “Control de Especialidad”, se despliega automáticamente el campo “Próximo control en”, en el cual se debe registrar en el periodo de tiempo (1 a 12 meses) en el cual le corresponderá la próxima atención medica al paciente. Si paciente necesita que su control sea acompañado de exámenes gestionados por el hospital, se despliega un cuadro de texto libre para ingresarlos.

Ilustración 25: Campo desplegable salida: control en especialidad

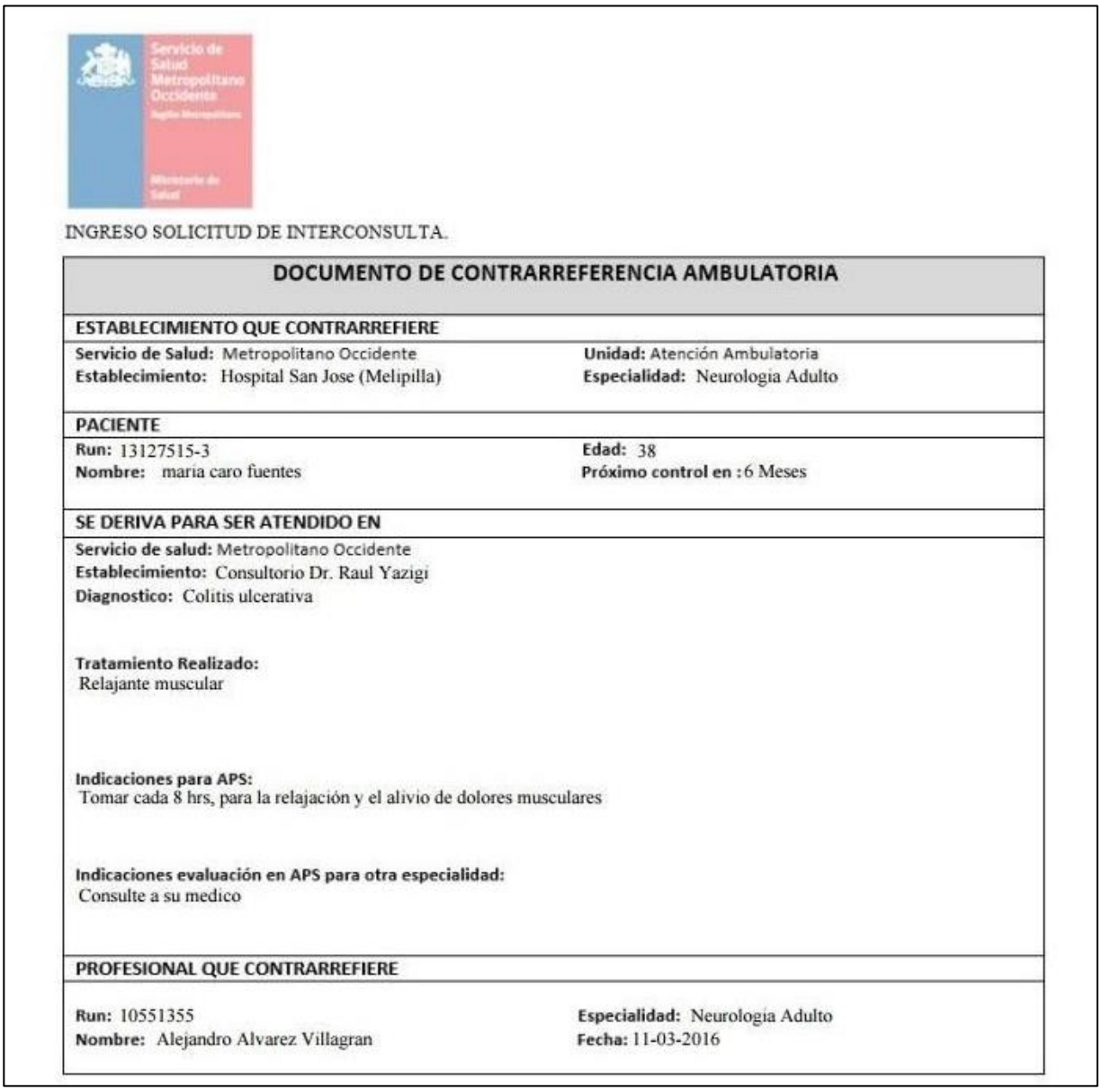


Fuente: Manual de SISCONT

Si el médico considera que el paciente está de alta, y no necesita controlarse en atención primaria, selecciona la opción “Alta”, no desplegándose ningún campo adicional.

Finalmente, el médico debe guardar y enviar la información en SISCONT, apretando los botones que así lo indican, completando la atención. Es opción del médico si decide entregarle una copia de la contrarreferencia al paciente o si solamente la envía por sistema. En caso de que así lo decida, y que cuente con la factibilidad técnica, la contrarreferencia se ve tal como la Ilustración 26.

Ilustración 26: Documento físico de contrarreferencia ambulatoria



INGRESO SOLICITUD DE INTERCONSULTA.

DOCUMENTO DE CONTRARREFERENCIA AMBULATORIA

ESTABLECIMIENTO QUE CONTRARREFIERE

Servicio de Salud: Metropolitano Occidente
Establecimiento: Hospital San Jose (Melipilla)
Unidad: Atención Ambulatoria
Especialidad: Neurologia Adulto

PACIENTE

Run: 13127515-3
Nombre: maria caro fuentes
Edad: 38
Próximo control en : 6 Meses

SE DERIVA PARA SER ATENDIDO EN

Servicio de salud: Metropolitano Occidente
Establecimiento: Consultorio Dr. Raul Yazigi
Diagnostico: Colitis ulcerativa

Tratamiento Realizado:
Relajante muscular

Indicaciones para APS:
Tomar cada 8 hrs, para la relajación y el alivio de dolores musculares

Indicaciones evaluación en APS para otra especialidad:
Consulte a su medico

PROFESIONAL QUE CONTRARREFIERE

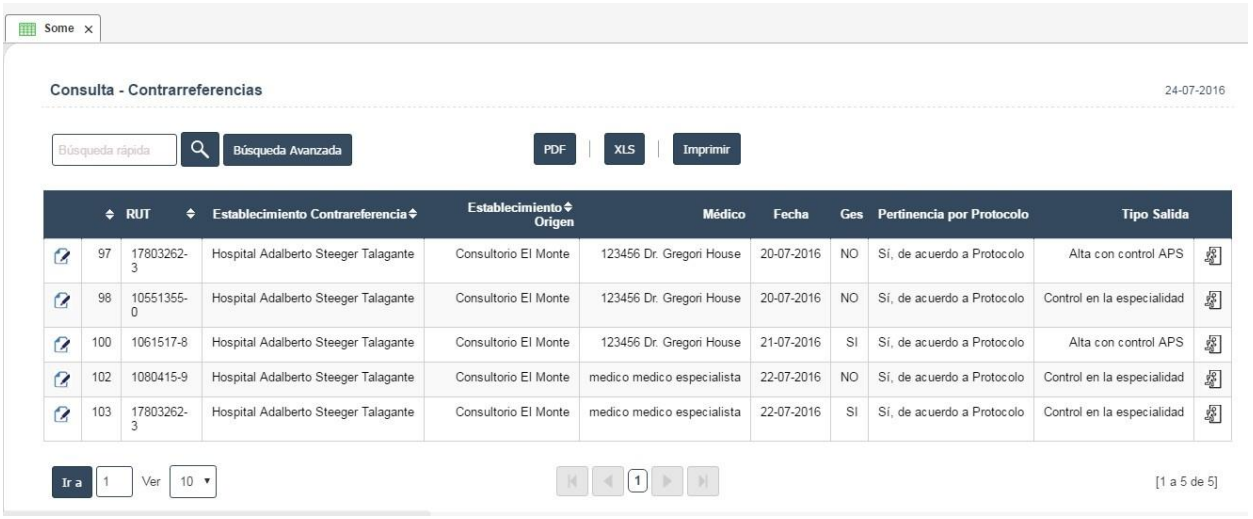
Run: 10551355
Nombre: Alejandro Alvarez Villagran
Especialidad: Neurologia Adulto
Fecha: 11-03-2016

Fuente: Manual de SISCONT

Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) establecimiento APS

El jefe SOME debe revisar las contrarreferencias generadas, para lo cual mira su pestaña asignada en el SISCONT, la cual se observa en la Ilustración 27.

Ilustración 27: Visualización SOME APS del SISCONT



Fuente: Manual de SISCONT

El jefe de SOME debe ingresar a cada contrarreferencia, y gestionarla según las indicaciones del médico especialista. Revisa la agenda de los médicos, y debe agendar para control en APS a aquellos pacientes que así lo señalen. Genera una lista de citas, la cual es entregada a callcenter.

Finalmente, para que la contrarreferencia pueda ser vista por el médico de APS, el jefe de SOME debe actualizarla, como se observa en la Ilustración 28. Si es que el SOME no actualiza el estado, la contrarreferencia no aparecerá en la bandeja del médico de APS.

Ilustración 28: Revisión de contrarreferencia por SOME

Fuente: Manual de SISCONT

Callcenter

Una vez elaborada la lista de pacientes citados en APS, se llama a sus domicilios para informar sus horas y consultarles si confirma el uso de ella. En caso de no contestar en reiteradas ocasiones (no hay establecido un número máximo, varía el criterio, pero mínimo 3 veces.), la cita es ocupada por otro paciente.

Atención Facultativo APS

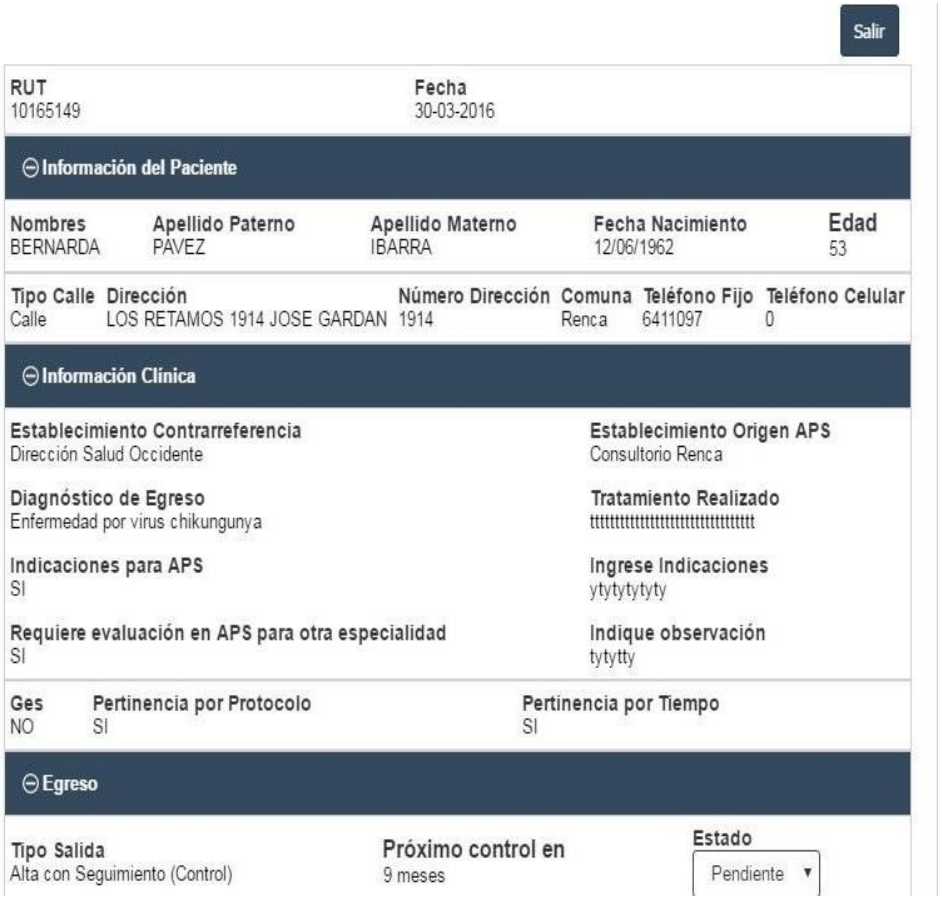
El proceso finaliza con la atención de un médico de atención primaria en un box. El médico ingresa a la plataforma SISCONT desde su computador. La interfaz que observa el médico es la que muestra la Ilustración 29. En ella, con el Rut del paciente, puede ver si es que hay alguna contrarreferencia emitida.

Ilustración 29: Interfaz SISCONT del médico de APS

Fuente: Manual de SISCONT

Si es que hay una contrarreferencia emitida, el médico mira la información y la utiliza para su atención. En la Ilustración 30, se observa la información a la cual el médico tiene acceso.

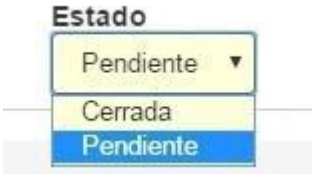
Ilustración 30: Visualización del médico de APS de contrarreferencia



Fuente: Manual de SISCONT

Finalmente, una vez realizada la atención, el médico debe cambiar el estado de la contrarreferencia a “Cerrada” (ver Ilustración 31), terminando el proceso.

Ilustración 31: Cambio Final de estado de contrarreferencia por médico de APS

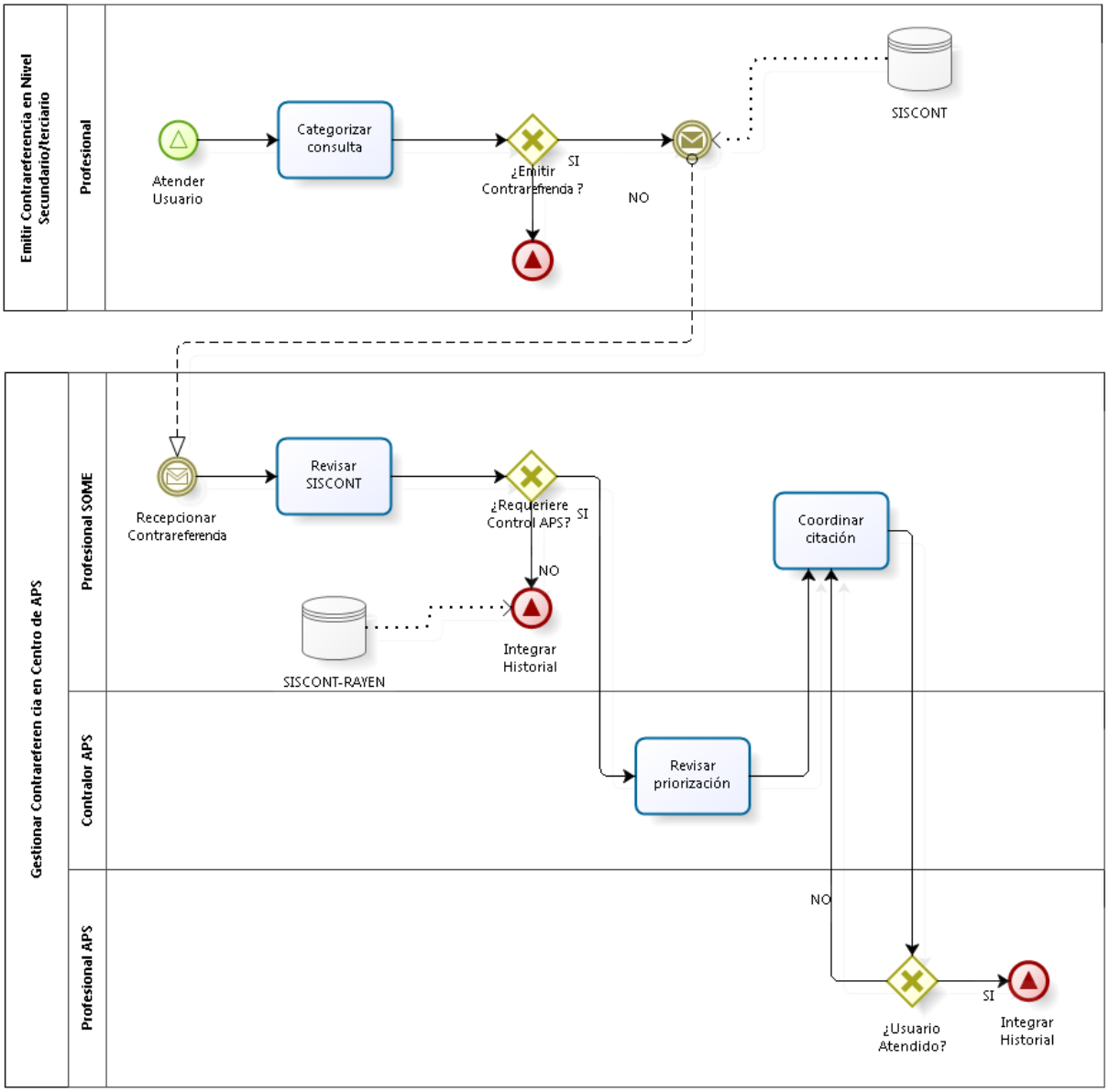


Fuente: Manual de SISCONT

Finalmente, la Ilustración 32 muestra la síntesis del proceso de contrarreferencia propuesto por el SSMOCC. Como se puede observar, el médico emite la

contrarreferencia por medio de SISCONT. Luego, el SOME la revisa y debe coordinar la atención. Y el proceso finaliza con el paciente contrarreferido atendido.

Ilustración 32: BPMN del proceso de contrarreferencia propuesto por el SSMOCC



Fuente: Elaboración por departamento de atención primaria de la dirección del SSMOCC

3.4 Caracterización cuantitativa del proceso de referencia y contrarreferencia

3.4.1 Emisión de interconsultas facultativo de atención primaria

La presente sección busca caracterizar el proceso de emisión de interconsultas hacía el nivel secundario por los médicos de atención primaria, logrando encontrar información relevante para el buen entendimiento de la situación actual.

En primer lugar, es necesario entender cuál es el volumen del flujo de pacientes derivados desde los establecimientos de atención primaria de la provincia de Talagante hacia los

Hospitales de Peñaflor y Talagante. En la Ilustración 33, se observa que el orden de interconsultas por consultas médicas de especialidad generadas al año desde establecimientos de APS hacia estos hospitales (Talagante y Peñaflor) es del orden de 15 mil. Es posible notar que cada establecimiento de APS tiene un hospital al cual deriva la gran mayoría de sus interconsultas. El hospital de Talagante recibe la mayoría de las interconsultas del CESFAM Dr. Alberto Allende, CESFAM El Monte y CESFAM Isla de Maipo. A su vez, el Hospital de Peñaflor recibe la mayor parte desde CESFAM Dr. Fernando Monckeberg, CESFAM Juan Pablo II y CESFAM Peñaflor. En la misma ilustración se aprecia que el total de interconsultas emitidas por cada uno de los establecimientos de atención primaria no tiene una gran varianza entre ellos, estando todos en el orden de 2.000 a 3.000 interconsultas al año.

Ilustración 33: Caracterización del origen-destino de las interconsultas emitidas en provincia de Talagante

	Hospital Talagante	Hospital de Peñaflor	Total
Dr. Alberto Allende [CESFAM]	2936	14	**2950**
Dr. Fernando Monckeberg [CESFAM]	325	1519	**1844**
El Monte [CESFAM]	2078	1	**2079**
Isla de Maipo [CESFAM]	2672	0	**2672**
Juan Pablo II [CESFAM]	427	3149	**3576**
Peñaflor [CESFAM]	452	1876	**2328**
Total	**8890**	**6559**	**15449**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de interconsultas generadas en Rayen año 2016

Con respecto a cuál es la especialidad a la que se deriva al paciente, por medio de las interconsultas, la Ilustración 34 muestra que más del 50% de las derivaciones, realizadas desde la atención primaria de la provincia de Talagante hacia los Hospitales de Talagante y de Peñaflor, se concentran en 5 especialidades: medicina interna, ginecología, traumatología, pediatría y oftalmología. Esto da señales importantes de cuáles son las especialidades que tienen un mayor potencial de interacción con atención primaria.

Ilustración 34: Distribución según especialidad de las Interconsultas generadas en APS de provincia de Talagante hacia Hospital de Peñaflor u Hospital de Talagante

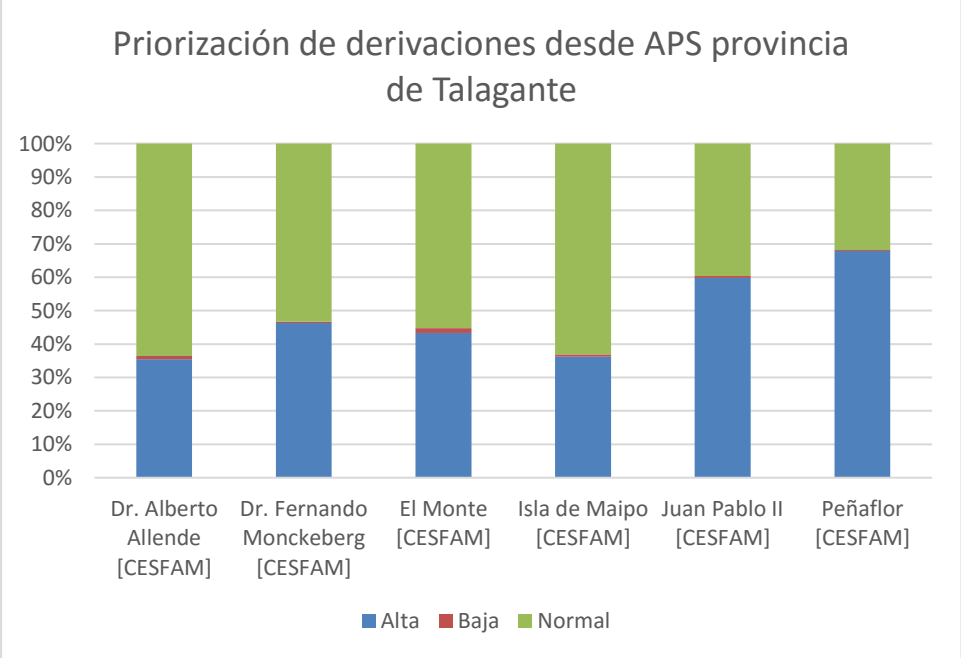
Especialidad	N° Interconsultas	Porcentaje
Medicina Interna	2641	17,09%
Ginecología	2297	14,87%
Traumatología	1951	12,63%
Pediatría	1274	8,25%
Oftalmología	1240	8,03%
Otorrinolaringología	1013	6,56%
Cirugía Adulto	991	6,41%
Dermatología	797	5,16%
Obstetricia	776	5,02%
Neurología	582	3,77%

Cirugía Infantil	491	3,18%
Cardiología	390	2,52%
Gastroenterología	251	1,62%
Endocrinología	246	1,59%
Nefrología	190	1,23%
Cirugía Abdominal	144	0,93%
Psiquiatría	130	0,84%
Reumatología	33	0,21%
Hematología	9	0,06%
Cirugía Vascular Periférica	2	0,01%
Urología	1	0,01%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de interconsultas generadas en Rayen año 2016

Como se vio en la descripción del proceso, al momento de emitir la solicitud de interconsulta, los médicos deben asignarle una prioridad: Alta, Media o Baja. La Ilustración 35 muestra de forma gráfica la distribución de la prioridad asignada por los médicos en las distintas interconsultas emitidas en la provincia de Talagante, hacia los hospitales de Peñaflor y Talagante. Se puede apreciar que casi la totalidad de las interconsultas son de prioridad Alta o Normal.

Ilustración 35: Priorización de derivaciones emitidas en establecimiento de APS provincia de Talagante hacia Hospital de Peñaflor u Hospital de Talagante



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de interconsultas generadas en Rayen año 2016

Más aún, en la Ilustración 36, se puede apreciar que existen establecimientos en los cuales más del 50% de las interconsultas son etiquetadas con prioridad alta, como por ejemplo el CESFAM Peñaflor en el cual el 67.8% de las interconsultas son de alta prioridad. A su vez, la categorización en baja prioridad casi no es utilizada, teniendo su

máximo en el CESFAM El Monte en el cual el 1,4% de las interconsultas son de baja prioridad.

Ilustración 36: Detalle del porcentaje de interconsultas emitidas en establecimiento de APS provincia de Talagante hacia Hospital de Peñaflor u Hospital de Talagante, según su prioridad

Establecimiento de APS	Alta	Baja	Normal
Dr. Alberto Allende [CESFAM]	35,5%	1,0%	63,5%
Dr. Fernando Monckeberg [CESFAM]	46,3%	0,4%	53,4%
El Monte [CESFAM]	43,3%	1,4%	55,3%
Isla de Maipo [CESFAM]	36,3%	0,7%	63,1%
Juan Pablo II [CESFAM]	59,8%	0,6%	39,6%
Peñaflor [CESFAM]	67,8%	0,3%	31,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de interconsultas generadas en Rayen año 2016

Por último, se buscará comprender la resolutividad de los diferentes establecimientos APS de la provincia de Talagante. La resolutividad se entiende como el porcentaje del total de atenciones realizadas que incluyen una derivación. La meta del SSMOCC para el año 2016 fue de un 10% de resolutividad. En la Ilustración 37 se puede observar que todos los establecimientos, a excepción del CESFAM Dr. Alberto Allende, cumplen con la meta. Más aún, se tienen ejemplos como el CESFAM Juan Pablo II, en el cual sólo en 1 de cada 20 atenciones se genera una interconsulta, lo cual describe que el establecimiento se logra hacer cargo de la gran mayoría de los casos, derivando, en teoría, solo lo estrictamente necesario.

Ilustración 37: Porcentaje de resolutividad de los establecimientos de APS provincia de Talagante

Establecimiento	Número SIC	Total Consultas	Resolutividad
Dr. Alberto Allende [CESFAM]	6.402	51.302	12,5%
Dr. Fernando Monckeberg [CESFAM]	3.422	45.538	7,5%
El Monte [CESFAM]	2.557	37.513	6,8%
Isla de Maipo [CESFAM]	2.289	25.293	9,0%
Juan Pablo II [CESFAM]	4.801	85.813	5,6%
Peñaflor [CESFAM]	2.866	33.942	8,4%

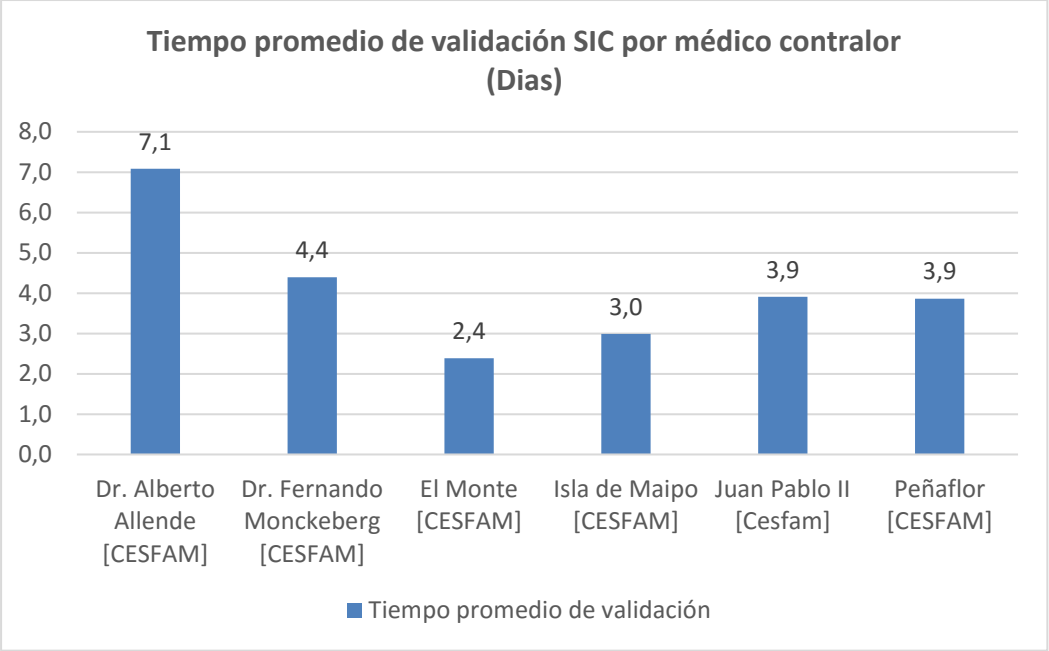
Fuente: Elaboración propia a partir de consolidado de indicador de resolutividad año 2016 de la dirección del SSMOCC, fuente REM.

3.4.2 Validación del médico contralor

El objetivo de la presente sección es lograr describir de forma cuantitativa la función que actualmente están realizando los médicos contralores.

En primer lugar, en la Ilustración 38, podemos observar el tiempo promedio que demoran los médicos contralores en validar en el sistema Rayen la interconsulta generada por el médico de box. Este tiempo se calcula según la diferencia entre la fecha en la cual se registra la solicitud de interconsulta y la fecha en la cual el médico contralor la valida en su módulo. Es posible notar que CESFAM El Monte es el establecimiento en el cual el médico contralor demora en promedio la menor cantidad de días en revisar la interconsulta, con un promedio de 2,4 días. Por contrario, existen establecimientos como el CESFAM Dr. Alberto Allende en donde el tiempo promedio es 7,1 días, es decir, demoran más de una semana en ver si una SIC debe seguir su curso o no. Esto es grave, ya que esta parte del proceso es clave en levantar alertas acerca de si una derivación debe realizarse con urgencia por un canal alternativo, por lo que un periodo de una semana puede tener consecuencias graves desde el punto de vista clínico.

Ilustración 38: Tiempo promedio de validación SIC por médico contralor



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de interconsultas generadas en Rayen año 2016.

En la Ilustración 39 se puede observar que el porcentaje de rechazo de los médicos contralores a las interconsultas emitidas por los médicos de box es heterogéneo dependiendo del establecimiento. Existen 4 establecimientos que tienen un porcentaje de rechazo menor al 2% (CESFAM Dr. Alberto Allende, CESFAM El Monte, CESFAM El Isla de Maipo, CESFAM Peñaflor). Por otra parte, el CESFAM Dr. Fernando Monckeberg tiene un rechazo 15,89% y lo sigue el CESFAM Juan Pablo II con un 7,44%.

Ilustración 39: Porcentaje de SIC hacia el hospital de Talagante y Peñaflor que son rechazadas por médico contralor en APS

Establecimiento	% Rechazo
Dr. Alberto Allende [CESFAM]	1,53%
Dr. Fernando Monckeberg [CESFAM]	15,89%
El Monte [CESFAM]	0,05%

Isla de Maipo [CESFAM]	0,49%
Juan Pablo II [CESFAM]	7,44%
Peñaflor [CESFAM]	1,72%

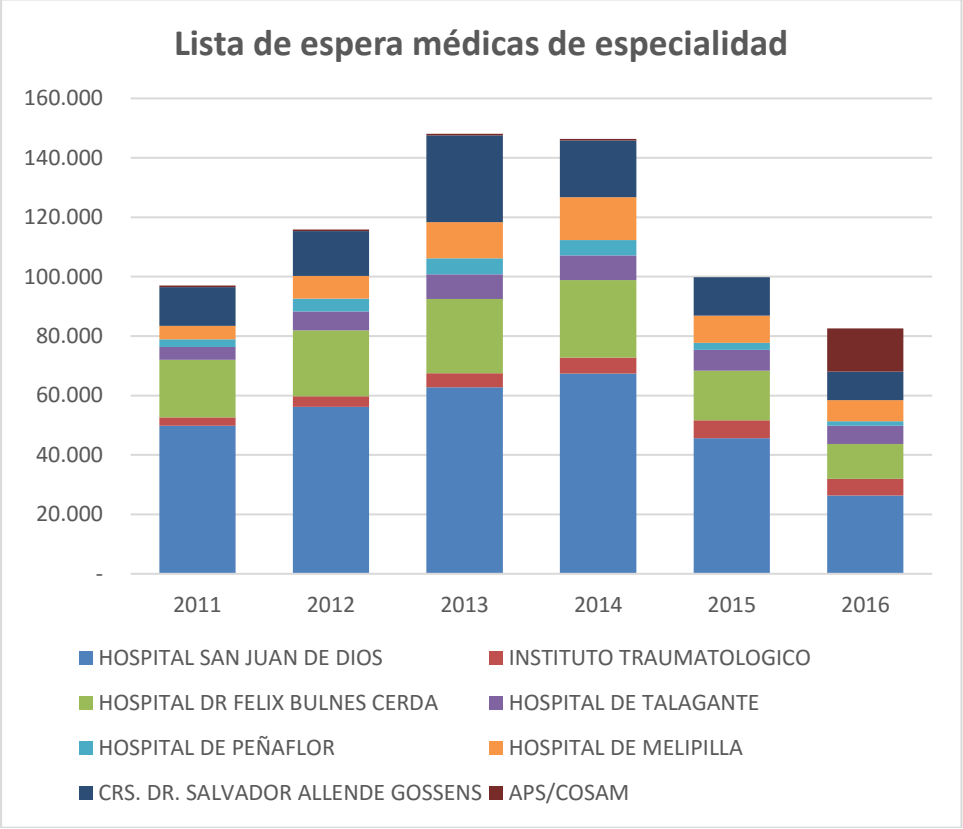
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de interconsultas generadas en Rayen año 2016

3.4.3 Lista de espera

Esta sección tiene como objetivo dimensionar algunas características de la etapa del proceso de referencia y contrarreferencia en la cual el paciente se encuentra en la lista de espera por una consulta médica de especialidad.

Se puede observar en la Ilustración 40 que el número de personas en la lista de espera viene a la baja desde el año 2013. A su vez la ilustración muestra que ha sido una disminución que se ha desarrollado de forma proporcional en los distintos establecimientos.

Ilustración 40: Evolución de número de personas en Lista de Espera de consultas médicas de especialidad en el SSMOCC



Fuente: Extracción de datos del RNLE el 03/01/2017

La Ilustración 41, muestra un corte transversal de la lista de espera al mes de diciembre del año 2016. En esta se observa, que en concordancia con los volúmenes de atención que manejan el Hospital San Juan de Dios y el Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda, ambos concentran casi la mitad de la lista de espera. Con respecto al Hospital de Talagante y Hospital de Peñaflor, se tiene que cuentan con una lista de espera de 6.161 y 1.408,

respectivamente. Estos volúmenes de datos son consistentes con los volúmenes de derivación que se vieron en la sección anterior.

Ilustración 41: Desglose por Hospital de la lista de espera de consultas de especialidad en diciembre 2016

Establecimiento	N° de Pacientes
Hospital San Juan de Dios	26.303
Instituto Traumatológico	5.604
Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	11.823
Hospital de Talagante	**6.161**
Hospital de Peñaflor	**1.408**
Hospital de Melipilla	7.164
Crs. Dr. Salvador allende Gossens	9.596
APS/COSAM	14.523
Total	82.582

Fuente: Extracción de datos del RNLE el 03/01/2017

El último aspecto relevante por ahondar con respecto a la lista de espera dice relación con el tiempo promedio que una persona permanece en ella, ya que ello será determinante en lo que durará el proceso completo de referencia y contrarreferencia. En la Ilustración 42, es posible observar que un paciente que es derivado al Hospital de Peñaflor demora en promedio 179 días en obtener acceso a una consulta de especialidad, mientras que si el paciente es derivado al Hospital de Talagante demora un promedio de 268 días. Cabe destacar que esta diferencia se debe principalmente al tipo de especialidad que atiende cada hospital, ya que el Hospital de Talagante es un establecimiento de un nivel de complejidad mayor, por lo que las horas de subespecialidades más escasas.

Ilustración 42: Promedio de días que los pacientes están en Lista de Espera de consulta de especialidad

Promedio de días de en Lista de Espera	DIC 16’
Hospital San Juan de Dios	533
Instituto Traumatológico	461
Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	259
Hospital de Talagante	**268**
Hospital de Peñaflor	**179**
Hospital de Melipilla	342
Crs. Dr. Salvador allende Gossens	253
APS/COSAM	290
Promedio del SSMOCC	371

Fuente: Extracción de datos del RNLE el 03/01/2017

3.4.4 Contrarreferencia en SISCONT

Desde agosto del año 2016 se puso en marcha el SISCONT, el cual, como se vio en la sección anterior, corresponde a un intento de impulsar la contrarreferencia al interior de la red del SSMOCC. Actualmente todos los establecimientos de la provincia de Talagante tienen acceso a él, sin embargo, no se ha logrado su uso extendido. No se ha emitido ninguna contrarreferencia en el Hospital de Peñaflor, mientras que en el Hospital de Talagante se han emitido 563 contrarreferencias hacia la APS de provincia de Talagante. La Ilustración 43 muestra que el 91% de las contrarreferencias han sido realizadas por medicina interna u otorrinolaringología. Más aún, las 398 contrarreferencias de otorrinolaringología han sido emitidos por el mismo médico.

Ilustración 43: Número de contrarreferencias emitidas SISCONT

Especialidad	Total
Cirugía Adulto	1
Medicina Física y Rehabilitación	14
Medicina Interna	117
Nefrología Adulto	2
Otorrinolaringología	398
Pediatría	2
Traumatología Adulto	29
Total general	563

Fuente: Elaboración propia a partir extracción de datos SISCONT 2016-2017.

Profundizando en las contrarreferencias emitidas, en la Ilustración 44 se tiene que sólo el 27% de ellas contienen alguna indicación para el establecimiento de APS. Esto es relevante, ya que ese es el espacio mediante cual atención primaria recibe retroalimentación. Podemos observar que la especialidad que tiene mayor número de indicaciones es medicina interna: un 82% de las contrarreferencias las incluye.

Ilustración 44: Número de contrarreferencias que incluyen indicaciones para APS

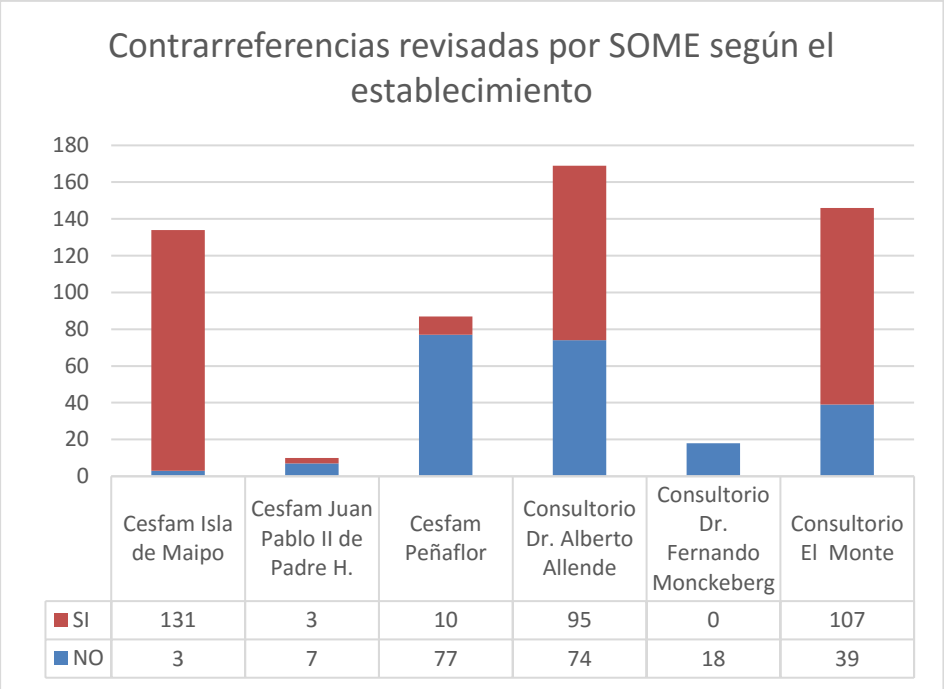
Especialidad	Número de indicaciones	% con respecto al total especialidad
Cirugía Adulto	0	0,00%
Medicina Física y Rehabilitación	8	57,14%
Medicina Interna	96	82,05%
Nefrología Adulto	2	100,00%
Otorrinolaringología	23	5,78%
Pediatría	1	50,00%
Traumatología Adulto	24	82,76%
Total general	154	27,35%

Fuente: Elaboración propia a partir extracción de datos SISCONT 2016-2017.

De acuerdo al proceso descrito en la sección anterior, se recuerda que es requisito para que el médico especialista pueda acceder a la contrarreferencia, que ésta haya sido validada previamente por el SOME del establecimiento de atención primaria.

En la Ilustración 45 es posible ver el volumen de contrarreferencias recibidas por cada establecimiento de APS, como también conocer cuántas de ellas fueron validadas por el SOME. Se observa que los volúmenes de contrarreferencias son proporcionales con la distribución de referencias emitidas hacia el Hospital de Talagante. Sin embargo, se aprecia una gestión dispar por parte de los jefes de SOME, ya que en algunos casos se identifica un alto un número de contrarreferencias revisadas, como el caso de Isla de Maipo, pero existen otros como el CESFAM Peñaflor, donde el 90% no han sido revisadas, lo cual significa que al menos 77 de las 87 contrarreferencias no han sido vistas por el médico de APS por exclusiva responsabilidad del SOME.

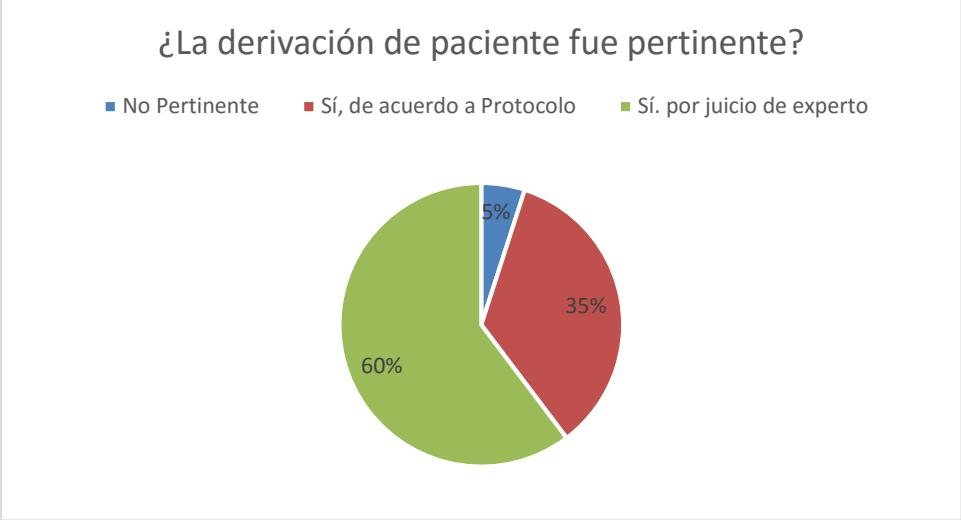
Ilustración 45: Detalle de revisión de contrarreferencias por SOME según el establecimiento



Fuente: Elaboración propia a partir extracción de datos SISCONT 2016-2017.

Finalmente, en la Ilustración 46 se observa las razones por las cuales los médicos especialistas señalan que las derivaciones fueron pertinentes. Se puede notar que sólo el 5% señala que la derivación no era pertinente. Además, el 60% señala que la derivación fue pertinente por juicio de experto. Esto es importante, ya que en contraste con el 35% que argumenta la pertinencia por protocolo, da una señal que de los médicos especialistas no manejan cuáles son los protocolos de derivación ni tampoco los mapas de derivación, por lo tanto, habría que reforzar esos puntos. Lo anterior se ve reforzado en las entrevistas, en las cuales lo médicos especialistas incluso señalan que ellos categorizan a todos sus pacientes como pertinentes, ya si que si derivado desde APS “fue por algo”.

Ilustración 46: Pertinencia en la derivación según médicos especialistas Hospital de Talagante



Fuente: Elaboración propia a partir extracción de datos SISCONT 2016-2017.

IV. Dimensiones de aporte de valor

Tal como se señala en la propuesta metodológica, mediante entrevistas semiestructuradas a los distintos actores de la red se busca determinar en qué aspectos o dimensiones aporta valor un sistema de referencia y contrarreferencia

4.1 Médico Especialista

- Existe la percepción entre los médicos especialistas de que los médicos de APS realizan derivaciones no oportunas y/o pertinentes. Los médicos especialistas creen que tener un registro de las derivaciones y poder responder a esa derivación con la contrarreferencia, aseguraría que los casos recibidos por ellos sean más ad hoc a su especialidad.
- Mayor certeza en el diagnóstico. Si bien muchos médicos especialistas manifiestan que están acostumbrados a trabajar bajo el supuesto de no contar con información, o con una parte de ella, tener acceso a los exámenes que se hicieron en APS, a los medicamentos que el paciente utiliza y al diagnóstico del médico de APS, puede complementar y facilitar la determinación del diagnóstico.
- Confianza en la continuidad del tratamiento. Los médicos de especialidad señalan que muchas veces retienen a los pacientes con control en el nivel hospitalario, debido a que no tienen certeza de que los pacientes contarán con los medicamentos en APS, o que el tratamiento que seguirán, dados sus antecedentes clínicos, será el que corresponde. Ellos señalan que tener un flujo de información y capacidad de supervisión sobre éste les permitiría confiar más en los otros niveles de atención.
- Complementariedad del tratamiento. Médicos especialistas señalan que, por la naturaleza de las enfermedades cardiovasculares, las cuales son controladas en programas de APS como también periódicamente en hospitales, hacen necesario un trabajo un conjunto. Ellos tienen la percepción de que actualmente hay pacientes que tienen tratamientos duplicados e, incluso contradictorios, debido a que no saben lo que ocurre en el establecimiento de APS.

4.2 Rol del Gestor

- Trazabilidad del paciente. El gestor hoy en día no tiene capacidad de saber cómo se mueve el paciente al interior de la red. Por lo que consideran que este sistema les permitiría identificar dónde se están produciendo los cuellos de botella, entendiendo de mejor manera el comportamiento de los distintos actores que participan en la atención.
- Disminuir ineficiencias. Consideran que es una muy buena herramienta para eliminar aquellos insumos duplicados, como exámenes médicos que se realizan tanto en APS como en hospitales o medicamentos. Además, creen que permitiría dar un mejor uso a las atenciones de especialidad, ya que se podría controlar qué médicos no están realizando derivaciones oportunas, lo que se traduciría en que las citas de especialidad serían ocupadas por aquellos pacientes que realmente las necesitan.

- Medir impacto de acciones. Las personas en cargos de gestión tienen la percepción de que actualmente se toman decisiones a ciegas ya que no se tiene información respecto a la atención que reciben los pacientes. No se sabe cuántos pacientes reciben tratamiento inoportuno o cuántos pacientes reciben medicamentos que pueden empeorar alguna patología. Un sistema de referencia y contrarreferencia sirve para tener registro de la atención en red y ver cómo evoluciona ante inyecciones de recursos o formas distintas de hacer las cosas.
- Oportunidad de coordinación. Desde la gestión, la mayor parte de los objetivos son compartidos. Existe la percepción de que la forma de trabajo actualmente es insular, lo que dificulta llevar adelante las directrices del Ministerio de Salud. Las personas en cargos de gestión creen que un sistema de referencia y contrarreferencia es la oportunidad de generar una conversación obligada entre distintos establecimientos.

4.3 Médico APS

- Oportunidad de aprendizaje. Todos los médicos de atención primaria entrevistados ven como una fuente de aprendizaje la retroalimentación recibida por los médicos de especialidad, ya que actualmente no tienen certeza de si los diagnósticos por los cuales señalan que los pacientes requieren atención de un especialista son precisos.
- Complementariedad del tratamiento. Médicos de APS señalan que ellos no conocen cuáles son las indicaciones que da el médico de especialidad, ni tampoco los medicamentos que éste le dio al paciente. Razón por la cual apelan a preguntarle al paciente, el cual en la gran mayoría de las ocasiones no maneja la información. Por lo que creen que un sistema de referencia y contrarreferencia les permitiría abordar de mejor forma la atención.
- Confianza en APS. Los médicos de atención primaria sienten que en ocasiones son mirados en menos por sus colegas de atención de especialidad, ya que existe la percepción de que derivan casos que no es oportuno. Los médicos de atención primaria creen que esta es una buena forma de visibilizar que el trabajo se está realizando de manera correcta.

4.4 Paciente

- Oportunidad. Los distintos actores coinciden en que los principales beneficiados con un sistema de referencia y contrarreferencia son las pacientes. Afirman que se avanzaría en que el paciente va a recibir el tipo de atención médica que necesita según las necesidades derivadas de su diagnóstico.
- Calidad. El contar con la información de los médicos de los dos niveles de atención permite que, al complementarse los antecedentes, el médico, ya sea de APS o de especialidad, cuente con todos los datos del historial clínico para diagnosticar y tratar de la manera adecuada.
- Menor número de atenciones. El contar con la información de exámenes y medicamentos, así como del diagnóstico, permite que los médicos de especialidad puedan dar un tratamiento de forma más precisa en un menor

número de citas. Hoy en día los médicos de especialidad señalan que la primera cita muchas veces no la pueden aprovechar, debido a que no cuentan con los resultados de exámenes que ya fueron realizados en el establecimiento de APS, debiendo solicitarlos nuevamente, por lo cual, además de duplicar costos, el paciente debe esperar más tiempo hasta recibir su tratamiento.

- Continuidad. Existe coincidencia en la percepción de que un sistema de referencia y contrarreferencia permitiría tener una continuidad en la atención, no volviendo a un punto inicial en cada nueva atención, si no que viendo la evolución de la salud del paciente y del tratamiento a través del tiempo, sin importar el médico de turno.

4.5 Síntesis

Como se aprecia en la Ilustración 47, de acuerdo a las entrevistas realizadas, la mayor parte de las dimensiones en las cuales un sistema de referencia y contrarreferencia aporta valor son coincidentes con lo expuesto en la sección “2.1 Descripción del Problema y Proyecto”.

Ilustración 47: Compilado de dimensiones en que aporta valor sistema de referencia y contrarreferencia

Dimensiones en que aporta Valor un Sistema Referencia y Contrareferencia			
APS	**Especialista**	**Gestión**	**Paciente**
Oportunidad de aprendizaje	Atender pacientes ad hoc a su nivel de complejidad	Trazabilidad del paciente	Oportunidad de la atención
Mayor confianza de los pares en APS (imagen/percepción)	Mayor certeza diagnóstica	Disminuir ineficiencias	Calidad de atención
Complementariedad del tratamiento	Confianza continuidad del tratamiento	Medir impacto de acciones	Menor número total de atenciones para solucionar incidencia
	Complementariedad del tratamiento (programas específicos)	Oportunidad de ocordinación	Continuidad de la atención

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas

Los principales hallazgos dicen relación con lograr determinar la trazabilidad del paciente al interior de la red, la oportunidad en la atención, una co-atención entre los diferentes niveles y que ello se traduzca en una atención de mayor calidad.

Por otra parte, existe una línea de hallazgos que dicen relación con aumentar la eficiencia del sistema y la resolutividad de cada nivel, utilizando apropiadamente sus recursos.

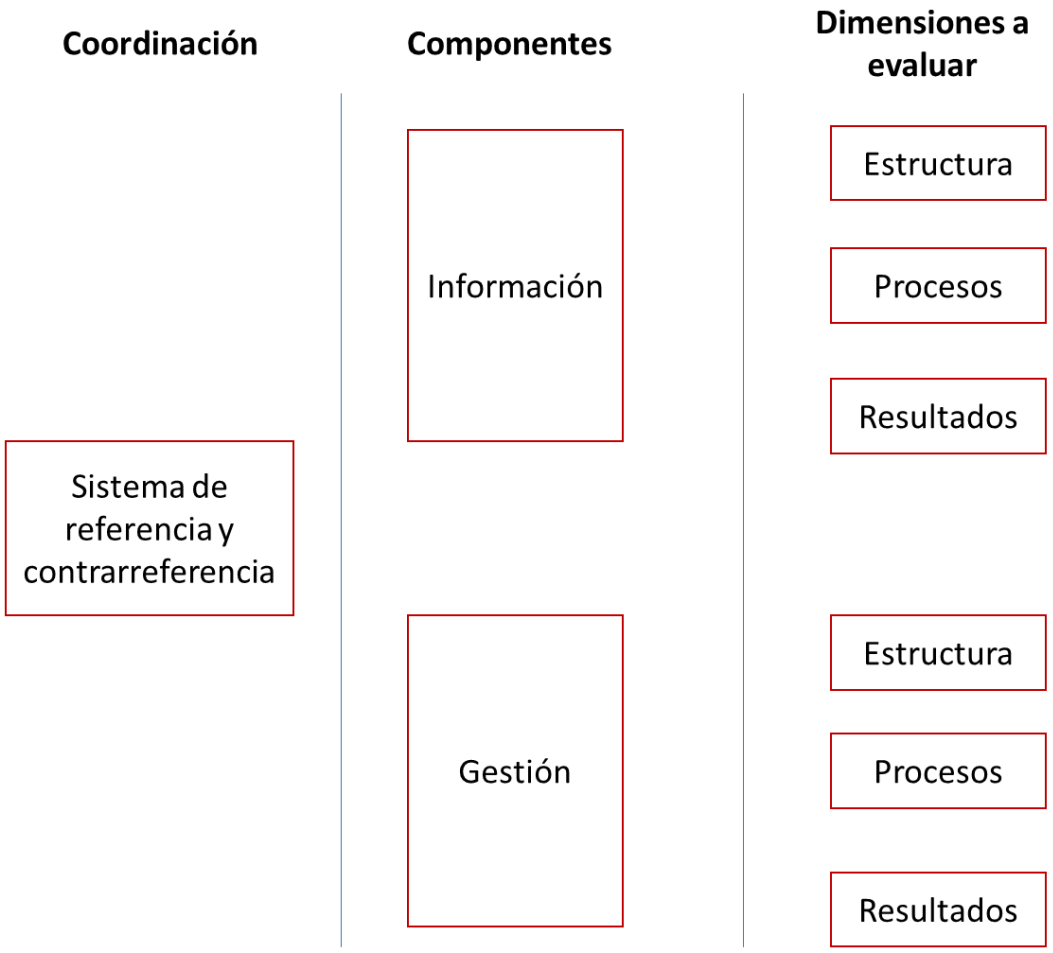
Finalmente, algo que no aparecía en la literatura, dice relación con la oportunidad de aprendizaje y retroalimentación que hay en este sistema. Los diferentes actores perciben

que esto puede ser una oportunidad de lograr una mejor coordinación entre los distintos niveles, lo cual se traduce en una mayor confianza entre pares y, por consiguiente, mayor confianza del paciente.

V. Evaluación de situación actual

Como insumo para la determinación de las direcciones de cambio, se propone la estructura de análisis del funcionamiento de un sistema de referencia y contrarreferencia de la Ilustración 48. Esta estructura de análisis se basa en una adaptación de la literatura que busca definir indicadores de coordinación asistencial[30]. En ella, se define que para un correcto funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia existen dos componentes de los cuales depende su éxito: la información y la gestión. A su vez, cada uno de ellos puede ser evaluado en función de su estructura, sus procesos y sus resultados.

Ilustración 48: Estructura de análisis de situación actual del proceso de referencia y contrarreferencia



Fuente: Elaboración propia a partir de revisión bibliográfica.

[30] Terraza Núñez, Rebeca, Vargas Lorenzo, Ingrid, & Vázquez Navarrete, María Luisa. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas.

Cabe destacar que los indicadores de esta sección no buscan hacerse cargo del control de los procesos, si no que buscan ser un insumo para determinar aquellos aspectos en los cuales el sistema de referencia y contrarreferencia presenta falencias. Es instrumental para el diagnóstico, y no coincide necesariamente con los indicadores propuestos en el rediseño del proceso.

5.1 Componente de Información

Con respecto a la información, la Ilustración 49 muestra algunos indicadores propuestos para evaluar la situación actual de esta componente. Es posible notar que los indicadores de estructura buscan responder si es que están dadas las condiciones para el correcto flujo de la información. A su vez el indicador de proceso busca evaluar la calidad y utilidad del proceso de trasferencia de información. Mientras que los indicadores de resultados buscan medir las consecuencias que tiene la coordinación en el desempeño de los establecimientos de salud. Esta última dimensión podría incluir muchos indicadores y sólo se proponen los que los entrevistados consideraron relevantes.

Ilustración 49: Indicadores asociados a la componente de información del sistema de referencia y contrarreferencia

Información	**Estructura**	Existencia de un mecanismo de transferencia de información de un nivel asistencial a otro
		Tiempo necesario para obtener información desde otro servicio
		Porcentaje del total de establecimientos con acceso a la información del paciente
	Proceso	Porcentaje de servicios y profesionales que utilizan adecuadamente la información compartida
	Resultados	Porcentaje de exámenes solicitadas duplicadas innecesariamente sobre el total
		Porcentaje de pacientes con prescripción duplicada por la atención primaria de salud y la atención especializada sobre el total
		Porcentaje de pacientes que presentan contraindicaciones con relevancia clínicas prescritas por diferentes niveles asistenciales

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión bibliográfica y entrevistas.

El primer aspecto a evaluar, con relación a la estructura, es determinar si existen mecanismos de transmisión de información de un nivel asistencial a otro. Como se pudo ver en la sección de levantamiento de situación actual, existen mecanismos de transmisión desde todos los establecimientos APS a los Hospitales de Peñaflor y Talagante. Sin embargo, en el sentido inverso, el Hospital de Peñaflor no cuenta con mecanismos de transferencia de información hacia los establecimientos de atención primaria. Por su parte, el Hospital de Talagante cuenta con mecanismos a todos los establecimientos de APS, excepto el CESFAM Fernando Monckeberg.

Un segundo aspecto a evaluar es el tiempo que transcurre para obtener la información desde otro servicio. No se cuenta con un dato preciso de cuánto tiempo demora tener la información de una referencia disponible, sin embargo, se tiene una cota inferior, la cual corresponde al tiempo que demora el médico contralor en validar la interconsulta. El Ministerio de Salud establece que el tiempo debiese ser de 24 horas, pero observamos que en el SSMOCC el establecimiento que tiene menor tiempo de validación es el CESFAM El Monte con un tiempo promedio de 2,4 días, mientras que el máximo es del CESFAM Dr. Alberto Allende con un tiempo de 7,1 días. El detalle se puede ver en la Ilustración 38. Ahora bien, la comunicación de una contrarreferencia en SISCONT actualmente no permite saber cuándo la información pudo ser vista por un médico, ya que sólo se registra la primera interacción del SOME, no la fecha de actualización que corresponde al momento que queda a disposición del médico.

El tercer aspecto a evaluar de la estructura es determinar cuántos establecimientos tienen acceso a la información del paciente. Por la incompatibilidad de los sistemas de información y, por consecuencia, la inexistencia de una ficha clínica única, solamente el establecimiento de origen y destino pueden ver la información de una referencia y contrarreferencia. Si es que un paciente por emergencia tuviese que llegar a otro establecimiento, la información no estaría disponible.

Con respecto al proceso, por cada paciente que es derivado se emite una referencia. El Hospital de Peñaflor no emite contrarreferencia a ningún establecimiento y el Hospital de Talagante sólo realiza contrarreferencias en el 6,3% de sus pacientes.

Finalmente, con respecto a los resultados, el sistema de referencia y contrarreferencia actual desconoce cuántos exámenes duplicados existen. Tampoco conoce el número de prescripciones similares en APS y Hospitales, ni el número de pacientes que tienen contraindicaciones debido a descoordinaciones en su atención.

5.2 Componente de Gestión

Con respecto a la gestión, la Ilustración 50 muestra algunos indicadores propuestos para evaluar la situación actual de esta componente. Es posible notar que los indicadores de estructura buscan responder si es que existen criterios unificados acerca del accionar clínico que le corresponde a cada establecimiento de salud de la red. A su vez el indicador de proceso busca evaluar cuánto se usan dichos criterios unificados, ya sean criterios de derivación o mapas de derivación, como también busca medir si es que los médicos están siguiendo las indicaciones que se envían. Mientras que los indicadores de resultados buscan medir resultados asistenciales vinculados a la implementación de un sistema de referencia y contrarreferencia. Al igual que en la componente de información, esta última dimensión podría incluir muchos indicadores, los propuestos son los que recogen lo que los entrevistados consideraron relevante.

Ilustración 50: Indicadores asociados a la componente de gestión del sistema de referencia y contrarreferencia

Gestión	**Estructura**	Porcentaje de protocolos estandarizados o guías de práctica clínica de tratamiento acordados y compartidos entre distintos establecimientos
	Proceso	Adhesión a las guías clínicas, mapas de derivación, etc.
		Porcentaje de médicos APS que han seguido las recomendaciones del médico especialista sobre el total de contrarreferencias
	Resultados	Porcentaje de pacientes con complicaciones por un control incorrecto
		Porcentaje de visitas repetidas por falta de resultados de las pruebas solicitadas sobre el total
		Tiempo transcurrido desde Alta en especialidad hasta el control en APS (sólo cuando corresponda)

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión bibliográfica y entrevistas.

El primer aspecto a evaluar, con relación a la estructura, es determinar el porcentaje de protocolos estandarizados o guías clínicas de tratamiento compartidos entre los distintos establecimientos. Actualmente a nivel de red no existe un diagnóstico de cuantas patologías cuentan con guía clínica. De las entrevistas se pudo confirmar que existen múltiples instrumentos que buscan responder a esta necesidad, pero no existe un trabajo colaborativo constante entre los diferentes niveles de atención para sociabilizar dichos criterios. Las patologías GES tienen cartillas de derivación, que dicen claramente en qué circunstancias derivar y con qué requisitos. Sin embargo, esto no se replica para todas las patologías no GES, que son en las cuales se centra la presente memoria.

Con respecto a los indicadores de proceso, se puede ver en la sección de caracterización cuantitativa, que los flujos son concordantes con los mapas de derivación (Ver Anexo 24). La adherencia a ellos es alta, en especial en aquellos casos en los cuales existe un primer filtro para poder optar a una subespecialidad. Sin embargo, no existe una adherencia alta a las guías clínicas, si es que existen y están actualizadas, ya que existen muchos médicos especialistas que señalan que desde atención primaria derivan casos que no son pertinentes. Más aún, se pudo ver que la mayor parte de las justificaciones de no pertinencia son por “juicio de experto”, lo cual da señales de que los médicos de especialidad tampoco tienen del todo claro cuáles son los protocolos, ya que no apelan a ellos.

En relación con la adherencia de los médicos de APS a las recomendaciones incluidas en las contrarreferencias, el actual proceso de referencia y contrarreferencia no lo supervisa de ninguna manera. Es más, existe un gran número de indicaciones sobre las cuales el médico no se hace cargo, como las que tienen que ver con servicios sociales, nutricionista, obstetricia etc.

Finalmente, al igual que con la componente de información, el actual sistema no logra medir indicadores de resultados, por lo tanto, no se tiene claridad de cuánto tiempo transcurre hasta que el paciente es atendido nuevamente en el establecimiento de APS.

Tampoco se sabe con certeza la cantidad pacientes que deben asistir nuevamente porque el médico especialista no tuvo acceso a sus exámenes o estos ya no era válidos, ni mucho menos se tiene estadística de cuántos pacientes tuvieron complicaciones debido a un control incorrecto.

5.3 Síntesis

Según la revisión bibliográfica y las entrevistas realizadas, para el correcto funcionamiento de un sistema de referencia y contrarreferencia deben funcionar dos componentes: La información y la gestión. A su vez, cada uno de ellos puede ser evaluado en función de su estructura, sus procesos y sus resultados.

Con respecto a la información, su estructura actualmente permite un flujo de la información de una referencia entre cualquier par de establecimientos de la red, sin embargo, en el caso de la contrarreferencia sólo se da entre el Hospital de Talagante y los establecimientos de APS que derivan a él, en un 6,3% de los casos. Dado que las fichas clínicas no están integradas, no es posible ver la información en otro establecimiento que no sea el origen o destino. Además, se observa claramente que hay espacios de mejora con respecto a los tiempos que demora en estar la información disponible, ya que en algunos establecimientos demora más de una semana, en promedio, una etapa que según el Ministerio de Salud debería demorar 24 horas. Lo anterior influye directamente en el proceso, ya que el universo que puede seguir las indicaciones es reducido.

Desde el punto de vista de la información, no es posible verificar los indicadores de la dimensión de resultados, ya que el actual sistema no capta dicha información (ver ejemplo de indicadores en la Ilustración 49).

Con respecto a la gestión, las entrevistas muestran que existe una gran cantidad de instrumentos que buscan servir de criterio de derivación o manejo clínico, sin embargo, muy pocos de ellos son acordados entre los diferentes niveles de atención. Además, tampoco existe un repositorio o diagnóstico formal con respecto a ellos, por lo que son esfuerzos no coordinados que surgen.

Se muestra una alta adherencia a los mapas de derivación, pero no se sabe con certeza con respecto a los criterios de derivación, ya que los médicos especialistas señalan en las entrevistas que les llegan pacientes no pertinentes. Sin embargo, no es posible obtener el valor del indicador, si no que se puede caracterizar el comportamiento por los flujos de pacientes que se vieron en la sección anterior.

Finalmente, con el actual sistema no se sabe cuánto tiempo pasa desde el alta de especialidad hasta el control en APS, tampoco se sabe con certeza la cantidad pacientes que deben asistir nuevamente porque el médico especialista por motivos de exámenes, ni aquellos que presentan complicaciones debido a un mal manejo.

VI. Direcciones de Cambio

Luego de identificar la situación actual y entender su funcionamiento, es necesario indagar en sus nodos críticos y contrastar con lo que los diferentes actores manifestaron en las entrevistas que debiese aportar un sistema de referencia y contrarreferencia, de modo de establecer direcciones de cambio en las cuales el SSMOCC debiese enfocarse a la hora de realizar un rediseño.

A continuación, se detalla cada una de ellas, con su respectiva justificación.

6.1 Mantención de estado

Uno de los objetivos de un sistema de referencia y contrarreferencia debe ser lograr tener una trazabilidad del paciente, es decir, saber en qué etapa del proceso está cada paciente y cómo se han ido moviendo dentro del sistema. Esto permite tener seguridad de que el paciente está siguiendo el flujo de acuerdo a su problema de salud, como también, lograr medir los impactos de medidas que se implementen. Actualmente el sistema es ciego al respecto, principalmente por dos razones.

La primera es que la gran mayoría de las atenciones a pacientes en el nivel secundario no conllevan una contrarreferencia, mientras que la segunda es que, a pesar de que existe un pequeño porcentaje de contrarreferencias, dicho proceso tampoco permite dejar registro de en qué etapa se encuentra un paciente.

Como se vio en la sección anterior no existe un sistema unificado de información, por lo tanto, el SISCONT y los procesos que lo acompañan deben lograr recopilar esa información, y ponerla a disposición tanto de los procesos propios de cada establecimiento de salud como de la dirección del servicio.

6.2 Rol de médico contralor

El médico contralor es clave en un modelo de referencia y contrarreferencias, ya que es una especie de referente técnico, líder y gestor a la vez. Es el puente entre lo administrativo y lo clínico. De las entrevistas realizadas se pudo observar que existe una disparidad en las condiciones en las cuales estos médicos trabajan.

Por una parte, no existen asignaciones de horas, responsabilidades ni actividades claras que el médico contralor debiese realizar.

Se puede observar que en algunos lugares el tiempo que transcurre hasta que un médico contralor valida una interconsulta puede ser 3 ó 4 veces mayor que en otro establecimiento.

Es más, hay establecimientos en los que sus médicos contralores tienen tasas de rechazo a las interconsultas realizadas por los médicos de box hasta 20 veces mayor que otros, lo cual es una señal de que el proceso es discrecional, ya que, según la información levantada de las entrevistas, el tipo de pacientes y los recursos con los que se cuentan son comparables.

Otro síntoma de una deficiencia en la función del médico contralor, y en los criterios que debe utilizar, es la desproporcionalidad en la categorización de las solicitudes de interconsultas según su prioridad clínica realizada por los médicos de box, ya que el médico contralor puede y debe modificarla si es que cree que no corresponde al diagnóstico.

Finalmente, se identificó que los médicos de atención secundaria no conocen la existencia de un contralor, ya que lo proponían como una posible solución a la no pertinencia.

Esto da muestra que el rol del médico contralor no ha logrado posicionarse ni estandarizarse, por lo cual el rediseño debe ser capaz de asignar funciones claras, indicadores, y retroalimentación de modo de relevar la importancia de éste dentro del sistema de referencia y contrarreferencia.

6.3 Unificación de criterios

Al entrevistar a los médicos especialistas el comentario automático fue que un sistema de referencia y contrarreferencia ayudaría a disminuir el número de pacientes cuyas derivaciones no son pertinentes. Sin embargo, al indagar en la justificación de no pertinencia, en su gran mayoría son por “criterio de experto”, y en el menor de los casos “por protocolo”.

Más aún, hay casos en los cuales los médicos señalan que ellos consideran todo como pertinente, ya que si el médico de atención primaria los derivó, fue “por algo”.

Lo anterior es preocupante, debido a que existe un gran número de flujogramas, cartillas de derivación, manuales u orientaciones técnicas que intentan hacerse cargo de manera parcial del problema, pero la realidad es que no existen criterios unificados de los casos en los que es pertinente derivar a un paciente.

También es posible ver que no existen criterios claros en la forma en la cual se priorizan las interconsultas ya que, si la gran mayoría se catalogan como de prioridad “alta”, es que no se está cumpliendo su objetivo. En estos casos la “etiqueta” se asocia a efectos, ya que se tiene la percepción de que, si ponen “prioridad baja”, el paciente no será atendido nunca, y viceversa que, si ponen “prioridad alta”, el paciente será atendido de forma más ágil.

Es necesario que la propuesta de solución considere este punto, en especial el plan de implementación, ya que será determinante para que los indicadores de pertinencia tengan algún sentido y se pueda realizar gestión con ellos.

6.4 Flujos alternativos

La lista de espera es una forma de estandarizar la brecha entre la oferta y la demanda por consultas de especialidad. La lista de espera sólo considera criterios de antigüedad, por lo tanto, se dan flujos alternativos en los casos en que los médicos de atención primaria determinan que los criterios clínicos justifican una atención de urgencia o de mayor agilidad a la que tiene el conducto regular.

Esto, que es de toda lógica desde el punto de vista clínico, tiene consecuencias en los procesos de gestión. No se tiene ningún registro ni proceso declarado de cómo se deben gestionar estos casos, por lo tanto, existe un número indeterminado de pacientes que no ingresan a la lista de espera, o que, si bien entran a ella, no son priorizados de la misma forma que un paciente común.

El proceso de referencia y contrarreferencia debe ser capaz de reconocer que existen flujos alternativos, pero a la vez debe ser capaz de identificarlos, caracterizarlos y de ejercer un control sobre ellos, de modo de garantizar por una parte el funcionamiento adecuado de ellos, y por otra, el mejor uso de los recursos del sistema en su conjunto.

6.5 Trabajo colaborativo entre los diferentes niveles

Los servicios de salud tienen un modelo de atención en red, por lo cual, sin importar qué tan buena sea la gestión y atención de un establecimiento en particular, necesita de otros establecimientos para proveer un servicio de salud integral. Dicho esto, es importante destacar que, si bien un sistema de referencia y contrarreferencia apunta hacia una mayor colaboración, si es que éste no se traduce en acciones concretas, no se logrará proveer una atención con continuidad y de calidad.

Es posible observar que no existe un trabajo colaborativo entre los diferentes establecimientos. Más aún, tampoco hay un trabajo colaborativo entre los funcionarios de un mismo establecimiento. Esto da importantes muestras de que hay que avanzar hacia prácticas de colaboración entre los distintos actores que participan en el ciclo del paciente al interior de la red, ya que de la conversación que se produzca entre ellos dependerá que cualquier iniciativa pueda ser viable y permanente en el tiempo.

Por lo tanto, la propuesta de rediseño del sistema de referencia y contrarreferencia debe considerar dentro de sus proceso e indicadores, garantías e incentivos hacía un trabajo coordinado y colaborativo.

6.6 Aumentar resolutividad

Actualmente no hay estadística de cuánto tiempo permanece un paciente en cada nivel de atención, producto de no contar con procesos que permitan una “mantención de estado”.

Sin embargo, existen antecedentes que permiten apuntar hacia un sistema de referencia y contrarreferencia que apoye una mayor resolutividad de los distintos niveles de atención, es decir, que las personas sean atendidas el número de ocasiones que sea necesario en cada uno de ellos, ni más ni menos.

Se tiene que, por una parte, todos los médicos de especialidad señalaron que existen pacientes que llegan al nivel secundario y que no necesitan una atención de especialidad, ya sea por situaciones clínicas que pueden ser resueltas en el nivel primario de atención,

o porque los pacientes estuvieron tanto tiempo en lista de espera que ya solucionaron su problema por fuera del sistema público o porque el problema clínico ya no aplica.

Por otra parte, también se da que la primera atención de especialidad no permite una confirmación diagnóstica por problemas en los procesos de apoyo. Específicamente se tiene que los exámenes son enviados desde los establecimientos de atención primaria por medio del paciente, el cual muchas veces no los lleva a su cita con el médico de especialidad. En otros casos, el paciente si bien lleva sus exámenes ya transcurrió el tiempo límite en el cual los exámenes tenían validez, por lo tanto, hay que repetirlos.

La Ilustración 51 muestra el porcentaje de casos en los cuales los médicos deben repetir los exámenes que ya le hicieron al paciente en atención primaria, teniendo que volver a agendarles una cita para realizar una confirmación diagnóstica, es decir, el número de casos en los cuales la primera cita es utilizada para generar órdenes médicas para exámenes que el paciente ya se hizo. Cada fila de la ilustración corresponde a la respuesta de un médico distinto, por lo que si bien la muestra no es representativa, da señales de la existencia del problema. Es posible notar que presenta varianza dependiendo de la especialidad, ya que hay especialidades como pediatría en el Hospital de Talagante en la cual se afirma que el médico puede realizar la evaluación clínica sin necesidad de exámenes de laboratorio, por lo que no es crítico que los pacientes lleguen sin sus exámenes de atención primaria.

Ilustración 51: Porcentaje de 1° citas en las cuales el médico no puede realizar la confirmación diagnostica porque debe mandar a hacer nuevamente los exámenes

Establecimiento	Especialidad	Porcentaje de 1° atención "perdida"
Hospital de Talagante	Diabetología	50%
	Ginecología	30%
	Cirujano	50%
	Pediatría	10%
	Nefrología	50%
	Cardiología	98%
	Medicina interna	100%
	Rehabilitación Física	No hay dato
Hospital de Peñaflor	Medicina Interna	No hay dato
	Pediatría	50%
	ginecología	60%
	Medicina interna	50%
	Medicina interna	90%

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas semiestructuradas.

Sin embargo, existen especialidades como cardiología, en la cual el médico señala que en casi la totalidad de los casos debe repetir los exámenes que ya le hicieron en atención primaria, ya que es común que el paciente no los lleve, o que el paciente llegue después de un año, por lo que el examen no tiene validez.

Un caso intermedio podría ser el de ginecología, ya que solamente el 30% de los casos la primera atención necesita de exámenes que ya fueron hechos. Esto se explica porque en ginecología no hay lista de espera, ya que las embarazadas son consideradas como pacientes de alto riesgo, siendo atendidas en pocos días. Por lo tanto, no se da la situación en la cual los exámenes pierden validez, si no que los casos en los cuales el médico no puede acceder son debido a que la paciente los olvidó.

Es claro que los resultados que se muestran tienen cierto sesgo, ya que son percepciones de los médicos especialistas y no corresponden a un registro empírico (no existe), pero de todas maneras esto da señales de que puede existir una subutilización de la primera atención de especialidad. Por lo tanto, la propuesta de rediseño debe contemplar una forma de medir realmente cual es el número de primeras atenciones que se están ocupando en solamente entregar una orden médica, como también debe ser capaz de anticiparse a la situación, logrando poner a disposición los exámenes que sean necesarios.

6.7 Gestión del cambio en procesos

Tomando en cuenta que las direcciones de cambio van en la línea de modificar prácticas habituales en la forma en la cual tanto el personal médico como administrativo realiza su función y, más aún, considerando lo jerárquica que es la cultura organizacional del sistema de salud pública en Chile, es que deberán considerarse aspectos de gestión del cambio en la propuesta de implementación.

Se percibe en las entrevistas que gran parte de la poca adherencia al sistema de contrarreferencia propuesto por el SSMOCC es debido a que su introducción no fue acompañada de un proceso de gestión de cambio. Si bien la propuesta fue co-construida en el marco de un proyecto de innovación pública, ésta no fue validada por lo distintos actores, ni tampoco los responsables de su implementación volvieron a ir a terreno, por lo que el sistema se utilizó un periodo de tiempo y luego, al presentar alguna falla o duda, no se utilizó más.

Por esto, deberá considerarse la pregunta de cómo convencer a los distintos actores de la red, para incorporar estrategias al respecto en el plan de implementación, y cómo se logrará mantener ese convencimiento durante el tiempo.

Este punto será abordado en profundidad en la sección de Implementación y gestión del cambio, con enfoque en los médicos de atención primaria, médicos de especialidad y cargos ligados a la gestión de las referencias y contrarreferencias.

6.8 Síntesis

Las direcciones de cambio para la propuesta de rediseño del sistema de referencia y contrarreferencia se enmarcan en la necesidad de poder ofrecer a los pacientes una atención coordinada entre los diferentes niveles de atención y que existan procesos de acompañamiento al sistema.

Por lo tanto, esta propuesta deberá enfocarse en los siguientes elementos:

1. Mantención de estado
2. Relevar rol del médico contralor
3. Unificar criterios
4. Reconocer flujos alternativos
5. Trabajo de equipos colaborativos
6. Avanza hacía mayor resolutividad
7. Incorporar la gestión del cambio

El primer desafío está en que este sistema de referencia y contrarreferencia sea capaz de dar cuenta de en qué parte del proceso se encuentra el paciente y cómo ha llegado hasta ahí.

También será clave relevar el rol del contralor como líder y gestor local de la propuesta, ya que actualmente se tiene una varianza importante en la forma en la cual realizan su función, por lo que es necesario acompañar más de cerca su labor.

Ahora bien, no sirve de nada tener un sistema en el cual fluya la información, pero en el que no existe acuerdo sobre los criterios de derivación o de proceso clínicos. Es por esto, que se debe apuntar a que la unificación de criterios sean los ladrillos teóricos en los cuales se construya un sistema de referencia y contrarreferencia.

Se justica que los procesos deban tener cierta flexibilidad que permita actuar con rapidez en los casos en los cuales una situación clínica lo amerite. Sin embargo, es necesario reconocer cuáles son estos flujos alternativos, logrando caracterizarlos y de ejercer algún control sobre ellos.

Es importante destacar que, si bien un sistema de referencia y contrarreferencia apunta hacia una mayor colaboración, si es que no se traduce en acciones concretas, no se logrará proveer una atención con continuad y de calidad. Por lo tanto, la propuesta debe considerar dentro de sus procesos e indicadores, garantías e incentivos hacía un trabajo coordinado y colaborativo.

Actualmente no hay estadística de cuánto tiempo permanece un paciente en cada nivel de atención, sin embargo, surgen antecedentes en las entrevistas que permiten apuntar hacia un sistema que apoye una mayor resolutividad de los distintos niveles de atención, es decir, que las personas sean atendidas el número de ocasiones que sea necesario en cada uno de ellos, ni más ni menos.

Finalmente, un desafío transversal a lo anterior será la gestión del cambio, ya que será fundamental que haya cambios en paradigmas que hoy hay en la institución, y para esto, el proceso deberá considerar la pregunta de cómo poder convencer a los distintos actores de la red en el plan de implementación, y cómo se logrará mantener ese convencimiento durante el tiempo.

VII. Propuesta de Rediseño

Este capítulo entrega el detalle de la propuesta de rediseño del sistema de referencia y contrarreferencia. También se propondrá un tablero de indicadores asociados a los procesos. Finalmente, se detalla un plan de implementación, en el cual se abordan los aspectos que se consideran críticos para el éxito de esta propuesta.

La propuesta de rediseño fue elaborada a partir de entender el modelo de referencia y contrarreferencia como un sistema en el cual hay procesos ligados a la información y la gestión clínica. Por razones de alcance de la presente memoria, en los procesos clínicos que son la base conceptual sobre la que se sustenta la coordinación entre diferentes niveles de complejidad, no se profundizará sobre qué cambios técnicos se deben realizar en cada uno de ellos, sino que se establecerán cuáles son las condiciones y/o hitos que deben darse para que estos en un mediano plazo puedan ser mejorados.

De la misma forma, dada la incertidumbre acerca de futuras integraciones de los historiales clínicos de los pacientes a nivel de SSMOCC, es que las propuestas de rediseño asumen a SISCONT como una variable de borde genérica, es decir, como una herramienta cualquiera que permite el flujo de información, alimentándose de distintas fuentes, pero sin una integración. Esto es relevante, ya que permite mayor flexibilidad ante posibles cambios de software, a la vez que el presente trabajo pueda servir como apoyo para comprender el problema de forma sistemática.

7.1 Cambios propuestos en el proceso de referencia

7.1.1 Flujo alternativo según priorización

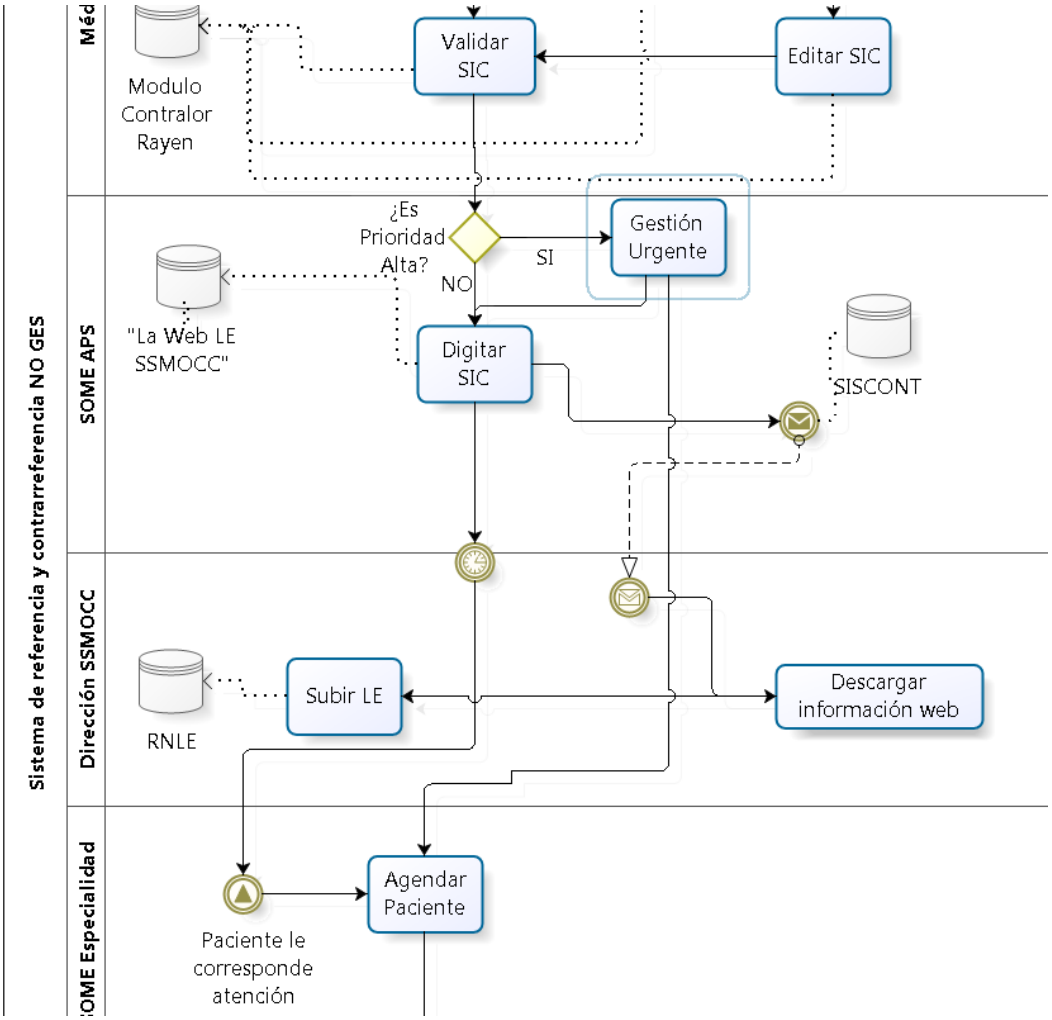
Tal como se vio en la sección anterior, existen pacientes que siguen flujos alternativos en su proceso debido a la urgencia de su diagnóstico. Además, se vio que existe un gran número de interconsultas que son categorizadas como de alta prioridad. Esto hace, por una parte, que no se tenga ningún control sobre el flujo alternativo, y por otra, carece de sentido la priorización hecha por los médicos APS, impidiendo hacer una gestión con respecto a ella.

Se propone que el médico contralor solamente pueda permitir que mantengan la categorización “alta” aquellas consultas médicas que necesitan una atención urgente (que la salud del paciente se ve en riesgo si no se atiende en menos de 1 mes).

Las consultas de este tipo pueden ser gestionadas de forma directa entre APS y nivel secundario, mientras que las que no son urgentes, continúan con el conducto regular.

Además, se propone eliminar la categorización de prioridad “baja”, ya que no tiene sentido diferenciar dos tipos de categorías si van a ser procesadas de la misma forma al ingresar a la lista de espera. Esta parte del proceso se puede ver en la Ilustración 52.

Ilustración 52: Flujo de SIC de Prioridad Alta



Fuente: Elaboración propia

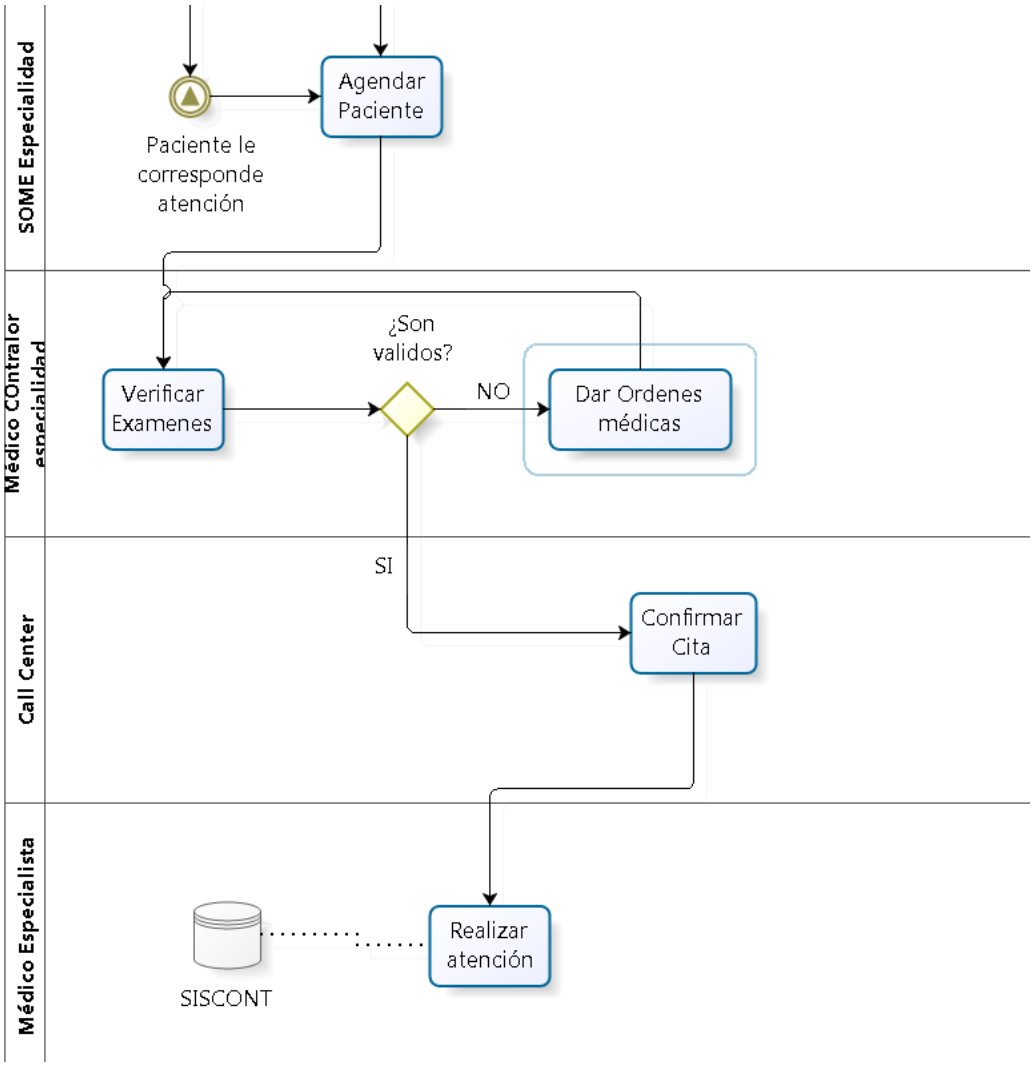
La implementación de esto implica:

1. Elaborar un listado de aquellos diagnósticos que son categorizados de alta prioridad (las excepciones se deberán justificar caso a caso)
2. Capacitar y/o difundir los nuevos criterios a utilizar (especial énfasis en médicos contralores)
3. Hacer seguimiento a la categorización de priorización.
4. Elaborar estadísticas y/o reportes

7.1.2 Médico a cargo de verificar exámenes

Como una forma de avanzar hacia una mayor resolutividad, un segundo aspecto que abordar en el rediseño del proceso de referencia es que se crea la figura de un médico “contralor” por especialidad, que debe revisar los exámenes previo a la consulta de especialidad. Actualmente no existe esta función en el nivel secundario. En la Ilustración 53 se muestra una propuesta de cuál sería su rol en el proceso de referencia.

Ilustración 53: Propuesta de rol de médico "controlador de especialidad"



Fuente: Elaboración Propia

La asignación de horas dependerá del número de interconsulta, pero se calcula un tiempo de 5 minutos por revisión de interconsulta y dar orden médica. Por lo tanto, si una especialidad recibe 100 interconsultas a la semana, el médico contralor tendrá asignado 100 minutos al día (considerando que la revisión se hace de lunes a viernes).

A modo de ejemplo, el Hospital de Talagante recibe 8890 interconsultas al año, lo cual da un promedio de casi 165 interconsultas a la semana. Entonces en tiempo de médicos de especialidad, esto significaría alrededor de 165 minutos al día de médicos especialistas que se gastarían en esto. Sin embargo, actualmente se pierden en promedio más de la mitad de las primeras consultas por motivos de exámenes médicos, es decir, alrededor de 90 consultas médicas a la semana. Cada consulta médica dura 15 minutos. Por lo tanto, se tiene con el rediseño se ahorrarían 240 minutos de consultas de especialidad al día, con lo cual, se auto compensa el gasto de tiempo, e incluso, es más eficiente, ya que se alcanzarían a hacer al menos 5 consultas de especialidad más al día con esta iniciativa.

7.2 Cambios propuestos en el proceso de contrarreferencia

7.2.1 Momentos de la contrarreferencia

El proceso actual de la contrarreferencia considera que esta debe ser emitida en la primera atención, y cuando el paciente es dado de alta. Sin embargo, según lo indagado en las entrevistas, esto que en la teoría parece lógico, en la práctica se está traduciendo en un montón de papeles que no contienen información del diagnóstico del paciente, ya que, en la primera atención, aún no se tiene la confirmación diagnostica, y no se está emitiendo contrarreferencia en la última atención.

Por lo tanto, se propone que se emita una sola contrarreferencia, pero que esta tenga 3 momentos:

1. Primer momento de la contrarreferencia: Corresponderá al primer contacto que el médico especialista tiene con la referencia. En esta ocasión deberá completar la información de la contrarreferencia en SISCONT, señalar si fue pertinente la derivación, evaluar la calidad de la información de la referencia, e indicar si existe confirmación diagnostica.
2. Segundo momento de la contrarreferencia: Corresponderá al momento en que se realice la confirmación diagnostica. Si es que la confirmación diagnostica se realiza en la primera consulta, entonces el primer momento de la contrarreferencia será coincidente con el segundo. Cabe notar que esta no es una nueva contrarreferencia, sino que es una actualización de la anterior.
3. Tercer momento de la contrarreferencia: Corresponderá al instante cuando la contrarreferencia “egrese” del nivel secundario. Esto ocurrirá cuando el paciente sea dado de alta, o cuando el paciente sea dado de alta con control en APS. Si es que el paciente es dado de alta con control en APS, es requisito actualizar el campo de indicaciones para APS.

Para que estos momentos de la contrarreferencia se cumplan, será necesario hacer pequeñas modificaciones en SISCONT, estas son:

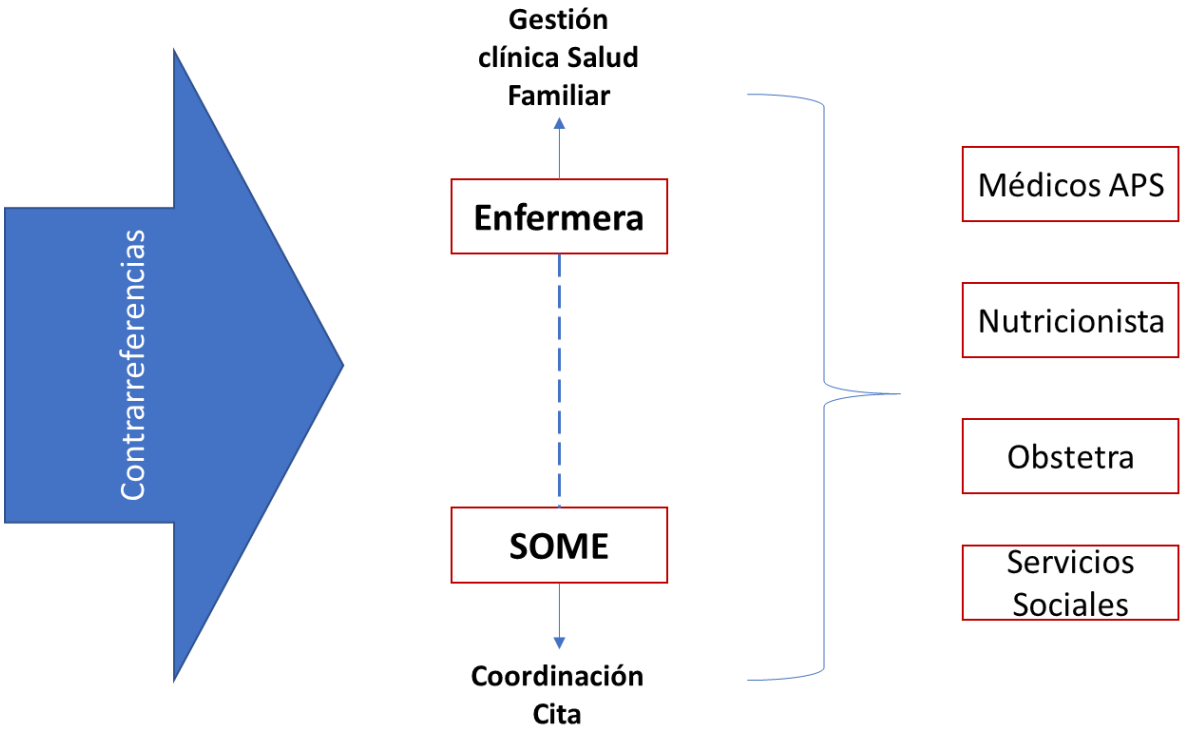
a) SISCONT debe dar tener una casilla del tipo SI/NO que diga “¿Confirmación Diagnostica?”
b) Si es que la respuesta es NO, debe ser etiquetado como “Atendido por especialista, sin confirmación diagnostica”
c) Los campos NO pueden ser editados, porque se debe el documento es un respaldo legal. Puede actualizarse los campos, pero queda registro de la información anterior.
d) En el primer momento de la contrarreferencia se debe poner una casilla del tipo SI/NO que diga ¿El paciente cuenta con los exámenes con los cuales fue derivado, o alguna actualización de ellos?
e) En el tercer momento de la contrarreferencia debe señalarse el número de consultas que recibió el paciente antes de ser dado de Alta.

7.2.2 Gestión de la contrarreferencia en APS

Como se vio en la sección de levantamiento de la situación actual, se tiene que hoy en día, la contrarreferencia debe ser visto por el SOME, actualizada, y recién ahí al médico le aparece en su bandeja.

Sin embargo, viendo las indicaciones para atención primaria, se tiene que estas no son solo médicas, lo cual tiene sentido con el objetivo de un CESFAM, el cual es el proveer una atención integral, desde una perspectiva de medicina familiar. Es por esto, que la mirada médica es insuficiente para el cumplimiento de ellos.

Ilustración 54: Diagrama de gestión de la contrarreferencia en APS



Fuente: Elaboración propia

Se propone la estructura que se muestra en la Ilustración 54. En ella se observa que la contrarreferencia llega a dos personas al mismo tiempo. Por una parte, al SOME, pero también a una enfermera. Esto con el propósito de que la enfermera vea si es necesario solamente una atención médica, o si se necesita un nutricionista, asistente social, obstetra, etc. Además, la enfermera es el personal clínico que gestionan la gran mayoría de los programas de salud de APS, por lo cual es idóneo que ella realice la gestión clínica. Por otra parte, SOME se encarga de agendar la cita. En la práctica se traduce en que SOME agenda la cita según lo establecido en la contrarreferencia, y la enfermera revisa si es que es necesaria el ingreso a algún programa o la atención de otro profesional, en cuyo caso, debe coordinar el agendamiento con SOME.

7.3 Definición de estados de un paciente en el sistema de referencia y contrarreferencia

La presente sección busca definir los estados en los cuales un paciente se puede encontrar en el sistema de referencia y contrarreferencia, y que etapa del proceso se asocia a cada uno de ellos. El propósito es definir cuál será el registro al que se apelará, y de que forma se puede acceder a dicho estado.

En primer lugar, con respecto al proceso de referencia, se tendrán los siguientes estados:

a) Esperando revisión médico contralor: Corresponde al paciente cuya solicitud de interconsulta ya fue emitida, pero que se encuentra esperando la validación del médico contralor. A este estado es posible acceder en Rayen.

b) Validada por médico contralor: Corresponde al paciente cuya solicitud de interconsulta fue validada por el médico contralor, es decir, que él contralor determino que si era pertinente la derivación. Es posible marcar este estado en el sistema Rayen.

c) Rechazada por médico contralor: Corresponde al paciente cuya solicitud de interconsulta fue rechazada o se hicieron observaciones clínicas en torno a ella, por lo cual, el médico contralor la reenvía al médico de box. Es posible marcar este estado en el sistema Rayen.

d) Cancelada por médico APS: Corresponde al paciente cuya solicitud de interconsulta fue enviada de vuelta al médico de box por el médico contralor, y en la cual él médico de box considera que no era oportuna una derivación. Es posible ver este estado en el Sistema Rayen.

e) Digitada en la web: Corresponde al paciente cuya solicitud de interconsulta ya fue validada por el médico contralor y digitada a la plataforma web de lista de espera del SSMOCC. Es posible ver este estado en la web de lista de espera del SSMOCC.

f) Digitada en el RNLE (paciente en lista de espera): Corresponde al paciente cuya interconsulta ya fue cargada en el Repositorio Nacional de lista de espera, y se encuentra esperando una consulta de especialidad.

g) Agendada cita de especialidad: Corresponde al paciente al cual SOME agendo una cita con el medico de especialidad. Puede ser el estado en Rayen o TrakCare, ya que ese módulo está integrado.

h) Paciente con exámenes OK: Corresponde al paciente al cuenta con sus exámenes válidos para recibir la atención de especialidad. Este estado puede ser visto en TrakCare

i) Confirmada Cita de especialidad: Corresponde al paciente que confirmo la hora de especialidad con callcenter. Esta información puede ser vista en TrakCare.

j) Atendido por especialista: Es aquel paciente que recibió la atención del médico de especialidad por lo que ahora pasa a la fase de contrarreferencia. Este estado “puro” no existe, pero se detallará en el proceso de contrarreferencia. Este estado se ve en SISCONT.

k) Paciente no se presentó a consulta especialista: Corresponde a aquel paciente que no asistió a su consulta médica de especialidad, por lo cual debe esperar por una nueva citación o por egreso de lista de espera. Estado se ve en TrakCare

El proceso de contrarreferencia

l) Atendido por especialista, sin confirmación diagnostica: Corresponde al paciente que ya fue atendido por el médico especialista, pero aún no hay certeza del diagnóstico. Se puede observar este estado en SISCONT.

m) Atendido por especialista, con confirmación diagnostica. Corresponde al paciente que ya fue atendido por el médico especialista y que cuenta con una confirmación diagnostica. Se puede observar este estado en SISCONT.

n) Paciente con control en Especialidad: Corresponde al paciente que luego de la confirmación diagnostica, continúa siendo atendido en especialidad. Se puede observar este estado en SISCONT.

o) Paciente de Alta: Corresponde al paciente que fue dado de alta, y que no necesita continuidad del tratamiento en APS. Se puede observar este estado en SISCONT.

p) Paciente Alta con Control en APS: Corresponde al paciente que fue dado de alta, y que necesita continuidad del tratamiento en APS. Se puede observar este estado en SISCONT.

q) Paciente contrarreferido agendado en APS: Corresponde al paciente que fue dado de alta con control en APS, y que ya fue agendada su atención. Se puede observar este estado en SISCONT.

r) Paciente contrarreferido confirmado en APS: Corresponde al paciente contrarreferido que fue llamado por callcenter y confirmó su asistencia. Se puede observar este estado en SISCONT.

s) Paciente contrarreferido atendido en APS: Corresponde al paciente que fue contrarreferido y que asistió a su control en APS. Se puede observar este estado en SISCONT.

t) Paciente contrarreferido no se presentó: Corresponde al paciente que fue contrarreferido y que no asistió a su cita en APS, por lo cual debe esperar por una nueva citación. Se puede observar este estado en SISCONT.

7.4 Propuesta de Tablero de Indicadores

Manteniendo la misma estructura de análisis que la evaluación de la situación actual, se proponen indicadores en las componentes de información y de gestión. Cabe destacar que las líneas bases y metas, no se especificarán en el presente trabajo ya que se considera que deben ser distintas para cada establecimiento, y se asume como buena práctica del proceso de gestión del cambio el consensuar con las distintas partes metas acordes al grado de avance en la implementación, por parte del equipo responsable. A continuación, se presenta el detalle de ellos.

7.4.1 Indicadores de información

Los seis indicadores de la presente sección buscan tener un control sobre la componente de la información de forma transversal al proceso de referencia y contrarreferencia. Se busca por una parte monitorear si es que existen los mecanismos para que la información fluya hacia los distintos establecimientos y actores involucrados en el proceso. En segundo lugar, se busca verificar el tiempo que se demora en fluir esa información. Por último, se busca monitorear la calidad de la información que se transmite en estos procesos. Los impactos sobre los resultados, por ejemplo, duplicación de prescripciones, no se aborda en el tablero de indicadores, dejándola criterio del SSMOCC cuáles son los resultados que le interesa monitorear, o que debe monitorear según la ley.

1. **Adherencia al proceso de referencia**

   Objetivo: Medir la adherencia a completar referencias en SISCONT
   Formula: Número de pacientes tienen una referencia en SISCONT/Total de pacientes derivados
   Periodo de medición: Se calculará el indicador de forma mensual.
   Responsable de la medición: Departamento de Coordinación de la Red del SSMOCC

2. **Adherencia al proceso de contrarreferencia**

   Objetivo: Medir la adherencia a emitir contrarreferencia en SISCONT
   Formula: Número de pacientes tienen una contrarreferencia en SISCONT/Total de pacientes derivados que fueron atendidos por médico especialista
   Periodo de medición: Se calculará el indicador de forma mensual.
   Responsable de la medición: Departamento de Coordinación de la Red del SSMOCC

3. **Calidad de la referencia**

   Objetivo: Medir que la información que contiene la referencia es útil para la atención del médico especialista.
   Formula: Cantidad de referencia en la cual el médico señala “SI” en casilla con relación a si la referencia es “útil” para su atención / Total de referencia recibidas
   Periodo de medición: Se calculará el indicador de forma mensual.

Responsable de la medición: Departamento de Coordinación de la Red del SSMOCC

4. **Calidad de la contrarreferencia**

   Objetivo: Medir que la información que contiene la contrarreferencia es útil para la atención del médico de APS.
   Formula: Cantidad de contrarreferencias en la cual el médico señala “SI” en casilla con relación a si la contrarreferencia es “útil” para su atención / Total de contrarreferencias recibidas
   Periodo de medición: Se calculará el indicador de forma mensual.
   Responsable de la medición: Departamento de Coordinación de la Red del SSMOCC

5. **Tiempo promedio que el contralor demora en validar la SIC**

   Objetivo: Medir el tiempo que transcurre desde que es emitida la SIC hasta que el médico contralor la valida.
   Formula: Promedio de los tiempos que demora el médico contralor en validar la SIC emitida por el médico de box.
   Periodo de medición: Se calculará el indicador de forma mensual.
   Responsable de la medición: Establecimiento de APS, con reporte al departamento de coordinación de la red del SSMOCC.

6. **Tiempo promedio que el digitador demora en subir a la web de LE**

   Objetivo: Medir el tiempo que transcurre desde que es validada la SIC hasta que el digitador la sube a la web de LE
   Formula: Promedio de los tiempos que demora el digitador en subir la SIC validada por el médico contralor
   Periodo de medición: Se calculará el indicador de forma mensual.
   Responsable de la medición: Establecimiento de APS, con reporte al departamento de coordinación de la red del SSMOCC.

7.4.2 Indicadores de Gestión

Los cinco indicadores de la presente sección buscan tener un control sobre la componente de la gestión de forma transversal al proceso de referencia y contrarreferencia. No buscan hacerse cargo de la dimensión estructural del sistema, ya que ello no es posible con la actual propuesta de rediseño. Sin embargo, se centra en el proceso, midiendo la adherencia de los médicos, tanto de atención primaria como secundaria, a los criterios de derivación y a las indicaciones que ellos mismos se realizan. Finalmente, se aborda de forma parcial los impactos que tiene el sistema de referencia y contrarreferencia, específicamente, en la pertinencia y en las primeras atenciones no aprovechadas, dejando a criterio del implementador los otros indicadores de resultados que estime relevantes de medir.

1. **No Pertinencia**

   Objetivo: Medir la adherencia a los protocolos de derivación
   Formula: Número de pacientes que el médico de especialista señala que no corresponde a su nivel de atención/Total de pacientes derivados a especialistas
   Periodo de medición: Se calculará el indicador de forma mensual y/o de acuerdo a los periodos que los compromisos de gestión determinen.
   Responsable de la medición: Departamento de planificación y control de gestión, con reporte al departamento de coordinación de la red del SSMOCC.

2. **Número promedio de consultas para la confirmación diagnostica**

   Objetivo: Medir el número promedio de consultas que transcurren hasta que se realiza la confirmación del diagnóstico.
   Formula: Promedio del número de consultas que transcurren desde que el paciente tiene el estado de "Atendido por médico de especialidad, sin confirmación diagnostica" hasta el estado "Atendido por médico de especialidad, con confirmación diagnostica".
   Periodo de medición: Se calculará el indicador trimestral.
   Responsable de la medición: Departamento de coordinación de la red del SSMOCC.

3. **Número promedio de consultas de especialidad al Alta**

   Objetivo: Medir el número promedio de consultas de especialidad hasta que se produce el Alta del paciente
   Formula: Promedio del número de consultas que transcurren desde que el paciente es atendido por el médico de especialidad por primera vez, hasta que es dado de alta.
   Periodo de medición: Se calculará el indicador trimestral.
   Responsable de la medición: Departamento de coordinación de la red del SSMOCC.

4. **Tiempo promedio que demoran pacientes contrarreferidos en ser atendidos en APS**

   Objetivo: Medir el tiempo que transcurre desde que se indica una atención en APS en la contrarreferencia y el momento que es realizada
   Formula: Promedio de los tiempos que demora en cambiar un paciente del estado "Paciente Alta con Control en APS" al estado "Paciente contrarreferido atendido en APS".
   Periodo de medición: Se calculará el indicador mensual.
   Responsable de la medición: Departamento de coordinación de la red del SSMOCC.

5. **Porcentaje de consultas que no cuentan con exámenes realizados en APS**

Objetivo: Medir cuantas primeras consultas no pueden realizar confirmación diagnostica debido a que no cuentan con los exámenes que fueron realizados en APS o que estos ya no son válidos.
Formula: Número de contrarreferencias que señalan que no cuentan con exámenes realizados en APS o que ya no son válidos / Total de contrarreferencias
Periodo de medición: Se calculará el indicador mensual.
Responsable de la medición: Departamento de coordinación de la red del SSMOCC.

7.5 Propuesta de Plan de Implementación

Para la implementación del sistema propuesto, se propone que existan 3 etapas: (i) Preparación, (ii) Implementación y (iii) Dinámicas de Mejora. Esto es considerando la magnitud y flujo de información que puede alcanzar este sistema de referencia y contrarreferencia.

Las fases tendrán un comportamiento cíclico, ya que por ser primera vez que se implemente un sistema de este tipo en el SSMOCC, es necesaria una flexibilidad que permita ir retroalimentando los procesos, de modo que exista una mejora continua.

7.5.1 Etapa de Preparación

En esta etapa deben construirse los cimientos necesarios para el rediseño. Según lo visto en la sección anterior, es necesario determinar cuál es el estado real de la dimensión estructural de los ámbitos de información y gestión.

Para esto es necesario hacer un catastro de los protocolos de derivación existentes, identificando cual fue la fecha de elaboración, establecimientos involucrados y diagnósticos clínicos que aborda. La idea es poder notar si existe duplicación de criterios o falta de ellos.

En caso de no existir protocolos, o que estos estén desactualizados, es necesario que sean co-construidos entre los establecimientos de la red, y que por ningún motivo sean impuestos desde la dirección del SSMOCC.

De la misma forma, hay que hacer un catastro de la situación real de las tecnologías de información, de modo de tener un diagnostico actualizado de que establecimientos, y qué personas cuentan con acceso a los softwares de referencia y contrarreferencia.

En esta etapa será sumamente importante la gestión del cambio. De la indagación realizada a través de las entrevistas, fue posible notar que los médicos son fuertemente reticentes al cambio, por lo cual, sin importar que tan buena sea en el papel una idea, se les debe mostrar que se escuchan sus sugerencias y que el sistema está en vías de construcción y mejoramiento. Esto es fundamental para que se muestren abiertos a colaborar, de modo que el sistema también vaya mejorando.

En segundo lugar, deben existir capacitaciones con respecto al SISCONT y soporte constante. Por dicha razón es necesario nombrar encargados de SISCONT en cada uno de los establecimientos, los cuales se comuniquen y coordinen con el encargado de

SISCONT de la dirección del SSMOCC. Ellos deben tener la facultad de poder crear nuevos usuarios. Esto es de vital relevancia en los establecimientos de APS, debido a la alta rotación de médicos.

En tercer lugar, se debe contar con la validación directa de los jefes directos y directores de los establecimientos. Se debe establecer como requisito para cerrar la atención la emisión de una referencia o una contrarreferencia en los casos en los cuales aplique.

Será importante que la dirección del servicio en esta etapa se muestre cercana a los establecimientos, y debe lograr transmitir que esta no es una iniciativa más, si no que es fundamental para la provisión de una atención digna y de calidad.

Además, debe ser el impulso inicial para un trabajo colaborativo que se debe dar de forma transversal en las otras dos fases, para ello de nombrarán referentes de referencia y contrarreferencia en cada uno de los establecimientos de la red.

7.5.1 Etapa de Implementación

En la segunda fase, de implementación, las mayores tareas serán las de comunicar los avances y destacarlos con un pequeño análisis crítico para estar en constante evaluación y validación del nuevo sistema, por lo que será fundamental que existan canales claros para los médicos para tener retroalimentación de las situaciones favorables (o desfavorables) que se estén generando con la nueva propuesta.

Es importante en esta etapa nuevamente que el proyecto se muestre flexible. Se les debe permitir a los establecimientos a adaptar sus procesos. Por ejemplo, si un establecimiento realiza todos sus procesos en papel, no se le debe exigir que realice la contrarreferencia en formato digital. Simplemente, se les acepta que los sigan realizando en papel, pero deben agregar un digitador al proceso que luego lo traspase al SISCONT. Se debe permitir todas aquellas adaptaciones que aumenten la adherencia a la propuesta de sistema de referencia y contrarreferencia.

La etapa de implementación debe ser caracterizada por una fuerte presencia territorial, para ir validando el uso del SISCONT. Para esto, los referentes de referencia y contrarreferencia deben coordinar hitos en cada uno de sus establecimientos.

Otro aspecto importante de la segunda fase corresponde a una retroalimentación constante. Se les debe enviar un reporte agregado de los indicadores de forma semanal a los subdirectores médicos. Además, se debe poner a disposición de los establecimientos un reporte desagregado, que permita retroalimentar a cada uno de los equipos médicos, e incluso médicos individuales.

Finalmente, se deben aprovechar las mesas de trabajo en contrarreferencia que existen actualmente en el SSMOCC, y evaluar los aspectos que han funcionado bien para mantenerlos, eliminar aquellas etapas que están obstaculizando, y mejorar aquellos procesos que aún no funcionan del todo bien, de modo de que la implementación sea el resultado de otra conversación entre los diferentes actores involucrados en el proceso.

7.5.1 Dinámicas de mejora

La tercera fase comenzará a cuando el volumen de referencias y contrarreferencias en este nuevo sistema permita sacar algunas conclusiones. Se estima que en un periodo de seis meses será posible tener a todos los médicos capacitados, y el sistema informático en un 100% funcionando en la provincia de Talagante.

En esta etapa es necesario contar con los mecanismos adecuados para la entrega de retroalimentación. Se propone la siguiente estructura:

1. Reporte semanal durante los primeros 6 meses a los distintos establecimientos de los indicadores de referencia y contrarreferencia.
2. A partir del 7° mes, reunión mensual provincial con el departamento de coordinación de la red de la dirección del SSMOCC para mostrar indicadores de referencia y contrarreferencia
3. Pasantías para los médicos en otros establecimientos de distinto nivel de complejidad que permitan conocer su funcionamiento
4. Reuniones entre los encargados de programa de APS que permita unificar/actualizar criterios
5. Jornada anual de referencia y contrarreferencia en la cual todos los referentes del tema se junten a evaluar el funcionamiento y a proyectar el avance

7.6 Síntesis de la propuesta de rediseño

La propuesta de rediseño propone cambios tanto en el proceso de referencia como de contrarreferencia.

Con relación al proceso de referencia, se tiene el reconocimiento de los flujos alternativos en los casos clínicos de alta prioridad. Además, se les pone como requisito que ellos sean gestionados mediante una interconsulta etiquetada con prioridad alta, de modo de poder controlar una buena gestión de dichos casos. Además, se agrega una etapa intermedia entre el agendamiento de la cita y la confirmación. Esta etapa consiste en una verificación de los exámenes que el paciente debe traer consigo desde el establecimiento de APS. Se revisa si los exámenes aún son válidos debido al tiempo que estuvo en lista de espera. En caso de que no lo sean, se emite una nueva orden médica para ellos, lo cual es requisito para poder acceder a la confirmación de la cita médica.

Con relación a la contrarreferencia hay cambios importantes en cómo se concibe. En primer lugar, se definen 3 momentos de la contrarreferencia. Un primer momento es la primera atención, un segundo momento es la confirmación diagnóstica, y un tercer momento es el alta, ya sea definitiva o con control en APS. Por lo tanto, se cambia desde un paradigma de una contrarreferencia por momento, al de una actualización del estado de la atención del paciente. En segundo lugar, se establecen cambios en cómo se gestiona la contrarreferencia en APS. Ya no es requisito el que el SOME actualice la contrarreferencia para que ésta pueda ser vista por el médico de APS. Además, se crea una nueva etapa, en la cual una enfermera realiza la gestión clínica de la contrarreferencia, ya que el SOME no necesariamente es un clínico.

En función de los cambios anteriores, se realiza una definición de los estados en los cuales un paciente puede estar a lo largo de todo el flujo al interior del sistema de referencia y contrarreferencia. Los estados incluyen desde que el paciente está esperando la validación de la SIC por el médico contralor, hasta que el paciente contrarreferido fue atendido nuevamente por el médico de APS.

Como una forma de monitorear y controlar la propuesta de rediseño, se proponen indicadores que se hagan cargo de la componente de información y de gestión de un sistema de referencia y contrarreferencia.

Los indicadores de información buscan monitorear si es que existen los mecanismos para que la información fluya hacia los distintos establecimientos y actores involucrados en el proceso. En segundo lugar, se busca verificar el tiempo que demora en fluir esa información. Por último, se busca monitorear la calidad de la información que se transmite en estos procesos. Los indicadores de impacto sobre los resultados se dejan a criterio del SSMOCC, ya que deben ir alineados con las metas propias del servicio en los distintos programas.

Los indicadores de gestión no buscan hacerse cargo de la dimensión estructural del sistema, ya que ello no es posible con la actual propuesta de rediseño. Sin embargo, se centra en el proceso, midiendo la adherencia de los médicos a los criterios de derivación y a las indicaciones que ellos mismos se realizan. Con respecto a los resultados, se aborda la pertinencia y las primeras atenciones no aprovechadas, dejando a criterio del implementador los otros indicadores de resultados que estime relevantes de medir.

Para la implementación del sistema propuesto, se definen 3 fases: preparación, implementación y dinámicas de mejora. En relación a la primera fase, tiene una fuerte componente de gestión del cambio, ya que se percibe como un fuerte obstáculo la cultura de aversión a los cambios por parte de los médicos.

Es relevante mencionar que en la primera fase se da origen a un trabajo de unificación de criterios de derivación y de atención. Dicho trabajo debe ser el impulso para un trabajo colaborativo entre los distintos niveles de atención que se necesita mantener en las próximas dos fases, ya que de ellos dependerá el buen funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

En la segunda etapa se debe tener un fuerte acompañamiento, y se deben comunicar los resultados que tenga la implementación del proyecto. Será fundamental mostrarse flexible ante los cambios propuestos por los distintos actores si se quiere mantener una adherencia en su uso.

Finalmente, la última fase se estima en un periodo posterior a los 6 meses de la implementación, en la cual el volumen de información permita obtener conclusiones consistentes. Será importante aprovechar las mesas de trabajo en contrarreferencia que existen actualmente en el SSMOCC, y evaluar los aspectos que han funcionado bien para mantenerlos, eliminar aquellas etapas que están obstaculizando, y mejorar aquellos procesos que aún no funcionan del todo bien.

VIII. Conclusiones

Existe un consenso en la literatura, e incluso, dentro de los mismos médicos de los distintos niveles de atención, acerca de la importancia de un sistema de referencia y contrarreferencia en la provisión de una atención médica de calidad y digna, de una continuidad del tratamiento y de un uso eficiente tanto de los recursos médicos como administrativos.

Sin embargo, la situación actual, es que el SSMOCC no cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia, ya que, si bien existe un proceso de referencia, de un total de 120.000 contrarreferencias que podrían hacerse al año, solo se hacen unas 800 en toda la red (SISCONT). En este contexto, surge este trabajo con el objetivo de elaborar un rediseño del proceso de referencia y contrarreferencia del SSMOCC, que incluya un sistema de monitoreo y control, con el fin de facilitar la gestión de dicho proceso y contribuir al logro de los objetivos de atención integral, oportuna y de calidad de los pacientes.

Como causas principales dentro de este diagnóstico se tiene que los procesos actuales de referencia y contrarreferencia no permiten un flujo de información entre los diferentes niveles de atención, y que en cuyos casos en que, si lo permite, no se cuenta con una forma de monitorear el cumplimiento de ello.

Al evaluar la situación actual, se llega a que es necesario lograr definir los distintos estados en los cuales un paciente puede estar a lo largo del proceso, de modo de ir controlando las etapas por las cuales llego hasta ahí.

Como posible causa se observó que había una carencia de criterios de derivación unificados, por lo cual los procesos se ven debilitados. Esto está acompañado por roles como el del médico contralor, que no se encuentran empoderados, y que son claves, ya que ejercen de líderes y de gestores locales del proceso de referencia.

Además, se reconoce un desconocimiento de los flujos alternativos que siguen los pacientes ante diagnósticos que ameritan urgencia. Actualmente no hay estadística de cuánto tiempo permanece un paciente en cada nivel de atención, sin embargo, surgen antecedentes en las entrevistas que permiten afirmar que hay un importante porcentaje de las primeras atenciones que se están desperdiciando.

La propuesta de rediseño propone cambios tanto en el proceso de referencia como de contrarreferencia. En la referencia propone flujos para los casos clínicos de urgencia, etiquetándolo con prioridad Alta. Además, se agrega una etapa intermedia entre el agendamiento de la cita y la confirmación. Esta etapa consiste en una verificación de los exámenes que el paciente debe traer consigo desde el establecimiento de APS.

Con relación a la contrarreferencia hay cambios importantes en cómo se concibe. En primer lugar, se definen 3 momentos de la contrarreferencia. Un primer momento es la primera atención, un segundo momento es la confirmación diagnostica, y un tercer momento es el alta, ya sea definitiva o con control en APS. En segundo lugar, se

establecen cambios en cómo se gestiona la contrarreferencia en APS. Se crea una nueva etapa, en la cual una enfermera realiza la gestión clínica de la contrarreferencia.

Del trabajo realizado surgen, por tanto, aprendizajes relevantes con respecto al funcionamiento que tiene un sistema de referencia y contrarreferencia. Se tiene que para un correcto funcionamiento se necesita que interactúen dos componentes: la información y la gestión.

Muchos creen que la solución es la integración de la información y que un sistema de referencia y contrarreferencia es un parche. Sin embargo, eso no es cierto, ya que una integración de la información solamente se haría cargo de esa componente. Pero con respecto a la componente de gestión, seguiría siendo necesario unificar los criterios y lograr una adhesión a ellos. Por lo tanto, la información es necesaria, pero no suficiente para el funcionamiento del sistema.

Con respecto al rediseño de procesos, será fundamental contar con la información, hacer uso de ella y tener una colaboración activa de los actores de los distintos niveles de atención en un ambiente de dialogo simétrico con el foco en una retroalimentación que permita mejorar el sistema actual.

Los rediseños de procesos desde la Ingeniería Industrial se vinculan con la aplicación de herramientas metodológicas que permiten una mayor eficacia y eficiencia, y en este caso, de generación de valor público.

En el sector de salud pública la componente del comportamiento organizacional será vital éxito o fracaso de la propuesta de rediseño, ya que se tiene que es un sector fuertemente burocratizado y jerarquizado. En los cuales no es fácil implementar iniciativas que no provengan de un médico, o de un director.

Por lo tanto, el éxito de la implementación de la propuesta va a depender de quienes lideren el proceso, y como logren convencer a los médicos de que les beneficia utilizar este sistema de referencia y contrarreferencia, ya que si ellos no adhieren a los procesos la información no tendrá relevancia.

En el mediano y largo plazo, y suponiendo que la institución se hace cargo de forma exitosa de la implementación, será posible medir los impactos causados, tanto en los costos como en la salud de las personas.

Finalmente, se puede afirmar este trabajo cumple con los objetivos declarados, ya que se realizó un rediseño del proceso de referencia y contrarreferencia, que incluyó un sistema de monitoreo y control, con el fin de facilitar la gestión de dicho proceso y contribuir al logro de los objetivos de atención integral, oportuna y de calidad de los pacientes

IX. Trabajos Futuros

La implementación de la propuesta elaborada es el trabajo más próximo que debiese llevar a la practica el Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Al respecto, debería avanzar en ampliar el SISCONT a todos los establecimientos de la red, y designar un equipo responsable para aquello.

En función de ello, surgen una serie de trabajos futuros a realizar. En primer lugar, se deben medir los impactos que produce contar con un sistema de referencia y contrarreferencia. Para ello es posible analizarlo desde la perspectiva de los usuarios internos, como también desde la perspectiva del impacto en las metas sanitarias. Esto debe servir como insumo para potenciar el apoyo al trabajo en esta materia.

Un segundo trabajo por realizar es lograr desarrollar un diagnóstico de la situación actual con respecto a las guías clínicas de derivación y actualizar las que sean necesarias.

Otra línea de trabajo que se puede abordar tiene relación con los exámenes diagnósticos, ya que se tienen iniciativas aisladas en algunos hospitales del país, en los cuales se definen “kit” de exámenes a realizar antes de una primera cita de especialidad. Sería interesante ampliar este tipo de iniciativas para diferentes especialidades y medir el impacto de ellas.

La lista de espera es el principal obstáculo en el flujo expedito de los pacientes por las redes asistenciales de los diferentes servicios de salud. El SSMOCC disminuyó su lista de espera del orden de 140.000 a 80.000 pacientes en un periodo de 4 años, en los cuales el gasto se mantuvo constante. Sería interesante realizar un estudio de caso, de modo de determinar cuáles son los factores que pueden explicar dicha disminución de la lista de espera, y cómo esos factores pueden ser replicables en el tiempo.

La gestión de fármacos es otra de las actividades de apoyo para un sistema de referencia y contrarreferencia, ya que muchas veces los pacientes deben controlarse en un nivel de atención simplemente para mantener sus medicamentos. Una línea por indagar es la gestión territorial de fármacos que se ha impulsado en los últimos años, en los cuales se envían “kit” de medicamentos desde el nivel secundario al primario. Se podría medir el impacto que tendría dicha medida en caso de ser masificada.

Finalmente, algo de lo que tarde o temprano el SSMOCC debe hacerse cargo, es de la integración de la información clínica de los pacientes, por lo cual debe avanzar hacia la implementación de una ficha clínica única.

X. Bibliografía

[1] P. Beltrán, A. Gschwender y C. Palma, «The impact of compliance measures on the operation of a bus system: The case of Transantiago,» *Research in Transportation Economics,* vol. 39, pp. 78-89, 2013.

[2] Dirección de Transporte Público Metropolitano, *Informe de Gestión 2014,* Santiago, 2015.

[3] Mayor of London, «London Data Store,» DataPress, 2015. [En línea]. Available: http://data.london.gov.uk/. [Último acceso: 8 Julio 2016].

[4] Transport for London, «London's Bus Contracting and Tendering Process,» Londres, 2015.

[5] Transport for London, «Transport for London - Using Tools, Analytics and Data to Inform Passengers,» Journeys, Londres, 2013.

[6] A. Gschwender, Caracterización Microeconómica de la Operación del Transporte Público Urbano: Un Análisis Crítico, Santiago, 2000.

[7] Transport for London, «Annual Performance Summary,» Londres, 2016.

[8] Dirección de Transporte Público Metropolitano, «Ranking Calidad de Servicio de Empresas Concesionarias de Transantiago,» Santiago, 2016.

[9] W. Leong, K. Goh, S. Hess y P. Murphy, «Improving bus service realiability: The Singapore Experience,» *Research in Transportation Economics,* pp. 1-10, 2016.

[10] J. C. Muñoz y L. Paget-Seekins, Restructuring public transport through Bus Rapid Transit, Bristol: Policy Press, 2016.

[11] J. Arriagada, «Modelamiento del Fenómeno de Apelotonamiento de Buses,» Santiago, 2016.

[12] W. Leong, K. Goh, S. Hess y P. Murphy, «Results of Third BSRF Assessment Period,» 2016.

[13] D. Candia, «Recomendaciones de Regulación y Estructura de Transantiago Basadas en el Análisis Crítico Situación Nacional e Internacional,» Santiago, 2016.

[14] Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones, «Dirección de Transporte Público Metropolitano: Contratos,» [En línea]. Available: http://www.dtpm.cl/index.php/2013-04-29-20-33-57/contratos. [Último acceso: 25 Julio 2016].

[15] London Buses Limited - Metroline Bus, «Framework Agreement,» Londres, 2011.

[16] E. Osuna y G. Newell, «Control Strategies for an Idealized Public Transportation System,» *Transportation Science,* pp. 52-72, 1972.

[17] J. C. Muñoz y A. Gschwender, «Transantiago: A tale of two cities,» *Research in Transportation Economics,* vol. 22, nº 1, pp. 45-53, 2008.

[18] B. J. Herrera y F, «eligeeducar,» 26 Junio 2017. [En línea]. Available: http://www.eligeeducar.cl/nueva-clasificacion-de-los-colegios-mineduc.

[19] O. Artaza Barrios, C. Mendez, R. Holder Morrison y J. M. Suárez Jiménez, Redes Integradas de Servicios de Salud: el desafío de los hospitales., 2011.

[20] J. Beltrán, Indicadores de gestión, 1998.

[21] Centro de Sistemas Públicos de la Universidad de Chile, «Encuesta de percepción de capacidad de innovación en el SSMOCC,» 2015.

[22] R. R. F. G. S. B. A. C. M. R. Haggerty JL, «Continuity of Care,» *BMJ,* 2003.

[23] Ministerio de Salud, «Instrumento de evaluación de establecimientos autogestionados en red,» 2016.

[24] Ministerio de Salud, «Norma de referencia y contrarreferencia,» 2016.

[25] C. J. Hammer M, «Reengineering the corporation,» *Harper Business,* 1993.

[26] Ministerio de Salud, «Orientaciones técnicas y metodológicas de compromisos de gestión en el marco de las redes integradas de servicios de salud,» 2015.

[27] Centro de Sistemas Públicos de la Universidad de Chile, «Plan Piloto "Gestión de la Innovación Pública(GIP)" en el SSMOCC,» 2016.

[28] Organización Panaramericana de la Salud, «Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas,» 2010.

[29] Organización Panamericana de la Salud, «Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales,» 2011.

[30] O. Barros, Rediseño de procesos de negocios mediante el uso de patrones, 2000.

[31] Ministerio de Salud, «Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red,» 2005.

[32] D. l. C. R. B. G. Salina EA, «Nonattendance to medical specialist appointments and its relation to regional environmental and socioeconomic indicators in the Chilean public health system,» 2014.

[33] Servicio de Salud Metropolitano Occidente, «Cuenta pública anual,» 2015.

[34] Servicio de Salud Metropolitano Occidente, «Revisión, rediseño y propuesta del estudio de la red asistencial,» 2015.

[35] Servicio de Salud Metropolitano Occidente, «Proceso de planificación estratégica,» 2015.

[36] Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, «Sistema Público de Salud: Situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050,» 2013.

[37] V. I. V. M. Terraza R, «La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus intrumentos y medidas,» 2006.

XI. Anexos

11.1 Anexo 1: Entrevista a Médico Especialista N°1 Hospital de Talagante

¿Cuándo un paciente es derivado desde APS, qué información recibe usted? ¿Quién se la entrega y cómo? ¿Considera que es suficiente? ¿Considera que es oportuna? ¿El canal es adecuado?

En general el paciente que viene trae una interconsulta con el motivo por el cual es trasladado para acá. Salvo alguna excepción que se perdió o no la trajo. Cuando vienen enviados de atención primaria traen una interconsulta, y ahí viene la causa por la que es trasladado para acá. Muchas veces esa información es insuficiente, pero como el paciente está aquí uno lo ve y le conversa por qué lo mandaron. El canal no es el adecuado porque siempre hemos echado de menos nosotros, por lo menos en el área, tener el mismo sistema electrónico que atención primaria, este Hospital y el San Juan de Dios, o sea que fuera directo, pero ¡no existe eso!

¿Ocurre que se hacen exámenes duplicados? ¿Ocurre que tiene que volver a citar al paciente porque no traen los exámenes?

Aproximadamente el 50% de los pacientes hay que volverlos a citar, ya que llegan a destiempo, porque a veces llegan con un examen, pero con 6 o 8 meses de atraso, por lo cual no me sirve.

¿Ha hecho usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la hace? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿A quién le proporciona la información?

Las contrarreferencias que hacemos nosotros son principalmente en papel, cuando se atiende el paciente y está estable, se les da las indicaciones y toda la cosa. El paciente está un tiempo acá y nosotros necesitamos devolverlo al sistema primario. En general lo que estamos haciendo es enviarlo con una interconsulta y con un informe, y con esto nosotros lo enviamos allá. En sí, el formato es como el mismo que tiene una interconsulta. De verdad, te insisto, debería ser electrónico todo y uno debiera tener los mismos sistemas, pero ¡no existen!

Bueno, en si el sistema actual no es malo, si funciona de forma expedita, pero lo que va en contra de esto son los tiempos. El sistema ideal sería, como te digo, tener un solo sistema electrónico en el que la interconsulta llegará acá y yo la veo, reviso los datos, y en más, yo viera la ficha que tiene en el consultorio, hay pacientes que yo traslado al Hospital San Juan de Dios y me gustaría saber lo que el especialista también opinó, y eso nosotros no lo vemos.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Si este sistema fuera expedito, si lo tuviéramos electrónicamente y toda la cosa, yo sabría los exámenes que ya le tomaron y no repetiría, porque muchas veces en la hoja viene el diagnóstico, y toda la cosa, pero no viene todo el detalle. Entonces yo muchas veces tengo que empezar a repetir cosas que quizás ya le hicieron.

En sí, sería todo mucho más rápido y expedito si los sistemas estuvieran conectados.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

A él le beneficiaria de todas maneras, porque él muchas veces tiene la duda de algo, y si todo fuera más rápido y expedito, esa duda él la aclara, y puede el paciente seguir en control.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Para el paciente se le haría todo más rápido sin tanta demora. Si tuvieran todos los exámenes a la vista, uno podría tomar determinaciones antes, porque muchas veces uno tiene que casi adivinar qué es lo que trae, porque no todos los pacientes tienen la película clara.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Lo hace más expedito, él sabrá cuántos pacientes están solicitando el traslado para acá. o la interconsulta, cuantos necesitan atención del Hospital San Juan de Dios.

Las comunicaciones se hacen más rápidas, más expeditas y evitando muchas veces la repetición de consultas y de exámenes.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

Bueno, el informe de la interconsulta es valiosísimo, porque muchas veces los pacientes vienen con un tiempo de atraso y no se acuerdan cual es la temática por la que fueron derivados. Tampoco saben si tienen más patologías. No saben por qué vino con este médico y no con otro. Entonces la interconsulta de papel es muy válida.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Sí, hay algunas que yo creo que están de más. Hay algunos pacientes que deberían ser derivados directamente a otra instancia, y burocráticamente hay que hacer un filtro y eso obstaculiza y demora.

¿Qué cosas mejoraría?

Haria un sistema de toda el área occidente, por lo menos, lo ideal sería a nivel país, pero por lo menos que en el área que nos corresponde sea único.

Así yo sabría que está haciendo la atención primaria, el consultorio, y que está haciendo el especialista en San Juan de Dios, en sí, lo ideal sería que hubiera una mejor conexión.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Yo creo que, por algún problema económico, porque todos los colegas ya tienen clara la película y quisieran hacerlo así.

Porque en este momento las conexiones son avanzadas y están, pero ¿Por qué no existen? Yo creo por que deben ser caras, pero esto mejoraría la acción tanto médica como administrativa.

11.2 Anexo 2: Entrevista a Médico Especialista N°2 Hospital de Talagante

¿Cuándo un paciente es derivado desde APS, qué información recibe usted? ¿Quién se la entrega y cómo? ¿Considera que es suficiente? ¿Considera que es oportuna? ¿El canal es adecuado?

Nos entregan un formato, que es un folleto de papel llamado interconsulta en el cual se anotan los datos personales del paciente, el diagnóstico y por qué solicita la evaluación por un especialista, y eso se filtra para mirar la pertinencia o no pertinencia

Inicialmente llega a las manos de la matrona, que determina si es una patología nuestra y ahí agenda la hora. Ahora hay sistemas más computacionales que tiene la posibilidad que uno haga la interconsulta digital, pero nuestro consultorio la sigue haciendo de papel, son los pacientes los que traen la interconsulta y mayormente siempre la traen ya que sin la interconsulta no le dan la hora acá.
La información que trae la interconsulta a veces es insuficiente ya que es muy acotada, de repente trae la información básica como solamente los datos personales.

Si la interconsulta estuviera en el sistema sería maravilloso, pero el canal actual igual funciona y funciona bien, porque tú sabes que ahora estamos en un área rural, que no todo el mundo va a tener acceso al internet, y si los tienen, son bastantes limitados.

¿Ocurre que se hacen exámenes duplicados? ¿Ocurre que tiene que volver a citar al paciente porque no traen los exámenes?

Mira a mí por lo menos me está pasando de un 25% a un 30% de los casos, porque resulta los consultorios de atención primaria contratan servicios de laboratorio externo. Hay muchos exámenes que pierden confiabilidad para nosotros, porque claramente uno ve que el examen no es lo que uno espera, o que no cuadra mucho con el cuadro de la paciente, y lo repite y evidentemente uno se encuentra con sorpresas.

Ahora, aparte de eso aquí en el hospital hay exámenes de especialidades que no se hacen exclusivamente en otro hospital, es decir, yo digo acá hacemos uno, hay otros que lo hace el San Juan o el Felix, entonces tenemos una dispersión grande y tenemos que andar buscando de hospital en hospital para ver donde se fue el examen, entonces todo esto en general aumenta el costo y el tiempo.

¿Ha hecho usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la hace? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿A quién le proporciona la información?

Sí, pero mira, nosotros habitualmente en lo global resolvemos el tema, y se hace por medio de reuniones de equipo, por ejemplo, con atención primaria guardamos los casos más emblemáticos. Esto se hace con el jefe nuestro y los distintos jefes de atención primaria y ahí se llegan a esas correcciones, pero que se haga un feedback(retroalimentación) como te digo no ocurre, ni siquiera de nosotros para ellos, ni de los que nos reciben, para nosotros, entonces no existe una forma de saber cómo ha evolucionado un paciente.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Para nosotros es importante sobre todo el feedback positivo o negativo, es decir, que depende en el caso de la paciente. Si fue adecuada la derivación, en si sería útil mejorar el sistema, obvio que sería útil, porque es otra técnica y método. Lo que pasa es que ahora hay un sistema de gestión por camas y eso hace muy engorroso lo que es la referencia y contrarreferencia.

Incluso eso yo creo que podría organizar mucho mejor las agendas de nosotros, ósea si tienes un sistema computacional, tú podrías saber realmente cuanto tiempo laboral real para verte a la paciente.

Si tú necesitas algo prioritario tener la posibilidad de enviar un mensaje como "Oye estabas en prioritario, no puedes esperar 3 semanas para que te den una hora" entonces eso sería positivo. Además, tu podrías tener la instancia de que se le hizo a la señora, cual es la opinión del colega, sería bastante más cómodo.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Le beneficiaría totalmente, primero que todo, en tener un centro de apoyo más rápido. El feedback lo va a nutrir y le va a enseñar qué cosas son prioritarias de enviar, o qué cosas puedan manejar de forma local, va a sentir un apoyo cercano.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Lo que pasa es que en la atención primaria de la zona rural hay mucho volumen de pacientes de poco medio, entonces si uno lo reestructurara con un nuevo sistema, yo creo que el médico tendría un mayor respaldo y el paciente tendría un mayor acceso. Eso podría mejorar el feedback de una u otra manera.

Igual siempre va a haber una población que lo consulta directamente con un especialista. De hecho, en esta zona hay una característica muy peculiar, es que los pacientes pueden estar consultando constantemente para bienestar propio, entonces eso es un punto de vista cultural que está súper arraigado.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Le serviría muchísimo. Primero para el servicio de atención primaria, secundaria y terciaria, vas a tener mayor volumen y claridad de los pacientes que están llegando.

O sea, vas a tener información valiosísima, porque vas a saber cuál es el perfil de cada paciente, de qué manera estas derivando al paciente, en sí, sería más exacto, más rápido y tendrías todo dándole clic con la mano.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema y Contrarreferencia actual:
¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?
Yo mantendría el esquema de la referencia, porque los tiempos de emisión y los canales de información están bastante buenos.

Ahora uno se comunica vía teléfono entonces todo se gestiona de forma fácil, lo mismo se está haciendo en el san juan de dios vía teléfono, pero lo ideal sería mejorar esa parte, saber que paso con tu paciente, en que termino el caso, de manera saber que errores se cometieron y que certezas tan bien.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

No fíjate, no creo que haya una que se pudiera sacar, lo que si sería bueno es saber la disponibilidad que tenemos aproximadamente, para saber cuántas horas diarias tenemos en el San Juan de Dios para el alto riesgo, cuántas tienen para la ecografía y así uno puede analizar un poco mejor y organizar mejor la cosa y no colapsar tanto los servicios.

¿Qué cosas mejoraría?

Primero que nada, ampliaría el número de camas en la unidad de atención prenatal y el número de móviles, además de mejorar la parte de asistencia social para tener un recurso para poder trasladar a los pacientes que necesitan evaluación en Santiago y que no lo hicieran por su propia cuenta, y mejorar notablemente el sistema computacional para mantenerlos a todos en red.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Porque los recursos son algo fundamental y eso merita capacitación y gente, porque siempre que se hicieron estos sistemas computaciones fueron individuales. Hay servicios que lo tienen y otros que no, otros que tienen otro programa.

En si por ejemplo si envío a un paciente al Sotero, estoy perdido, no puedo ver por el sistema, entonces debería haber un sistema más global, una red única a nivel nacional.

11.3 Anexo 3: Entrevista a Médico Especialista N°3 Hospital de Talagante

¿Cuándo un paciente es derivado desde APS, qué información recibe usted? ¿Quién se la entrega y cómo? ¿Considera que es suficiente? ¿Considera que es oportuna? ¿El canal es adecuado?

La mayor parte de las veces traen una interconsulta que la imprimen afuera. Cuando es la primera consulta trae una interconsulta, alrededor de un 90% de los casos trae una interconsulta, sería bueno que lo tuviésemos en red, así se me haría mas fácil y rápido.

¿Ocurre que se hacen exámenes duplicados? ¿Ocurre que tiene que volver a citar al paciente porque no traen los exámenes?

Exactamente. Duplicamos exámenes porque en la atención primaria, no les entregan a los pacientes los exámenes y no se los quieren entregar, y además nosotros no lo tenemos en línea, entonces el paciente pierde más tiempo, y nosotros ocupamos más horas con ese paciente.

En la atención primaria, a veces, hay doctores que atinan y te mandan los pacientes con los exámenes, pero le falta por ejemplo la coagulación que es indispensable, entonces igual hay que volverles a hacer el examen.

En la atención primaria deberían tener una pauta de que exámenes necesitan para operar a un paciente. Un 50% o menos llega con los exámenes.

¿Ha hecho usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la hace? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿A quién le proporciona la información?

Nosotros no hacemos ningún tipo de contrarreferencia, lo que hago a veces, cuando hay gente que no trae los exámenes correspondientes o que viene mal diagnosticado, yo le digo al paciente dígale a su doctora tal y tal cosa. En sí, la mando hacer con el paciente, pero no es la forma.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

En que yo sepa directamente las enfermedades que tiene diagnosticadas el paciente, los tratamientos que lleva, lo cual haría más ágil la atención y más oportuna, porque a veces a los pacientes se le pude olvidar un dato o los remedios que tenía que tomar, y eso es sumamente importante para nosotros.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Habría un feedback(retroalimentación) bueno porque, hasta a uno mismo le pasa. Si yo derivo a otro súper especialista y derivo a un paciente que no corresponde yo aprendo de él. Yo creo que el médico de la atención primaria aprenderá cuando a uno le dice, por ejemplo, "mira no es una hernia inguinal se trata de un ganglio" o de otra cosa, entonces en una oportunidad de aprendizaje mutuo.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Principalmente en el tiempo, lo que él percibe, porque igual el paciente dice "pucha, de nuevo me tengo que hacer lo exámenes y pierdo tiempo y tengo que venir hasta acá"

Opino que del punto de vista del paciente le ahorraría tiempo, pinchazos, y tendrá más claridad y calidad de atención.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Le beneficiaria en no repetir exámenes, no gastar recursos de más, radiografías. a veces hasta la ecografía, o sea en si todo. Le ayudaría bastante, además de reducir el tiempo.

Opinión con respecto al funcionamiento del sistema de referencia y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

La interconsulta. Sabes, lo que no funciona bien es el tiempo de espera que los pacientes tienen desde la atención primaria hasta que llegan a el hospital, esperan mucho, hay personas que esperan 2 años o más para alguna operación.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Una de las cosas que obstaculizan podría ser la lista de espera, muchas veces nosotros tenemos que priorizar pacientes y además de comunicar al jefe.

Está fallando un poco la gestión y administración ya que podría ser mejor, por ejemplo, aplicando que todo esté en red.

¿Qué cosas mejoraría?

Mejoraría los exámenes de los laboratorios, que se hicieran en el consultorio. Pero los pacientes tienen que venir en menos de 3 meses por que los exámenes se vencen, y devolverle al médico que atendió a ese paciente una respuesta.

El tiempo que nos dan para revisar a un paciente no siempre alcanza.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Porque a nosotros nos interesaría estar en red con el Hospital San Juan de Dios. La verdad no sé por qué, cuando se implementó este sistema, siempre pensamos que íbamos a tener red con el San Juan de Dios, y resulta que el San Juan tiene otro sistema.

Yo creo que es un problema de planificación, de mala planificación, porque aquí se gastó millones de pesos en esto y resulta que no son compatibles.

11.4 Anexo 4: Entrevista a Médico Especialista N°4 Hospital de Talagante

¿Cuándo un paciente es derivado desde APS, qué información recibe usted? ¿Quién se la entrega y cómo? ¿Considera que es suficiente? ¿Considera que es oportuna? ¿El canal es adecuado?

El acceso que tengo son a las interconsultas que el paciente trae, pero muchas veces los pacientes que son derivados acá ni siquiera saben por lo cual están siendo derivados. A veces cuando no vienen con la interconsulta, al paciente tú le preguntas y no saben. Muchas veces esas interconsultas son de mucho tiempo antes y han sido derivados por patologías que ya han sido resueltas.

La interconsulta es un papel que a mí me entregan, el cual viene con otro papel que es la hora y el por qué.

Deberían, cuando llaman a los pacientes para confirmar la hora, recordarles el por qué vienen, porque muchos casos el paciente ya no la necesita y ese cupo se le podría dar a otra persona, alrededor de un 20% son estas personas que ya no necesitan consultar.

¿Ocurre que se hacen exámenes duplicados? ¿Ocurre que tiene que volver a citar al paciente porque no traen los exámenes?

Si, absolutamente, o sea, tú muchas veces le haces los exámenes y tú quieres acceder a los resultados y no los tienen por qué no tenemos una red y los pacientes nos los traen, entonces, nosotros tenemos que volver a tomarlos y además que los laboratorios que contratan los centros de atención primarias son poco confiables, entonces por eso es que nosotros nos aseguramos de tomar nuestros propios exámenes en nuestro laboratorio.

También pasa de que a pacientes le toman exámenes y no los trae o no se los pasan y nosotros no tenemos cómo acceder. En mi caso, yo no necesito muchos exámenes porque tomo otros tipos de test que los puedo tomar aquí mismo, pero xc es como alrededor de un 5% o 10% el que los necesito y no los trae.

¿Ha hecho usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la hace? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿A quién le proporciona la información?

Yo no hago contrarreferencia porque me los dejo a mí en tratamiento. Yo veo el policlínico principalmente en neo infantil, entonces esos pacientes los tengo que mantener yo en control porque en los consultorios no tienen el medicamento necesario ni la experiencia necesaria para tratar a estos niños. Lo único que yo mando como contrarreferencia son para tratamiento psicológico de apoyo, y lo mando por escrito con el mismo paciente.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Yo creo que pueden enfocar la entrevista mucho mejor, porque cuando tú tienes un paciente que tiene una buena interconsulta y tiene buenos datos tú ya tienes una base, entonces, puedes hacer una entrevista mucho más enfocada a la especialidad.

Cuando viene un paciente, y no sabe por qué viene, se pierde mucho tiempo en buscar en el sistema, recordarle, para que al final diga "ah eso ya no lo necesito", en sí, nos optimizaría más el tiempo porque es poco.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Es una oportunidad de retroalimentación y de aprendizaje. Además, también sirve para mantener una comunicación con nosotros, porque la verdad yo no conozco a casi nadie, y así ellos ganan más experticia.

De repente vienen casos muy urgentes y como no nos conocemos, no existe la posibilidad de que ellos nos puedan llamar por teléfono, decir "mira tengo este caso", quizás nosotros podríamos dar un sobre cupo. Entonces sería bueno tener una comunicación y un seguimiento de los pacientes que vemos.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Lo que pasa es que los pacientes perciben la poca comunicación que hay entre el médico especialista y el médico de atención primaria. Entonces ven que el médico especialista les explica algo que el médico de atención primaria no les explico, por lo tanto, tienen la percepción que la atención primaria no lo sabe,

Yo creo que al poder ver esta comunicación para ellos sería mucho más tranquilizador, porque sabrían si es que algo no funciona y tienen comunicación directa hasta por teléfono, entonces el paciente tiene mucho miedo al irse al consultorio por tratamiento, porque dice y ¿si no me funciona? ¿voy a tener que esperar un año de nuevo para que me vea el especialista?

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Lo que podríamos hacer es descongestionar las listas de espera, que yo creo que es lo principal.

Como te digo, están llegando niños como con 1 año de espera de patologías que se podrían haber resuelto mucho antes. Yo creo que la lista de espera es lo principal, y poder resolverlas, poder liberar incluso estas listas y liberar a los especialistas para poder incluso resolver las listas mucho más rápido

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

Yo creo que está funcionando bien acá afuera el tema de que imprimen las interconsultas.

También que en realidad la cantidad de horas es la adecuada, pero creo que se pierden muchas horas, por derivaciones incorrectas y por estos pacientes que ya no la necesitan.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Yo creo que falta capacitación de los médicos de atención primaria, capacitación en termino de conocimientos, en términos de poder mejorar, sobre todo la pertinencia de las interconsultas, debería haber criterios más unificados, quizás seguir un poco más las guías y normas.

¿Qué cosas mejoraría?

Yo creo que lo primero es capacitar a los colegas de atención primaria y creo que podrían filtrar a los pacientes que ya no necesitan interconsulta, yo creo que eso sería como lo principal.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Porque siempre es la misma respuesta: "no hay plata". En sí, es un tema de dinero. Porque yo creo que de verdad los recursos están cada vez más escasos y se están ocupando en cosas bastante más de "urgencia" como son las campañas de invierno, como son contratar más médicos, etc. Pero creo que netamente es por eso y también falta bastante interés.

11.5 Anexo 5: Entrevista a Médico Especialista N°5 Hospital de Talagante

¿Cuándo un paciente es derivado desde APS, qué información recibe usted? ¿Quién se la entrega y cómo? ¿Considera que es suficiente? ¿Considera que es oportuna? ¿El canal es adecuado?
Recibo lo que envía el doctor en la interconsulta, que eso habitualmente debería ser los antecedentes médicos del paciente y la evolución de los exámenes del último periodo y el motivo por el cual lo derivan, que eso no siempre ocurre, a veces los pacientes llegan

con muy poca información. Todos los pacientes tienen que llegar con su interconsulta o si no, no los puedo atender. La información que se debe entregar es suficiente, lo otro es la negligencia del colega que de la información incompleta.

¿Ocurre que se hacen exámenes duplicados? ¿Ocurre que tiene que volver a citar al paciente porque no traen los exámenes?

Si, esto ocurre con frecuencia. Esta (entrevistada muestra el documento) es la información que debería venir en la interconsulta y frecuentemente no viene.

Además, más de un 50% de las interconsultas son incompletas, es un porcentaje no despreciable que vienen francamente mal hecho, hay paciente que lo podría dar de alta en la primera consulta, pero no puedo porque vienen con la interconsulta incompletas, y los tengo que citar otra vez más.

¿Ha hecho usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la hace? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿A quién le proporciona la información?

Tengo que hacer todas las contrarreferencias, por el sistema de contrarreferencia que tengo descargado en el computador, es un sistema electrónico, pero después de enviarla no tengo ningún feedback(retroalimentación) después no sé nada más.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

En que si la interconsulta viniera bien hecha yo gano tiempo, porque no estaría citando al paciente extra, para que me traiga la información que si necesito.

El hacer la contrarreferencia a mí solo me quita tiempo, así que yo no gano mucho. Cuando yo necesito comunicarme con el colega ocupo el sistema que sea, para entregarle la información respecto a lo que estamos haciendo para que así no interfiera en los tratamientos y no los eche a perder.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Le servirá para poder ajustar sus recetas, saber cómo van sus pacientes y tener una mejor comunicación, en casos de preguntas, y además se entregaría mejor la información, porque de repente el médico de atención primaria tiene que llenar 7 formularios entonces es una pérdida de tiempo para él.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Le beneficia en que gana tiempo, no tendría que venir a tantos controles ni a tomarse tantos exámenes si las interconsultas estuvieran bien hechas, si los pacientes son bien derivados.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Ni idea en que les sirve.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

La mayoría de los pacientes llegan en los tiempos adecuados dentro de derivación, lo cual está correcto porque eso es lo que dice el protocolo. Pocos pacientes llegan con interconsultas muy antiguas, es raro que un paciente llegue con una interconsulta con más de 3 meses, no es lo frecuente, lo frecuente es que se vean rápidamente a los pacientes entonces eso es porque el sistema está funcionando. De la pertinencia hay un porcentaje de un 20% de interconsultas que no son pertinentes, esto lo vemos porque el doctor envía un diagnóstico, si está errado no es pertinente.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Una cosa que es innecesaria o que obstaculiza es cuando hay que hacer contrarreferencia a un paciente nuevo que llega sin información, sin nada, lo cual es tiempo perdido, de energía en el box y del paciente, entonces, preferiría hacerle la contrarreferencia cuando el paciente me traiga toda la información y hay si va a hacer un documento útil.

¿Qué cosas mejoraría?

Mejoraría en enviar los formularios porque están incompletos, y además un sistema que sea más eficiente porque el sistema electrónico que tenemos, hoy a los 2 primeros pacientes al ingresar el Rut, no existía. Entonces no puedo contestar la interconsulta por que el Rut no existe, es un sistema que es lento, muy engorroso, el cual no rinde. Debería haber un sistema más unificado el cual traiga toda la información del paciente, y ahí podría tomar decisiones al tiro. Sería mucho más rápido si tuviéramos ficha unificada

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Yo veo que este sistema es una solución parche de no tener ficha electrónica unificada, entonces estamos usando un sistema de envío de correspondencia. A la larga, el problema está porque son sistemas distintos de administración y tienen contratos distintos con las empresas que entregan las fichas electrónicas, entonces mientras las empresas sigan ganando plata con su sistema, obviamente no tienen ninguna intención de unificar la información, es un tema yo creo que netamente económico

11.6 Anexo 6: Entrevista a Médico Especialista N°6 Hospital de Talagante

¿Cuándo un paciente es derivado desde APS, qué información recibe usted? ¿Quién se la entrega y cómo? ¿Considera que es suficiente? ¿Considera que es oportuna? ¿El canal es adecuado?

La mayoría de las consultas son de atención primarias. Mira recibo a veces una información en tránsito, recibo una interconsulta en una hoja habitualmente y el 50%, o un poco menos, no sabe por qué vienen. Últimamente he visto que llegan con la hojita, que la trae cada paciente, que me parece insuficiente ya que el canal en si podría mejorar. Muchas veces a los pacientes se le pierde la hoja, o la hoja viene con información no detallada.

¿Ocurre que se hacen exámenes duplicados? ¿Ocurre que tiene que volver a citar al paciente porque no traen los exámenes?

Hartos, se duplican demasiados porque no está en red. Mira la primera atención o interconsulta es prácticamente virgen, porque derrepente el colega pone eco o electro alterado, pero no tengo ninguna imagen ni el electro y tampoco la descripción. Entonces, hay que repetir todo. Alrededor de un 98% de las personas no saben por qué están acá,

Prácticamente yo tengo que esforzarme en reconstruir la historia, de hecho, a veces me demoro bastante en la primera atención intentado buscar una hipótesis diagnóstica, y claro, últimamente he visto que llegan con la hojita que me parece incompleta

¿Ha hecho usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la hace? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿A quién le proporciona la información?

Si, cuando los devuelvo a atención primaria, lo hago con una interconsulta formal, la cual consiste en un papel calco doble, el cual se lo doy al paciente.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?
En que integraría toda la información profesional para ingresar al sistema y pueda ver las derivaciones más transparentes, porque sería bastante más ágil si te dieran un sistema fácil que sea breve, porque si yo recibo la interconsulta que envía el médico y no copiadas

por secretarias. Las que recibo comúnmente son copiadas por secretarias, entonces omiten mucha información, o bien, mal interpretan, y a veces, no viene bien escrita en el papel y no queda claro lo que pidió el colega, entonces, si todo esto estuviera en red sería más fácil.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Yo creo que le sirve para retroalimentarse y aprender. Supongo que le va a poner énfasis con la contrarreferencia, le sirve definitivamente, ya que tendría mayor comunicación

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Beneficiaria al entregarle más información al paciente, ya que muchas veces los pacientes no saben por qué vienen y además vienen sin sus radiografías. Muchos pacientes vienen muy perdidos, no tienen ni idea, también lo beneficiaría en que no perderían tanto tiempo y nosotros hacer podríamos hacer más consultas.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Yo creo que la gestión fíjate, yo no manejo mucho los tiempos de espera y eso porque solamente recibo a los pacientes, pero en la gestión, en lo que podría mejorar, es que si se le llama a un paciente que se le indique que traiga sus respectivos exámenes. Eso sería importante, un aporte grande, porque los pacientes vienen sin nada y algunos dicen "es que solo me llamaron, no sabía que tenía que traer más cosas", entonces podría mejorar la atención ahí.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

Yo creo que este sistema no funciona mal, pero como te dije yo no sé cuál es el volumen.

Podría haber en APS un filtro para no enviar cosas innecesarias, no sé si existe este filtro, pero podría sugerir un filtro por medio de un médico, para enviar las cosas que realmente necesiten sus especialistas.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Yo creo que la gestión es la que está fallando. Está fallando mucho en la comunicación, en lo disperso de los exámenes, en las evaluaciones adicionales y muchas veces innecesarias.

Donde hay un desastre es en la terapia farmacológica. Los pacientes tienen tratamiento de APS, tratamiento de nivel secundario, y si yo no tengo información fidedigna, se duplica y ponen en riesgo a los pacientes porque el paciente no sabe que está tomando

¿Qué cosas mejoraría?

Primero mejoraría que estén en red, con eso se resolverían muchas cosas, porque si yo tengo la información en red, evitaría consultas innecesarias y resuelvo mucho más rápido al paciente, la comunicación de mi contrarreferencia sería expedita, el colega va a poder ver si fue adecuada la referencia, y esta red ayudaría a reducir costos

Yo sé que desde el punto de vista informático estamos en capacidad de hacerlo.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Yo creo porque esto no está hecho por gente que trabaja con los pacientes. Está hecho por gente que sabe bastante de informática, pero está sentado en un escritorio, no sabe los tiempos que uno maneja, las prioridades que uno necesita, entonces lo hacen a su pinta, pero no saben la realidad.

En si no es muy difícil de hacerlo, pero es un gran enigma el por qué no se ha hecho, ya que ahora todo funciona en línea, hace años ya no se usa papel y tinta, entonces la verdad yo siempre me he preguntado lo mismo si los recursos informáticos están, si tenemos muy capacitada para eso, ¿Por qué no se hace?

11.7 Anexo 7: Entrevista a Médico Especialista N°6 Hospital de Talagante

¿Cuándo un paciente es derivado desde APS, qué información recibe usted? ¿Quién se la entrega y cómo? ¿Considera que es suficiente? ¿Considera que es oportuna? ¿El canal es adecuado?

Todos los que llegan por primera vez traen una interconsulta. La información es insuficiente. De hecho, para nosotros, hemos tenido varias reuniones, porque, por ejemplo, yo veo mucho diabético y el diabético tiene que venir con la evolución del médico, la enfermera y la nutricionista, e incluso en alguna parte especificar que el caso está creado. A la fecha ha costado mucho, de hecho, llega solamente con la atención del médico y el medico se da el trabajo de escribir todos los exámenes, porque el paciente no viene con exámenes, incluso ni siquiera con el electro.

¿Ocurre que se hacen exámenes duplicados? ¿Ocurre que tiene que volver a citar al paciente porque no traen los exámenes?

Si, porque de repente cuando los pacientes traen el examen, es demasiado antiguo, yo creo que el 100% tiene que volver. Muchas veces ha existido problemas por que otros laboratorios de otros consultorios no cuadran con lo de acá, entonces a casi todos se les pide volver a repetirlos. La mayoría de los pacientes se devuelven porque sus exámenes son antiguos, máximo podría ser con un mes de antigüedad, pero la mayoría llega con más de un mes.

¿Ha hecho usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la hace? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿A quién le proporciona la información?

Yo, primero que nada, veo si me entra el módulo. La mayoría de las veces no entra el Rut, entonces le hago todo por consultas, con sus pros y sus contras, es la única manera de contactarme. La otra manera, que digamos, de evitar algunos problemas que existen con el paciente, es que generalmente va a una persona específica, que son generalmente las enfermeras o los cardiovasculares, entonces se la entregan a ellos por mano y con eso me aseguro de que los pacientes puedan tener una buena recepción.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Nos beneficiaria mucho, porque primero, todo el mundo se entendería mejor, llega más rápidamente, y llega el tratamiento, los diagnósticos. Por lo cual el colega de atención primaria tendría claro los diagnósticos y tendría clara la terapia y la idea de los próximos controles, además nos permite orientarnos mucho más.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Él sabría el diagnóstico, y llegaría seguro a sus manos, y le permite saber el tratamiento y cuál es la idea del enfoque con el paciente, además de una comunicación mutua, y mucho más rápida y clara.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Salvamos el hecho de que la mayoría de los pacientes son adultos mayores a quienes se les pierde el papel, y por mucho que uno les explique entienden hasta la mitad y después de un rato se le olvida, y todo esto es un problema para ellos.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Mejoraría en el ámbito de tener una mejor comunicación con nuestros funcionarios tanto como con los pacientes, y tener la información más clara y concisa de cada paciente para hacer un mejor trabajo de los médicos.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

Yo no he podido hacer ninguna, porque intento tantas veces que me entre el módulo que yo ya me aburro, y lo del papel no está del todo bien, a veces no llegan o a veces los pacientes no quieren consultar en el consultorio, entonces las otras enfermeras empiezan a llamar que no ha llegado, que ya está pasado de la hora.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Primero que todo eliminaría los módulos SISCONT. Yo escuche la otra vez a un informático que decía que esto hay que conectarlo con el TrakCare, entonces al estar ahí todos los que se conecten lo pueden tener.

Además, definir bien para que lo quiero, para que la estructura está hecha según eso. Lo ideal sería tener sistemas para poder conversar de forma más amplia y dar capacitación para que todos lo trabajen bien.

¿Qué cosas mejoraría?

La comunicación, que sea más directa y más concreta, para que así todos puedan ver la misma información de un paciente y todo sea más rápido, y así cada uno de nosotros tendría más claro lo que debemos hacer.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Yo la verdad no sé, es que no existe una visión macro, yo cuando hice esta limpieza a los pacientes, que de hecho yo los envíe en un correo y no sé si lograron entender.

El paciente retira medicamentos en: San Juan de Dios, en el, hospital Talagante y en el consultorio, y ninguno de estos sistemas conversa, entonces hay pacientes que tienen tanto remedio en la casa que no saben que hacer. Incluso la otra vez me dijo uno que se

estaba tomando uno vencido, entonces yo no entiendo como no hay un sistema que sea común para todos.

11.8 Anexo 8: Entrevista Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Occidente N°1

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

En primer lugar, en virtud del reglamento de los servicios de salud. Decreto 140 en su artículo 7°, refiere que es obligación del gestor de red que exista contrarreferencia. Permite que el paciente circule sin ruido por la red, pasando de un establecimiento de APS a médico de especialidad. Por lo que por una parte le interesa por la atención, pero en primer lugar porque es su obligación. Es más eficiente el uso de los recursos también, porque cada establecimiento podría atender para lo que está preparado y equipado.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al médico APS?

Porque deriva de forma oportuna y sabiendo que se va a tratar de manera adecuada al paciente.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

A él le debería llegar lo que APS no puede responder. Los modelos de salud familiar tienden a eliminar la visión hospital céntrico. Si el hospital se hace cargo de lo que le compete, le permite avanzar hacia una mayor tasa ambulatoria de la atención. Tiene un respaldo médico legal, y se le asegura que el tratamiento que dio se mantendrá.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Los pacientes son referidos donde corresponde. Que sean atendido de acuerdo a la categoría de cuidados que requiere. El sistema de APS se haría cargo de continuar con la atención. También se puede hacer gestión territorial de fármacos, por lo que el paciente tiene menor gasto de traslado y mayor facilidad. Tiene un mejor control de su salud, ya que recibirá una atención más integral.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema de Referencia y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

Gestión de lista espera, cartillas de derivación, pero aún no estamos satisfechos del uso que se le ha dado y un gran número de enfermedades. GES estamos bien, pero igual mantenemos una cuota retrasada. TACO tenemos buenas cifra, pero aún ahí tenemos espacio de mejora en telemedicina.

Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Yo creo que los registros son el principal descreme que uno puede hacer. Ya que están duplicados o triplicados (incluida digitación). En el área administrativa, si se produce la integración, hay horas-hombre que se ahorrarían.

¿Qué cosas mejoraría?

La gestión del programa cardiovascular, ya que es la principal causa de muerte.

Gestionar lo que queda de lista de espera, para hacer el proceso más ágil.

Disminuir los tiempos de atención (poli consultas para ir mostrando el electrocardiograma, el examen de sangre, etc.)

El médico controlador debería tener un rol de la gestión clínica de la lista de espera, más allá que solo un validador de SIC.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Porque cada actor de la red asistencia es una cultura distinta. Somos una verdadera torre de babel, cada uno lucha por sus intereses. Tenemos forma de financiamiento distintas, acompañado por un desconocimiento de lo que hacen y no hacen los otros. Hay equipos clínicos con formaciones distintas.

11.9 Anexo 9: Entrevista Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Occidente N°2

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

El modelo de referencia y contrarreferencia debería ser la base del trabajo del gestor de red. Ya que entrega una mirada completa de cómo se comporta el sistema con relación a la atención del paciente, desde que entra hasta que sale por alguna atención específica.

Desde esa lógica, es fundamental tener un modelo, para determinar puntos críticos, levantar desafíos o estrategias de mejora, monitorear cumplimiento y medir impacto de las acciones que se están realizando.

Actualmente se pierden recursos, hay ineficiencias y no logramos actuar a tiempo de lo que los pacientes y sus familias requieren.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al médico APS?

Para el médico tener claridad de los pasos que tendrá el paciente en el nivel secundario es fundamental, ya que, dado el modelo, el paciente volverá en algún momento a

atenderse en atención primaria. Y es en atención primaria donde se producen las estrategias de prevención y promoción de la salud, y con una mirada de salud familiar. Por lo tanto, para un médico de APS, que tiene relación permanente con el paciente y familia, es fundamental como derivar a este paciente, y conocer como ha sido atendido durante todo el ciclo de atención.

Los médicos de APS, desde el punto de vista profesional, requieren el acompañamiento y asesoría de los médicos de especialidad, ya que les sirve en su formación, en su perfeccionamiento. También tiene mucho que ver con la imagen que ellos proyectan, como de ineficiencia, como que no están bien preparados y que muchas veces la gente solo quiere atenderse con especialistas. El beneficio primero esta para ellos, van a tener capacitación, una contrarreferencia clara y una formación en lo profesional. Lo valida ante la comunidad.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

El médico especialista siempre se ha quejado que desde atención primaria se derivan pacientes no pertinentes, y que es una pérdida de tiempo, que para ellos esto les complica su trabajo. Por lo tanto, les va a generar no solo el respaldo que la atención que realizó está siendo mirada desde APS, si no que el paciente cuando se devuelve será bien atendido y bien tratado. Hay médicos que se quedan con los pacientes pensando en que si los derivan se van a complicar, no van a seguir su tratamiento o no serán bien acompañado. Esto hace que no los devuelvan y se quede con los pacientes. Yo creo que les da seguridad, y les da un respaldo ético y legal, de la atención que ellos están realizando, de que ellos hicieron una atención, dieron las indicaciones y lo saca de la responsabilidad de si luego se complica un paciente.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Yo creo que a los pacientes les molesta estar como pelota de acá para allá. Cuando uno conversa con los pacientes, se quejan de que le tienen que andar contando sus problemas a 3, 4 o 5 médicos. Que ni ellos saben lo que tienen, y que los médicos les preguntan y ellos no tienen claridad. Yo creo que tiene que ver con esto de sentirse maltratado, y a que nadie le importa la enfermedad. Y que le entregan mil informaciones, y no les queda claro, y que claramente en una consulta de 15 minutos, un médico no alcanza a explicarle todo.

Al reforzarse esta cadena de referencia y contrarreferencia, se asegura una atención de calidad, digna, con información clara, y que el paciente tiene un nombre. Que el médico cuando lo reciba cuál es su diagnóstico, y cuál es el tratamiento que está tomando, y que en el fondo se siente bien tratado.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema de Referencia y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

Yo creo que hay algunas líneas específicas que funcionan, como TACO, Telemedicina, Teledermatología. Lo GES también funciona, ya que hay una obligación legal detrás, ya que hay bonos y evaluaciones.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Hay múltiples registros desde APS a los hospitales para poder mantener el proceso y que no se caiga. Una de esas, es el paso desde el médico APS, al médico contralor, y el flujo a la atención de especialidad. Hay que unificar el registro de SIC. Yo creo que la web de lista de espera no aporta ningún valor.

¿Qué cosas mejoraría?

Mejorar la interconsulta, que tenga flujo directo, y no haya duplicación del registro.

El nombramiento de médicos contralores, requiere perfeccionamiento. El perfil, capacitación, horas de dedicación y las funciones que debe cumplir. Se debe lograr que la atención primaria releve este rol.

Los SOME o subdirectores de atención abierta de los hospitales no han definido un médico especialista contralor, por lo que tenemos hoy no hay un rol de un médico que articule, de terreno, desde una mirada clínica articular el proceso desde el lado de la atención de especialidad.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

No se ha levantado porque estamos centrados en la tarea, porque siempre estamos pendiente de estar cumplimiento a metas, siempre andamos apagando incendios, poniendo el mejor esfuerzo, pero no existen ni las competencias ni habilidades para darle una mirada estratégica a esto, ni tiempo de sentarse a hacerlo. Desde la voluntad política, desde lo gestor, los directores, de darle una solución profunda al tema. Tampoco están los sistemas de información que podrían facilitar el proceso.

11.10 Anexo 10: Entrevista Médico Contralor CESFAM Peñaflor

Luego de la atención en box, y que el médico hace una interconsulta, ¿que ocurre?

Médico contralor revisa la SIC.

¿Qué criterios utiliza para validar la interconsulta generada por el médico de box?

Lo primero que hago para ver pertinencia, es fijarme en el diagnóstico. Hay muchas cosas que se pueden manejar en APS y nosotros derivamos. En especial cosas pediátricas, dermatológicas, o cardiovasculares, hipertensión, diabetes. Siempre me fijo en el diagnóstico, leo todo. A veces, leo la atención además de la interconsulta (que le vio, que medicamentos le dio). Y ahí, y si es algo de manejo en APS, le devuelvo la SIC y le pido que intentemos manejarlo acá, y en caso de que no resulte, se deriva. Hay cosas que por más que lo intentemos, no tenemos como solucionarlo acá, y lo derivamos. Tenemos

reuniones médicas, y por lo general analizamos por que fue devuelto. Vamos analizando caso a caso, ya que hay mucho ego. No es llegar y devolver una SIC. Ya que, si devuelvo, es normal que me llame el doctor recriminándome por teléfono. En caso de que los exámenes son costosos, y no se puede hacer, también lo derivamos.

¿Con que frecuencia se rechaza una interconsulta?

Se devuelve al día, 3 o 4. De un total de 30/40. Por lo tanto, es menos del 10%. La mayor parte de las interconsultas son de oftalmología.

¿Cuántas horas a la semana tiene asignadas? ¿Considera suficiente?

Una hora al día, de 8am a 9am. 40 SIC en 1 hora. En especial el día lunes hay mucha carga, ya que se acumula lo del fin de semana. El tiempo no alcanza. Me puedo demorar porque debo ir en ocasiones ir a hablar con el médico a preguntarle el porqué de la derivación.

¿Existen instancias donde se alinean criterios?

Hay reuniones de coordinación médica una vez al mes. Una hora, y se conversa todo lo que tiene que ver con derivación. No hay reunión con médicos de atención secundaria. Actualmente pedimos una reunión a un médico del hospital.

Luego que usted valida la interconsulta, ¿Conoce lo que ocurre con el paciente?

No conoce todo lo que ocurre. Ella pide a los pacientes que le cuenten “como le fue”. Luego que son derivados, los pacientes se “pierden”, ya que no reciben ningún tipo de retroalimentación de si fue bien derivado o no.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Sería demasiado importante. Porque nos serviría a nosotros para saber si estamos derivando bien o no. En caso de ser correcto, sería muy bueno saber que manejo darle al paciente cuando vuelva a atención primaria. Ya que la opinión de un especialista nos sirve mucho como aprendizaje.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Si unificáramos criterios de cuando es pertinente y cuando no es pertinente, podríamos disminuir la cantidad de derivaciones. Quizás podría disminuir la lista de espera.
Además, yo creo que el especialista podría recibir el paciente que si requiera de su atención.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Al paciente no se sentiría "peloteado". Porque lo enviamos, y después se devuelve y no sabe que paso con su diagnóstico. Por lo tanto, podría tener un relato coherente y seguridad de estar recibiendo un tratamiento oportuno.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Podría permitir incrementar las horas de ciertas especialidades. O por ejemplo, conocer que tipos de medicamentos están necesitando nuestros pacientes, podría ayudar a que nosotros lo gestionáramos desde acá, y poder atender aquí al paciente.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema de Referencia y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

Nunca le ha llegado una información de vuelta. Ni de manera formal ni informal. No responde que "funciona bien".

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?
No sabe que responder. No lo tiene claro.

¿Qué cosas mejoraría?

Cree que la plataforma es muy buena idea, pero debería ser más amigable en el computador. Ya que, si es difícil, nadie lo va a ocupar.
Aumentar la cantidad de especialista que hay en el Hospital de Peñaflor, o tener la posibilidad de derivar directamente al Hospital San Juan de Dios.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

No sé, yo creo que tiene que ver con voluntad, con juntarse. Tiene que ver con no ser tan aislados, tenemos poca relación con el hospital o con el servicio. No existen instancias para poder conversar de esto, para poder decir yo lo necesito, hagamos algo.

11.11 Anexo 11: Entrevista Médico de APS CESFAM Peñaflor N°1

¿Ha derivado algún paciente a atención de especialidad? ¿Qué criterio utiliza para dichas derivaciones? ¿Existen protocolos? ¿Se usan?

Si. Cada enfermedad, o situación clínica tiene criterios de derivación. Cuando son derivaciones a urgencia la hacemos por interconsulta manual. Las derivaciones que hacemos por Rayen, son a especialidades. Existen guías clínicas (GES). Lo NO GES, va a depender del nivel de resolutividad de atención primaria. Existen ciertos documentos que establecen ciertos criterios para determinadas especialidades. No está definido que exámenes deberían realizarse para derivar. Existen algunos manuales específicos para ciertas especialidades, pero no está actualizado. La mayor parte es una especie de conocimiento transmitido de generación en generación o se le consulta al médico contralor. Tenemos reuniones una vez al mes, y conversamos algunos casos. Existen criterios de "gravedad", pero es raro que llamemos a algo por prioridad baja. Por que

como sabemos que se demora tanto el resolverse, no derivamos algo que creemos que no es importante. Estamos ahora intentando tener reuniones clínicas con los hospitales para conversar de los flujogramas o criterios de derivación

¿Cuándo deriva un paciente a atención de Especialidad, que información entrega usted? ¿Cómo se la entrega? ¿Considera que es suficiente? ¿El canal es adecuado?

Lleno los campos que están en rayen. Considero que está bien.

¿Luego de que usted realiza una interconsulta, usted conoce lo que ocurre con el paciente? ¿Alguna vez le han devuelto una interconsulta? ¿Con que frecuencia? ¿Por qué?

La revisa el médico contralor. El que devuelvan la interconsulta es una situación que se da, más que nada porque está incompleta la información o porque derivamos a una instancia que no corresponde por flujograma. Por ejemplo, a veces, por desconocimiento, olvido o infrecuencia, lo derivamos a un establecimiento que no es el que por mapas corresponde. A veces rayen tienes muchos diagnósticos, y nosotros no los conocemos todos, entonces a veces para una misma enfermedad, podemos encontrar diferentes diagnósticos. Entonces, existen veces en que el médico contralor cambia el diagnostico, ya que algunos son más fáciles de gestionar, o tienen mayor resolutividad.

¿Ha recibido usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la ha recibido? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿Quién le proporciona la información?

Nunca ha recibido una contrarreferencia

¿Usted conoce que sucede, actualmente, después de que usted intervenga al paciente y emita una referencia? ¿Conoce que ocurre en la atención de especialidad con el paciente que usted derivó? ¿Qué ventajas/desventajas le ve al flujo en su conjunto?

No lo conoce, solo hasta el médico contralor.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Para mi seria super importante. Ya que cuando mandamos un paciente a un especialista es que estamos buscando una valoración más profunda del caso y tener una retroalimentación nos permite tener mayores elementos clínicos de que encontramos bien y que encontramos mal, y que haremos con el próximo paciente cuando llegue. Es como una clase del médico especialista.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Muchas veces tenemos pacientes que tienen bajo nivel cultural, o que son mayores, o que tienen muchas enfermedades. Entonces cuando llegan acá, nos dicen que los vio el

especialista, pero no saben que indicaciones o su diagnóstico. Y eso nos deja a nosotros sin ayuda, porque nos deja sin información. Nos ha pasado que hay pacientes que están tomando 3 fármacos de la misma familia. Más que nada, le permitiría al médico especialista asegurarse de habrá continuidad en el tratamiento.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Nos permitiría disminuir tiempo en que ellos traten de explicarnos lo que tiene, y además, nosotros saber que cosas podemos tratar y en que nos vamos a enfocar. También serviría para contrastar criterios.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Serviría para disminuir la cantidad de interconsultas no pertinente, y además mejorando el diagnóstico clínico.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema de Referencia y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

Rayen, la plataforma está funcionando de modo general bien.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

No sabe que decir, ya que solamente se encarga de enviar la interconsulta. No conoce que sucede después.

¿Qué cosas mejoraría?

Que los especialistas no puedan cerrar su atención sin enviar la contrarreferencia. Ya que, si no, va a depender de la voluntad o el empeño que cada uno le ponga.
Que sea asequible la información para todos.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Según tengo conocimiento, no en todos los lugares funciona rayen. Si todos estuviésemos informatizados con el mismo sistema, sería más fácil. Yo no sé si no ha funcionado porque no había empeño, preocupación, o si ha aumentado el número de pacientes derivados. Ahora se hacen más diagnósticos acá, entonces necesitamos más atención de especialistas.

11.12 Anexo 12: Entrevista Médico de APS CESFAM Peñaflor N°2

¿Ha derivado algún paciente a atención de especialidad? ¿Qué criterio utiliza para dichas derivaciones? ¿Existen protocolos? ¿Se usan?

Si. El criterio va a depender de la patología, de la severidad de la patología y todas las cosas quirúrgicas (no cirugía menor) se deriva. Los criterios están los "textos". Uno sabe cuándo la patología debe ser derivada. Además, existen las guías MINSAL. Los médicos nos juntamos una vez al mes, y discutimos los temas más frecuentes. No nos juntamos con médicos de especialidad aún.

¿Cuándo deriva un paciente a atención de Especialidad, que información entrega usted? ¿Cómo se la entrega? ¿Considera que es suficiente? ¿El canal es adecuado?

Considera que la información es suficiente, ya que al final depende de nosotros. Vamos contra el tiempo para llenar, la información. Ya que tenemos 15 minutos para ver al paciente y llenar la información de la interconsulta.

¿Luego de que usted realiza una interconsulta, usted conoce lo que ocurre con el paciente? ¿Alguna vez le han devuelto una interconsulta? ¿Con que frecuencia? ¿Por qué?

Es frecuente, ya que puede darse por causas médicas, en las cuales el médico controlar establece que eso puede ser resuelto en el nivel primario, y también puede ser por causas administrativa, ya que por ejemplo existen ciertos filtros en los mapas de derivación que no permiten enviar directamente a alguna subespecialidad.

¿Ha recibido usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la ha recibido? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿Quién le proporciona la información?

Nunca ha recibido una contrarreferencia.

¿Usted conoce que sucede, actualmente, después de que usted intervenga al paciente y emita una referencia? ¿Conoce que ocurre en la atención de especialidad con el paciente que usted derivó? ¿Qué ventajas/desventajas le ve al flujo en su conjunto?

No lo conoce, solo hasta el médico contralor.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Lo primero es porque sabemos que es lo que paso con el paciente, que se hizo, y cuanto uno acertó en el diagnóstico. Sirve como retroalimentación, ya que ellos saben más que nosotros en esa área en especifica. Una buena contrarreferencia me permitiría darle más continuidad al tratamiento.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Es importante porque evitan tanta carga asistencial, ya que, si es un criterio inadecuado de derivación, y nos lo hacen saber a nosotros, eso no volvería a suceder.

No creo que desde el punto de vista del aprendizaje les sea útil, ya que ellos están más especializados.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

El paciente puede ser menor manejado, ya que existe una continuidad de la atención. Tenemos más insumos desde el punto de vista de la información para darle una atención de mejor calidad, ya que tenemos mayor certeza del diagnóstico y los medicamentos que el paciente está tomando.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

No logra asociar una respuesta desde esta perspectiva, responde con perspectiva del paciente.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema de Referencia y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

La información de la SIC está funcionando bien, ya que actualmente llega al hospital, y normalmente el médico contralor la está revisando al otro día.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

No conoce como se da el flujo. De las etapas que el maneja, considera que ninguna es innecesaria.

¿Qué cosas mejoraría?

Adiestrar personal médico de APS para enviar las cosas que de verdad necesitan derivarse.

Orientar a los pacientes para que no exijan derivaciones para cosas que no son necesarias.

Aumentar el número de especialistas disponibles para la salud pública.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Cree que hay una mala continuación. Porque la salud pública está dividida. Por una parte, existe el nivel comunal y el nivel del ministerio. A nivel de sistemas informáticos trabajamos con sistemas distintos, y esto hace que todo se entorpezca, porque no podemos enviar información de manera directa. Funciona de maneras distintas. No hay una "única" de salud pública. Tenemos diferentes formas de actuar. Nosotros tenemos un Hospital a 3 cuadras, y nosotros no sabemos lo que hacen ellos, ni ellos saben lo que hacemos nosotros con los pacientes. No hay comunicación.

11.13 Anexo 13: Entrevista Médico de APS CESFAM Peñaflor N°3

¿Ha derivado algún paciente a atención de especialidad? ¿Qué criterio utiliza para dichas derivaciones? ¿Existen protocolos? ¿Se usan?

Si. Existe un manual, esta todo normalizado hasta que punto podemos manejar el paciente. Si no lo podemos manejar, inmediatamente hacemos la interconsulta.

¿Cuándo deriva un paciente a atención de Especialidad, que información entrega usted? ¿Cómo se la entrega? ¿Considera que es suficiente? ¿El canal es adecuado?

Son diversos campos. Se llena por rayen, esta normalizado lo que debe incluir una interconsulta. Considero que está bien.

¿Luego de que usted realiza una interconsulta, usted conoce lo que ocurre con el paciente? ¿Alguna vez le han devuelto una interconsulta? ¿Con que frecuencia? ¿Por qué?

Luego de que realizamos la interconsulta, la interconsulta va al SOME (dpto. SIGES). Algunas veces la devuelve, pero es en casos puntuales.

¿Ha recibido usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la ha recibido? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿Quién le proporciona la información?

Nunca ha recibido una contrarreferencia

¿Usted conoce que sucede, actualmente, después de que usted intervenga al paciente y emita una referencia? ¿Conoce que ocurre en la atención de especialidad con el paciente que usted derivó? ¿Qué ventajas/desventajas le ve al flujo en su conjunto?

Conoce lo que ocurre hasta lo que ocurre el SOME. No tiene una opinión con respecto al flujo en su conjunto. Considera que esta mal que estando a tres cuadras del hospital de Peñaflor, no se puedan conocer los resultados de los exámenes. No existe comunicación.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Uno no se acuerda de todas las cosas, en un determinado momento uno necesita una retroalimentación del especialista. La información de la contrarreferencia sirve para conversarla con los demás compañeros, "me toco esto" y me "respondieron esto".

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

El cree que a los médicos especialistas no les interesa. A continuación, cuenta una historia de cuando él fue a España y ver a su hija. Centra el relato en lo avanzado de los otros sistemas de salud, y lo indignante que es la situación de las listas de espera.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

El paciente se sentiría encantado, ya que no desilusionaría tanto del sistema. Pone el ejemplo del cálculo de vesícula, y que, en cierto rango de edad, es patología GES. Le parece malvado que una persona saliendo de ese rango, no pueda atenderse. Se centra en que sería bueno que todos pudiesen atenderse, por lo que la respuesta se sale de los límites de lo preguntado.

Además, señala que en términos de calidad de la atención sería mejor.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

No se le hace esta pregunta, porque el lleva la conversación hacia lo indigno de las listas de espera.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema de Referencia y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

Los pacientes que llegan a los hospitales si llegan con buen informe (la interconsulta es completa).

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Considera que la lista de espera es una etapa que está obstaculizando el proceso de atención.

¿Qué cosas mejoraría?

Mejoraría la formación. Sería necesario que los médicos especialistas mostraran más voluntad.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Creo que falta la voluntad política, y que esto se haya traducido en recursos. Da el ejemplo de los televisores que hay en la sala de espera, que en vez de dar los matinales, podrían educar a los pacientes acerca de cómo funciona el sistema. Es cuestión de voluntad. El cree que hay gente que le conviene que esto funcione mal. La parte privada le interesa que esto no funcione.

11.14 Anexo 14: Entrevista Jefe de SOME CESFAM Peñaflor

¿En el proceso de derivación, cuál es su rol?

En el momento no tengo ningún rol. Yo dirijo el departamento SIGES. Ellas más el médico contralor, tienen bien controlado el proceso. Ellos ven todo lo que es GES y no GES. La

médica contralor pertenece a él. Las funcionarias tienen protocolos muy bien establecidos. Hay dos digitadores, que suben las interconsultas.

¿Con que frecuencia se suben las interconsultas a la web? ¿El médico contralor cada cuanto valida las interconsultas?

Se suben todos días. Las valida todos los días en la mañana.

¿Se produce alguna priorización o son todas llamados categorizadas de la misa forma?

Existe una priorización clínica. La hace el médico de box y la valida el médico contralor. Yo creo que son unas 30 o 40 mensual que siguen un proceso paralelo (que están priorizadas). Se derivan aproximadamente 600 personas al mes.

¿Cuándo recibe una contrarreferencia, como se gestiona? ¿Cómo se agenda? ¿Existe alguna priorización especial?

A mí me llegan las contrarreferencias por sistema SISCONT. Esto partió hace poco. De un momento a otro me llegaron muchas. Estoy entrampada por mi tiempo, no me da para poder mirarlas. Las reviso, las imprimo, la veo, y actualizo en caso de. No cuento con personal que me permita gestionarlas, ya que debe revisar si ya tiene hora, si no, agendar. En caso de las contrarreferencias que están dado de alta, es fácil, ya que es actualizarla. Esto implica más trabajo para los jefes de SOME. La reviso cuando tengo tiempo, pero no día a día. Lo encuentro buen sistema, pero no me da. En unas 20, yo creo que me demoro una hora y media. Lo que se debe hacer, es imprimir la interconsulta, se busca el médico que la derivo, y se le da hora a medicina a general, y en la observación se le pone que viene de vuelta de médico de especialidad, y además les imprimo la contrarreferencia porque los médicos a veces no ven los sistemas.
Para poner a una persona a mirar las contrarreferencias, debería ser alguien de confianza, ya que es necesario garantizar que se le respuesta a las necesidades de los pacientes.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Podríamos dar una atención más integral. Ya que sabríamos si el paciente está en espera o se está atendiendo. Podría tener más información de la situación actual del paciente, por lo tanto, darle una solución más oportuna. Si yo sé, que al paciente lo van a ver en dos años, podría hacer algo al respecto.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Porque podrían comunicar de mejor forma si es pertinente o no. Eso haría que, a la larga, lo que llegue es lo que corresponde a su nivel de complejidad.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Le podríamos dar una respuesta más coherente si es que existiera una comunicación, ya que actualmente no sabemos que responderles a los pacientes en algunos casos. Podríamos darles una información más decente a los usuarios.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Aporta información a los equipos multidisciplinarios. Si yo tengo un tengo un paciente que tiene una SIC a traumatología, y que tiene un dolor crónico, y que esto afecte al grupo familiar. Si sabemos que una persona ha venido varias veces por un mismo tema, podríamos hacer algo desde el punto de vista "biopsicosocial", con la información disponible con este sistema.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema de Referencia y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

El sistema ya está establecido. Pero falta integrar.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Creo que las etapas están bien.

¿Qué cosas mejoraría?

Falta tiempo y recurso para poder gestionar el sistema.

Debería haber un solo sistema.

Faltan más horas de especialista.

Tener información de las listas de espera.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Quizás no estaban las lucas para hacerlo, quizás la gente no estaba disponible para pensar en este tema. Yo creo que alguien de repente dijo que este tema era importante, nosotros siempre lo habíamos dicho. Ojalá que esto continué, pero con un sistema super más integrado.

11.15 Anexo 15: Entrevista Jefe de SOME CESFAM Isla de Maipo

¿En el proceso de derivación, cuál es su rol?

El médico emite la interconsulta, por rayen, que va a médico controlar. Esto tiene un periodo de 24 horas en que ocurra. Con Talagante las horas son mucho más rápida, excepto de traumatología. Al usuario se le indica que su interconsulta salió, y que necesitamos actualizar sus datos. Al llegar el aviso del hospital, nuestra oficina SIGEs, tomamos la interconsulta y la corcheteamos a la citación, y así nos aseguramos de que

llegue al hospital. Ahora se deja directo la citación con el paciente, y el paciente debe firmar la citación.

¿Con que frecuencia se suben las interconsultas a la web? ¿El médico contralor cada cuanto valida las interconsultas?

Todos los días el médico controlador ocupa 2 horas en revisar la bandeja. Hay un médico contralor suplemente. Se devuelven unas 4 o 6 al día (básicamente por exámenes complementarios).

¿Se produce alguna priorización o son todas llamados categorizadas de la misma forma?

Hay una priorización que hace el médico contralor. Lo no prioritario sigue su conducto regular. Lo prioritario lo hacemos por medio de correo. Lo bueno es que tenemos bastante buena comunicación. La persona prioritaria sigue su conducto regular, pero sigue dos vías. La subimos a la lista de espera, pero les enviamos un correo, les avisamos. La gente no Ges también se nos muere, y no tenemos como priorizarla. No son tantos casos, pero cuando lo hacemos, funciona bien, se demora unos 15 días.

¿Cuándo recibe una contrarreferencia, como se gestiona? ¿Cómo se agenda? ¿Existe alguna priorización especial?

Llegan unas 4 contrarreferencias con indicación a APS al día. La imprimimos, el médico contralor le da el pase, pero al médico de morbilidad le llega física. Principalmente por un tema de tiempo, ya que en los 15 minutos el médico d APS no alcanza a mirarla. Nada muy difícil de gestionar porque son pocas al día. Actualmente nos llegan las del CESFAM Islita también.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Hace que su atención sea más centrada, certera y precisa. Ya que focaliza en la razón por la cual paciente viene. No esta ciego, ya que sabe que tratamiento tiene el paciente, y además, rapidez de la atención, ya que tiene un buen resumen en la contrarreferencia

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

El usuario desde nuestra perspectiva es más que una especialidad. Es un enfoque más familiar, por lo tanto, el flujo de información podría entregarle al especialista otra visión del usuario.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Va a tener un diagnóstico certero. No va a tener que ir dos veces a tomarse exámenes. Va a percibir un relato coherente.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Saber a que viene, y que el usuario no tenga una hora de más. No perder horas.

11.16 Anexo 16: Entrevista Médico Contralor CESFAM Isla de Maipo

Luego de la atención en box, y que el médico hace una interconsulta, ¿que ocurre?

El médico contralor revisa la SIC.

¿Qué criterios utiliza para validar la interconsulta generada por el médico de box?

Yo primero le veo el diagnóstico, que sea acorde con el fundamento y, dependiendo de la patología que ellos deriven, si tiene o no exámenes, el tiempo de evolución de la enfermedad y qué tratamientos han seguido. Eso es por general lo que veo en las interconsultas. Aparte de que ellos generan la interconsulta, yo revisó el historial clínico del paciente y ver que si por esa patología, ya se han atendido antes. Si creo que no debería derivar le digo al médico que no la considero pertinente, que faltan exámenes, que espere la evolución del tratamiento. Veo todo eso antes de hacerle la interconsulta, y dependiendo el diagnóstico uno prioriza.

¿Con qué frecuencia se rechaza una interconsulta?

En general no es muy frecuente, pero si le faltan datos se rechaza. Pero son la minoría, un pequeño porcentaje que no llega ni al 10%

¿Cuántas horas a la semana tiene asignadas? ¿Considera suficiente?

Una hora y media, y a veces nos falta tiempo. Como le digo yo revisó las historias clínicas de los pacientes, exámenes de laboratorio. A veces me mandan que están alterados, pero no me colocan qué exámenes entonces tengo que consultar y todo eso quita tiempo. En caso de que el volumen de la referencia aumentará no habría tiempo.

¿Existen instancias donde se alinean criterios?

No hay como un programa o protocolo específico.

Luego que usted valida la interconsulta, ¿Conoce lo que ocurre con el paciente?

Una vez que la valido veo si esa interconsulta es o no es GES, y dependiendo de eso marco cada interconsulta, para poder pasarla al administrativo y él la sube a cualquiera de las dos plataformas.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

En qué sería bueno que todas las contrarreferencias que a nosotros nos llegan poderlas ingresar a la ficha clínica de cada usuario y eso también requiere tiempo, y así cuando

los pacientes vayan con su médico, él puede ver si él requiere está interconsulta. Esto haría una mejor entrega de información.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Le beneficiaría en hacer una buena evolución, porque así realmente sabe porque se manda el paciente y saber si la interconsulta es pertinente o no pertinente. Porque como nos han dicho muchas veces, le molesta que no traigan todos los datos, así qué les beneficiaría en ese caso.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Hay muchos pacientes que no comprenden o no llevan bien la información. En caso de que nosotros tengamos la contrarreferencia podemos volver a educar y decir que dijo el especialista, usando otras palabras o no sé, para que les llegue a ellos la información. Así se les podría dar un relato más coherente o recordarles, porque muchas veces a ellos se le olvida.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Les beneficiaría para mejorar la falta de información. Beneficiaría bastante porque como yo le decía, yo revisó cada interconsulta para ver si realmente necesita control, entonces esto serviría para tener una mayor administración y gestión más organizada.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema de Referencia y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

En sí casi nada funciona bien, todo funciona a media. Por ejemplo, cuando veo las interconsultas a veces le colocan atendidos o por confirmar, o a veces no le colocan nada, entonces en eso hay que mejorar.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Yo creo que debería trabajarse todo en conjunto, o sea, todo en una sola red porque donde son varios programas y uno tiene que andar revisando, muchas veces varios programas, toma mucho tiempo.

¿Qué cosas mejoraría?

Mejoraría el sistema, porque es muy lento. Que tenga más información por parte de profesionales, para que ellos puedan escribir algo y nosotros revisar. Otra cosa que podría mejorar es tener más profesionales, para así poder disminuir la lista de espera. Además de más capacitación a los médicos, para mejorar la resolutividad.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Yo creo que, porque muchas personas están acostumbradas hacer lo mismo de siempre. Hay personas que no le gusta aprender algo nuevo, entonces cómo que no dejan avanzar en ese sentido, y frenan a la persona que quieren algo nuevo. Yo creo que, para hacer unos cambios, hay que estar ahí con las personas incentivándolas y acompañándolas.

11.17 Anexo 17: Entrevista Médico de Atención Primaria N°1 CESFAM Isla de Maipo

¿Ha derivado algún paciente a atención de especialidad? ¿Qué criterio utiliza para dichas derivaciones? ¿Existen protocolos? ¿Se usan?

Nosotros por ejemplo en el área que yo veo, el problema cardiovascular, hemos tenido reuniones comunales dónde vamos al hospital y nos hemos logrado alinear y tener criterios fijos de derivación. Entonces ahora es un poco mejor cómo derivó, y que realmente vaya el paciente quién lo necesita y no cualquiera. Entonces eso ha logrado mejorar.

¿Cuándo derivar un paciente a atención de Especialidad, qué información entrega usted? ¿Cómo se la entrega? ¿Considera que es suficiente? ¿El canal es adecuado?

Ellos solicitan exámenes vigentes con un máximo de 3 meses de antigüedad, una evaluación clínica actual y los síntomas que el paciente presenta. Usamos el sistema rayen y el área de interconsulta para entregar la información. Por el momento, sí es suficiente la información.

¿Luego de que usted realiza una interconsulta, usted conoce lo que ocurre con el paciente? ¿Alguna vez le han devuelto una interconsulta? ¿Con qué frecuencia? ¿Por qué?

Sí conozco lo que ocurre con el paciente, porque lo estamos constantemente viendo, no es tan frecuente. Muchas veces entre establecimientos nos ayudamos mutuamente por ejemplo acá se ve una patología y ellos allá ven otra.

¿Ha recibido usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la ha recibido? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿Quién le proporciona la información?

Si, cuando nos derivan interconsulta en papel, muchas veces las interconsultas llegan incompletas o con falta de información por lo cual uno le pide al médico que la revise. Lo que recibimos es una hoja que viene con timbre y con un diagnóstico identificando la patología que presenta, y en qué cosas APS trabaja, y que cosas nivel secundario mantiene. Muchas veces donde esto es vía papel cuesta entender la letra de los médicos.

¿Usted conoce que sucede, actualmente, después de que usted intervenga al paciente y emita una referencia? ¿Conoce que ocurre en la atención de especialidad con el paciente que usted derivó? ¿Qué ventajas/desventajas le ve al flujo en su conjunto?

Generalmente los pacientes mientras no son tomados todavía por el nivel secundario siguen en atenciones acá. Entonces por el sistema rayen tenemos una parte que sale si

es que el paciente ya está visto y confirmó su diagnóstico o está en espera, pero nosotros no dejamos de ver al paciente hasta que al llegue nivel secundario. Hoy tenemos una atención compartidas, por ejemplo, ellos ven una patología y nosotros vemos otra.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Yo creo que es importante todas maneras porque nosotros somos la primera puerta de entrada de los pacientes. Generalmente nos llevamos la mayor carga en el sentido de responsabilidad, entonces al tener una mayor comunicación con el especialista, que de repente lo ve una vez al año. Entonces uno puede mantener comunicación a través de correo o algún sistema, y que el especialista nos guíe. Todo esto ayuda al paciente y el paciente lo agradece.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Los beneficiaría mejorando los criterios para nosotros derivar, porque muchas veces se derivan por cosas innecesarias. Nosotros hemos logrado bajar la tasa de derivación, lo cual beneficia al especialista ya que no tienen tanto tiempo, y así ocupan bien las horas de ellos a pacientes que los ameriten.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Bueno lo que han reportado los pacientes es que hay más responsabilidad. Lo que todos piden es que su patología sea atendida por el especialista que corresponde. A veces tenían que ir por un médico particular, porque pasaba un año y no había respuesta.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

En tal vez poder reducir los tiempos de espera de los pacientes porque de repente hay pacientes que se demoraban un año en ser visto y nosotros no teníamos ni idea de porque a este paciente no se le atendía. Entonces con una mayor comunicación los tiempos de espera disminuyen.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema de Referencia y *Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?*

Yo pienso que lo que está funcionando bien son estas reuniones comunales. Es algo que inició y que me gustaría que se mantenga, porque todo esto hace que haya una mejor comunicación.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Yo creo que todo cambió necesita su tiempo de reunión para analizarlo y para monitorearlo, entonces todas las etapas son importantes para mí, solo hay que ir mejorándolos.

¿Qué cosas mejoraría?

Mejorar el sistema. Que sea más específico y que el sistema digital que compartiéramos fuera bueno y lo ideal que fuera un sistema unificado para obtener una mayor integración porque, de lo que tenemos de información, es super limitado a la patología. Y así poder atender mejor al paciente.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Yo la verdad desconozco el por qué, porque a pesar de que hemos tenido las reuniones y de manifestar las deficiencias del sistema actual nunca ha habido una verdadera solución, por lo cual desconozco el por qué.

11.18 Anexo 18: Entrevista Médico de Atención Primaria N°2 CESFAM Isla de Maipo

11.19 Anexo 19: Entrevista Médico Especialista N°1 Hospital de Peñaflor

Cuándo un paciente es derivado desde APS, ¿Qué información recibe usted? ¿Quién se la entrega y cómo? ¿Considera que es suficiente? ¿Considera que es oportuna? ¿El canal es adecuado?

Deberían venir con el papel de interconsulta, pero pocos de los pacientes que atiendo en este consultorio llegan con ella, les falta información, la mayoría en la interconsulta vienen con un diagnóstico muy resumido, con una historia muy cortita y a veces muy mal documentada. Ayudaría harto que la información fuera más completa, en si no está mal, pero podría mejorarse mucho más y sería bueno, de repente cuando son derivados de otro lugar no aparece la interconsulta en línea, entonces uno le pregunta al paciente y él tampoco sabe, falta información para los pacientes, hay desconocimiento tanto del paciente como de uno, sería lo ideal que todo estuviera en línea porque uno deriva con sólo un papel, entonces así podríamos ver los exámenes, pero nunca lo ha pasado.

¿Ocurre que se hacen exámenes duplicados? ¿Ocurre que tiene que volver a citar al paciente porque no traen los exámenes?

*Si**,** debido a la mala información que llega tengo que partir de cero por lo cual tengo que volver a pedirle exámenes al paciente, que a lo mejor ya tiene más estudios, por lo cual los tengo que volver a citar.*

¿Ha hecho usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la hace? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿A quién le proporciona la información?

Si, aunque no muy seguido, pero aquí no tenemos un sistema web para responder contrarreferencias como en otros lados, por lo cual toma bastante más tiempo por lo cual la contrarreferencia se hace escrita en papel.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

En un considerable ahorro de tiempo porque la mitad de la consulta médica se va en obtener información y escuchar al paciente los síntomas que tiene y que es lo que tiene, o sea uno igual lo tendría que preguntar, pero si tiene más información obviamente que uno va más rápido para sacar una Hipótesis diagnóstica, para así ver dónde hay que focalizar.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Yo creo que una vez que el paciente que llegó estudiado con un diagnóstico ya se tranquiliza harto, porque muchas veces apoya. Muchas veces no es necesario enviarlo al San Juan de Dios a un nivel más elevado de atención, porque uno se da cuenta que, en este contexto, el paciente con la edad que tiene, hacer estudios es absurdo en una persona de 80 años, que más le vamos a hacer, averiguar más cosas que no tienen sentido saber, entonces ahorra recursos y ahorra tiempo, además la familia queda más tranquila.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Yo creo que le da seguridad y tranquilidad porque en el fondo lo que uno busca cuando un paciente entra es que quede tranquilo con las preocupaciones que él tiene de su salud o sino uno les explica y todo y él sale tranquilo… con la tranquilidad de que todo esté en orden. Incluso cuando se dan de alta se van tranquilos y con un mejor estado de ánimo, además se ahorraría tiempo y no habría que repetir tantos exámenes.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Mejoraría la pertinencia y una mejor atención médica porque, incluso el médico de la atención primaria me puede dar pistas que a mí no se me ocurren. Nace una interacción y siempre una interacción va a ser buena. Yo creo que uno de los grandes déficits que tenemos es que no hay comunicación a través de la computación, en los sistemas que ocupan en los consultorios y no sé por qué motivo. Por lo menos aquí en la zona donde yo vivo y en Melipilla se envían papeles de vuelta. Por lo menos en Melipilla la zona atención primaria es mejor que acá en la interconsulta, quizás donde es una zona más rural le pone más énfasis.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema de referencia y contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

El sistema en sí no es tan malo tampoco, incluso es bastante bueno, pero siempre podría mejorar, igual ha avanzado bastante. Lo que me gustaría es que se pudiera hacer la contrarreferencia por el computador así llegaría más directo y más concreta la información.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Hay algunas cosas que uno dice ¿porqué se demoraron tanto en pasar?, entonces hay que tener un criterio para decidir a cuál le das más prioridad y a cuál le das menos. En sí habría que mejorar un poco más la gestión.

¿Qué cosas mejoraría?

Mejoraría un poco más la gestión para que se disminuya la lista de esperas, además de seguir mejorando el sistema para así poder hacer las contrarreferencias en línea las cuales facilitan bastante las cosas.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Puede ser en parte porque entrar en una red en un sistema así implica gastar más tiempo, porque claro, si yo tengo que leer toda la historia del paciente y además tengo que ver al paciente y darle una receta, el tiempo acá es bastante malo y si después yo tendría que volver a escribir una contrarreferencia me quitaría 10 ó 15 minutos más, entonces la cantidad que tenemos de pacientes aquí versus la hora no alcanza. Yo creo que es por eso, realmente no lo sé. Si implementaran un mejor sistema todos se beneficiarían. En Melipilla tienen un sistema para responder contrarreferencia que es bastante bueno, pero acá no.

11.20 Anexo 20: Entrevista Médico Especialista N°2 Hospital de Peñaflor

Cuándo un paciente es derivado desde APS, ¿Qué información recibe usted? ¿Quién se la entrega y cómo? ¿Considera que es suficiente? ¿Considera que es oportuna? ¿El canal es adecuado?

Llegan solamente con el diagnóstico. Con una hoja que dan por sistema que tiene un diagnóstico, que es de una lista de diagnósticos, de donde eligen el que más se parezca a los síntomas que tienen el paciente para derivarlo con ese diagnóstico, luego uno hace el ejercicio médico para ver qué tiene realmente el paciente.

No todos llegan con interconsulta. Desconozco si es porque a algunas no se les da o porque lo pierden, pero en general la gran mayoría llega con ese papel, son pocas los que no lo traen.

La interconsulta viene con un diagnóstico. No sé si viene con campo libre. Viene con una gran cantidad de información que no es muy práctica, lo que hace difícil encontrar la información que uno desea saber. Cuando logro ver el diagnóstico lo anoto, y si no lo encuentro, descarto la hoja e interrogo al paciente.

¿Ha hecho usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la hace? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿A quién le proporciona la información?

Sí, cuando lo considero oportuno, y lo hago en la misma referencia que trae. Ahí le escribo lo que vaya a necesitar.

Cuando el caso se puede continuar manejando en el centro de atención de donde fue derivado. Que sea un diagnóstico de fácil manejo, que no tenga compromiso para la paciente, y que pueda ser manejado perfectamente por el profesional que la derivó. Son pocos estos casos, ya que la mayoría se continúa viendo acá en el hospital, porque están bien referidas, pero aquellos que son derivadas más bien por una duda de la propia persona, uno contesta para que ella pueda llevar su control de manera satisfactoria.

¿Ocurre que se hacen exámenes duplicados? ¿Ocurre que tiene que volver a citar al paciente porque no traen los exámenes?

Sí, nosotros no estamos conectados en red con los consultorios, entonces si los pacientes no llegan con los exámenes que se realizaron, hay dos posibilidades: pedirle que vaya a pedir una copia al consultorio o bien que vuelvan a realizárselos, y esto último es una pérdida de recursos espantosa.

Cuando son exámenes realizados en el consultorio, exámenes de laboratorio, ninguno los trae. Sólo lo traen cuando el paciente se los tuvo que hacer fuera del consultorio, de manera privada.

Si el diagnóstico es dado por alteraciones de esos exámenes, es necesario que los traigan en la primera cita. En más de la mitad de los casos se da esto.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Habría datos que a veces el paciente no sabe dar porque no los entiende, que pueden estar bien plasmados en esa plataforma, y uno los puede leer directamente. Podría revisar los exámenes y pierdo menos tiempo. Se hace mucho más rápido la atención del paciente, el diagnóstico del paciente, y el propio paciente pierde menos tiempo y menos recursos porque no tendría que hacerse nuevamente un examen ya realizado. En general, el beneficio para el paciente es muy importante, porque gana tiempo y puede ahorrarse costos y dinero también.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Igualmente le puede nutrirse de la historia clínica del paciente. Por un lado, le queda más claro cómo continuar tratando al paciente, y por otro lado es una forma de aprendizaje indirecto.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Podría hacerse con diagnósticos más acertados. Hacer una plataforma de diagnóstico que sea más clara. Se podría evaluar qué grado de urgencia merece cada uno de los diagnósticos, y así casos que sean prioritarios perderían menos tiempo en ser atendidos, y así puede haber derivaciones de distintas patologías, pero unas menos importantes que otras, y no hay forma de que la derivación más importante sea vista antes. Sólo ocurre cuando la patología se clasifica como un GES, pero aquellas que no entran en esta clasificación pueden llegar a esperar mucho para ser atendidas.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema de referencia y contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

Como viene escrita en computador no hay problema para leerla y entenderla. Creo que es lo único.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

A veces es muy engorroso el hecho de que el paciente debe ser sí o sí atendido inicialmente en una red de atención primaria para poder llegar al hospital. Hay casos de pacientes que tienen una patología y que es muy difícil incorporarlas a la consulta si no vienen previamente referidas por el consultorio.

¿Qué cosas mejoraría?

La red de internet, que debería estar conectada con los consultorios. Debería existir una persona que se encargue de gestionar las referencias, con alguien que las reciba, que esté encargada sólo de atender los casos por internet en el hospital para asignar la prioridad pertinente a cada caso.

¿Por qué cree usted que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y contrarreferencia?

Por cuestión de costos, de programación, de análisis de importancia, de evaluar que, aunque haya una inversión inicial en un mediano y largo plazo, esa inversión se devuelve en calidad de atención, que es lo más importante, y a la vez en dinero que se deja de gastar, porque cuando un paciente se deriva y es atendido a la brevedad posible, no se deja progresar su dolencia, y el tratamiento final termina siendo menos costoso. Ese dinero que se rescata, creo que vale la pena si lo vamos a ver solo de este punto de vista.

11.21 Anexo 21: Entrevista Médico Especialista N°3 Hospital de Peñaflor

¿Cuándo un paciente es derivado desde APS, qué información recibe usted? ¿Quién se la entrega y cómo? ¿Considera que es suficiente? ¿Considera que es oportuna? ¿El canal es adecuado?

Actualmente en algunos casos vienen con alguna interconsulta escrita que ellos traen, donde en forma breve el motivo de la patología y porque se está derivando los pacientes que vienen con todo esto es alrededor de un 50%. En los otro no tengo esa información, y tengo que ir al sistema y buscar ahí en interconsultas, y en caso que la encuentre esta información es más breve que la que está escrita porque mayormente en la escrita esta todo más detallado Hay un número de paciente que es bastante reducido en el cual no tengo ninguno de esos dos implementos, y solamente viene el paciente me cuenta porque lo mandaron, incluso muchas veces me encuentro con situaciones de pacientes que ni siquiera saben porque están viniendo. Considero que la información de la interconsulta si es suficiente pero no es completa, es decir, siempre podría ser mejor, porque no es satisfactorio.

¿Ocurre que se hacen exámenes duplicados? ¿Ocurre que tiene que volver a citar al paciente porque no traen los exámenes?

Si, yo creo que como alrededor de un 50% tengo que pedirle a paciente que repitan exámenes. Depende de lo que nos envían, también, muchas veces yo analizo a paciente de forma física o lo que aparece en la ficha de lo que yo pueda recabar en el momento de la atención misma del paciente, por lo cual, en esos casos puede ser que yo no requiriera inmediatamente esos exámenes, pero en los otros casos.

¿Ha hecho usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la hace? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿A quién le proporciona la información?

Antes cuando existía la interconsulta escrita, antes que existiera el tema más electrónico, uno estaba como obligado a responder porque todas las interconsultas venían por escrito y había una parte que había que responder, pero ahora como ocurre esto, uno lo toma como referencia y mayormente no contesto la contrarreferencia. Puede ser por el poco conocimiento que tengo en lo informático y esta poca comunicación que existe con los otros niveles. Ahora hay situaciones que son poco comunes que uno recibe paciente o te llaman y en esos casos uno por la misma vía telefónica puede informar, pero estas situaciones son muy excepcionales.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Mucho, yo siempre he hecho hincapié que en este sistema de red porque uno habla de red y la palabra se escucha muy bonita, pero en la práctica uno no la ve funcionar muy bien, entonces en mi caso como especialista que recibo, derribo y contra recibo para mi seria de suma importancia tener una mejor información de lo que está ocurriendo. Además de poder hacer mejor mi rol de agente intermedio del proceso, movilizar y todo eso. Poder también conocer las pertinencias y los tiempos de espera en la comunicación para así tener datos mucho más detallados.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

Tanto a él como para mí, en la medida que el sistema funcione mejor, yo creo que tu empiezas a mejorar tu calidad de atención porque primero te vas afirmando que es lo que estás haciendo bien y que es lo que estás haciendo mal. Y eso significa afinar el instrumento, una retroalimentación porque si yo tuviera esa relación de confianza, yo creo que mejoraría en el tema de la calidad de atención. Como consecuencia de esto mejoraría los rendimientos, yo podría ver más quizás, podría ver mejor, podría ser más oportuno. Lo mejor solucionaría más cosas porque a veces donde no sé qué es lo que está pasando al paciente lo tengo que citar tres o cuatro veces, pero si esto estuviera funcionando más ágil y tendría mejor la información sólo necesitaría una, y eso me daría la posibilidad de ver a muchos más pacientes.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Yo creo que el paciente se beneficiaría tanto más que nosotros mismos porque al fin y al cabo lo que el paciente quiere es encontrar una rápida y oportuna solución a su problema de salud y les ayudarías a estar más informados y disminuirá el tiempo, por lo cual aumentaría la satisfacción de usuario.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

Yo creo en general, lo que es la Derivación y el flujo y lo que es el tema de las horas y cuándo llega. Yo me atrevería a decir que está funcionando porque llega, ahora yo desconozco si de eso que llega. Cuántos de esos quedan en el camino, no lo sé, eso habría que verlo, pero por lo menos yo diría que este paciente está llegando y hay un cierto orden. Yo creo que la base esta y la mantendrá, pero hay que mejorarla.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

Sí, por ejemplo, hay algunas cosas que depende del tipo de derivación, por eso es importante el conocimiento que hay entre nosotros y también una adecuada protocolización y acuerdo, porque hay veces que tú puedes pedir un examen de más y lo vas a tener que repetir acá. Muchas veces cuando saco un examen acá, el especialista del otro lado no confía en el laboratorio acá, por lo cual lo repite, entonces es tiempo y gastos necesarios, entonces si hubiera una buena comunicación eso no sería necesario.

¿Qué cosas mejoraría?

Una de las cosas que yo mejoraría, es primero tener una mejor o debido conocimiento de cómo acceder a la información de lo que yo estoy recibiendo y de lo que yo estoy respondiendo, y a su vez de lo que yo estoy derivando y de lo que me están respondiendo, es decir, que yo tenga los mecanismos. A lo mejor existen, pero yo no tengo el conocimiento de esto, o no me lo han comunicado. Eso me gustaría que mejorara, porque ese conocimiento, para mí sería ideal. Nuestro deseo es tener un mejor flujo de derivación, específicamente, qué es lo que estamos mandando y que estamos recibiendo. Eso que esté debidamente informado y debidamente actualizado podría servir. Lo otro es que existieran reuniones técnicas, de profesionales médicos los que participamos en todo este proceso, donde nos pudiéramos juntar y analizar los casos clínicos, por ejemplo, las cosas más importantes, una especie de auditoria.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

En mi opinión que puede que esté equivocada, es que ha faltado una mejor comunión, porque pareciera que los que manejan la parte computacional, los que tienen que ver los programas y maneja muy bien esto, pero ellos no son muy expertos en lo que contienen los programas, ósea en salud o en la parte médica, entonces obviamente por más que sepas computación, pero si tú no sabes la materia, siempre vas a tener una gran limitante. Y, por otro lado, están los que sabemos del tema los que manejamos la información, pero también no tenemos la herramienta y los conocimientos y habilidades para empezar a invertir esto a través del sistema informático. Yo creo que eso está faltando una mayor intercomunicación o construcción del tema.

11.22 Anexo 22: Entrevista Médico Especialista N°4 Hospital de Peñaflor

¿Cuándo un paciente es derivado desde APS, qué información recibe usted? ¿Quién se la entrega y cómo? ¿Considera que es suficiente? ¿Considera que es oportuna? ¿El canal es adecuado?

Yo recibo aquí un formulario, el cual es el motivo de la derivación, en otras palabras, la solicitud de interconsulta. Son pocos los pacientes que llegan sin el formulario y en un comienzo esto se ha ido perfeccionando con el tiempo, porque en un comienzo yo tenía

que andar gestionando y solicitando estos papeles. A veces la información es insuficiente, pero ahora está siendo suficiente, digamos en la mayoría afortunadamente 60% ó 70% de los casos la información es suficiente, pero baja el porcentaje cuando algunos exámenes vienen mal.

¿Ocurre que se hacen exámenes duplicados? ¿Ocurre que tiene que volver a citar al paciente porque no traen los exámenes?

Aproximadamente un 50% de los pacientes en la primera cita no se le puede hacer el diagnóstico porque faltan exámenes o simplemente son de hace mucho tiempo, entonces ahí tengo que volver a pedirles que se lo hagan, porque hay enfermedades que no varían mucho con 3 meses de antigüedad, pero en el caso de una diabetes, por ejemplo, varía demasiado, entonces igual va en el paciente que sea más responsable.

¿Ha hecho usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la hace? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿A quién le proporciona la información?

Es que está el sistema en proceso de perfección, yo adopté en los pacientes diabéticos, enviarlos con un formulario y una contrarreferencia en el cual coloco los detalles a grandes rasgos, pero es solamente para diabéticos, pero a otros pacientes los mando con un papelito. Ahora se ha implementado un sistema en red que personalmente no lo he ocupado porque es bastante reciente, por eso dije al principio que está en proceso.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Lo beneficia en el sentido que hace una pega más completa ya en atención primaria, porque llega una contrarreferencia del especialista, pero el problema es que a nosotros nos exigen 15 minutos por paciente, pero en entablar la conversación con el paciente y meterse en el problema, mediante exámenes físicos y de apoyo se van los 15 minutos, y si uno después quiere hacer una contrarreferencia le falta tiempo, entonces necesitaríamos por lo menos 20 minutos por paciente. Esa es mi posición como médico viejo, no sé que pensaran los demás, más jóvenes.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

En que reciben más información por parte de los profesionales de atención primaria, y por otra parte, el paciente también se ve beneficiado en el sentido que su patología se compenso y la mayoría de las veces es algo que le sirve más al paciente, y de paso a los profesionales porque al ser la información más clara, ellos pueden desarrollarse mejor en lo que hacen.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

Los pacientes ven en general el aumento de la tecnología, porque el hecho de referir electrónicamente a un paciente ya ellos lo ven con buenos ojos y nosotros también. Se les haría todo más fácil y más expedito para nosotros y para ellos.

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

Está bien, pero hay que mejorarlo. Lo que no está bien y está en proceso de mejorarse es la contrarreferencia, porque hasta el momento la contrarreferencia es como un poco a pulso, ya que utilizamos ese formulario.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

La verdad es que cuando llegó la computación y suplanto la ficha clínica clásica, pero era una aprehensión mía sin fundamento por decir, y cuando la vi, la jovencita de informática me ayudó a introducirse al campo computacional, fue una maravilla.

¿Qué cosas mejoraría?

La adherencia de los pacientes es un factor complejo que tiene que ver con la educación, pero muchas veces no por tanta educación, sino es como un asunto sociológico, que no tienen que ver mucho con la educación. Tiene que haber obviamente algo con la educación, pero no siempre es más con la actitud, con la voluntad, la adherencia es un asunto que nosotros siempre luchamos por que muchos programas fallan, porque la adherencia falla. Esa es una cosa, muchas veces los pacientes quieren ir a urgencia porque piensas que se ahí le trataran altiro el problema, pero en urgencia si, pueden calmar el dolor, pero no le van a solucionar el verdadero problema. Además, mejorar el asunto de los tiempos de consulta, nosotros muchas veces nos estresa, entonces tiene que mejorar para satisfacer más al cliente.

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Yo creo que, sí ha ido mejorando respecto a años anteriores, pero falta, y la verdad que no sé por que no se ha levantado un sistema mejor, a lo mejor le están poniendo énfasis a otras cosas.

11.23 Anexo 23: Entrevista Médico Especialista N°5 Hospital de Peñaflor

¿Cuándo un paciente es derivado desde APS, que información recibe usted? ¿Quién se la entrega y cómo? ¿Considera que es suficiente? ¿Considera que es oportuna? ¿El canal es adecuado?

Cuento con la información escrita de la interconsulta, pero generalmente la complemento con la anamnesis dirigida, entonces voy completando los datos y trato de que me traigan en la segunda consulta el chequeo de examen que yo estimo conveniente más todos los medicamentos que está usando porque generalmente hay que hacer ajuste de medicamentos. Con respecto a considerarlo suficiente, sí lo estoy, considero que está bien.

¿Ocurre que se hacen exámenes duplicados? ¿Ocurre que tiene que volver a citar al paciente porque no traen los exámenes?

Eso es así en dos sentidos, a veces los traen desactualizados porque vienen muy atrasados y otras veces porque ya se ha resuelto el problema, vienen a veces por el extra sistema, resuelto la temática de alguna operación o de algún control con algún subespecialista están las 2 opciones las 2 alternativas.

El 80% o 90% no viene con los exámenes actualizados, la primera consulta es para completar la anamnesis

¿Ha hecho usted alguna Contrarreferencia? ¿Cómo la hace? ¿Qué tipo de vía/soporte? ¿En qué momento? ¿A quién le proporciona la información?

No hago contrarreferencia porque no está implementado el sistema todavía, entonces a veces en un papel de receta cuando considero que debe haber algún cambio se lo mando escrito al colega, en el caso de que estoy dando de alta en la segunda o tercera consulta, suponiendo que el paciente seguirá las indicaciones.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al nivel de atención de especialidad?

Beneficia básicamente al paciente, y bueno, por tranquilidad personal uno necesita a veces hacer cambios por el bien del paciente y que no se sigan cometiendo deficiencias. Con respecto a la pertinencia de las derivaciones, yo creo que todas las derivaciones son válidas porque se refuerza lo que se hace la atención primaria y puede haber aportes.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al APS?

El principal beneficiado es el médico de atención primaria, así como la contrarreferencia en el nivel terciario para mi seria estupendo saber si estoy mandando de más o si estoy mandando de menos, o sea es como una retroalimentación y me gustaría que este sistema que se está implementando en APS, se hiciera así con el Hospital San Juan de Dios.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de Contrarreferencia y referencia al paciente?

El paciente estaría mejor, habría mayor adherencia. Porque la sensación que tienen los pacientes no es buena, ellos tienes la percepción equivocada de que la atención primaria es de un nivel inferior, y eso es un error, eso no debería ser.

¿En qué cree usted que beneficia el sistema de referencia y Contrarreferencia al gestor de la red?

Es importante evitar el exceso de medicación, y acortar el tiempo de controles. En general sería más eficiente

Opinión con respecto al funcionamiento de sistema y Contrarreferencia actual: ¿Qué cosas mantendría tal cual porque funcionan bien?

Yo creo que funciona bien en un 80 por ciento. Solo faltan hacer talleres de capacitación a este nivel.

¿Qué cosas eliminaría porque son innecesarias y/u obstaculizan?

No eliminaría nada.

¿Qué cosas mejoraría?

Buena implementación de equipo computacional, mejorar los talleres hacer talleres y hacer participar a los médicos de atención primaria, que las interconsultas sean coordinadas de tal forma que exista mucho atraso

¿Por qué usted cree que no se ha levantado a nivel de red un sistema de referencia y Contrarreferencia en común?

Yo creo que es un problema de falta de personas que se preocupen de esto, convencidas de que el sistema tiene que mejorar. Ya que en este momento se pierden recursos, papeles, muchas cosas tangibles se pierden por la descoordinación. Falta que alguien tome conciencia de que esto es demasiado importante desde mi punto.

11.24 Anexo 24: Mapas de derivación Provincia de Talagante

ESPECIALIDAD	Grupo Etario	PADRE HURTADO	PEÑAFLOR	TALAGANTE	EL MONTE	ISLA DE MAIPO
Pediatria		HOSPEÑA	HOSPEÑA	HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL
Medicina Interna		HOSPEÑA	HOSPEÑA	HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL
Broncopulmonar	<15 años	HSJDD	HFBC	HSJDD	HSJDD	HSJDD
	>15 años		HSJDD			
Cardiologia	<15 años	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL

	>15 años	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL
Endocrinología	<15 años	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL
	>15 años	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL
Gastroenterología	<15 años	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL
	>15 años	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL
Genética	<15 años	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL
	>15 años	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL
Hematología	<15 años	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL
	>15 años	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL
ESPECIALIDAD	Grupo Etario	PADRE HURTADO	PEÑAFLOR	TALAGANTE	EL MONTE	ISLA DE MAIPO

Nefrologia	<15 años	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL
	>15 años	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL
Nutrición especialidad médica	<15 años	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL
	>15 años	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL
Reumatología	<15 años	HSJDD	HSJDD	HSJDD	HSJDD	HSJDD
	>15 años	A HSJDD posterior a filtro Medicina Interna HOSPEÑA	A HSJDD posterior a filtro Medicina Interna HOSPEÑA	A HSJDD posterior a filtro Medicina Interna HOSTAL	A HSJDD posterior a filtro Medicina Interna HOSTAL	A HSJDD posterior a filtro Medicina Interna HOSTAL
Dermatologia	Sin distinción	Teledermatología HOSPEÑA	Teledermatología HOSPEÑA	Teledermatología HOSPEÑA	Teledermatología HOSPEÑA	Teledermatología HOSPEÑA
Inf. Transmisión Sexual		HSJDD	HSJDD	HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL

ESPECIALIDAD	Grupo Etario	PADRE HURTADO	PEÑAFLOR	TALAGANTE	EL MONTE	ISLA DE MAIPO
Geriatria		Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL
Med. Fca. Y Rehabilitación		SIN OFERTA EN LA RED	SIN OFERTA EN LA RED	SIN OFERTA EN LA RED	SIN OFERTA EN LA RED	SIN OFERTA EN LA RED
Neurología	<15 años	HSJDD	HSJDD	HSJDD	HSJDD	HSJDD
	>15 años		HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL
Oncología	>15 años	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE
Psiquiatría	<15 años	HFBC	Derivación a COSAM de patologías definidas para resolución a ese nivel. El resto de patologías deben ser derivadas a HFBC	Derivación a COSAM de patologías definidas para resolución a ese nivel. El resto de patologías deben ser derivadas a HOSTAL	HFBC	HFBC
	>15 años				HOSTAL	HOSTAL
Infectología	<15 años	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL
	>15 años	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSPEÑA	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL	Filtro Medicina Interna HOSTAL
Cirugia Infantil	<15 años	HFBC	HFBC	HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL
Cirugía Adulto	>15 años	HSJDD	HSJDD	HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL
Cirugía Abdominal	>15 años	HSJDD	HSJDD	HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL

Cirugía Mama		HSJDD	HSJDD	HSJDD	HSJDD	HSJDD
Cirugía Proctológica		HFBC	HFBC	HFBC	HFBC	HFBC
ESPECIALIDAD	Grupo Etario	PADRE HURTADO	PEÑAFLOR	TALAGANTE	EL MONTE	ISLA DE MAIPO
Cirugía Vascular Periférica		Filtro por Cirugía Adulto HSJDD	Filtro por Cirugía Adulto HSJDD	Filtro por Cirugía Adulto HOSTAL	Filtro por Cirugía Adulto HOSTAL	Filtro por Cirugía Adulto HOSTAL
Neurocirugía	<15 años	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE
	>15 años	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE
Cardiocirugía	<15 años	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE
	>15 años	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE	NO DERIVA DIRECTAMENTE
Obstetricia		HOSPEÑA	HOSPEÑA	HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL
Ginecología		HOSPEÑA	HOSPEÑA	HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL
Oftalmología		HOSPEÑA	HOSPEÑA	Filtro por UAPO según cartera de Servicios, resto de la derivación a HSJDD . Desde UAPO se deriva directo a HSJDD	HSJDD	HSJDD
Otorrinolaringología		HSJDD	HSJDD	HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL
Traumatología	<15 años	HFBC	HFBC	HFBC	HFBC	HFBC

	>15 años	HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL	HOSTAL
Urología	<15 años	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatria HOSPEÑA	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL	Filtro Pediatría HOSTAL
	>15 años	HSJDD	HSJDD	HSJDD	HSJDD	HSJDD

V