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

DIAGNOSTICO Y PROPUESTA DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: CASO DE ESTUDIO DE LA PROVINCIA DE TALAGANTE DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

FRANCO FABIÁN AMIGO ACUÑA

PROFESOR GUÍA:
JERKO JURETIĆ DIAZ

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
MARÍA MARTÍN MÜNCHMEYER
JAVIER FARIAS SOTO

Estudios de postgrado fueron financiados por
CONICYT - PFCHA/Magíster Nacional/ 2017- 22171341

SANTIAGO DE CHILE
2018

RESUMEN DE LA TESIS PARA OPTAR AL GRADO
DE: Magister en gestión y políticas públicas
POR: Franco Fabián Amigo Acuña
PROFESOR GUÍA: Jerko Juretić Diaz

DIAGNOSTICO Y PROPUESTA DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: CASO DE ESTUDIO DE LA PROVINCIA DE TALAGANTE DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

Según la ley 19.937, los Servicios de Salud en Chile tienen el rol de gestionar una red de establecimientos de salud de una determinada zona geográfica. Dependiendo de la complejidad del tratamiento, un 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 debe ir acompañado de una contrarreferencia.

Existe un consenso en la literatura internacional de que una coordinación deficiente entre los distintos niveles de atención 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 de ella.

El objetivo general de esta tesis es “realizar un diagnóstico y proponer lineamientos de política pública para una mejora en la gestión de los procesos de referencia y contrarreferencia, basado en el caso de estudio del Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOCC), 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”.

La metodología de este estudio es mixta-evaluativa. Considera como dimensiones de análisis las componentes de un modelo de coordinación propuestas por Henao Martinez y la metodología de evaluación de las capacidades institucionales desarrolladas por Rosas. Se realizan acciones para saturar esas dimensiones de observación, a través de una revisión bibliográfica y de documentos institucionales, benchmarking con otro servicio de salud y entrevistas a actores relevantes.

Los resultados muestran que no existen políticas públicas que definan este tema como prioridad, ni tampoco lineamientos claros sobre cómo abordarlo, por tanto, queda a libre disposición de los servicios de salud la relevancia que le da, produciéndose resultados deficientes como los del caso del SSMOCC. Para dar solución a ello se propone la creación de un Consejo de Digitalización en Salud, un Ranking Nacional de Servicios de Salud, Definiciones de criterios y protocolos los únicos a nivel nacional, y una formación y certificación tecnologías de información en salud. También se recomiendan 7 medidas concretas para que dirección del SSMOCC pueda mejorar su situación actual.

Por último, se concluye que el éxito de esta estrategia dependerá de lograr transmitir a los distintos actores involucrados que ya no es algo opcional el avanzar en una digitalización de los procesos clínicos de referencia y contrarreferencia, sino que responde a un requisito básico y necesario para proveer una salud de calidad a los pacientes de una red de establecimientos de un servicio de salud.

Dedicado a mi mamá Techy y mi papá Kelo.

Agradecimientos a mis amigos que siempre estuvieron ahí dándome apoyo. Con ustedes todos es mucho más fácil.

A mi compañera en este camino, que ha incentivado todas mis locuras, infinitas reuniones, proyecto, horas extras de trabajo (y pocas de sueño), por hacer de este país un lugar un poquito mejor.

Agradecimientos a mi familia siempre ha creído en mí, y me han dado todo el amor que alguien puede recibir.

Agradecimientos a aquellos funcionarios de la red del SSMOCC que durante estos dos años me han enseñado lo mejor del servicio público.

Agradecimientos a mi querido DII, con todas las personas que lo componen, y que me hicieron sentir en casa en estos casi 7 años. En especial a Jerko y Maria Pía, que en este tramo del proceso sus observaciones, y presiones, fueron claves para lograr terminar esta etapa.

Los extrañare mucho.

Tabla de Contenido

DIAGNOSTICO Y PROPUESTA DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: CASO DE ESTUDIO DE LA PROVINCIA DE TALAGANTE DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE i

Índice de Ilustraciones vii

Presentación 1

I. Antecedentes Generales 4
- 1.1 Organización del sistema de salud pública en Chile 4
- 1.2 Servicios de Salud 6
- 1.3 Clasificación establecimientos de salud 7
- 1.4 Características del SSMOCC 9
- 1.5 Características de la Provincia de Talagante del SSMOCC 10

II. Antecedentes Conceptuales 11
- 2.1 Coordinación asistencial 11
- 2.2 Evaluación de la coordinación asistencial 11
- 2.3 Sistema de Referencia y Contrarreferencia 13
- 2.4 Rediseño de Procesos de negocio 14
- 2.5 Capacidad institucional 16

III. Descripción Metodológica 19
- 3.1 Descripción y Justificación de la investigación 19
- 3.2 Objetivos 20
- 3.3 Alcances 20
- 3.4 Metodología 21
- 3.4.1 Plan de análisis de la información 24

IV. Resultados 27
- 4.1 Dimensiones claves en las cuales aporta un sistema de referencia y contrarreferencia 27
- 4.2 Situación actual del proceso de referencia y contrarreferencia 30
- 4.3. Descripción cuantitativa del proceso de referencia y contrarreferencia durante el año 2017 46
- 4.4 Benchmark otros Servicios de Salud de la RM 55
  - 4.4.1 Levantamiento del Proceso de Referencia y Contrarreferencia 55
  - 4.4.2 Caracterización cuantitativa del proceso de referencia y contrarreferencia en el SSMSO 58

V. Análisis Crítico de la Información Levantada 62
5.1 Evaluación, y análisis comparado de procesos de Referencia y Contrarreferencia 62
5.1.1 Componente de Información 62
5.1.2 Componente de Gestión 64
5.2 Evaluación, y análisis comparado de la capacidad institucional 67
5.2.1 Capacidad administrativa 67
5.2.2 Capacidad Política 71

VI. Direcciones de Cambio 73

VII. Propuesta de Lineamientos a Seguir 78
7.1 Recomendaciones a nivel nacional 78
7.1.1 Consejo de digitalización en Salud 78
7.1.2 Ranking Nacional de servicios de salud 79
7.1.3 Definición de estándares y criterios únicos nacionales de referencia y contrarreferencia 79
7.1.4 Formación y Certificación de TIC en Salud 81
7.2 Recomendaciones para el SSMOCC 81
7.2.1 Licitaciones estratégicas y flexibles de los sistemas de información 81
7.2.2 Capa de Integración de la información 82
7.2.3 Mantención de estados 82
7.2.4 Rol Médico Contralor 83
7.2.5 Modificar Priorización 84
7.2.6 Indicadores para un monitoreo y control 85
7.2.7 Mecanismos de control 89

VIII. Conclusiones 90

IX. Trabajos Futuros 93

X. Bibliografía 94

XI. Anexos 96
Anexo A: Entrevista a Médico Especialista N°1 Hospital de Talagante 96
Anexo B: Entrevista a Médico Especialista N°2 Hospital de Talagante 98
Anexo C: Entrevista a Médico Especialista N°3 Hospital de Talagante 100
Anexo D: Entrevista a Médico Especialista N°4 Hospital de Talagante 102
Anexo E: Entrevista a Médico Especialista N°5 Hospital de Talagante 105
Anexo F: Entrevista a Médico Especialista N°6 Hospital de Talagante 107
Anexo G: Entrevista a Médico Especialista N°7 Hospital de Talagante 109
Anexo H: Entrevista Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Occidente N°1 111

Anexo I: Entrevista Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Occidente N°2 113
Anexo J: Entrevista Médico Contralor CESFAM Peñaflor 115
Anexo K: Entrevista Médico de APS CESFAM Peñaflor N°1 117
Anexo L: Entrevista Médico de APS CESFAM Peñaflor N°2 119
Anexo M: Entrevista Médico de APS CESFAM Peñaflor N°3 121
Anexo N: Entrevista Jefe de SOME CESFAM Peñaflor 123
Anexo Ñ: Entrevista Jefe de SOME CESFAM Isla de Maipo 125
Anexo O: Entrevista Médico Contralor CESFAM Isla de Maipo 126
Anexo P: Entrevista Médico de Atención Primaria N°1 CESFAM Isla de Maipo 128
Anexo Q: Entrevista Médico Especialista N°1 Hospital de Peñaflor 131
Anexo R: Entrevista Médico Especialista N°2 Hospital de Peñaflor 133
Anexo S: Entrevista Médico Especialista N°3 Hospital de Peñaflor 135
Anexo T: Entrevista Médico Especialista N°4 Hospital de Peñaflor 137
Anexo U: Mapa de derivación de Provincia de Talagante del SSMOCC 139

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1: Estructura Conceptual del trabajo de Tesis 2
Ilustración 1: Institucionalidad del sistema de salud en Chile 4
Ilustración 3: Estructura de análisis modelo de coordinación 12
Ilustración 4: Diagrama de un proceso 14
Ilustración 6: Estructura de Metodología 21
Ilustración 7: Módulo de interconsulta de Rayen 30
Ilustración 8: Visualización en Rayen de interconsultas médico contralor 31
Ilustración 9: Ejemplo de interconsulta en Rayen 32
Ilustración 10: Mensaje de reevaluación de interconsulta en Rayen 32
Ilustración 11: BPMN Proceso de Referencia 35
Ilustración 12: Interfaz desplegable registro de contrarreferencia 37
Ilustración 13: Información de SIC que aparece en SISCONT 37
Ilustración 14: Visualización especialista de información clínica del hospital 38
Ilustración 15: Diagnóstico de Egreso CIE10 38
Ilustración 16: Campo desplegable de SISCONT con Indicaciones para APS 39
Ilustración 17: Campo SISCONT acerca de Pertinencia según protocolo y tiempo 39
Ilustración 18: Opciones de salida de contrarreferencia en SISCONT 40
Ilustración 19: Campo desplegable salida: Alta con control APS 40
Ilustración 20: Campo desplegable salida: control en especialidad 41
Ilustración 21: Documento físico de contrarreferencia ambulatoria 41
Ilustración 22: Visualización SOME APS del SISCONT 42
Ilustración 23: Visualización de una contrarreferencia por SOME APS 42
Ilustración 24: Causales de egreso visualización SOME 43
Ilustración 25: Visualización agendamiento de horas médicas APS 43
Ilustración 26: Visualización médico APS SISCONT 44
Ilustración 27: Información clínica que observa el médico de APS en SISCONT 44
Ilustración 28: Cerrar solicitud y fin del proceso 45
Ilustración 29: BPMN del proceso de contrarreferencia propuesto por el SSMOCC 45
Ilustración 30: Priorización de solicitud de interconsulta emitidas en establecimiento de APS provincia de Talagante hacia Hospital de Peñaflor u Hospital de Talagante 48
Ilustración 31: Evolución de número de personas en Lista de Espera de consultas médicas de especialidad en el SSMOCC 50
Ilustración 32: Pertinencia en la derivación según médicos especialistas Hospital de Talagante 54
Ilustración 33: Proceso de Referencia y Contrarreferencia Parte 1/2 57
Ilustración 34: Proceso de Referencia y Contrarreferencia Parte 2/2 58
Ilustración 35: Distribución según tiempo de espera de la Lista de Espera de Consultas de Especialidad 60
Ilustración 36: Flujo de SIC de Prioridad Alta 85

Presentación

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), 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.

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 de una coordinación deficiente, según la Organización Panamericana de Salud (2011), esta tiene efectos negativos en la continuidad de la atención del paciente, falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los pacientes, derivaciones tardías y repeticiones innecesarias de las historias clínicas y/o pruebas diagnósticas, debido a la desconfianza existente entre niveles de atención.

Además, según la misma organización, esta falta de coordinación afecta también el desempeño general de los sistemas de salud, generando una duplicación de los servicios e infraestructura, baja resolución de la atención primaria, uso de la atención cerrada (estancia hospitalaria) en casos en que se podría resolver ambulatoriamente y uso de los servicios de urgencia para acceder a atención especializada.

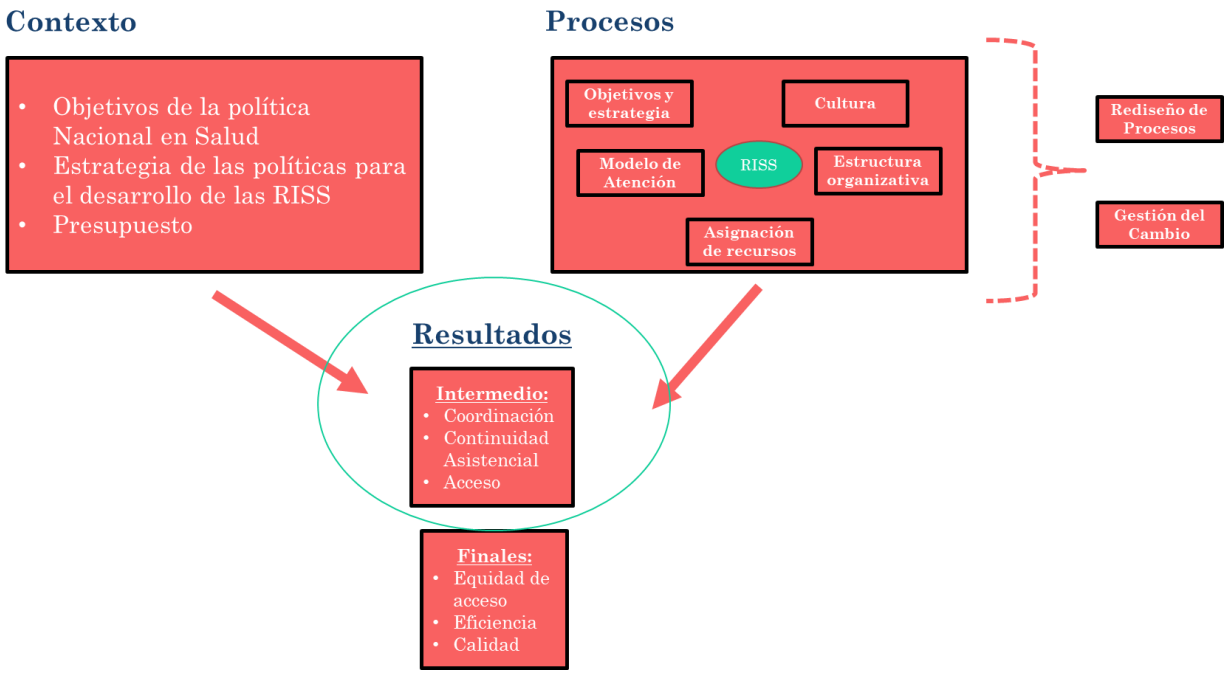
Por lo tanto, todo paciente que se moviliza desde un nivel de atención a otro se debería ver inmerso en un proceso de referencia y en uno de contrarreferencia. Ante ello, surge las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo un sistema de referencia y contrarreferencia aporta y/o debiera aportar a la coordinación en la atención de un paciente al interior de una red de servicios de salud públicos? ¿Cómo funcionan actualmente los procesos de referencia y contrarreferencia al interior de la Red del SSMOCC? ¿Cómo avanzar hacia el mejoramiento de un sistema de referencia y contrarreferencia en un conjunto de establecimientos de la Red del SSMOCC?

Entender cuál es el aporte, y lograr vislumbrar factores claves en el éxito de este sistema, traducidas en recomendaciones de implementación y gestión, tiene consecuencias en la eficiencia del uso de los recursos de los establecimientos, pero por, sobre todo, en la provisión de una atención de salud oportuna y de calidad a los pacientes.

El objetivo general del presente trabajo es “Proponer lineamientos de política pública para una mejora en la gestión de los procesos de referencia y contrarreferencia, basado en el caso de estudio del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, 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”.

La estructura conceptual con la cual se aborda este trabajo de tesis queda detallada en la Ilustración 1.

Ilustración 1: Estructura Conceptual del trabajo de Tesis



Fuente: Elaboración Propia.

Este trabajo tendrá como antecedente un contexto que tiene ciertas condiciones dadas, tales como el marco normativo, funciones designadas a la institución, lineamientos ministeriales y/o restricciones presupuestarias. Ello determinará los bordes en los cuales la institución actúa.

El SSMOCC a su vez, tiene sus propios procesos internos. Los cuales se ven influenciados por sus objetivos estratégicos, estructura organizacional, cultura organizacional y las decisiones de asignación de recursos. La conjugación de estos procesos internos, entre distintos establecimientos, dará origen a resultados intermedios de coordinación y continuidad de la atención. Precisamente en esto se centrará el análisis conceptual de la tesis.

Como antecedentes conceptuales, se abordará el rediseño de procesos, modelos de coordinación, evaluación de modelos de coordinación y gestión del cambio.

La metodología de este estudio es mixta-evaluativa y sigue la lógica de procesos propuesta por Oscar Barros, es decir: (i) Levantamiento de la situación actual, (ii) Identificar variables claves del proceso, (iii) Evaluar el proceso y (iv) Proponer lineamientos a seguir. Para la fase de evaluación de la situación actual, se diseñó un instrumento desde la perspectiva de evaluación de modelo de coordinación. Además, antes del análisis global de la información, se incorporó un *benchmark* de la situación del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Para ello se realizarán entrevistas semiestructuradas, y se analizarán los datos de los pacientes que se mueven de un nivel a otro, los cuales permitirán describir cualitativa y cuantitativamente los procesos de referencia y contrarreferencia.

El principal aporte de la presente investigación es que se hace cargo de observar e intentar dar respuestas a una dimensión clave para el funcionamiento del sistema de salud, como lo es la coordinación entre niveles asistenciales al interior de los servicios de salud en Chile. Este trabajo permite articular la literatura internacional que habla de los modelos de coordinación asistencial con la propia realidad institucional de Chile, y en el caso de la Provincia de Talagante, con sus propios procesos. La principal diferencia que tiene este estudio con lo propuesto hasta ahora por la literatura es que se explora el contexto específico de establecimientos de salud chilenos, logrando tener una visión desde el médico de atención primaria, médico de especialidad, funcionarios en cargos de gestión y el paciente.

Lo anterior permite que este trabajo se traduzca en recomendaciones concretas para los tomadores de decisiones de cómo avanzar hacia una red de establecimientos coordinados, y, por tanto, que brinde una mejor atención de salud a los pacientes.

A continuación, se muestran los antecedentes generales del SSMOCC y de los procesos de referencia y contrarreferencia

I. Antecedentes Generales

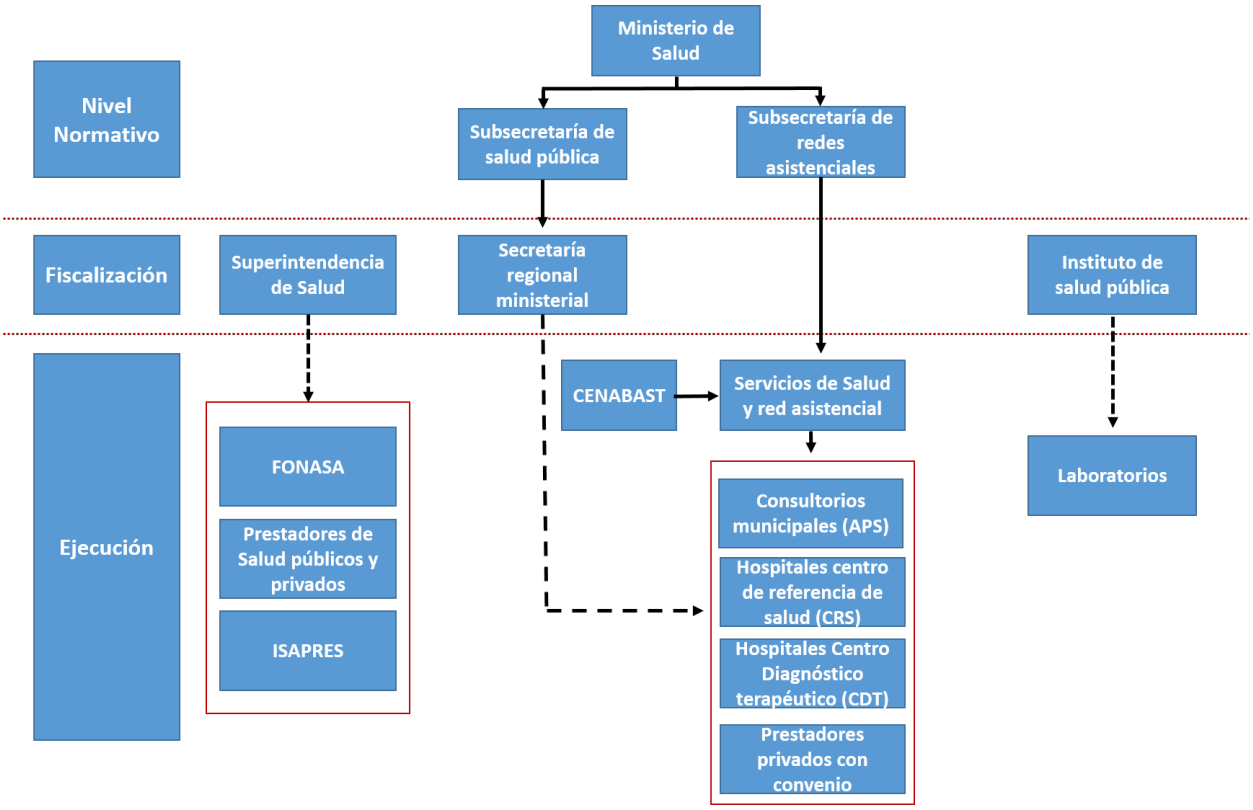
Los antecedentes generales que se presentan a continuación buscan proveer un contexto oportuno para entender el rol de los servicios de salud en el proceso de coordinación de la provisión de una atención de salud.

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 tesis busca contribuir a una solución.

1.1 Organización del sistema de salud pública en Chile

A continuación, se muestra en la **Ilustración 2**, un esquema del sistema de salud chileno según 3 niveles para su comprensión: normativa, de fiscalización y de ejecución.

Ilustración 2: 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" **(Dirección de presupuestos del Ministerio de Hacienda, 2013)**, 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 (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" **(Instituto de Salud Pública, 2014)**.

Las SEREMI "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" **(Dirección de presupuestos del Ministerio de Hacienda, 2013)**.

La Superintendencia de Salud "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" **(Ministerio de Salud, 2005)**.

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 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 "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" **(Ley 19.937, 2008)**.

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 "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" **(Ley 19.937, 2008)**.

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 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 establecimientos de atención primaria **(Servicio de Salud Metropolitano Norte, s.f.)**:

- 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 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.

Por otra parte, los hospitales pueden ser clasificados de acuerdo a su calidad contractual y su nivel de complejidad **(Ministerio de Salud, 2013)**.

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 la **Tabla 1** se muestran algunas de las principales características que permiten clasificar a los hospitales según su complejidad.

Tabla 1: 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 alto y 9 cuentan con IPS media-alta. La población total estimada cubierta por el SSMOCC es de 1.161.764 personas **(Servicio de Salud Metropolitano Occidente, 2016)**.

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 **(Servicio de Salud Metropolitano Occidente, 2018)**. 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”.

• 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,
• Que nadie tenga que esperar más de 6 meses para acceder a una atención de especialidad.

1.5 Características de la Provincia de Talagante del SSMOCC

La provincia de Talagante está conformada por las comunas de Talagante, Peñaflor, Padre Hurtado, El Monte e Isla de Maipo. En la **Tabla 2** se observa que la provincia tiene un total de 297.886 personas inscritas, que equivale al 26% de la población total de la red del SSMOCC. Además, se tiene que las comunas de Talagante y Peñaflor concentran más de la mitad del total de la población provincial.

Tabla 2: Detalle población provincia de Talagante

PROVINCIA TALAGANTE					
Total	Talagante	Peñaflor	Padre Hurtado	Isla de Maipo	El Monte
297.886	72.006	93.397	58.675	36.747	37.061

Fuente: Estadística 2017 población total, por edades simples y grupos quinquenales, según comunas y provincias. Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Según la estadística del SSMOCC del año 2017, la población de la provincia se distribuye en 149.019 hombres y 148.867 mujeres. En cuanto a los grupos etarios, 22,3% de la población cubierta pertenece al grupo etario de 0-14 años, 68,6% al de 15-64 años, y un 9,2%, corresponde a personas de más de 65 años. Por lo tanto, la distribución es similar a la del total de la población de la red del SSMOCC.

Por último, cabe señalar que esta provincia cuenta con 2 hospitales (Hospital de Peñaflor y Hospital de Talagante), 6 CESFAM (Dr. Alberto Allende, Dr. Fernando Monckeberg, El Monte, Isla de Maipo, Juan Pablo II y Peñaflor) y otros dispositivos de atención primaria no relevantes de detallar para el contexto de esta tesis.

II. Antecedentes Conceptuales

2.1 Coordinación asistencial

La coordinación asistencial puede definirse como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos **(Starfield, 2002)**.

Es frecuente que se confunda el concepto de coordinación asistencial con el de continuidad asistencial **(Henao Martínez, Vázquez Navarrete, & Vargas Lorenzo, 2009)**. Este último corresponde al resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo **(Haggerty, y otros, 2002)**.

Según Haggerty se puede clasificar la coordinación asistencial en dos tipos: Coordinación de información y coordinación de la gestión clínica.

La **coordinación de información** se refiere a la transferencia y utilización de la información clínica del paciente para coordinar las actividades entre proveedores **(Ortiz, 2013)**. Comprende dos dimensiones:

- Transferencia de información: es el intercambio de información sobre el paciente entre los distintos servicios y niveles que participan en su atención, mediante mecanismos formales e informales
- Utilización de la información: es el uso de la información sobre circunstancias y eventos del paciente atendidos previamente en un nivel asistencial, para orientar las decisiones clínicas sobre un evento actual que recibe atención en otro nivel asistencial.

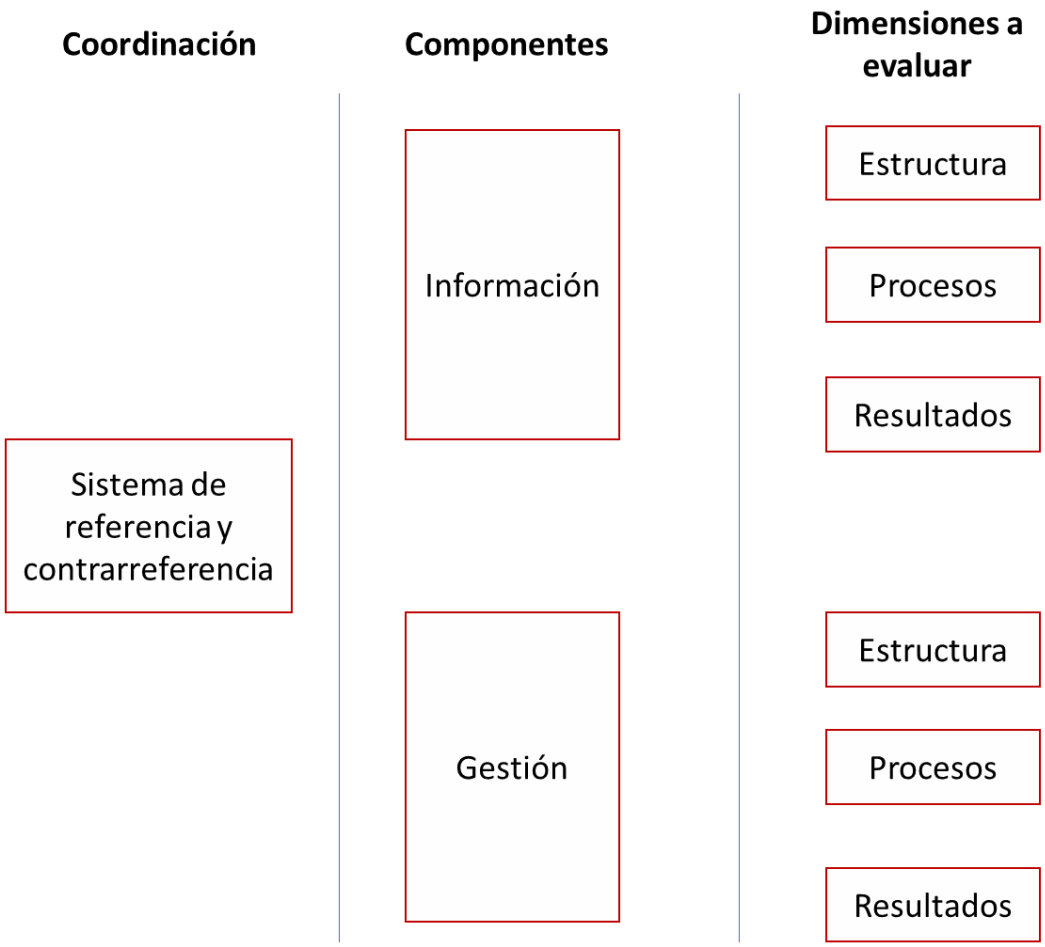
La **coordinación de la gestión** clínica es la provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan compartido, por los diferentes servicios y niveles asistenciales que participan en la atención de salud **(Ortiz, 2013)**. Comprende dos dimensiones:

- Seguimiento del paciente: hace referencia al seguimiento adecuado del paciente cuando existen transiciones de un nivel de atención al otro.
- Consistencia de la atención: implica la existencia de aproximaciones y objetivos de tratamiento similares entre los diferentes profesionales del primer nivel de atención y de la atención especializada

2.2 Evaluación de la coordinación asistencial

El análisis de la coordinación se basa en la utilización de una combinación de indicadores que miden aspectos estructurales, de proceso y resultado de la coordinación entre niveles para garantizar la continuidad de información y de la gestión del paciente a lo largo del continuo asistencial **(Henao Martínez, Vázquez Navarrete, & Vargas Lorenzo, 2009)**. Esta estructura análisis es posible observarla en la **Ilustración 3**.

Ilustración 3: Estructura de análisis modelo de coordinación



Fuente: Elaboración propia a partir de modelo propuesto por Henao Martínez (2009).

Con respecto a la coordinación de la información, la dimensión de la estructura se analiza evaluando la disponibilidad de mecanismos para transferir la información de un nivel asistencial a otro, el grado de accesibilidad y la adecuación de la información compartida **(Harrison A, 2002)**. La dimensión de proceso busca analizar el grado de utilización e interpretación de la información por los distintos actores del mismo **(R. Reid, 2002)**. La coordinación en la información entre niveles debe contribuir a disminuir la duplicación innecesaria de insumos como pruebas complementarias, medicamentos, fármacos contraindicados, etc. Éstos es lo que se propone para medir los resultados en este tipo de coordinación **(R. Reid, 2002)**.

La coordinación de gestión de la atención se evalúa, en primer lugar, con indicadores de estructura que midan la disponibilidad de mecanismos para gestionar coordinadamente al paciente a lo largo del continuo (guías de práctica clínica compartidas, puestos de enlace) **(Vargas I, 2000)**; en segundo lugar, con indicadores de proceso que midan el grado de adhesión de los profesionales a éstos **(Vargas I, 2000)**, y en tercer lugar, con indicadores de resultados asistenciales vinculados a objetivos sanitarios de los mecanismos de coordinación implementados. **(Grifell E, 2002)**

2.3 Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Cada red de salud debe diseñar su “Mapa de Red” donde se describe los establecimientos que la conforman, su complejidad y el alcance de sus carteras de servicio que deben ser complementarias y dar respuesta a las necesidades de salud de la población beneficiaria. Para que este diseño funcione tiene que contar con un sistema de coordinación que permita que este beneficiario fluya en forma segura y eficiente a través de esta Red. Este mecanismo técnico administrativo recibe el nombre de Referencia y Contrarreferencia. **(División de Gestión de Redes Asistenciales. Subsecretaria de redes asistenciales. Ministerio de Salud, 2016)**. En otras palabras, la coordinación entre niveles asistenciales se realiza a través de un conjunto de procesos que se denominan *Sistema de Referencia y Contrarreferencia*.

A continuación, se entregarán las definiciones que la norma ministerial establece:

Sistema de Referencia y Contrarreferencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutiva y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

Referencia (sinónimo de derivación): Es 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 de la prestación de servicio.

Contrarreferencia: Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

Además, la misma norma ministerial establece que la contrarreferencia debe ser emitida en dos momentos:

1.- La respuesta inicial o Retorno: Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva), donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y el plan de tratamiento.

2.- El momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.

2.4 Rediseño de Procesos de negocio

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

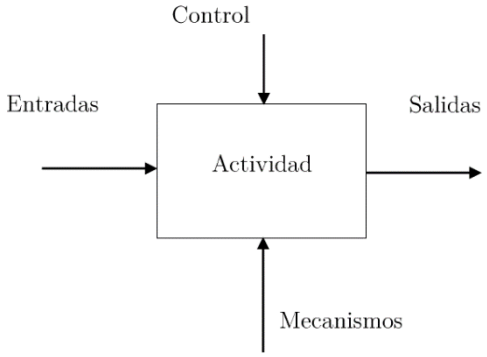
Por una parte, se tienen a aquellos autores que afirman que un rediseño debería ser un "borrón y cuenta nueva" **(Hammer & Champy, 1993)**, lo que implica repensar, sin prejuicios históricos, el proceso en discusión, de modo de lograr cambios radicales. Este enfoque fue aplicado en Estados Unidos, en 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 **(Barba Álvarez, 2018)**.

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 **(Barros, 2003)**, se profundizará en esa línea.

Barros (2003) 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.

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 4**.

Ilustración 4: Diagrama de un proceso



Fuente: Modelo propuesto por Barros (2003).

Ahora bien, específicamente un *proceso de negocio* es "un conjunto de actividades, que impulsadas por eventos y ejecutándolas en una cierta secuencia, crean valor para un cliente (interno o externo)" **(Hitpass, 2017)**. Esta definición es más profunda, ya que permite colocar en contexto que los procesos dentro de una organización están a disposición de la estrategia para la generación de valor. **(Dumas, La Rosa, Mendling, &**

Reijers, 2013). Por ello, el rediseño de procesos de negocios permite aplicar un ciclo de mejora continua que contribuye a alcanzar los objetivos de la organización **(Weske, 2012)**.

Barros (2003) propone que un rediseño de procesos negocios debería seguir las siguientes etapas:

a) Definir el Proyecto: Esta actividad pretende establecer con precisión cuales 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 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.
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).

b) Entender la situación actual: Aquí se quiere representar la situación actual de los procesos seleccionados en (a) para efecto de comprensión, por parte del grupo de rediseño, y comunicación con otras personas interesadas en el proyecto. Se Distingue:
i. Modelar la situación actual, donde se abstraen las características más importantes y relevantes de los procesos elegidos, para efectos del rediseño.
ii. Validar y medir, etapa en la cual se realiza una verificación de que los modelos de los procesos representen fielmente lo que hoy día ocurre y se mide el desempeño actual de ellos en el cumplimiento de los objetivos explicitados en (a).

c) Rediseñar: Establece los cambios que deberían efectuarse en la situación actual y detalla cómo se ejecutarán los nuevos procesos. Se subdivide en:
i. Establecer dirección de cambio, que genera los cambios globales que conviene realizar – tanto en la relación externa con clientes o proveedores, como internas- y que, casi siempre, implicarán un replanteamiento de la estructura organizacional.
ii. Seleccionar tecnologías habilitantes, que consiste en buscar y evaluar las tecnologías que hacen factible el cambio definido en (i).
iii. Modelar y evaluar el rediseño, que consiste en realizar una representación de los nuevos procesos que implementarán el cambio establecido en (i) y (ii), lo que debe tomar en cuenta la nueva estructura organizacional derivada del cambio. Este modelo no es necesario que sea detallado, ya que solo pretende poder visualizar y materializar en el papel los nuevos procesos, de tal manera de poder discutirlos, criticarlos y evaluar el impacto operacional y económico de los mismos, antes de proceder a un mayor detalle e implementación.
iv. Detallar y probar rediseño, que implica diseñar y especificar en detalle los elementos de los nuevos procesos, a un nivel tal que permita su implementación. También es conveniente realizar una prueba de estos diseños detallados, para asegurarse que ellos funcionarán adecuadamente en la práctica, lo cual requiere la posibilidad de simular los procesos o de tener algún prototipo de ellos.

d) Implementación: Etapa en donde se llevan a la práctica los procesos especificados en el punto anterior. Esto conlleva el entrenamiento de los participantes en los procesos, una marcha blanca para eliminar problemas de último minuto y verificar que el conjunto opera de acuerdo con lo diseñado y produce los resultados esperados. Es oportuno señalar que esta etapa no se encuentra en los alcances posibles para esta tesis, por lo que no será desarrollada.

2.5 Capacidad institucional

Hasta este punto, el marco conceptual permite estudiar el funcionamiento actual del proceso de referencia y contrarreferencia en sus distintas dimensiones desde una perspectiva de coordinación entre niveles asistenciales. Sin embargo, también es importante tener antecedentes conceptuales que permitan profundizar en las capacidades institucionales del SSMOCC para dar solución a un mejoramiento de dicha situación actual.

El tema de capacidad institucional del estado apareció como un tema dominante a raíz de los procesos de reforma administrativa que se implementaron a partir de mediados de los años noventa **(Medina, 2012)**.

En Dicho periodo el estado vuelve a tomar un papel relevante en las acciones y estrategias vinculadas al desarrollo, y tomó terreno ante aquellas posturas que proponían una extrema reducción del actuar de lo público para potenciar la promesa de que el mercado generará por sí solo las condiciones necesarias y suficientes de crecimiento e incluso de integración social **(Rosas, 2008)**

El concepto de capacidades estatales cuenta con diferentes definiciones según los autores y contextos en los que se les estudia, sin embargo, las distintas conceptualizaciones del término tienden a coincidir en la idea de que radica en “la habilidad del Estado para lograr un propósito”. **(Rodríguez Gustá, 2007)**

Ozlak por su parte entiende la capacidad institucional como la disponibilidad y aplicación efectiva de los recursos humanos, materiales y tecnológicos que posee el aparato administrativo y productivo del Estado para gestionar la producción de valor público, sorteando las restricciones, condicionamientos y amenazas de su contexto **(Oszlak, 2004)**

Además, propone que un déficit de capacidad institucional puede deberse a la falta de una o más de las siguientes condiciones **(Oszlak, 2004)**

a) que los actores involucrados (stakeholders) fijen o acepten en su interacción ciertas reglas de juego (normas, subculturas, sanciones) claras y previsibles
b) que sus responsabilidades y relaciones se basen en acuerdos y compromisos preestablecidos
c) que las competencias y actividades institucionales sean asignadas a los responsables de producir, intervenir o controlar los procesos de gestión
d) que los recursos materiales y humanos sean suficientes en cantidad y calidad, y coherentes en términos de una adecuada función de producción;

e) que las políticas de recursos humanos sean congruentes con las exigencias de una función pública profesionalizada
f) que las capacidades individuales de los participantes sean apropiadas en su correspondencia con los perfiles de los cargos o las asignaciones de tareas en los diversos procesos de gestión

Reppeto (2004) utiliza una conceptualización más amplia, y plantea que “desde el prisma institucional el concepto de “capacidad estatal”, nos remite a un punto por resaltar y que se refiere a la sola posibilidad que tienen las instancias gubernamentales de problematizar, priorizar, decidir y gestionar las cuestiones públicas”. Esta definición pone el énfasis en la capacidad de gestión pública, haciendo alusión a quiénes se encargan de hacer las políticas, con qué medios cuentan para hacerlo y bajo qué reglas institucionales operan **(Repetto, 2004)**

La “capacidad estatal” tiene como componentes fundamentales las capacidades administrativas y política **(Repetto, 2004)**. Esta clasificación considera que "Estado no sólo es el aparato burocrático, sino también es una arena política en la que se procesan intereses e ideologías tanto internas como externas al entramado organizacional estatal" **(Repetto, 2004)**.

2.5.1 Componentes de la capacidad institucional

Existe consenso entre diversos autores de que la Capacidad administrativa se relaciona con las habilidades técnico- burocráticas del aparato estatal requeridas para instrumentar sus objetivos oficiales. **(Rosas & Montes, 2013)**. Dentro de este componente, se tienen dos dimensiones: los recursos humanos que conforman la institución y la organización en sí misma **(Rosas, 2008)**.

En la primera dimensión ”se hace referencia al número, variedad y cargos de funcionarios; a los factores organizativos y de procedimiento de recursos humanos, que regulan aspectos como el reclutamiento, la promoción, los salarios y el escalafón; a la formación/capacitación de los recursos humanos y al desarrollo del aparato organizacional estatal; a la concentración de expertos a partir del reclutamiento basado en el mérito y las oportunidades ofrecidas para obtener promociones y ascensos de una carrera profesional de largo plazo; sistema de premios y castigos; capacidad individual de los actores responsables de tareas en términos de información, motivación, conocimiento/comprensión y destrezas requeridas, entre otros aspectos”. **(Rosas, 2008)**

En la dimensión la organización “se pone atención a la disponibilidad de recursos financieros necesarios para la realización de tareas previstas; a las responsabilidades, propósitos y funciones de la organización; a la estructura y distribución de funciones y responsabilidades; a la forma de organización; a la autoridad jurídica para hacer que otras instituciones acaten sus programas; a los sistemas de gestión para mejorar el desempeño de tareas y funciones específicas; a la relación, coordinación y colaboración intergubernamental; al tipo y características de las políticas y programas que diseñan y aplican; a las leyes, normas y, en general, "reglas del juego" que gobiernan las relaciones entre los actores involucrados, entre otros elementos.” **(Rosas, 2008)**

A su vez también existe consenso en que la capacidad política se asocia a “la interacción política que, enmarcada en ciertas reglas, normas y costumbres, establecen los actores del Estado y el régimen político con los sectores socioeconómicos y con aquellos que operan en el contexto internacional” **(Rosas & Montes, 2013)**. En este componente resaltan varios factores, entre los que destacan: a) la participación política, es decir, quiénes participan y cómo lo hacen; b) la negociación, esto es, la voluntad política entre los atores y sus formas de negociación; y c) la lucha de poder, o qué tanto los actores aceptan la distribución existente de poder **(Rosas, 2008)**.

En conclusión, la capacidad institucional no dependerá solamente de un correcto manejo de sus recursos humanos y de sus competencias técnicas, sino que también de comprender quienes son los *stakeholders* ligados a la institución y bajo que reglas o motivaciones estos realizan sus acciones. En otras palabras, “la capacidad administrativa y la capacidad política constituyen los pilares sobre los que se estructura la capacidad institucional y por tanto es necesario tomar ambas concepciones para el análisis de dicho concepto” **(Rosas, 2008)**.

III. Descripción Metodológica

3.1 Descripción y Justificación de la investigación

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.

Una coordinación deficiente entre distintos niveles de atención produce los siguientes efectos para los pacientes **(Organización Panamericana de la Salud, 2011)**:

- 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 **(Organización Panamericana de la Salud, 2011)**:

- 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

Actualmente no existen trabajos que evalúen el funcionamiento de sistemas de referencia y contrarreferencia, lo cual es relevante, ya que todo paciente que se moviliza desde un nivel de atención a otro se debería ver inmerso en dicho proceso. Ante ello, surgen las preguntas de investigación: ¿Cómo un sistema de referencia y contrarreferencia aporta y/o debiera aportar a la coordinación en la atención de un paciente al interior de una red de servicios de salud públicos? ¿Cómo funcionan actualmente los procesos de referencia y contrarreferencia al interior de la Red del SSMOCC? ¿Cómo avanzar hacia el mejoramiento de un sistema de referencia y contrarreferencia en un conjunto de establecimientos de la Red del SSMOCC?

Entender cuál es el aporte, y lograr vislumbrar factores claves en el éxito de este sistema, traducidas en recomendaciones de implementación y gestión, tiene consecuencias en la eficiencia del uso de los recursos de los establecimientos, y, por, sobre todo, en la provisión de una atención de salud oportuna y de calidad a los pacientes.

La principal diferencia que tiene este estudio con lo propuesto hasta ahora por la literatura es que se explora el contexto específico de establecimientos de salud en Chile, logrando

tener una visión desde el médico de atención primaria, médico de especialidad, funcionarios en cargos de gestión de la red y el paciente.

3.2 Objetivos

Objetivo General

Realizar un diagnóstico y proponer lineamientos de política pública para una mejora en la gestión de los procesos de referencia y contrarreferencia, basado en el caso de estudio del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, 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.

Objetivos Específicos

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

- Describir los procesos de referencia y contrarreferencia en el SSMOCC.
- Identificar cuáles son las variables claves, según los actores involucrados, que influyen en un sistema de referencia y contrarreferencia.
- Evaluar el funcionamiento actual del sistema de referencia y contrarreferencia en el SSMOCC
- Realizar análisis comparado del funcionamiento de los procesos de referencia y contrarreferencia con otros establecimientos del país
- Identificar las principales dificultades y proponer como debería avanzar el país en políticas que mejoren los procesos de referencia y Contrarreferencia

3.3 Alcances

El alcance del presente trabajo será proponer lineamientos de política pública para una gestión de referencia y contrarreferencia, basándonos en el caso de estudio del 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.

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,

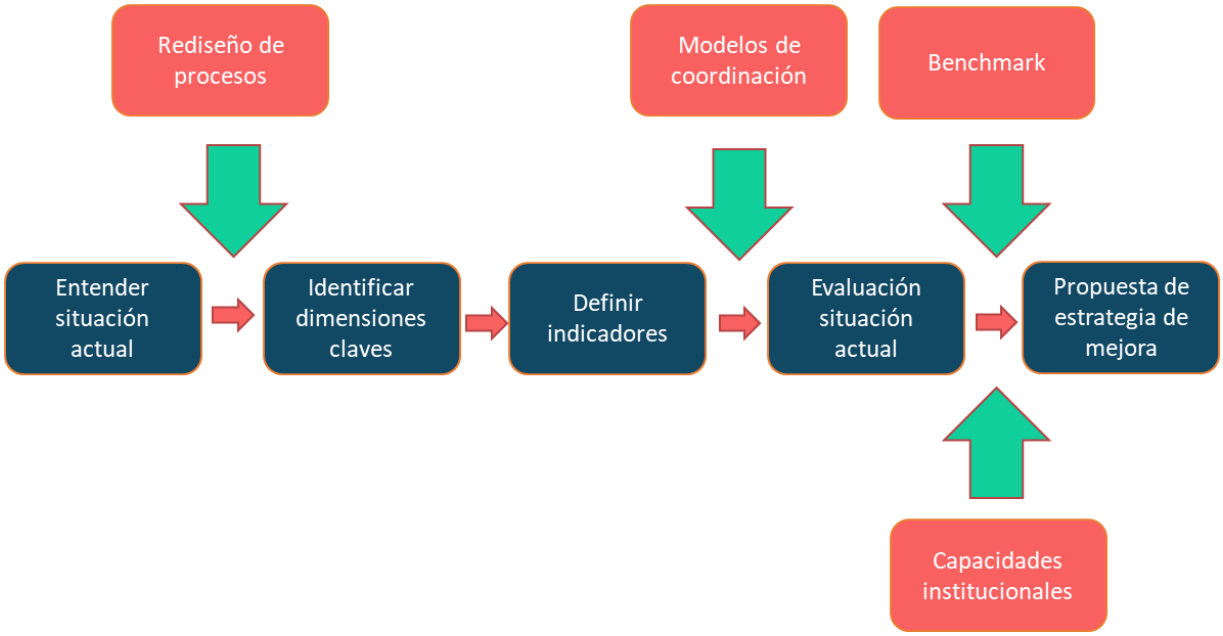
estandarizarlos, definir las dimensiones claves, evaluar las distintas componentes de la coordinación asistencial, identificar brechas y dificultades, definir propuesta de mejora y política pública.

Finalmente, no se incluye la implementación de la propuesta dentro de los alcances de la tesis.

3.4 Metodología

La estructura metodológica es posible observarla en la **Ilustración 5**. La metodología de este estudio es mixta-evaluativa y sigue la lógica de procesos propuesta por Oscar Barros (2003), es decir: (i)Levantamiento de la situación actual, (ii)Identificar variables claves del proceso, (iii) Evaluar el proceso y (iv)Proponer lineamientos a seguir. Para la fase de evaluación de la situación actual, se diseñará un instrumento desde la perspectiva de evaluación de modelo de coordinación. Esta evaluación incluirá también un análisis de las capacidades institucionales del SSMOCC, que permita comprender el por qué se da la situación actual. Se hará una comparación, con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), de la situación actual y de las capacidades institucionales por medio de un *benchmark*. Por último, se realizará un análisis global de la información, lo que permitirá establecer direcciones de cambios y propuestas de mejora.

Ilustración 5: Estructura de Metodología



Fuente: Elaboración Propia.

Para ello se realizarán entrevistas semiestructuradas, y se analizarán los datos de los pacientes que se mueven de un nivel a otro, que permitan describir cualitativa y cuantitativamente los procesos de referencia y contrarreferencia. En la Tabla 3 se detalla

para cada objetivo sus etapas de la investigación correspondiente, la técnica utilizada y las fuentes de información para ello.

Tabla 3: Detalle de Etapas de la Investigación

Objetivo	Etapas de la investigación	Técnica utilizada	Fuentes de información
Describir los procesos de referencia y contrarreferencia en el SSMOCC	1: Modelar Procesos de referencia y contrarreferencia	Entrevista Semiestructurada	Transcripción de entrevistas y Base de datos RAYEN
	2. Describir cualitativamente el proceso		
	3. Describir Cuantitativamente el proceso	Análisis estadístico	
Identificar cuáles son las variables claves	4.Consultar a actores del proceso de referencia y contrarreferencia	Entrevista Semiestructurada	Transcripción de entrevistas
Evaluar el funcionamiento actual	6. Definir Indicadores	Sistematización documental de fuentes secundarias	Transcripción de entrevista, Marco Conceptual y documentos secundarios
	7. Evaluar Situación Actual	-Análisis de indicadores -Entrevistas semiestructuradas	
Realizar análisis comparado con otros establecimientos del país y el extranjero	8: Benchmarking Nacional Cuantitativo	Análisis Estadístico	Transcripción de entrevistas, Base de datos RAYEN, Transparencia y documentos secundarios
		Sistematización documental de fuentes secundarias	
	9: Benchmarking Nacional Cualitativo	Entrevistas semiestructuradas.	
Identificar principales dificultades y proponer como debería avanzar	10. Análisis global de la información.	Análisis de los resultados	Transcripción de entrevistas, resultados y benchmark

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa, la principal fuente de información para la investigación son las entrevistas semiestructuradas. Dado que se realiza un gran número de entrevistas, en la Tabla 4 se detallan los actores a los cuales se les entrevistará. Los números de entrevistas fueron determinados en cuanto se saturaba la información, por lo cual ya no era necesario seguir entrevistando al mismo tipo de actores. La lógica de la elección de los entrevistados era tener actores desde las distintas perspectivas de los procesos de referencia y contrarreferencia, es decir, médico de atención primaria, médico de especialidad, administrativos y personas en cargos de gestión encargados de supervisar el funcionamiento de los procesos. Además, se entrevistó en ambos hospitales de la provincia de Talagante, y en 4 establecimientos distintos de atención primaria. Para realizar el *benchmark* se entrevistó a actores del SSMSO, específicamente, al referente

de coordinación, y profesional a cargo de la capa de integración de la referencia y contrarreferencia. Finalmente, con el propósito tener un juicio de experto, con el cual contrastar las dificultades y propuestas, se entrevistó al gerente general de un proveedor de Tecnologías de Información y Comunicación en Salud.

Tabla 4: Detalle de entrevistas a realizar

Rol	Cargo	Institución
Médico Especialista	Médico Especialista (5)	Hospital de Peñaflor
	Médico Especialista (8)	Hospital de Talagante
Médico APS	Médico APS (2)	CESFAM Isla de Maipo
	Médico APS (3)	CESFAM Peñaflor
Gestor	Jefe de SOME	CESFAM Isla de Maipo
	Jefe de SOME	CESFAM Peñaflor
	Jefe de SOME	CESFAM Monckeberg
	Jefe de SOME	Hospital de Peñaflor
	Jefe de SOME	Hospital de Talagante
	Médico Contralor	CESFAM Isla de Maipo
	Médico Contralor	CESFAM Peñaflor
	Médico Contralor	CESFAM Monckeberg
	Jefe de Planificación y Control de Gestión	Hospital de Peñaflor
	Jefe de Planificación y Control de Gestión	Hospital de Talagante
	Director	Hospital de Talagante
	Jefe de TICS	Hospital de Talagante
	Director	CESFAM Monckeberg
	Jefe Departamento de Coordinación de la Red	Dirección del SSMOCC
Referentes Coordinación RM	Referente Coordinación	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
	Profesional a cargo de equipo de referencia y contrarreferencia	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Experto Tecnología Salud	Gerente General	Proveedor de Tecnología de Información y Comunicación en Salud

3.4.1 Plan de análisis de la información

3.4.1.1 Evaluación de procesos de referencia y contrarreferencia

Para evaluar el funcionamiento de los procesos de referencia y contrarreferencia, se utilizará la estructura de análisis presentada en la **Ilustración 3**. Para ello, se definen y adaptan indicadores que miden aspectos estructurales, de proceso y resultado de la coordinación entre niveles asistenciales, tanto desde la perspectiva de la información como de la gestión.

Cabe destacar que los indicadores de esta sección no buscan hacerse cargo del monitoreo ni control de los procesos, si no que buscan ser un insumo para identificar los principales nodos críticos del sistema de referencia y contrarreferencia. Es instrumental para el diagnóstico, y no coincide necesariamente con los indicadores propuestos más en las recomendaciones de esta tesis.

Con respecto a la componente de la información, la **¡Error! No se encuentra el origen e la referencia.** muestra los indicadores propuestos para evaluar la situación actual. 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.

Tabla 5: 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 modelo propuesto por Henao Martínez (2009).

La **Tabla 6** muestra los indicadores propuestos para evaluar la situación actual la componente de gestión. 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.

Tabla 6: 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 modelo propuesto por Henao Martínez (2009).

3.4.1.2 Evaluación de Capacidades institucionales

Para evaluar las capacidades institucionales en torno a la gestión de los procesos de referencia y contrarreferencia se utilizará la metodología propuesta por Rosas (2008), la cual fue detallada en los antecedentes conceptuales. Para ello, se definen y adaptan indicadores que buscan medir la componente administrativa y política de la capacidad institucional.

La **Tabla 7** muestra los indicadores propuestos para evaluar la componente de la capacidad administrativa. Es posible notar que los indicadores de la dimensión de “recursos humanos” buscan profundizar en las características de los equipos internos, los proceso de como llegan a formarse, y con qué competencias cuentan quienes los conforman. La dimensión de “La organización” busca indagar en la forma en la cual la institución realiza su gestión, los recursos con los cuales cuenta y las estructura y/o roles definidos para ello. Cabe destacar en el caso de esta tesis, se analizará pensando en la tarea de gestionar los procesos de referencia y contrarreferencia.

Tabla 7: Indicadores asociados a la componente administrativa de la evaluación de capacidades institucionales

Capacidad Administrativa	**Recursos Humanos**	Número, variedad y cargos de funcionarios
		Procedimientos que regulan aspectos como el reclutamiento, la promoción, los salarios y el escalafón.
		Formación/capacitación de los recursos humanos
		Capacidad individual de los actores responsables de tareas en términos de información, motivación, conocimiento/comprensión y destrezas requeridas
	La Organización	Disponibilidad de recursos financieros necesarios para la tarea prevista
		Responsabilidades, propósitos y funciones de la organización
		Estructura y distribución de funciones y responsabilidades
		Sistemas de gestión para mejorar el desempeño de tareas y funciones específicas
		Relación, coordinación y colaboración intergubernamental

Fuente: Elaboración propia, basado en Rosas (2008)

La **Tabla 8** muestra los indicadores propuestos para evaluar la componente de la capacidad política. Es posible notar que la dimensión de *participación política* busca entender quienes los actores ligados a la tarea de gestionar los procesos de referencia y contrarreferencia, y mediante que instancias ellos participan en ella. La dimensión de *negociación* permite un acercamiento del mapa de poder existente, y cómo estos actores negocian las decisiones. Por último, la dimensión de *lucha de poder* busca entender si es que los actores aceptan el poder, y en qué acciones se traduce dicha aceptación o rechazo.

Tabla 8:Indicadores asociados a la componente política de la evaluación de capacidades institucionales

Capacidad Política	**Participación Política**	Quiénes participan y cómo lo hacen
	Negociación	Voluntad política entre los actores y sus formas de negociación
	Lucha de poder	Qué tanto los actores aceptan la distribución de poder existente

Fuente: Elaboración propia, basado en Rosas (2008)

IV. Resultados

4.1 Dimensiones claves en las cuales aporta un sistema de referencia y contrarreferencia

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

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.

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 sean 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.

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.

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.

Lo anterior es posible esquematizarlo en la **Tabla 9**, en el cual se muestran las principales dimensiones valoradas por los actores.

Tabla 9: Síntesis de percepciones de dimensiones claves

Dimensiones en que aporta Valor un Sistema Referencia y Contrareferencia			
Atención primaria	**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
	Complementariedad del tratamiento (programas específicos)	Oportunidad de coordinación	Continuidad de la atención

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas

4.2 Situación actual del proceso de referencia y contrarreferencia

4.2.1 Modelamiento y narrativa del proceso de referencia actual

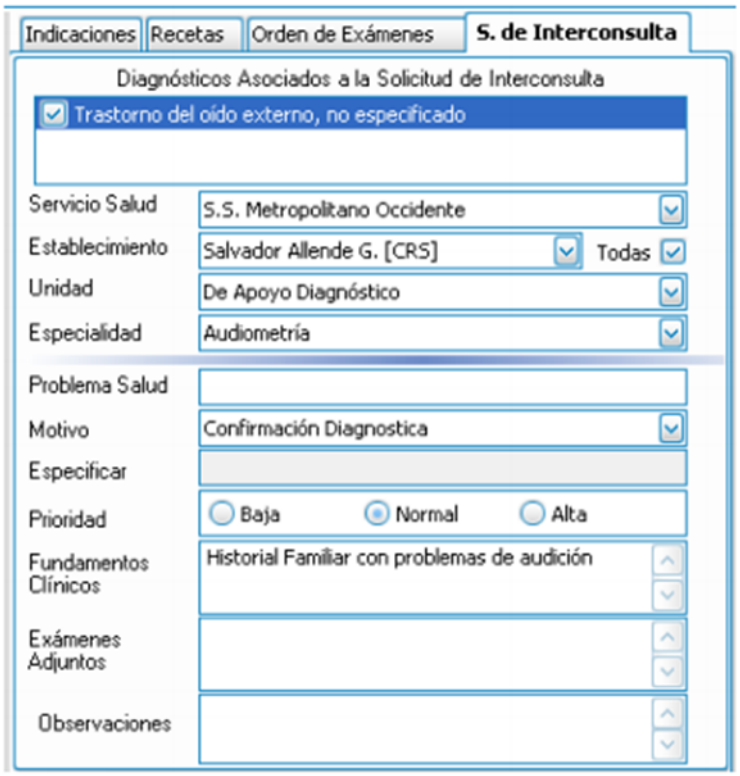
Atención Facultativo

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 6: Módulo de interconsulta de Rayen



Fuente: Interfaz de Rayen en APS

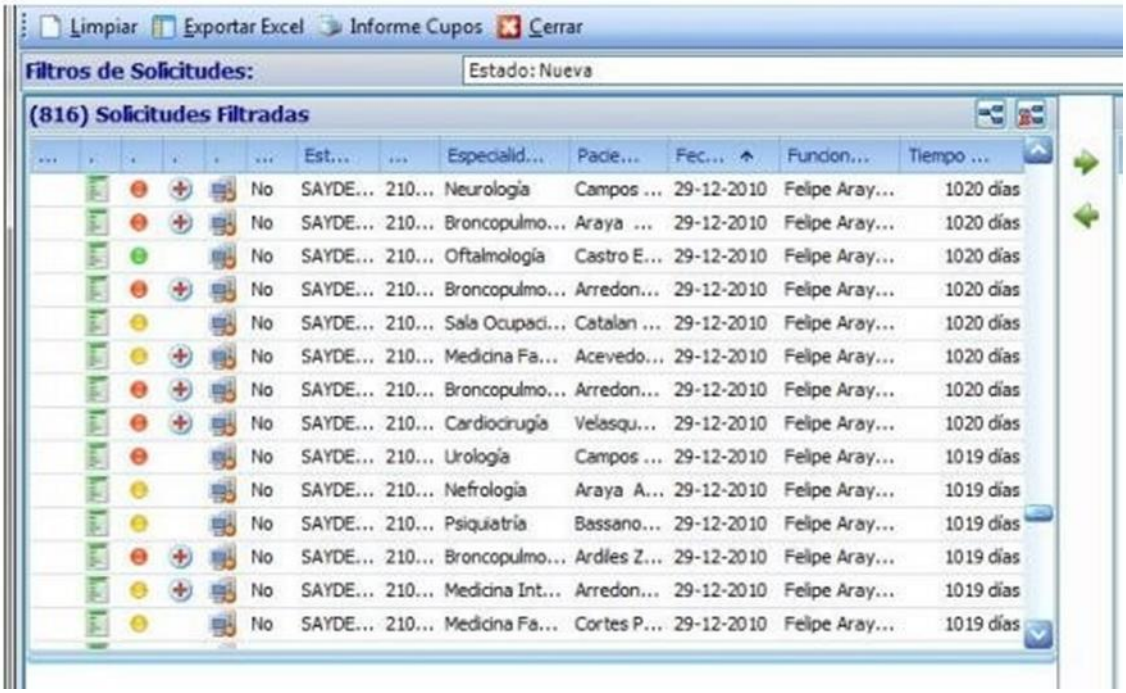
En la **Ilustración 6** se observa que la interconsulta contiene información del establecimiento a derivar, especialidad, problema de salud, prioridad, fundamentos

clínicos, exámenes y/u 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 7**, 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 de la asignación de tiempo al cargo de médico contralor según el establecimiento de APS.

Ilustración 7: Visualización en Rayen de interconsultas médico contralor



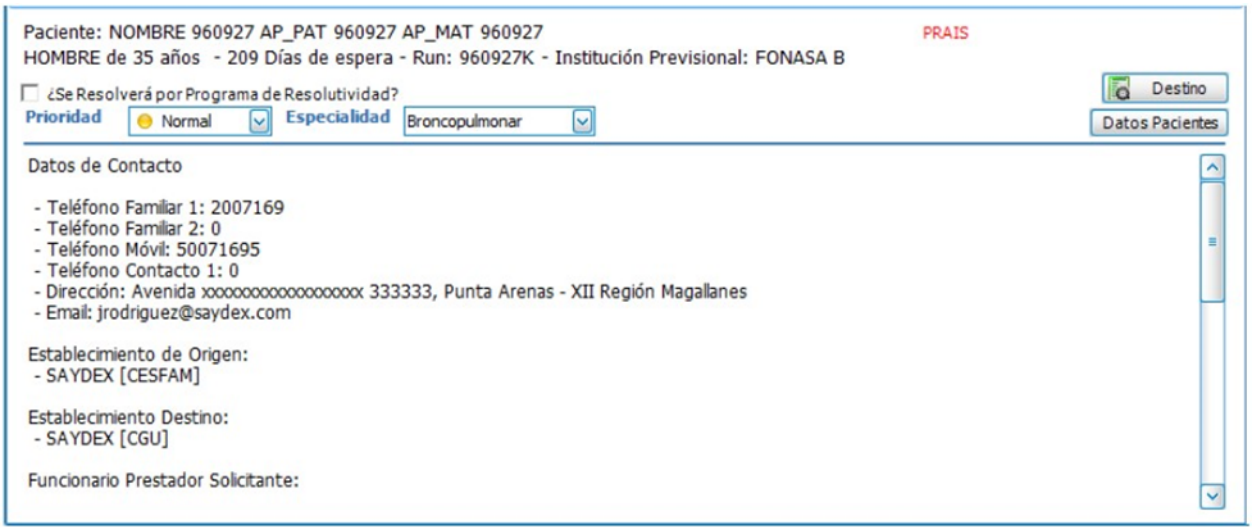
...	.	.	.	.	...	Est...	...	Especialid...	Pacie...	Fec...	Funcion...	Tiempo ...
					No	SAYDE...	210...	Neurología	Campos ...	29-12-2010	Felipe Aray...	1020 días
					No	SAYDE...	210...	Broncopulmo...	Araya ...	29-12-2010	Felipe Aray...	1020 días
					No	SAYDE...	210...	Oftalmología	Castro E...	29-12-2010	Felipe Aray...	1020 días
					No	SAYDE...	210...	Broncopulmo...	Arredon...	29-12-2010	Felipe Aray...	1020 días
					No	SAYDE...	210...	Sala Ocupaci...	Catalan ...	29-12-2010	Felipe Aray...	1020 días
					No	SAYDE...	210...	Medicina Fa...	Acevedo...	29-12-2010	Felipe Aray...	1020 días
					No	SAYDE...	210...	Broncopulmo...	Arredon...	29-12-2010	Felipe Aray...	1020 días
					No	SAYDE...	210...	Cardiocirugía	Velasqu...	29-12-2010	Felipe Aray...	1020 días
					No	SAYDE...	210...	Urología	Campos ...	29-12-2010	Felipe Aray...	1019 días
					No	SAYDE...	210...	Nefrología	Araya A...	29-12-2010	Felipe Aray...	1019 días
					No	SAYDE...	210...	Psiquiatría	Bassano...	29-12-2010	Felipe Aray...	1019 días
					No	SAYDE...	210...	Broncopulmo...	Ardíles Z...	29-12-2010	Felipe Aray...	1019 días
					No	SAYDE...	210...	Medicina Int...	Arredon...	29-12-2010	Felipe Aray...	1019 días
					No	SAYDE...	210...	Medicina Fa...	Cortes P...	29-12-2010	Felipe Aray...	1019 días

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 el relleno de datos, equivocación en el establecimiento de derivación) entonces edita la interconsulta y la valida.

En la **Ilustración 8** se observa un ejemplo de interconsulta, en donde se puede cambiar los campos de prioridad, especialidad y destino.

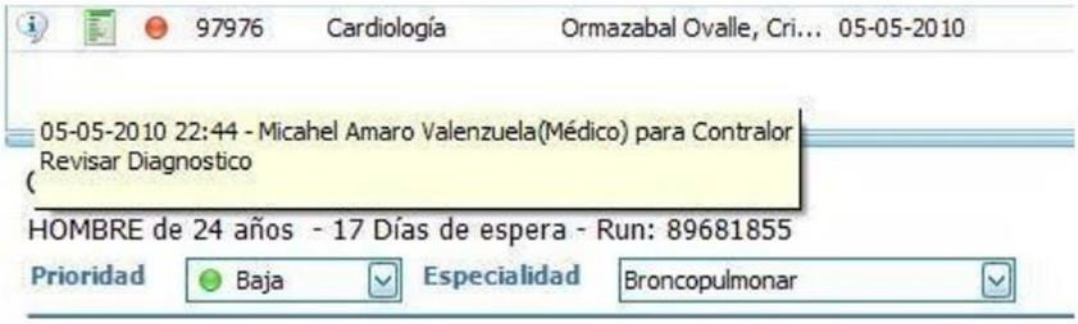
Ilustración 8: Ejemplo de interconsulta en Rayen



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 9**), 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 qué 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 9: 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

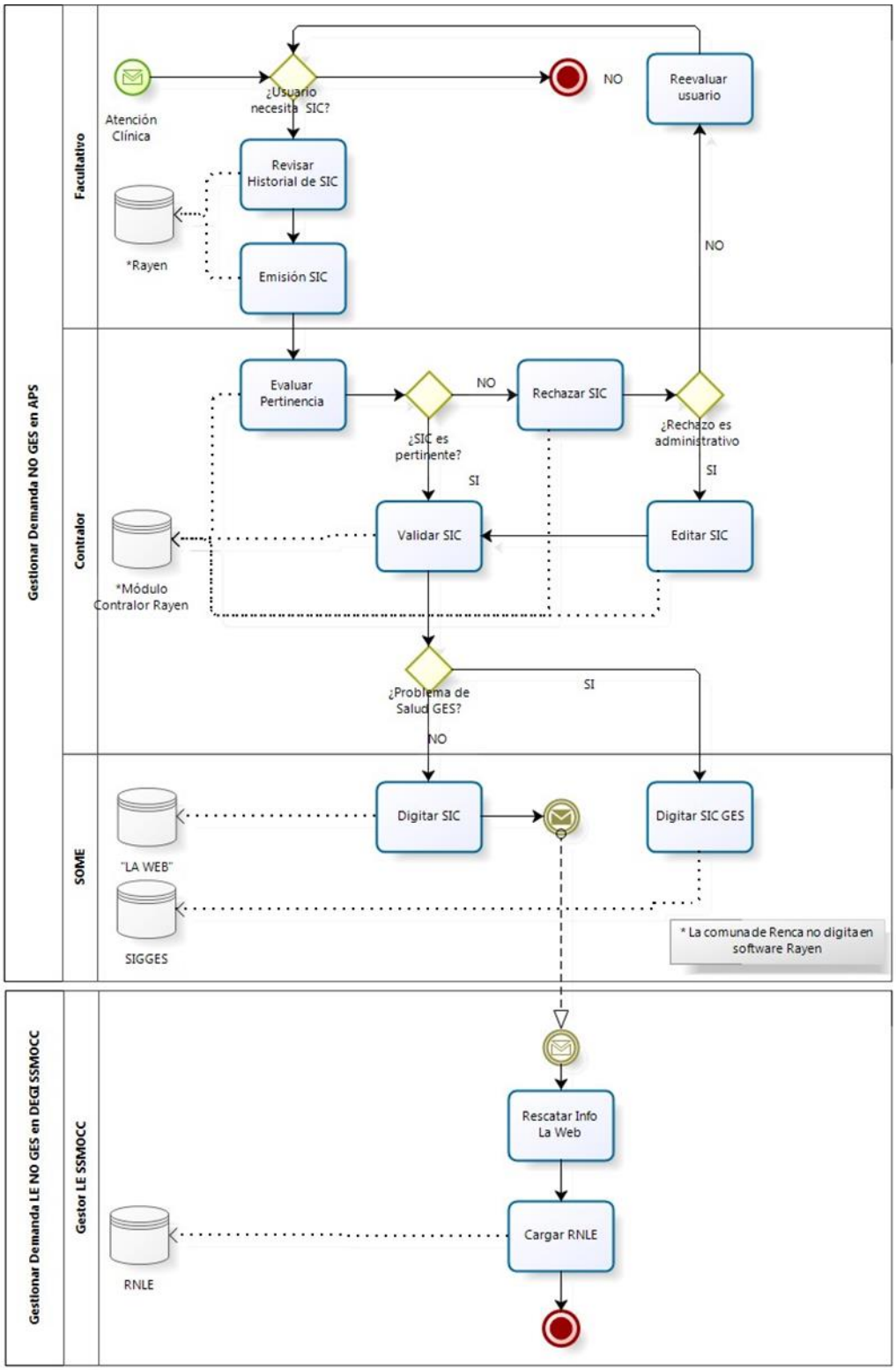
Una vez elaborada la lista de pacientes agendados, se llaman a sus domicilios para informarles sus horas y consultarles si confirman el uso de ella. En caso de no contestar en reiteradas ocasiones (no hay establecido un número máximo, varía el criterio, pero mínimo 3 veces, luego de esto, es llamado 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 10** es posible ver el modelamiento en BPMN del proceso de referencia.

Ilustración 10: BPMN Proceso de Referencia



Fuente: Elaboración propia

4.2.2 Modelamiento y narrativa del proceso de contrarreferencia actual

Actualmente la red no cuenta con un proceso formal y unificado de contrarreferencia. Sin embargo, durante el levantamiento de información fue posible identificar ciertas buenas prácticas, pilotos o intentos de sistematización que pueden ser consideradas como procesos de contrarreferencia en el Polo de Talagante.

- Las especialidades que ven enfermedades cardiovasculares en el Hospital de Talagante y Hospital de Peñaflor declaran que cuando deben modificar el tratamiento de pacientes que siguen algún programa en APS, algunas veces le entregan un papel a la persona, en el cual notifican los cambios que hicieron en la medicación, 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. Dichas condiciones están relacionadas con el manejo que debería tener el paciente.
- Cardiología del Hospital de Talagante señala que, en casos puntuales, rellena la misma ficha de interconsulta por escrito, y la envía mediante el paciente.
- La dirección del SSMOCC desarrolló una herramienta llamada Sistema de Contrarreferencia (SISCONT) que desde el año 2016 ha buscado pilotear en distintos establecimientos de la red. Precisamente en la provincia de Talagante es el polo en el cual se han puesto los mayores esfuerzos en el piloto, el cual permite que exista un flujo de información entre el hospital y el establecimiento de APS. Se ha intentado que los establecimientos del polo Talagante la ocupen, pero según la Base de Datos de SISCONT durante el año 2017 solo el 9,3% de las potenciales contrarreferencias se han emitido, no habiendo roles ni acompañamiento claros determinados. A continuación, se narrará el proceso de contrarreferencia que la dirección del SSMOCC ha intentado impulsar ligado al SISCONT.

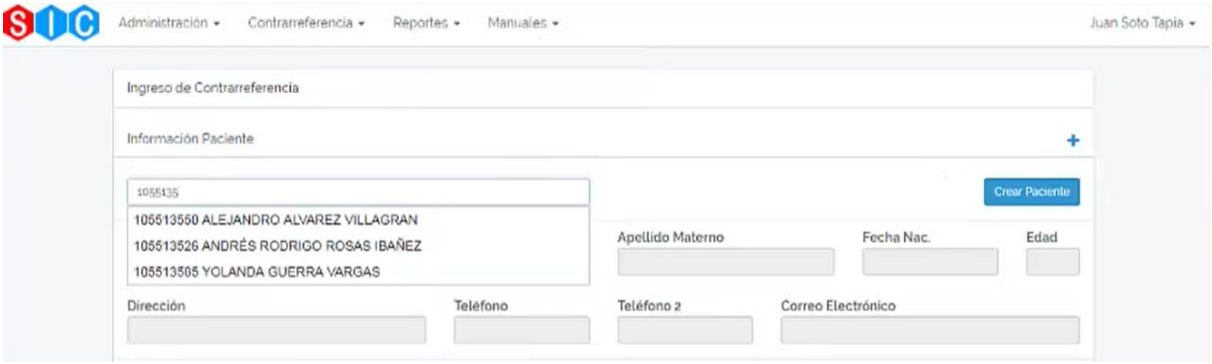
4.2.2.1 Proceso de contrarreferencia propuesto por la dirección del SSMOCC

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 11** muestra cómo el médico busca una referencia en la plataforma: ingresa el Rut y se despliega una lista con el nombre del paciente. Esta base de datos es cargada desde la lista de espera, por lo cual, todos los pacientes que sigan el proceso regular deberían aparecer.

Ilustración 11: Interfaz desplegable registro de contrarreferencia

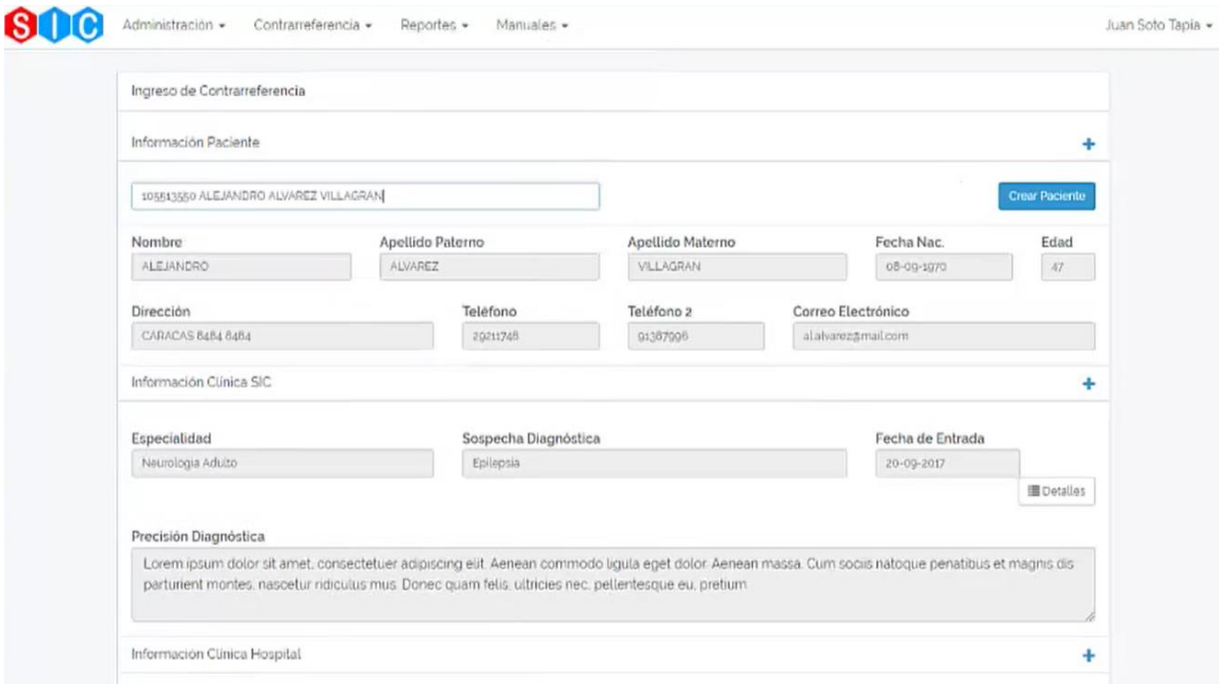


Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

Si es que al ingresar el Rut no aparece el paciente, debe ingresar sus datos de forma manual. Este se realiza haciendo click en “Crear Paciente”.

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 12** 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 12: Información de SIC que aparece en SISCONT



Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

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 13**.

Ilustración 13: Visualización especialista de información clínica del hospital

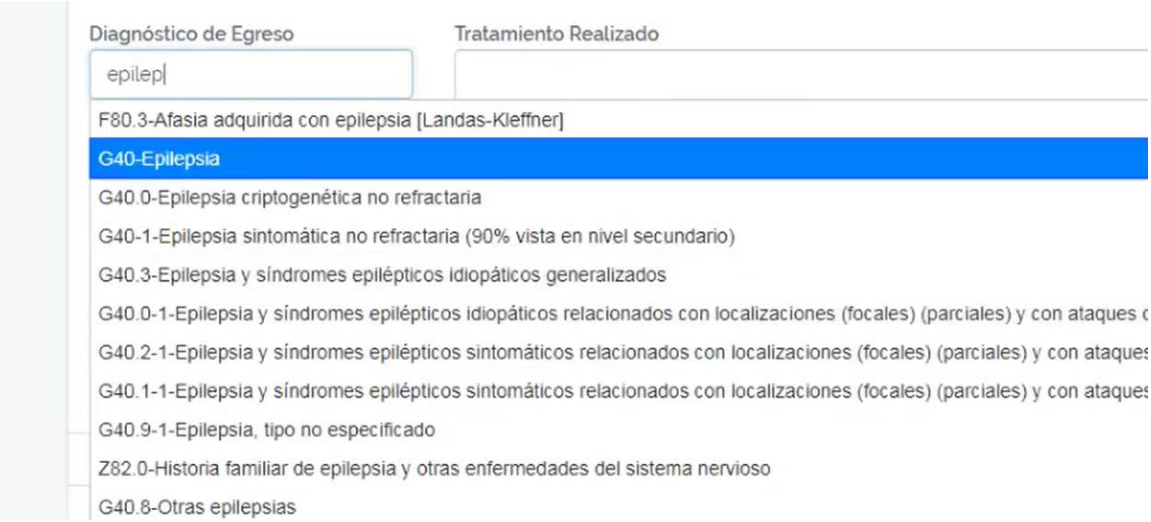
Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

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 14**, este campo es autocompletado entre una lista de diagnósticos (codificación CIE10)

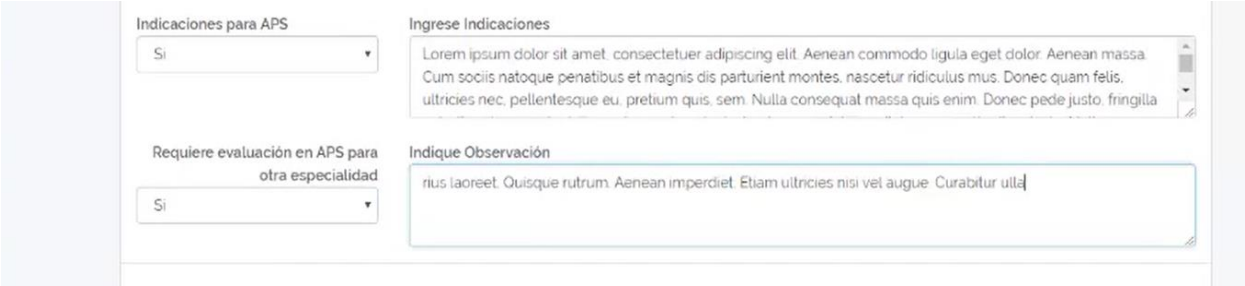
Ilustración 14: Diagnóstico de Egreso CIE10



Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

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 15**. En caso de registrar NO, este campo no se visualizará.

Ilustración 15: Campo desplegable de SISCONT con Indicaciones para APS

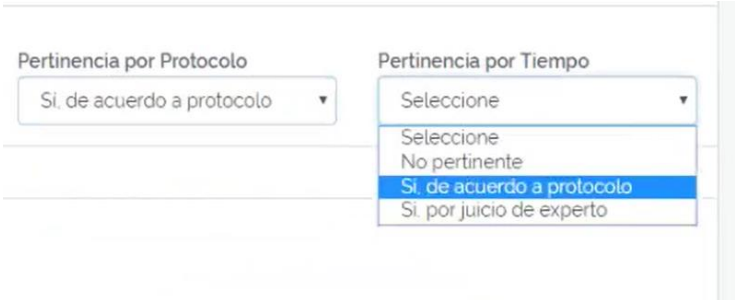


Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

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.

A continuación, debe completar los campos que hacen alusión a la pertinencia, tal como ve en la **Ilustración 16**. 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 16: Campo SISCONT acerca de Pertinencia según protocolo y tiempo

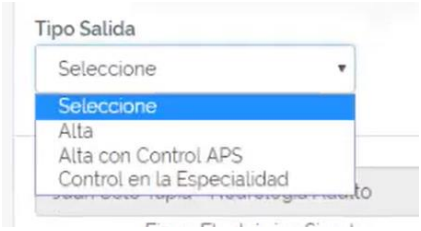


Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

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”.

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”.

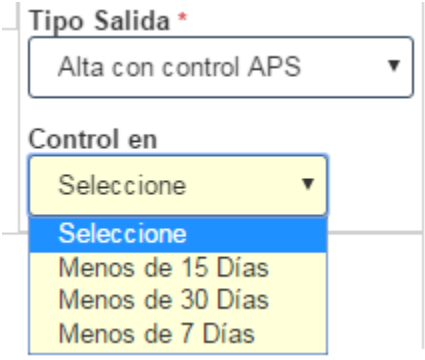
Ilustración 17: Opciones de salida de contrarreferencia en SISCONT



Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

Como se observa en la **Ilustración 18**, 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.

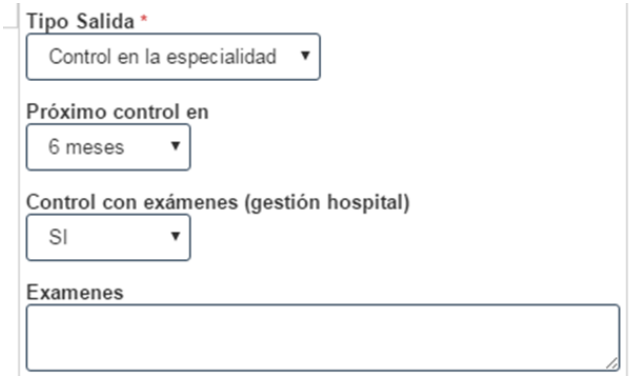
Ilustración 18: Campo desplegable salida: Alta con control APS



Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

Como se observa en la **Ilustración 19** , 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.
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.

Ilustración 19: Campo desplegable salida: control en especialidad



Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

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 20**.

Ilustración 20: Documento físico de contrarreferencia ambulatoria

ESTABLECIMIENTO QUE CONTRARREFIERE

Servicio de Salud: Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Establecimiento: Hospital San Juan de Dios **Especialidad:** Neurologia Adulto

PACIENTE

R.U.N.: 10551355-0 **Edad:** 47

Nombre: ALEJANDRO ALVAREZ VILLAGRAN

SE DERIVA PARA SER ATENDIDO EN

Servicio de Salud: Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Establecimiento: Cesfam Cerro Navia

Diagnostico: Epilepsia

Tratamiento: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et magnis dis parturient montes, nascetur ridiculus mus. Donec quam felis, ultricies nec, pellentesque eu, pretium quis, sem. Nulla consequat massa quis enim. Donec pede justo, fringilla vel, aliquet nec, vulputate eget, arcu. In enim justo, rhoncus ut, imperdiet a, venenatis vitae, justo. Nullam dictum felis eu pede mollis pretium. Integer tincidunt. Cras dapibus. Vivamus elementum semper nisi. Aenean vulputate eleifend tellus. Aenean leo ligula, porttitor eu, consequat vitae, eleifend ac, enim. Aliquam lorem ante, dapibus in, viverra quis, feu

Indicaciones APS: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et magnis dis parturient montes, nascetur ridiculus mus. Donec quam felis, ultricies nec, pellentesque eu, pretium quis, sem. Nulla consequat massa quis enim. Donec pede justo, fringilla vel, aliquet nec, vulputate eget, arcu. In enim justo, rhoncus ut, imperdiet a, venenatis vitae, justo. Nullam dictum felis eu pede mollis pretium. Integer tincidunt. Cras dapibus. Vivamus elementum semper nisi. Aenean vulputate eleifend tellus. Aenean leo ligula, porttitor eu, consequat vitae, eleifend ac, enim. Aliquam lorem ante, dapibus in, viverra quis, feu

Indicaciones evaluación en APS para otra especialidad:rius laoreet. Quisque rutrum. Aenean imperdiet. Etiam ultricies nisi vel augue. Curabitur ulla

Pertinencia por Protocolo: Si, de acuerdo a protocolo **Pertinencia por Tiempo:** Si, por juicio de experto

Primera Consulta: Si **GES:** Si

Tipo Alta: Alta con Control APS **Próximo Control:** Menos de 15 Dias

PROFESIONAL QUE CONTRARREFIERE

R.U.N.: 13495157 **Especialidad:** Neurologia Adulto

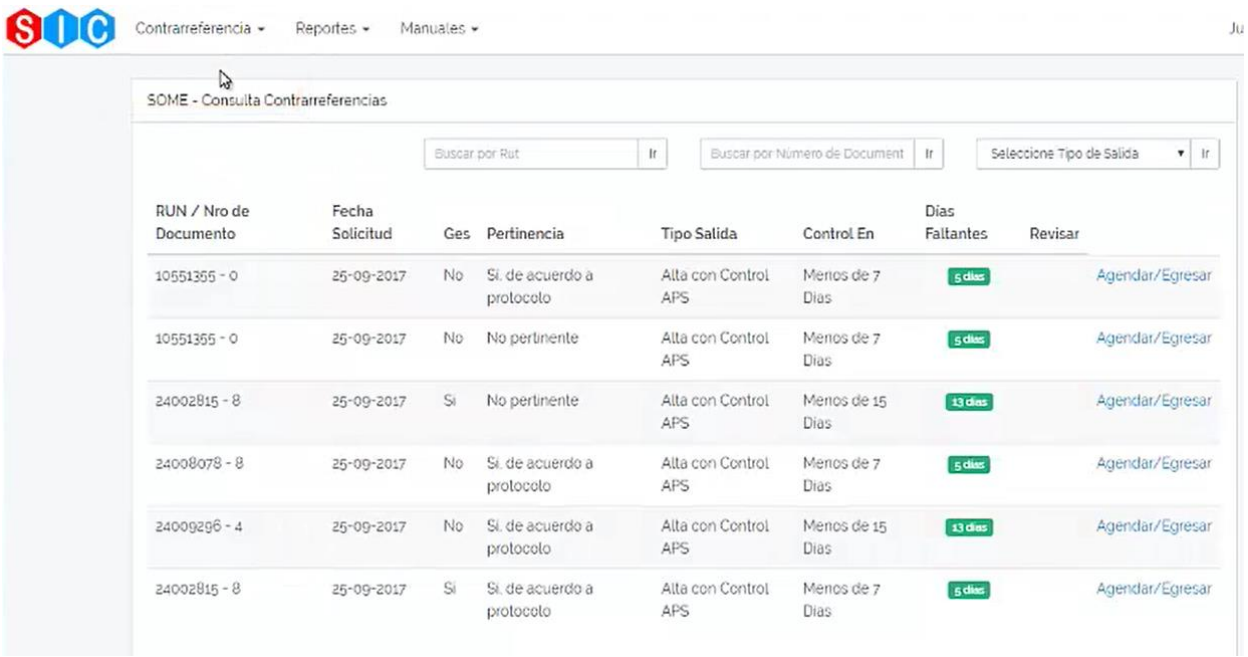
Nombre: Juan Solo Tapia **Fecha:**20-09-2017

Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

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 21**.

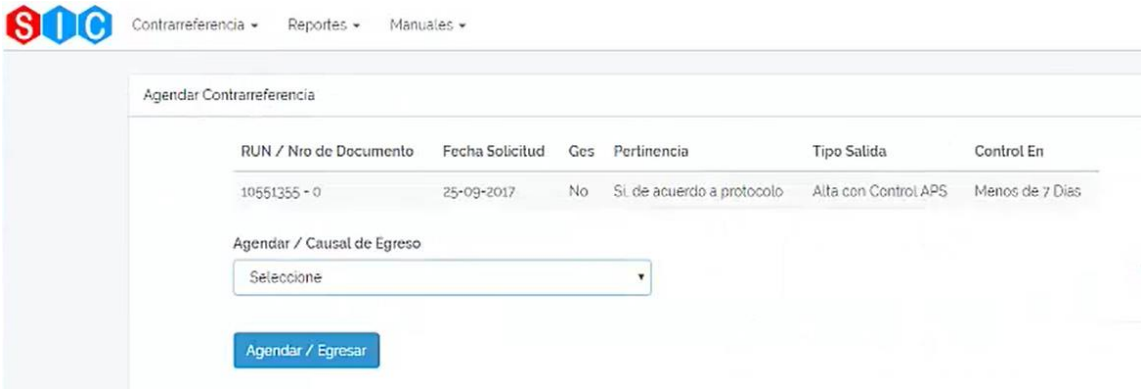
Ilustración 21: Visualización SOME APS del SISCONT



Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

El jefe de SOME debe ingresar a cada contrarreferencia, en los cuales le aparecerán las indicaciones generales que el médico especialista realizó. Además, le aparece si es que este indico que era necesario un control en cierta cantidad de días. Con ello, el jefe de SOME debe tomar la decisión de agendar o egresar, lo cual se puede observar en la **Ilustración 22**.

Ilustración 22: Visualización de una contrarreferencia por SOME APS

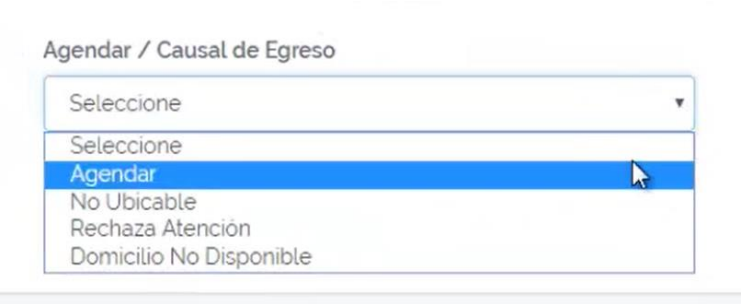


Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

En **Ilustración 23** se muestran las posibles opciones a ejecutar por el jefe de SOME, teniendo como causales de egreso que no fue posible ubicar el paciente, que el paciente

no quiso hacer uso de la atención o que al visitar su domicilio este no correspondía al declarado.

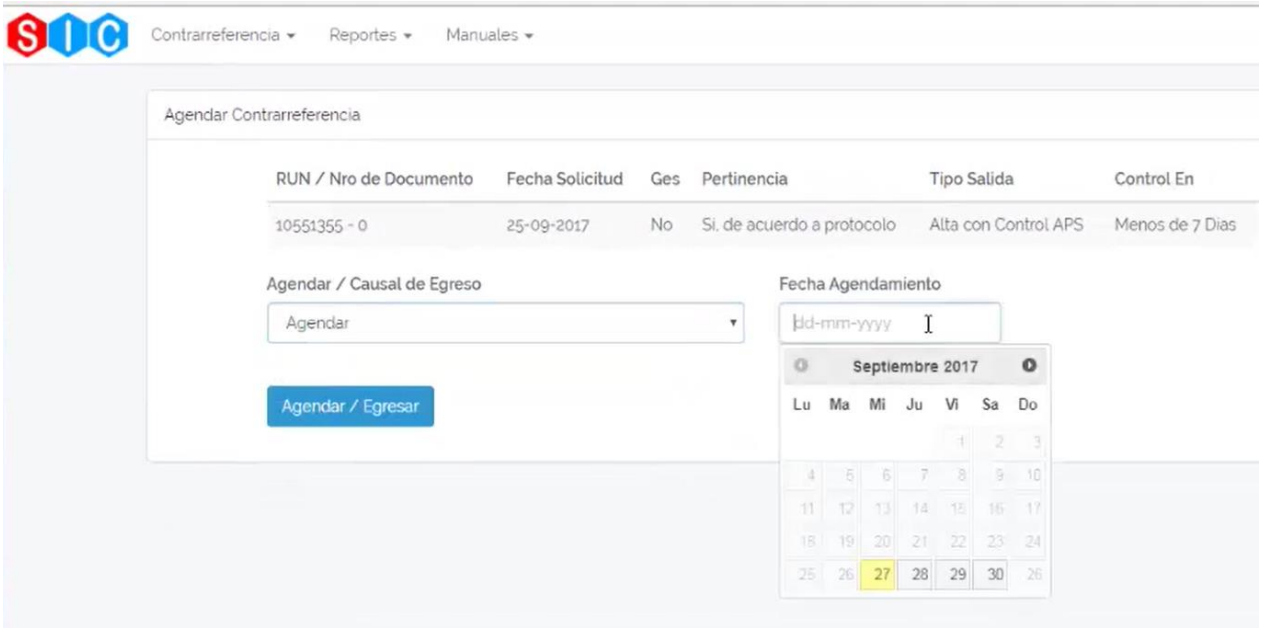
Ilustración 23: Causales de egreso visualización SOME



Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

En caso de que corresponda agendar, el jefe de SOME debe revisar la agenda de los médicos, y seleccionar la fecha para la cual se citará al paciente, tal como se observa en la **Ilustración 24**. Genera una lista de citas, la cual es entregada a callcenter.

Ilustración 24: Visualización agendamiento de horas médicas APS



Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

Finalmente, para que la contrarreferencia pueda ser vista por el médico de APS, el jefe de SOME debe actualizarla, presionar el botón “Agendar/Egresar”. Si es que el SOME no actualiza el estado, la contrarreferencia no aparecerá en la bandeja del médico de APS.

Callcenter

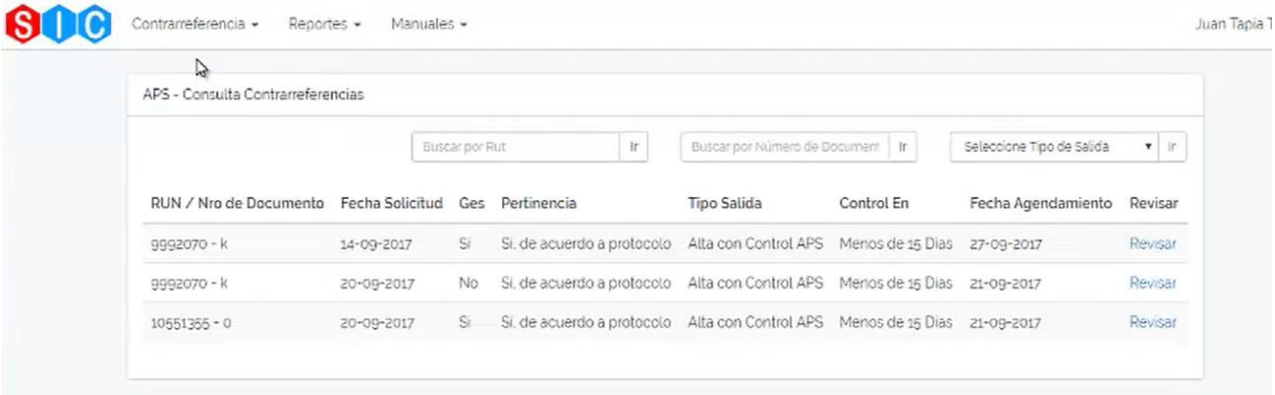
Una vez elaborada la lista de pacientes citados en APS, se llama a sus domicilios para informar sus horas y consultarles si confirma el uso de ella. En caso de no contestar en

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 25**. En ella, con el Rut del paciente, puede ver si es que hay alguna contrarreferencia emitida.

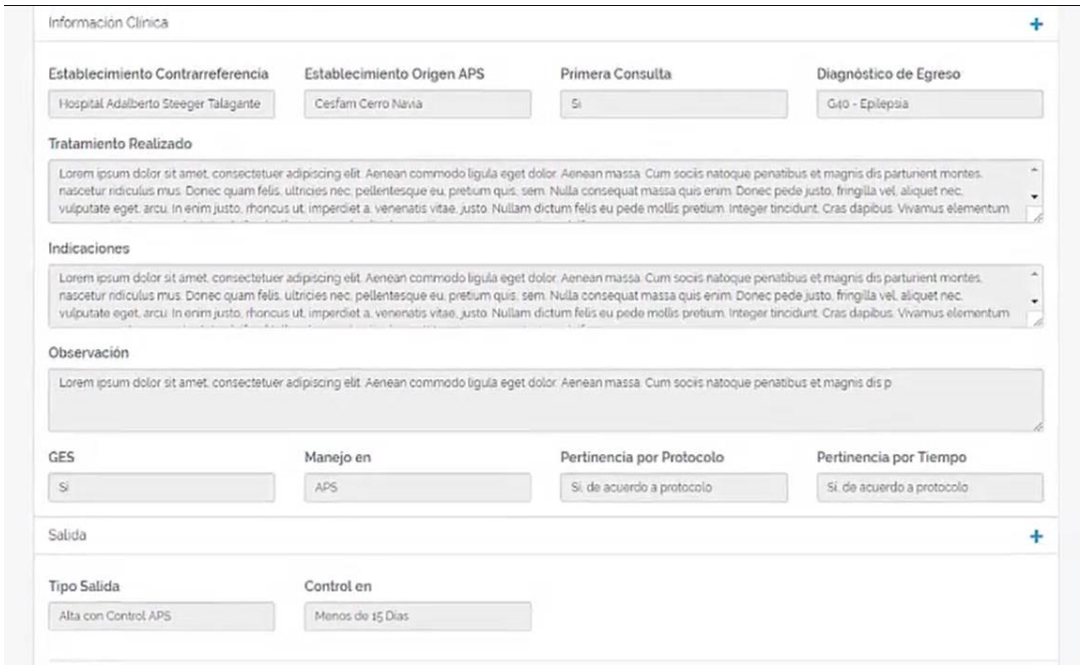
Ilustración 25: Visualización médico APS SISCONT



Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

Si es que hay una contrarreferencia emitida, el médico mira la información y la utiliza para su atención. En la **Ilustración 26**, se observa la información a la cual el médico tiene acceso. Dicha información permite conocer la confirmación de la hipótesis diagnostica, tratamiento realizado al paciente y cuales son las indicaciones (si es que las hay) para APS.

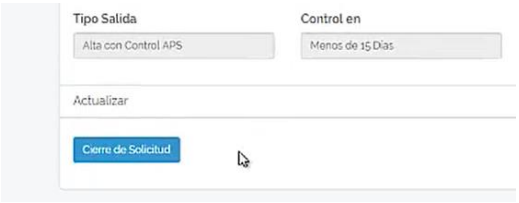
Ilustración 26: Información clínica que observa el médico de APS en SISCONT



Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

Finalmente, una vez realizada la atención, el médico debe cambiar el estado de la contrarreferencia a “Cerrada” (**Ilustración 27**), terminando el proceso.

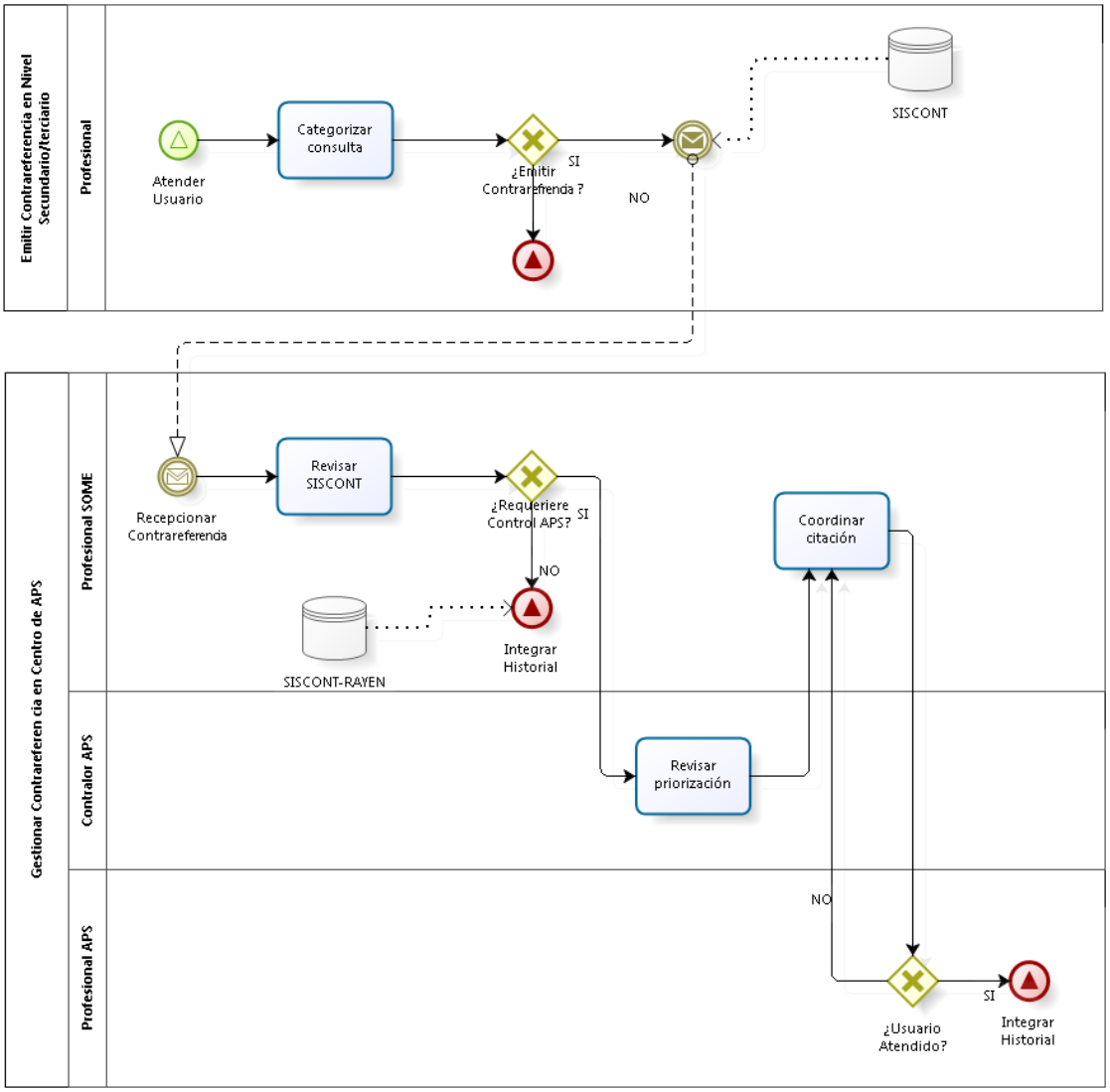
Ilustración 27: Cerrar solicitud y fin del proceso



Fuente: Video Tutorial SISCONT 2017

La **Ilustración 28** muestra el modelamiento en BPMN del proceso de contrarreferencia propuesto por el SSMOCC.

Ilustración 28: BPMN del proceso de contrarreferencia propuesto por el SSMOCC



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

4.3. Descripción cuantitativa del proceso de referencia y contrarreferencia durante el año 2017

4.3.1 Emisión de interconsultas médico 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 **Tabla 10**, se observa que el orden de interconsultas por consultas médicas de especialidad generadas durante el año 2017 desde establecimientos de APS hacia estos hospitales (Talagante y Peñaflor) es del orden de 12 mil. Es posible notar que cada establecimiento de APS tiene un hospital al cual deriva la gran mayoría de sus interconsultas, a excepción del CESFAM Dr. Fernando Monckeberg. 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 el CESFAM Juan Pablo II y CESFAM Peñaflor. En la misma tabla se aprecia que el total de interconsultas emitidas por cada uno de los establecimientos de atención primaria se encuentra en el orden de 2.000 a 3.000 interconsultas al año.

Tabla 10: Caracterización del origen-destino de las interconsultas en la provincia de talagante

	Hospital Talagante	Hospital de Peñaflor	Total
Dr. Alberto Allende [CESFAM]	2842	0	**2842**
Dr. Fernando Monckeberg[CESFAM]	159	455	**614**
El Monte [CESFAM]	1988	0	**1988**
Isla de Maipo [CESFAM]	1836	1	**1837**
Juan Pablo II [CESFAM]	536	2495	**3031**
Peñaflor [CESFAM]	672	1467	**2139**
Total	**8033**	**4418**	**12451**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de interconsultas generadas en Rayen año 2017

Con respecto a cuál es la especialidad a la que se deriva al paciente, por medio de las interconsultas, la **Tabla 11** muestra que cerca 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 3 especialidades: medicina interna, traumatología y pediatría. Esto da señales importantes de cuáles son las especialidades que tienen un mayor potencial de interacción con atención primaria en la provincia.

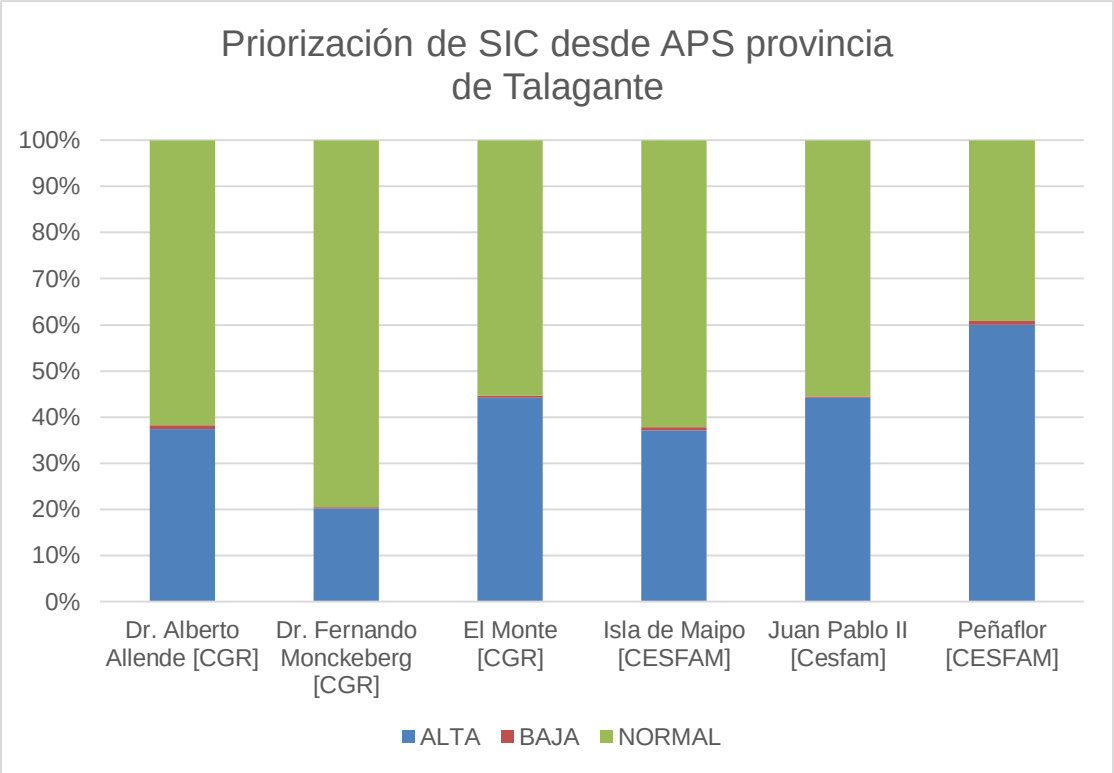
Tabla 11: Distribución según especialidad de las Interconsultas generadas en APS de provincia de Talagante hacia Hospital de Peñaflor u Hospital de Talagante

Especialidad	N° de Interconsultas	Porcentaje
Medicina Interna	2956	23,74%
Traumatología	2013	16,17%
Pediatría	1218	9,78%
Cirugía Adulto	1034	8,30%
Otorrinolaringología	1009	8,10%
Oftalmología	908	7,29%
Neurología	749	6,02%
Dermatología	653	5,24%
Cirugía Infantil	465	3,73%
Cardiología	371	2,98%
Endocrinología	259	2,08%
Nefrología	211	1,69%
Gastroenterología	196	1,57%
Cirugía Abdominal	147	1,18%
Ginecología	129	1,04%
Psiquiatría	89	0,71%
Reumatología	36	0,29%
Hematología	4	0,03%
Obstetricia	4	0,03%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de interconsultas generadas en Rayen año 2017

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 29** 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 29: Priorización de solicitud de interconsulta 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 2017

Más aún, en la **Tabla 12** , 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 60.3% 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 Dr. Alberto Allende en el cual el 0.81% de las interconsultas son de baja prioridad.

Tabla 12: 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	ALTA	BAJA	NORMAL
Dr. Alberto Allende [CESFAM]	37,37%	0,81%	61,82%
Dr. Fernando Monckeberg[CESFAM]	20,20%	0,33%	79,48%
El Monte [CESFAM]	44,22%	0,35%	55,43%
Isla de Maipo [CESFAM]	37,07%	0,76%	62,17%
Juan Pablo II [CESFAM]	44,24%	0,26%	55,49%
Peñaflor [CESFAM]	60,03%	0,75%	39,22%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de interconsultas generadas en Rayen año 2017

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 2017 fue de un 10% de resolutividad. En la **Tabla 13** se puede observar que todos los establecimientos cumplen con la meta. Más aún, se tienen ejemplos como el CESFAM Juan Pablo II, en el cual sólo en el 5,8% de las 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.

Tabla 13: Porcentaje de resolutividad de los establecimientos de APS provincia de Talagante

Establecimiento	Resolutividad
Dr. Alberto Allende [CESFAM]	9,2%
Dr. Fernando Monckeberg[CESFAM]	8,4%
El Monte [CESFAM]	8,4%
Isla de Maipo [CESFAM]	6,7%
Juan Pablo II [CESFAM]	5,8%
Peñaflor [CESFAM]	9,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de consolidado de indicador de resolutividad año 2017 de la dirección del SSMOCC, fuente REM.

4.3.2 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 la **Tabla 14** se puede observar que el porcentaje de rechazo de los médicos contralores a las interconsultas emitidas por los médicos de box es en todos los casos menor a un 5%. Más aun, en el CESFAM El Monte y CESFAM Isla de Maipo es menor al 0,5% del total de interconsultas, lo cual muestra que el rol del médico contralor en el rechazo de SIC es más bien marginal.

Tabla 14: Porcentaje de SIC emitidas en APS de la provincia de Talagante que son rechazadas por médico contralor

Establecimiento	% Recbazo
Dr. Alberto Allende [CESFAM]	2,4%
Dr. Fernando Monckeberg[CESFAM]	2,8%
El Monte [CESFAM]	0,1%
Isla de Maipo [CESFAM]	0,4%
Juan Pablo II [CESFAM]	4,6%
Peñaflor [CESFAM]	2,3%

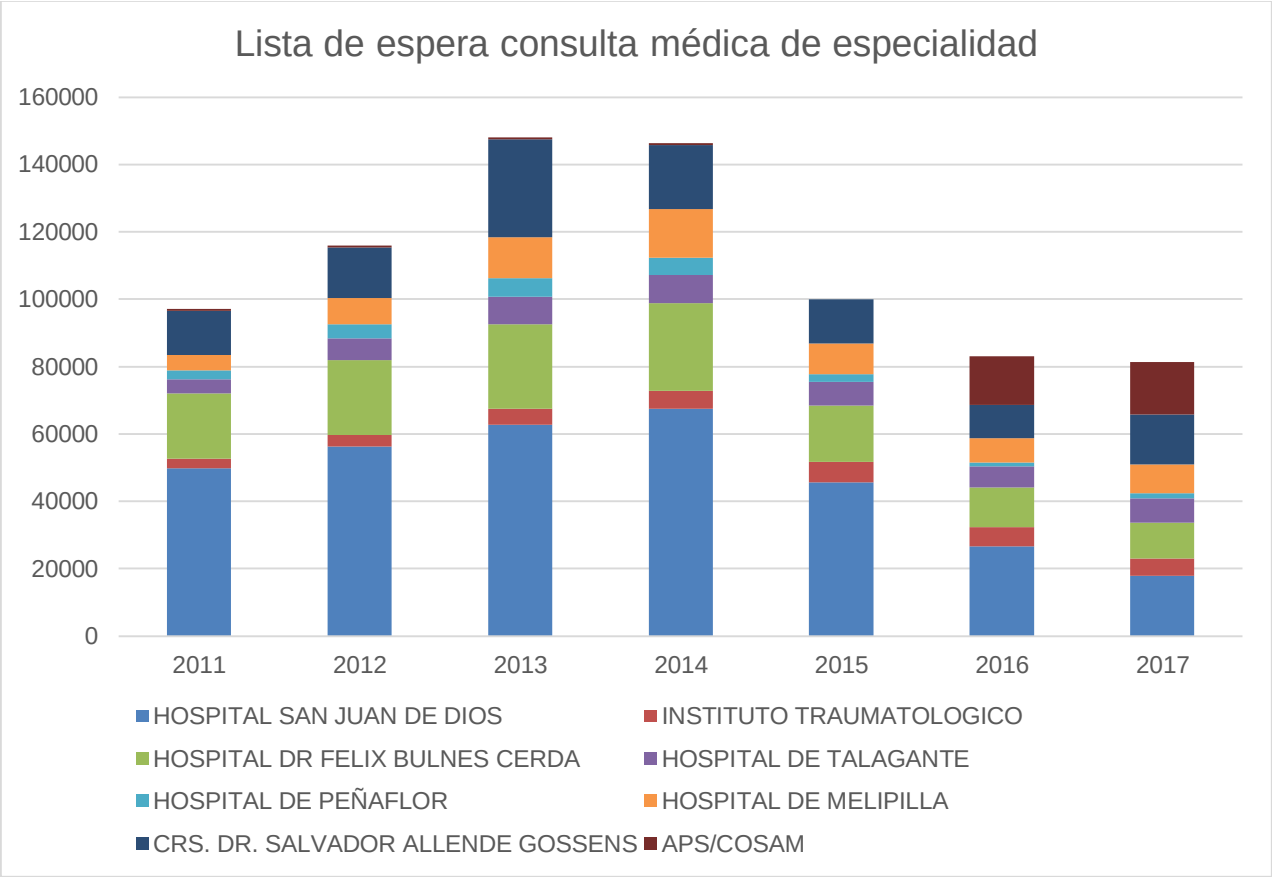
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de interconsultas generadas en Rayen año 2017

4.3.3 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 30** 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 30: Evolución de número de personas en Lista de Espera de consultas médicas de especialidad en el SSMOCC



Fuente: Extracción de datos del RNLE el 04/01/2018

La **Tabla 15**, muestra un corte transversal de la lista de espera al mes de diciembre del año 2017. 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 7.172 y 1.560, respectivamente. Estos volúmenes de datos son consistentes con los volúmenes de derivación que se vieron en la sección anterior.

Tabla 15: Desglose por establecimientos de la lista de espera de consultas de especialidad en diciembre 2017

Establecimiento	Número de Pacientes
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	17.930
INSTITUTO TRAUMATOLOGICO	5.082
HOSPITAL DR FELIX BULNES CERDA	10.713
HOSPITAL DE TALAGANTE	**7.172**
HOSPITAL DE PEÑAFLOR	**1.560**
HOSPITAL DE MELIPILLA	8.561
CRS. DR. SALVADOR ALLENDE GOSSENS	14.779
APS/COSAM	15.621
TOTAL	**81.418**

Fuente: Extracción de datos del RNLE el 04/01/2018

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 **Tabla 16**, es posible observar que un paciente que es derivado al Hospital de Peñaflor demora en promedio 95 días en obtener acceso a una consulta de especialidad, mientras que si el paciente es derivado al Hospital de Talagante demora un promedio de 273 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 son más escasas.

Tabla 16: Promedio de días que los pacientes están en Lista de Espera de consulta de especialidad

Establecimiento	Días de espera
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	274
INSTITUTO TRAUMATOLOGICO	341
HOSPITAL DR FELIX BULNES CERDA	229
HOSPITAL DE TALAGANTE	**273**
HOSPITAL DE PEÑAFLOR	**95**
HOSPITAL DE MELIPILLA	253
CRS. DR. SALVADOR ALLENDE GOSSENS	220
APS/COSAM	290

Fuente: Extracción de datos del RNLE el 04/01/2018

4.3.4 Proceso de Contrarreferencia

Como se vio anteriormente, desde agosto del año 2016 se puso en marcha el SISCONT, el cual 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 instaurar su uso como una práctica regular. No se ha emitido ninguna contrarreferencia en el Hospital de Peñaflor, mientras que en

el Hospital de Talagante se han emitido 747 contrarreferencias durante el año 2017 hacia la APS. En la **Tabla 17** es posible observar que el 93% de las contrarreferencias corresponden a otorrinolaringología, medicina interna y neurología. Precisando aún más, todas las contrarreferencias de otorrinolaringología han sido emitidas por el mismo médico, es decir, el mismo profesional ha hecho el 58% del total de contrarreferencias de la provincia de Talagante.

Tabla 17: Numero de contrarreferencias emitidas en SISCONT según especialidad

Especialidad	N° de contrarreferencias	Porcentaje del total de contrarreferencias
Otorrinolaringología	431	58%
Medicina Interna	142	19%
Neurología Adulto	118	16%
Nefrología Adulto	34	5%
Traumatología Adulto	11	1%
Medicina Física y Rehabilitación	7	1%
Pediatría	4	1%
Total general	**747**	

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

Al revisar el número de contrarreferencias según el establecimiento de APS de origen en la **Tabla 18**, se tiene que es consistente con el volumen de interconsultas generadas por lo establecimientos. Sin embargo, llama la atención que el 5% de las contrarreferencias sean internas hacia el mismo hospital, y que un 4% no sean de establecimientos definidos en el mapa de derivación, por lo cual, se tiene al menos alrededor de un 10% de las contrarreferencias no serán gestionadas por nadie en dichos establecimientos.

Tabla 18: Numero de contrarreferencias emitidas en SISCONT según Establecimiento de Origen

Establecimiento Origen	Numero de contrarreferencias	Porcentaje del total de contrarreferencias
Consultorio Dr. Alberto Allende	224	30%
Consultorio El Monte	164	22%
Cesfam Isla de Maipo	163	22%
Cesfam Peñaflor	92	12%
Hospital Adalberto Steeger Talagante	34	5%
Consultorio Dr. Fernando Monckeberg	26	3%
Cesfam Juan Pablo II de Padre H.	16	2%
Otros Establecimientos	28	4%

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

Otro aspecto relevante que observar es si las contrarreferencias emitidas contienen alguna indicación a seguir por el establecimiento de APS. Para ello en la **Tabla 19** se

realiza el desglose por especialidad, lo que permite vislumbrar que existen especialidades como neurología que en la totalidad de sus contrarreferencias existen indicaciones para la continuidad del tratamiento en el establecimiento de APS. Por el contrario, en la especialidad de otorrinolaringología solamente 12 contrarreferencias de un total de 431 contienen indicaciones para APS. Esto es relevante ya que permite entender las características propias de la comunicación entre alguna determinada especialidad y la atención primaria, en la cuales en algunos casos es esencial, y otros casos se transforma en un trámite administrativo.

Tabla 19: Número de contrarreferencias que incluyen indicaciones para APS según especialidad

Especialidad	N° de contrarreferencias con indicaciones para APS	Total de Contrarreferencias de especialidad	Porcentaje de contrarreferencias de la especialidad que contienen indicaciones para APS
Medicina Física y Rehabilitación	3	7	43%
Medicina Interna	117	142	82%
Nefrología Adulto	26	34	76%
Neurología Adulto	118	118	100%
Otorrinolaringología	12	431	3%
Pediatría	1	4	25%
Traumatología Adulto	9	11	82%
Total general	**286**	**747**	**38%**

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

Ahora bien, como se vio en la narrativa del proceso de contrarreferencia propuesto por la dirección del SSMOCC, desde la emisión de la contrarreferencia por parte del médico especialista hasta que efectivamente el médico de APS visualiza la contrarreferencia existen etapas y estados intermedios, por lo cual, es preciso detallar en que estado se encuentran las contrarreferencias emitidas durante el año 2017. En la **Tabla 20** se aprecia que el 60% de las contrarreferencias emitidas fueron revisadas por el médico de APS en algún momento (se incluyen las contrarreferencias cerradas). A su vez, del 40% que no fueron revisadas por un médico de APS, un 34% de las contrarreferencias emitidas no fueron vistas por nadie del establecimiento de APS y un 6% se entrabó en etapas administrativas.

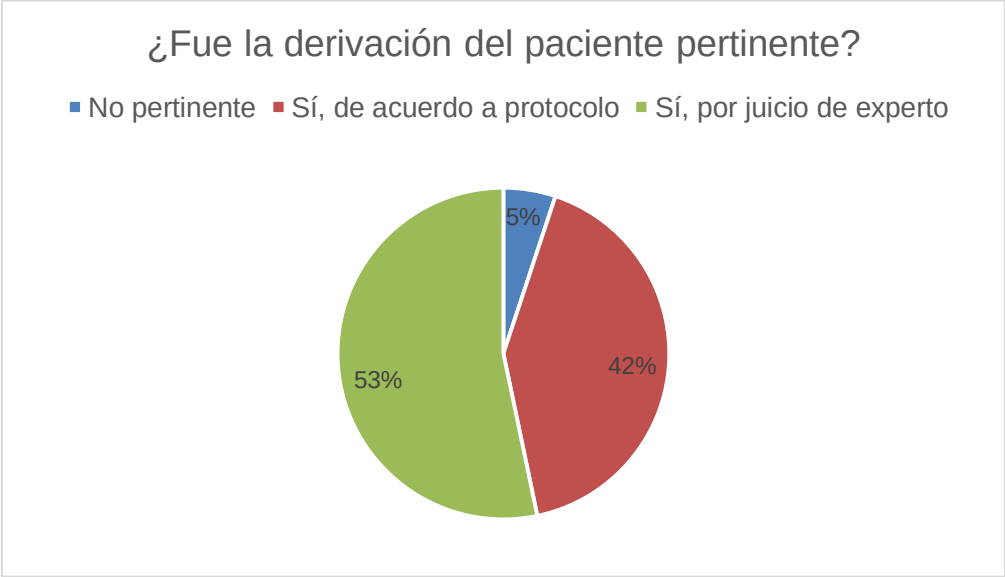
Tabla 20: Distribución de contrarreferencias según su estado

Estado de la contrarreferencia	Número de contrarreferencias	Porcentaje sobre el total de contrarreferencias
Ingresada	252	34%
Revisada por SOME	15	2%
Asignada a Médico APS	31	4%
Revisada por Médico APS	442	59%
Cerrada	7	1%
Total general	747	

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

Finalmente, en la **Ilustración 31** se observa si es que los médicos de especialidad del hospital de Talagante consideran pertinente la derivación y en caso de que así sea, 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 53% señala que la derivación fue pertinente por juicio de experto. Esto es importante, ya que en contraste con el 42% 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 sí que si derivado desde APS, es porque el médico de APS consideró que no era capaz de manejar caso o que "fue por algo".

Ilustración 31: Pertinencia en la derivación según médicos especialistas Hospital de Talagante



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

4.4 Benchmark otros Servicios de Salud de la RM

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) tiene características demográficas, volumen de producción y de establecimientos que pueden hacerlo comparable con el SSMOCC, es por ello que se profundizará en su experiencia como benchmark.

El SSMSO tiene como usuario objetivo a los afiliados a FONASA de 7 comunas del sector sur oriente, que pertenecen a 2 de las 6 provincias de la Región Metropolitana: Santiago y Cordillera. La población total estimada cubierta por el SSMSO es de 1.108.531 personas inscritas.

Para efectos de racionalizar la entrega de los servicios de salud en la superficie territorial y poblacional sur oriente, la Red ha sido dividida en tres áreas funcionales o subredes, Cordillera (Puente Alto, Pirque y San José de Maipo), Santa Rosa (La Granja, San Joaquín y La Pintana) y La Florida.

Del total de la población, 423.660 personas corresponden a la subred Cordillera, 288.883 a la subred La Florida y 402.837 a la subred Santa Rosa.

Para su atención, la Red Asistencial del SSMSO cuenta con 4 Hospitales: Hospital Dr. Sótero del Río, Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza, Hospital Padre Hurtado y Hospital Sanatorio San José de Maipo.

En el ámbito estratégico, el SSMSO declara la siguiente misión y visión.

Misión: “Somos un Servicio de Salud que coordina la Red Metropolitana Sur Oriente, de acuerdo a las particularidades de su territorio, generando, implementando y evaluando políticas, planes y programas, con el objetivo de lograr un óptimo nivel de salud para nuestra población, con equipos humanos altamente comprometidos que propician la calidad y seguridad de la atención y la participación de la comunidad.”.

Visión: “Ser un Servicio de Salud que se destaque por alcanzar altos estándares sanitarios y de satisfacción usuaria, a través de la eficiente articulación de la red asistencial, en el marco de nuestros valores institucionales.”.

4.4.1 Levantamiento del Proceso de Referencia y Contrarreferencia

a) Atención del Facultativo de APS:

Se atiende el paciente. En caso de requerir una consulta médica de especialidad, entonces el médico de APS genera una Interconsulta y comienza el proceso de referencia. En dicha interconsulta el médico indica la especialidad a la cual debe ser derivado, la hipótesis diagnostica y el establecimiento de destino.

En caso de que el médico de APS considere que no se amerita una derivación, no se genera interconsulta.

b) Medico Contralor:

El médico contralor ingresa a *Rayen (u otro software de APS)* y revisa la solicitud de interconsulta. Si es que el médico contralor considera que esta tiene observaciones (errores en diagnóstico, incompletitud de los datos u otra razón) se le notifica al médico de box que la emitió para que la corrija. En caso de no tener observaciones y ser pertinente se valida la interconsulta y se envía a una capa de integración.

c) Capa de Integración:

Existe una capa de integración, gestionada por la dirección del servicio de salud metropolitano oriente que recibe toda la información que se encuentra en las interconsultas provenientes de los distintos establecimientos de la red. Lo que hace esta capa de integración es recibir la información (desde distintos sistemas de información) provenientes de las referencias y contrarrefencias.

Si es que la referencia cumple los criterios médicos de derivación, entonces se registra y se envía al hospital de destino según mapa de derivación. En caso de que no cumpla con los criterios, se envía una respuesta al médico contralor para que este la corrija. Este proceso es automático, y no lo realiza una persona, si no que un bus de integración.

d) Hospital de Destino:

Un priorizador(normalmente es un médico por especialidad) recibe la interconsulta y se verifica si es que cumple con los criterios de derivación. En caso de que no cumpla con los criterios de derivación se rechaza la solicitud y se envía respuesta a la capa de integración.

En caso de que cumpla los criterios de derivación, la Interconsulta es aceptada por el Hospital de destino. Luego de ello, se registra la pertinencia de la Interconsulta. Si no es pertinente se realiza la contrarreferencia notificándolo.

En caso de que la consulta sea pertinente, se prioriza la solicitud y se procede a agendar. Un periodo antes de la consulta se llama al paciente para confirmar la cita.

Si es que paciente no se presenta, se repite el proceso de confirmación de agendamiento de la cita.

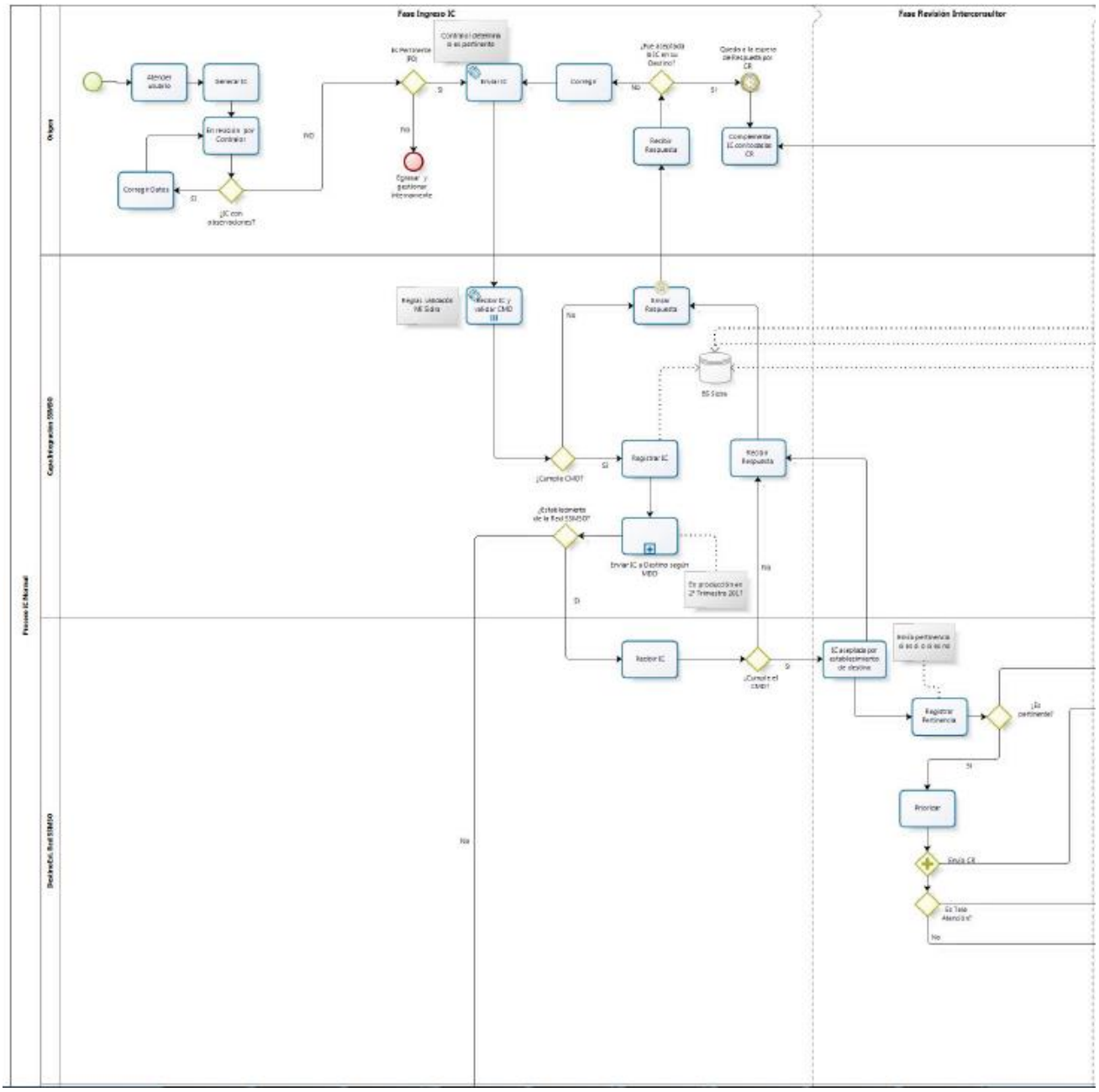
Si es que se presenta se realiza la atención y se registra. En caso de ser la primera atención se egresa de la lista de espera. Además, se envía la contrarreferencia con los datos de la atención realizada.

Esta información fluye a la capa de integración y posteriormente al nivel de atención primaria.

Si es que el paciente es dado de alta, se termina el proceso. En caso de que el paciente necesite control, se le vuelve a citar en el nivel de especialidad.

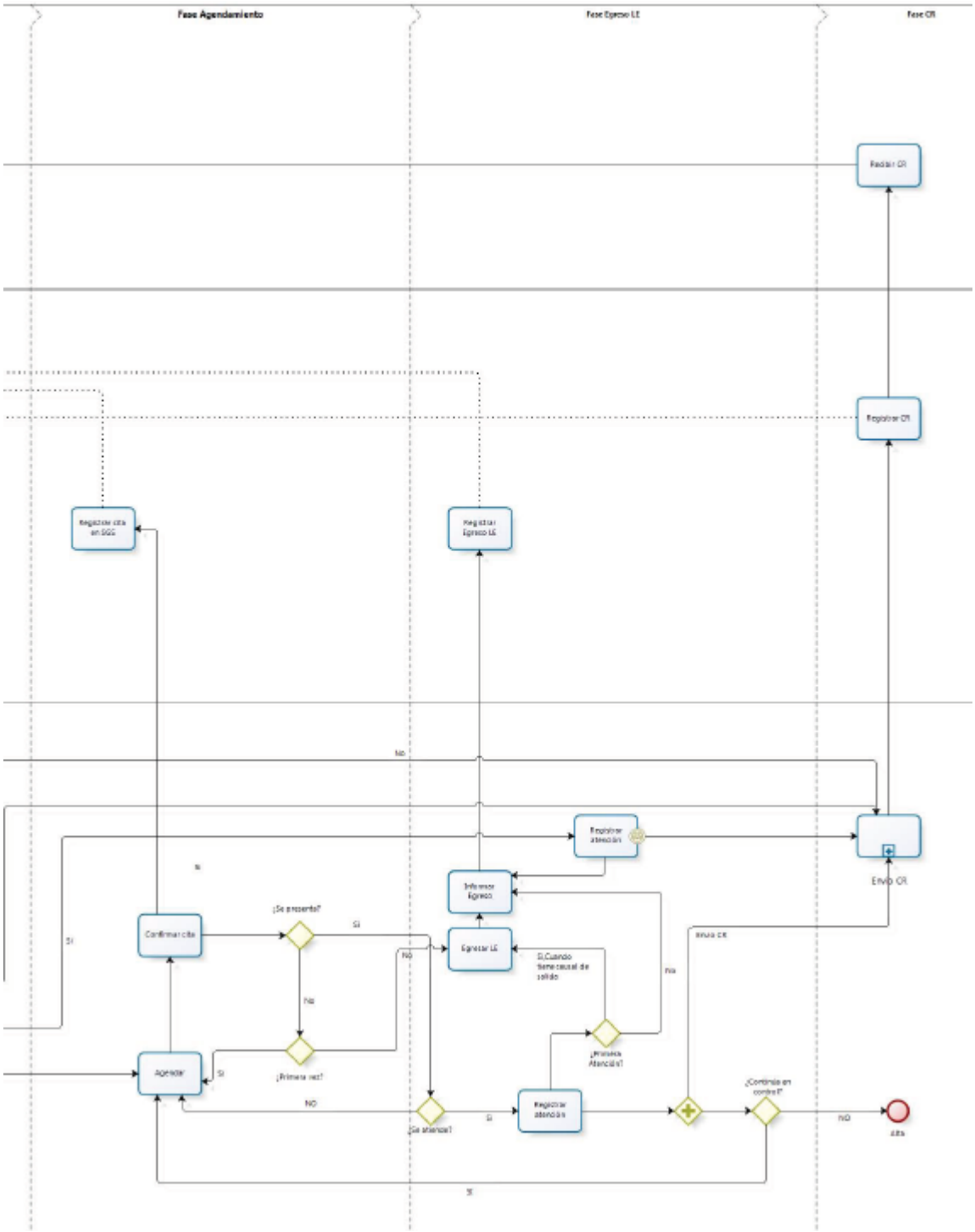
Todo lo anterior es posible observarlo en la Ilustración 32 e Ilustración 33.

Ilustración 32: Proceso de Referencia y Contrarreferencia Parte 1/2



Fuente: SIDRA

Ilustración 33: Proceso de Referencia y Contrarreferencia Parte 2/2



Fuente: SIDRA

4.4.2 Caracterización cuantitativa del proceso de referencia y contrarreferencia en el SSMSO

Al analizar el total de consultas médicas de morbilidad que son realizadas en la atención primaria del SSMSO, se observa en la Tabla 21 que estas superan el millón de atenciones

al año. Además, se observa que la subred Cordillera concentra una mayor cantidad de atenciones, pero que en términos generales la carga de pacientes se distribuye proporcionalmente entre las 3 subredes.

Tabla 21: Total de consultas médicas APS en el SSMSO durante los años 2015 y 2016

Unidad Territorial	2015	2016
SSMSO	1.079.672	1.105.507
Cordillera	410.660	423.660
La Florida	345.352	352.307
Santa Rosa	323.660	329.540

Fuente: Cuenta pública del SSMSO año 2017

Del total de consultas, se tiene que en 134.836 ocasiones se emitieron solicitudes de interconsultas. Esto significa que solo 12,2% de los pacientes fueron derivados desde APS al nivel secundario. En la Tabla 22 se observa que Puente Alto y La Florida generar aproximadamente la mitad del total de las interconsultas.

Tabla 22: Detalle de Interconsultas generadas por APS del SSMSO durante el año 2016

Territorio / Comuna	2016
Puente Alto	35.037
Pirque	2.828
San José de Maipo	2.133
La Granja	21.611
La Pintana	22.812
San Ramón	13.132
La Florida	37.283
Total Interconsultas Generadas por APS	134.836

Fuente: Cuenta pública del SSMSO año 2017

Al mirar la Tabla 23 notamos que al igual que el SSMOCC, las consultas de especialidad son un recurso escaso, ya que hay una gran cantidad de pacientes esperando por una consulta de especialidad. Más aún, notamos que existe un doble de pacientes en lista de espera en el SSMSO que en el SSMOCC.

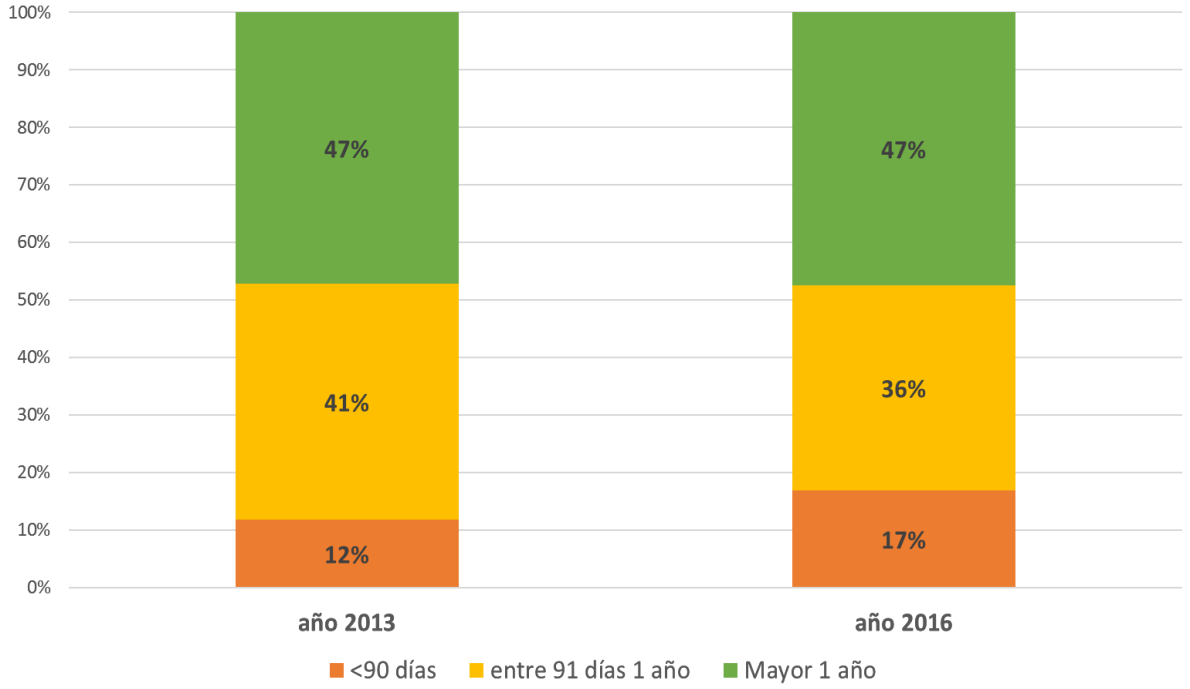
Tabla 23: Detalle de lista de espera de consultas de especialidad de SSMSO según antigüedad

	Año 2013	Año 2016	Variación
<90 días	14560	23315	8755
91-365	50517	49071	-1446
Mayor a1 año	58176	65355	7179
Total general	123253	137741	14488

Fuente: Cuenta pública del SSMSO año 2017

Complementando la información de la tabla anterior, notamos en la Ilustración 34 que casi la mitad de los pacientes llevan esperando más de un año, mientras que un 36% entre 3 meses y 1 año.

Ilustración 34: Distribución según tiempo de espera de la Lista de Espera de Consultas de Especialidad



Fuente: Cuenta pública del SSMSO año 2017

Con respecto a la producción de los hospitales, se tiene que la mayor parte de la carga de consultas de especialidad las asume el Complejo asistencial Dr. Sotero del Río, el que tiene asociada cerca del 60% de la producción de consultas de especialidad. A su vez el Hospital de la Florida y Hospital Padre hurtado hacen cerca de un 20% del total de la producción. Se observa en la Tabla 24 que el año 2017 disminuyeron en un 13% el volumen de consultas. Además de ello, se observa en la tabla que a pesar de que existió una disminución en la totalidad de consultas, en las consultas nuevas dicho descenso no fue tan pronunciado, por lo que se priorizaron las primeras atenciones de modo de que no siguiera aumentando la lista de espera por una consulta de especialidad.

Tabla 24: Detalle de Consultas médicas de especialidad realizadas por los Hospitales del SSMSO

Total Consultas Médicas			
Establecimientos	2015	2016	% Variación
SSMSO	716.453	623.622	-13,0%
Complejo Asistencial Dr. Sotero del Rio	320.121	364.878	14,0%
Hospital San José de Maipo	1944	1074	-44,8%
Hospital Clínico La Florida	193.962	136.394	-29,7%
Hospital Padre Alberto Hurtado	200.426	121.276	-39,5%
Total Consultas Medicas Nuevas			
Establecimientos	2015	2016	% Variación
SSMSO	156.152	154.418	-1,1%
Complejo Asistencial Dr. Sotero del Rio	86.869	83.191	-4,2%
Hospital San José de Maipo	8	0	-
Hospital Clínico La Florida	35.226	38.318	8,8%
Hospital Padre Alberto Hurtado	34.049	32.909	-3,3%
Total Controles			
Establecimientos	2015	2016	% Variación
SSMSO	560.301	469.204	-16,3%
Complejo Asistencial Dr. Sotero del Rio	233.252	281.687	20,8%
Hospital San José de Maipo	1936	1.074	-44,5%
Hospital Clínico La Florida	158.736	98.076	-38,2%
Hospital Padre Alberto Hurtado	166.377	88.367	-46,9%

Fuente: Cuenta pública del SSMSO año 2017

V. Análisis Crítico de la Información Levantada

5.1 Evaluación, y análisis comparado de procesos de Referencia y Contrarreferencia

5.1.1 Componente de Información

El primer aspecto a evaluar de los procesos de referencia y contrarreferencia del SSMOCC, 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, no cuentan con mecanismos formales de transferencia de información hacia los establecimientos de atención primaria.

El 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. 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. Cabe destacar que en la provincia de Talagante existen dos sistemas de información (RAYEN y TrakCare) y que puede recibir y/o enviar derivaciones a establecimientos que cuentan con Sistema de Experto y un Desarrollo propio (2 softwares distintos). La información presente en un sistema de información no está disponible en los otros.

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 9,3% 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.

La **Tabla 25**, sintetiza el análisis comparativo entre el SSMOCC y el SSMSO en la componente de información. En primer lugar, se puede notar que la principal diferencia desde la dimensión estructural de la información hace referencia a que en el SSMOCC no existen mecanismos formales de contrarreferencia, mientras que para el SSMSO si los hay. Otra diferencia es que en el caso del SSMOCC no se tiene certeza de cuánto demora en llegar la información de la referencia, ya que los datos que son incluidos en ella se bajan del repositorio nacional de lista de espera, por lo cual, la información debe pasar una serie de etapas antes de que llegue al hospital de destina, mientras que en el SSMSO el envio se produce automáticamente una vez que la interconsulta es validada por el médico contralor. Esta forma de emitir la referencia hace que en el caso del SSMOCC solamente el establecimiento destino tenga acceso a la información, mientras que en el SSMSO cualquier establecimiento distinto al de destino podría buscar la referencia de forma manual en una plataforma web.

Con respecto a la dimensión de proceso, se observa que la principal diferencia radica en quienes tienen acceso a la información. En el caso del SSMSO, dado que tiene implementada la contrarreferencia, se utiliza la información tanto en el hospital como cuando el paciente vuelve a la APS. Un aspecto a destacar es que la capa de integración SSMSO almacena toda la información de la referencia y contrarreferencia, por lo tanto, esa información también es utilizada para estudios o para hacer gestión, siendo muy valiosa ya que permite tener una trazabilidad de los pacientes.

Por último, se tiene que, desde la dimensión de resultados, la diferencia radica en que el SSMSO, dada la información almacenada y sus procesos, podría calcular los indicadores propuestos, sin embargo, tampoco lo hace.

Tabla 25: Cuadro comparativo de la componente de información de los procesos de referencia y contrarreferencia

	Dimensión	Indicador	SSMOCC	SSMSO
	Estructura	Existencia de un mecanismo de transferencia de información de un nivel asistencial a otro	Existe mecanismo para la transferencia solo de la referencia	Existe mecanismo para la transferencia de la referencia y contrarreferencia
		Tiempo necesario para obtener información desde otro servicio	No se tiene dato	3 días
		Porcentaje del total de establecimientos con acceso a la información del paciente	Solo el establecimiento de destino tiene acceso a la información	Automáticamente el establecimiento de destino, con posibilidad de otros tener acceso a través de sitio web
	Proceso	Porcentaje de servicios y profesionales que utilizan adecuadamente la información compartida	La APS al enviar al paciente, el Hospital al recibir.	La APS al enviar al paciente, el Hospital al recibir, el Hospital al contrarreferir y APS cuando vuelve el paciente. Además, la información es

				utilizada para la gestión
Información	**Resultado**	Porcentaje de exámenes solicitadas duplicadas innecesariamente sobre el total	No se puede calcular	Se podría calcular, pero no se hace
		Porcentaje de pacientes con prescripción duplicada por la atención primaria de salud y la atención especializada sobre el total	No se puede calcular	Se podría calcular, pero no se hace
		Porcentaje de pacientes que presentan contraindicaciones con relevancia clínicas prescritas por diferentes niveles asistenciales	No se puede calcular	Se podría calcular, pero no se hace

Fuente: Elaboración propia.

En conclusión, es posible notar que las principales diferencias entre el SSMOCC y el SSMSO en la componente de información, están asociadas a la dimensión estructural, ya que el SSMSO cuenta con una capa de integración que permite la comunicación entre la APS y el nivel secundario. Sin embargo, se tiene que esta ventaja estructural no necesariamente se traduce resultados concretos y medibles, ya que el SSMSO no cuenta con indicares orientados a los resultados desde la perspectiva de la información.

5.1.2 Componente de Gestión

El primer aspecto a evaluar desde la componente de gestión de los procesos de referencia y contrarreferencia del SSMOCC, con relación a la estructura, es determinar el porcentaje de protocolos estandarizados o guías clínicas de tratamiento compartidas 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.

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 U: Mapa de derivación de Provincia de Talagante del SSMOCC**) 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 es responsable de realizar la acción, 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 (al menos no el impacto directo de los procesos de coordinación), 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.

La **Tabla 26**, sintetiza el análisis comparativo entre el SSMOCC y el SSMSO en la componente de gestión. Lo primero que es posible notar, es que en ninguno de ambos servicios de salud se tiene un diagnostico general del porcentaje de protocolos o guías clínicas actualizadas y socializados. Sin embargo, la principal diferencia tiene relación con los mecanismos en la cual estos protocolos son realizados. En el caso del SSMOCC la gran mayoría son realizado por la dirección, mientras que en el SSMSO son los priorizadores de casa especialidad, médicos contralores, encargados de referencia y contrarreferencia de los hospitales y encargados comunales de referencia y contrarreferencia quienes en conjunto determinan cuáles serán los protocolos.

Con respecto a la dimensión de proceso, se observa que la principal diferencia radica en que en SSMSO, dado que tienen disponible información de la pertinencia detallada por establecimiento, especialidad y médico, levanta alertas de forma temprana y revisa en conjunto con los responsables de la referencia y contrarreferencia si es que se están siguiendo las guías clínicas, y si es que no, se indaga y se busca una solución. En el SSMOCC, como la información es general (no se puede hacer el desglose por médico ni especialidad), simplemente se tiene un indicador de pertinencia que responde al juicio de experto del médico especialista, pero no se poco indagar de forma focalizada. A su vez, se tiene que a pesar de que al SSMSO le llega la contrarreferencia, el que esta sea utilizada es dependiente de que el paciente se acerque al establecimiento de APS, ya que la revisión de la contrarreferencia la hace directamente el médico de box cuando lo vuelve a atender.

Por último, notamos que en los indicadores de la dimensión de resultados la única diferencia importante, es que el SSMSO tiene la trazabilidad de la información, por lo tanto, conoce el número de atenciones que recibe un paciente en cada nivel, como

también podría calcular cuánto demora el paciente en volver a APS una vez que el especialista lo indica.

Tabla 26:Cuadro comparativo de la componente de gestión de los procesos de referencia y contrarreferencia

	Dimensión	Indicador	SSMOCC	SSMSO
Gestión	**Estructura**	Porcentaje de protocolos estandarizados o guías de práctica clínica de tratamiento acordados y compartidos entre distintos establecimientos	No se maneja porcentaje total. Se prioriza según los indicadores de pertinencia.	No se maneja porcentaje total. Se prioriza según los indicadores de pertinencia. Son revisados cada dos meses por los referentes de referencia y contrarreferencia.
	Proceso	Adhesión a las guías clínicas, mapas de derivación, etc.	Indicadores alertan la adhesión.	Indicadores alertan la adhesión. Son revisados cada dos meses por los referentes de referencia y contrarreferencia.
		Porcentaje de médicos APS que han seguido las recomendaciones del médico especialista sobre el total de contrarreferencias	No llegan las indicaciones	Las indicaciones llegan, pero no se tiene control sobre que se hace con ellas
	Resultados	Porcentaje de pacientes con complicaciones por un control incorrecto	No se puede calcular	No se puede calcular
		Porcentaje de visitas repetidas por falta de resultados de las pruebas solicitadas sobre el total	No se puede calcular	Se calcula el número total de visitas. Varia por especialidad.
		Tiempo transcurrido desde Alta en especialidad hasta el control en APS (sólo cuando corresponda)	No se puede calcular	Se podría calcular, pero no se hace

Fuente: Elaboración propia.

En conclusión, es posible notar que las principales diferencias entre el SSMOCC y el SSMSO en la componente de gestión están asociadas tanto a la disponibilidad de información de la trazabilidad de los pacientes que alerta al gestor sobre el comportamiento de los procesos clínicos como también a la forma en la cual se elaboran y gestionan los protocolos de derivación y/o guías clínicas.

5.2 Evaluación, y análisis comparado de la capacidad institucional

En esta sección se realizará de forma simultánea la evaluación de las capacidades del SSMOCC y el SSMSO de modo de ilustrar de mejor manera aquellas diferencias relevantes. Es necesario precisar que la unidad de análisis de esta sección corresponderá a la red de un servicio de salud, por lo cual, por institución a cargo de los procesos de referencia y contrarreferencia se entenderá como el conjunto de los establecimientos que conforman la atención primaria, los hospitales y la dirección del servicio de salud.

5.2.1 Capacidad administrativa

En la **Tabla 27** se tiene un análisis comparado de la dimensión de recursos humanos de la capacidad administrativa del SSMOCC y del SSMSO. En primer lugar, se tiene que en la dimensión de recursos humanos hay características que son comunes. En ambos casos los procedimientos como reclutamiento, selección o salarios están regulados por el estatuto administrativo. A su vez, la mayoría de las capacitaciones o formaciones para los funcionarios corresponden, en materia de referencia y contrarreferencia, a capacitaciones internas, es decir, impartidas por miembros de la misma organización. De la misma forma, el número y los cargos de funcionarios están regulados, por lo que ambos cuentan con médicos de APS, médicos especialistas, administrativos y referentes de la dirección. Sin embargo, el SSMSO además cuenta con encargados de referencia y contrarreferencia por hospital, y un priorizador (comúnmente un médico) por especialidad.

Ahora bien, en el indicador de la capacidad individual es donde se encuentran la mayor cantidad de diferencias. En el SSMOCC existe un desconocimiento de los médicos de APS y de especialidad de lo que ocurre en los otros establecimientos, y en especial, de los procesos de referencia y contrarreferencia. Ello implica que muchas veces no le encuentran un sentido al registro. Por contraparte, en el SSMSO los médicos entienden los procesos de referencia y contrarreferencia, ya que se les evalúa personalmente el cumplimiento de ellos (Si es que no registran o completan datos inválidos, se arriesgan a una anotación de demérito). En el SSMOCC los conocimientos de tecnologías de información (TI) y clínicos no se entrelazan, por lo tanto, el equipo a cargo de gestionar la referencia y contrarreferencia no tiene conocimiento de TI, ni tampoco los informáticos que apoyan en caso de ser requeridos tienen conocimientos robustos de los procesos clínicos. En cambio, en el SSMSO el médico a cargo de la referencia y contrarreferencia tiene formación en TI en Salud, lo cual permite comunicarse en un lenguaje común con los ingenieros e informáticos, traspasándole conocimientos de los procesos clínicos.

Por último, se observa que en el equipo de referencia y contrarreferencia del SSMSO hay una persona encargada específicamente de la gestión del cambio, por lo cual tiene conocimientos de los procesos de cambio y como hacer frente al rechazo que puede implicar. En el SSMOCC no hay nadie con dichas competencias en el equipo a cargo.

Tabla 27: Cuadro comparativo de la evaluación de la dimensión de recursos humanos de capacidad administrativa del SSMOCC y el SSMSO

	Dimensión	Indicador	SSMOCC	SSMSO
Capacidad Administrativa	**Recursos Humanos**	Número, variedad y cargos de funcionarios	Médicos APS, Especialista, médico contralor, jefe SOME, y referentes de la dirección	Médicos APS, Especialista, médico contralor, jefe SOME, referentes de la dirección y **Encargado de referencia y contrarreferencia por Hospital y por especialidad**
		Procedimientos que regulan aspectos como el reclutamiento, la promoción, los salarios y el escalafón.	Regulados por estatuto administrativo	Regulados por estatuto administrativo
		Formación/capacitación de los recursos humanos	Principalmente capacitaciones internas	Principalmente capacitaciones internas
		Capacidad individual de los actores responsables de tareas en términos de información, motivación, conocimiento/comprensión y destrezas requeridas	Existe un desconocimiento de los médicos (especialidad y APS) de los procesos de contrarreferencia.	Los médicos tienen noción de los procesos de referencia y contrarreferencia.
			Informáticos sin conocimientos clínicos robustos	Informáticos e ingenieros con conocimientos técnicos y clínicos
			Equipo a cargo de gestionar la referencia y contrarreferencia sin conocimientos de TI	Médico a cargo de equipo con conocimientos en tecnologías de la información
			No hay presencia de gestión del cambio	Persona encargada exclusivamente de gestión del cambio

Fuente: Elaboración propia.

En la **Tabla 28** se tiene un análisis comparado de la dimensión de la organización de la capacidad administrativa del SSMOCC y del SSMSO. En ella se observa que la disponibilidad de recursos financieros tiene la misma lógica en ambos casos, es decir, un presupuesto anual (población inscrita, prestaciones ofrecidas), presupuesto asociado a cumplimiento de indicadores (Ej: Metas Sanitarias) y los recursos que bajan específicamente de la estrategia *Sistema de Información de la Red Asistencia*l (SIDRA)

del Ministerio de Salud, que busca avanzar hacia la digitalización de sus procesos asistenciales.

Las responsabilidades definidas para la organización son las mismas, es decir, el servicio de salud debe ser el gestor de la red, y garantizar una atención oportuna, integral y de calidad.

Sin embargo, existen diferencias claras en la estructuración de los equipos. En el SSMOCC el equipo a cargo de gestionar la referencia y contrarreferencia está conformado solo por clínicos, y en caso de requerirlo, puede solicitar apoyo al departamento de TI. En el caso del SSMSO es un equipo multidisciplinario (liderado por médico) pero conformado también por ingenieros, tecnólogos, informáticos y encargado de gestión del cambio. De la misma forma, esta estructura se manifiesta en las formas de coordinación, ya que en el SSMOCC la relación con los establecimientos es a través de reuniones de forma segmentada: Subdirección de atención primaria con las comunas, Departamento de Coordinación de la Red con los Hospitales, y los referentes de TI con sus pares. En cambio, en el SSMSO las reuniones de coordinación incluyen a los encargados comunales de referencia y contrarreferencia, médicos contralores, referente del servicio y encargados de los hospitales. A su vez, los encargados de los hospitales tienen reuniones con los encargados por especialidad (priorizador).

Finalmente, se encuentra que en el SSMOCC no existe un sistema de gestión en específico para la referencia y contrarreferencia, por lo mismo, dada la inexistencia de indicadores de este proceso, es que se busca utilizar indicadores asociados a compromisos de gestión, evaluación de establecimiento autogestionados o metas sanitarias. Esto es una importante diferencia con el SSMSO, en el cual se cuenta con un sistema de *Bussiness Analytics* que permite visualizar como se está comportando el proceso de referencia y contrarreferencia en tiempo real (completitud de datos, número de derivaciones, causales de egreso, número de atenciones, pertinencia, entre otros). Ello permite que en caso de resultados fuera del rango de lo esperado, se realizan auditorias, aprovechando las estructuras de coordinación nombradas anteriormente.

En síntesis, las principales diferencias en la dimensión de la organización entre el SSMOCC y el SSMSO tienen que ver con la conformación del equipo a cargo de la referencia y contrarreferencia, y el cómo este se estructura. Ello repercute directamente en las formas de relación y coordinación con los establecimientos, lo que sumado a una mayor disponibilidad de información acerca de cómo se comportan los procesos, explica la diferencia en la gestión descrita en el apartado anterior.

Tabla 28: Cuadro comparativo de la evaluación de la dimensión de la organización de capacidad administrativa del SSMOCC y el SSMSO

	Dimensión	Indicador	SSMOCC	SSMSO
Capacidad Administrativa	**La Organización**	Disponibilidad de recursos financieros necesarios para la tarea prevista	Presupuesto anual y estrategia SIDRA	Presupuesto anual y estrategia SIDRA
		Responsabilidades, propósitos y funciones de la organización	Las establecidas por norma	Las establecidas por norma
		Estructura y distribución de funciones y responsabilidades	Equipos conformados solo por clínicos a cargo del tema, con apoyo, en caso de requerirlo del departamento de TI.	Equipo multidisciplinario (liderado por médico) pero conformado por ingenieros, tecnólogos, informáticos y encargado de gestión del cambio
		Sistemas de gestión para mejorar el desempeño de tareas y funciones específicas	No se cuenta con sistema de gestión en específico para esta tarea, sin embargo, se utilizan indicadores asociados a metas sanitarios o compromisos de gestión	Se cuenta con un sistema de Bussiness Analytics que permite visualizar como se está comportando el proceso de referencia y contrarreferencia. En caso de resultados fuera del rango de lo esperado, se realizan auditorias.
		Relación, coordinación y colaboración intergubernamental	Reuniones de forma segmentada: Subdirección de atención primaria con las comunas, Departamento de Coordinación de la Red con los Hospitales, y los referentes de TI con los sus pares.	Reuniones cada dos meses entre los encargados comunales, médicos contralores, referente del servicio y encargados de los hospitales. A su vez, los encargados de los hospitales tienen reuniones con los encargados por especialidad.

Fuente: Elaboración propia.

5.2.2 Capacidad Política

En la **Tabla 29** se tiene un análisis comparado de capacidad política del SSMOCC y del SSMSO. En primer lugar, se observa que los tomadores de decisiones en ambos casos son los mismos, es decir, los directivos de los establecimientos, alcaldes, y la dirección del servicio de salud. Ahora bien, cada uno de los tomadores de decisiones puede delegar dicho poder a sus propias organizaciones dependiendo del ámbito de acción. En el caso del SSMSO las decisiones sobre que es pertinente derivar, son acordadas en conjunto con los encargados de referencia y contrarreferencia de los establecimientos. Como en la práctica en el SSMOCC no existen personas con esa función en los establecimientos, tiende a ser más cerrado quienes deciden los protocolos de derivación, concentrándose las decisiones en los referentes de la dirección del SSMOCC (departamento de coordinación de la red), y abriendo espacios de participación cuando el referente lo estima necesario.

Cabe señalar que estos actores no necesariamente esta alineados, ya que deben defender intereses distintos. Por una parte, el alcalde, elegido por votación directa, velará por realizar una gestión que le permita tener el respaldo de sus electores. Esto se puede traducir en que preferirá decisiones que le den una visibilidad a su gestión, o en su defecto, que tengan impacto perceptible por los habitantes de la comuna.

Por su parte, los directivos de los establecimientos buscarán mejorar las condiciones en las cuales su organización se desempeña. Además, es común que los directivos de los hospitales (alta dirección pública) sean médicos que hacen una larga carrera funcionaria en el mismo hospital, por lo tanto, también hay un fuerte sentido de pertenencia a la organización.

Los directivos de un servicio de salud son en su mayoría cargos de alta dirección pública. Ellos representan los intereses del gobierno de turno, ya que son cargos de confianza política. Por lo cual, serán los encargados de defender la política de salud que baje desde la subsecretaria de redes asistenciales del Ministerio de Salud.

Ahora bien, desde la dimensión de la negociación, nuevamente el escenario es similar en ambos servicios de salud. La principal forma de negociación es a través de la transferencia de recursos a los establecimientos, ya que el servicio de salud es el encargado de velar por el cumplimiento de los programas para los cuales esos recursos son asignados. También el servicio de salud es el encargado de proponer y gestionar los proyectos de inversiones, por lo cual, es posible negociar con las comunas en base a la construcción de un futuro hospital o establecimiento de APS. Otra forma de negociación entre los actores, cuando estos son elegidos por el sistema de alta de dirección pública, tiene relación con sus convenios de desempeño.

Es en la dimensión de lucha de poder en donde se encuentran las principales diferencias entre el SSMOCC y el SSMSO. En relación con los procesos de referencia y contrarreferencia, se tiene que en el caso del SSMOCC los directivos de los establecimientos acatan lo que la dirección orienta, sin embargo, no se percibe una iniciativa propia en hacer que dichos procesos avancen. Ello implica que, si es que la dirección avanza, ellos dan el espacio para que ocurra, pero si es que no, el tema no es su prioridad. Dada lo extensa de la red del SSMOCC, compuesta por 15 comunas

pertenecientes a 3 provincias distintas, esta falta de iniciativa propia repercute en que el tema no se desarrolle. Caso contrario ocurre en el SSMSO, ya que los directivos de los hospitales tienen la convicción de que lo planteado por la dirección en materia de referencia y contrarreferencia es prioritario, por lo que asumen el protagonismo en hacer que las cosas ocurran, mientras que, en el caso de la atención primaria, se negocia a través de la transferencia de los recursos, pero entienden que es una prioridad para la dirección del servicio.

En síntesis, se tiene que la distribución de poder está altamente concentrada en las autoridades de la dirección y los establecimientos. Ante falta de normativas, ello hace que avanzar en mejorar los procesos de referencia y contrarreferencia sea extremadamente dependiente del apoyo directivo. El contar con equipos directivos alineados y que consideren una prioridad la digitalización de la referencia y contrarreferencia, es lo que explica porque en el SSMSO se han desarrollado capacidades institucionales que permiten una mejor gestión de los procesos de referencia y contrarreferencia que en caso del SSMOCC.

Tabla 29: Cuadro comparativo de la evaluación de la capacidad administrativa del SSMOCC y el SSMSO

	Dimensión	Indicador	SSMOCC	SSMSO
Capacidad Política	**Participación Política**	Quiénes participan y cómo lo hacen	Decisiones de lineamientos las toman directivos de establecimientos, alcaldes (o encargados de salud comunal) y dirección del servicio de salud.	Decisiones de lineamientos las toman directivos de establecimientos, alcaldes (o encargados de salud comunal) y dirección del servicio de salud. Existen espacios de colaboración con los establecimientos en donde se consensuan criterios.
	Negociación	Voluntad política entre los actores y sus formas de negociación	Las formas de negociación son a través de recursos para los establecimientos o indicadores que tengan asociados recursos.	Las formas de negociación son a través de recursos para los establecimientos o indicadores que tengan asociados recursos.
	Lucha de poder	Qué tanto los actores aceptan la distribución de poder existente	Acatan lo que la dirección orienta, pero no hay iniciativa propia en hacer que dichos procesos avancen. Si es que la dirección avanza, ellos dan el espacio para que ocurra, pero si es que no, el tema no es su prioridad.	Convicción de que lo planteado por la dirección en materia de referencia y contrarreferencia es prioritario, por lo que asumen el protagonismo en hacer que las cosas ocurran

Fuente: Elaboración propia.

VI. Direcciones de Cambio

En el capítulo anterior se logró plasmar cual es la situación actual del proceso de referencia y contrarreferencia en el SSMOCC, evaluar de forma critica el funcionamiento del mismo y las capacidades institucionales con las que cuenta el SSMOCC en relación al tema. Además, ello fue contrastado con el caso del SSMSO. En el presente capitulo se indaga en los nodos críticos detectados, tanto en el SSMOCC como en el SSMSO, justificando su categorización y contrastando su funcionamiento con la situación ideal planteada por la literatura y los entrevistados. Esto permitirá establecer una serie de direcciones de cambio en las cuales se pondrá el foco en las recomendaciones de política pública a seguir.

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

6.1 Integración de la Información

Uno de los objetivos basales 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, cómo se han ido moviendo dentro del sistema y contar con información útil para su diagnóstico. 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 del SSMOCC 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, los distintos sistemas de información y los procesos que los acompañan deberán lograr transmitir esa información, y ponerla a disposición tanto de los procesos propios establecimiento de salud como de la dirección del servicio.

6.2 Rol de médico contralor

De las entrevistas realizadas se pudo apreciar 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. Mientras que, por otra, se puede observar que en algunos lugares el tiempo que transcurre hasta que un médico contralor valida una interconsulta puede ser 3 o 4 veces mayor que en otro establecimiento de la misma provincia.

Así también, 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 de especialidad 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 obligado 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 lineamientos 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 Priorización de Lista de Espera

La lista de espera es la etapa en la cual el paciente se encuentra en la mayor parte del proceso de referencia y contrarreferencia, producto de la escasez de consultas médicas de especialidad, pueden ser incluso años los que una persona deba esperar por una consulta de especialidad.

Dado el gran flujo de ingreso de pacientes a ella, y de situaciones clínicas heterogéneas es que la gestión de los pacientes al interior de ella resulta clave, para lograr priorizar a aquellos pacientes que necesitan una atención con mayor prisa que otros.
Actualmente, esta priorización es discrecional, por lo tanto, no existe un control sobre cuántos casos son, ni como están siendo gestionados. Es por ello, que se propone que los lineamientos incluyan el supuesto de una priorización estandarizada de la lista de espera por variables clínicas y de tiempo, como también reconocer los flujos que ello implique.

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 procesos e indicadores, garantías e incentivos hacía un trabajo coordinado y colaborativo.

6.6 Aumentar resolutividad

Actualmente no existe 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 **Tabla 30** 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.

Tabla 30: Porcentaje de 1° citas en las cuales el médico no puede realizar la confirmación diagnóstica 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.

VII. Propuesta de Lineamientos a Seguir

Este capítulo entrega el detalle de la propuesta de lineamiento a seguir por una política pública que busque mejorar los procesos de referencia y contrarreferencia. Se elaborarán desde dos perspectivas: Nivel Nacional y del SSMOCC.

Estos lineamientos fueron elaborados 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 tesis, 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.

7.1 Recomendaciones a nivel nacional

A) <u>Asegurar la Prioridad de la digitalización en Salud</u>

Como se vio en el análisis de las capacidades institucionales del SSMOCC y el SSMSO, el desarrollo en este tema depende de que este sea prioridad de las autoridades a cargo de los establecimientos y de la dirección de los servicios de salud. Además, se tiene que los procesos de digitalización son procesos de largo plazo, por lo cual, dicha prioridad debe trascender más allá de los periodos de gobierno. Ante ello, se propone la siguiente estrategia:

7.1.1 Consejo de digitalización en Salud

Se propone la creación de una institucionalidad a cargo de dar continuidad en el largo plazo a una estrategia de digitalización en salud. Para que esto transcienda de los periodos de gobierno se propone que sea independiente del ministerio de salud, que tenga recursos específicos asociados (por ejemplo, los que actualmente se utilizan en la estrategia SIDRA).

La principal función de este consejo debe ser coordinar y ejecutar la estrategia de digitalización en salud, contribuyendo a los objetivos del Ministerio de salud.

La conformación de este consejo debería ser por diversos actores públicos y privados, ya que es necesario una fuerte colaboración para la implementación de la estrategia.

Se propone que este conformado, al menos, por las siguientes personas:

- Representante Ministerio de Salud
- Representante de FONASA
- Representante ISAPRES
- Representante servicios de salud
- Representante proveedores TIC
- Representante establecimientos de salud privados
- Representantes Universidades (o centro de investigación)

- Representante Ministerio de Hacienda
- Representante Ministerio de Ciencia y Tecnología

7.1.2 Ranking Nacional de servicios de salud

Actualmente se realiza un ranking nacional de los servicios de salud según los resultados que obtengan en sus compromisos de gestión (COMGES). Este ranking busca ordenar y comparar la gestión realizada por las direcciones de servicios de salud.

Ello repercute en que los directivos están constantemente preocupados por los temas que los compromisos de gestión miden, ya que los resultados son asociados a la "calidad del trabajo" hecho por el director. Por lo tanto, se propone incluir una sección de indicadores dentro de los compromisos de gestión, que aborde la referencia y contrarreferencia, y que tenga una ponderación que por sobre la media.

Más adelante hay una sección que aborda en detalle indicadores propuestos para la gestión del proceso, pero para efectos de este ranking se propone que al menos se midan las siguientes dimensiones:

- Cantidad de referencias y contrarreferencias (sobre el total)
- Completitud y calidad del registro
- Pertinencia de la atención
- Tiempo que se demora en gestionar la referencia y contrarreferencia

B) <u>Orientaciones abordaje: hacia una unificación de criterios</u>

Una de las principales falencias detectadas en la comparación entre el SSMOCC y el SSMSO, es que los servicios de salud no reciben lineamientos claros sobre cómo gestionar sus procesos de digitalización, que estructura de datos manejar, y mucho menos el cómo deben ser los procesos de referencia y contrarreferencia. Ello explica que la estructura organizacional, funciones, y incluso formas de abordaje sean distintas dependiendo el servicio de salud.

7.1.3 Definición de estándares y criterios únicos nacionales de referencia y contrarreferencia

Se propone definir criterios únicos nacionales en las siguientes materias:

i. Norma técnica de referencia y contrarreferencia

Actualmente el Ministerio de Salud establece dos momentos para la contrarreferencia. El primero cuando el paciente es atendido por primera vez en el nivel secundario, y el segundo cuando el paciente es dado de alta. Sin embargo, no dice nada con respecto a orientaciones de cómo debe ser el proceso y quiénes son los responsables.

Por ello se propone consensuar una norma que al menos contenga los siguientes contenidos:

- Responsables en los servicios de salud, hospitales y establecimientos de APS.
- Etapas mínimas que debe tener el proceso
- Roles y funciones
- Tiempos oportunos
- Indicadores de gestión

Una buena práctica para la definición de la norma es que sea co-construida con los servicios de salud. Así, se tiene presente las limitantes existentes en cada uno de ellos, como también aquellas iniciativas que han tenido buenos resultados.

ii. Sintáctica y semántica de datos:

Si se quiere avanzar a una interoperabilidad de la información, es necesario que se defina un lenguaje común a nivel nacional. Ello implica tanto una definición semántica de los datos como el marco sintáctico en el cual la información será compartida.

Aquí lo relevante desde el punto de vista de la integración no es el protocolo de datos especifico que se elija, si no que tener la capacidad de guiar una conversación, y que se genere un acuerdo. Se propone que el Consejo de Digitalización en Salud lidere este acuerdo nacional. Esto permitiría estandarización de los datos sanitarios del país, y la base sobre la cual puede construirse una integración de los sistemas de información, ya que, contando con dichas definiciones, no es compleja la tarea lograr que los softwares se comuniquen.

iii. Tecnologías habilitantes mínimas

Se debe establecer un estándar mínimo de cuáles son las tecnologías habilitantes necesarias para poder avanzar en una digitalización de la gestión de los procesos. El Consejo de Digitalización en Salud debe elaborar un plan progresivo que permita que en el mediano plazo todos los establecimientos cumplan ese mínimo. Se propone que sea el consejo el encargado de bajar los recursos en esta materia, ya que así se logra que las negociaciones políticas no sean las que determinen la tecnología con la que contará determinada comuna u hospital.

C) Desarrollo Competencias de TIC en Salud

Uno de los principales nodos críticos detectados en el análisis de capacidades institucionales, fue que no se contaba con recurso humano que contase con conocimientos solidos de TIC en salud. A su vez, la entrevista con el experto puso de manifiesto que hay carencia de este tipo de formación en las mallas de las carreras de

pregrado/técnicas, y que además tampoco existe una certificación que fomente una formación continua para aquellas personas que ya están trabajando. Por ello se propone lo siguiente:

7.1.4 Formación y Certificación de TIC en Salud

En el corto plazo se propone la creación de cursos de certificación de tecnologías aplicadas a salud pública, diseñado para los funcionarios profesionales y técnicos que trabajan en el sector salud. Es crucial que en estos cursos se fomenten instancias en las cuales los profesionales clínicos y los profesionales TIC intercambien conocimientos y se logre articular un lenguaje común. En el mediano plazo debería exigirse de forma obligatoria esta certificación en los profesionales que trabajen en la referencia y contrarreferencia.

En el mediano-largo plazo, se propone una modificación de las mallas de pregrado, tanto de las carreras de la salud como de las TIC, de modo que se incluyan cursos electivos interdisciplinarios, en los cuales asistan estudiantes de ambas disciplinas, de modo que se produzca una sinergia en la formación de los futuros profesionales o técnicos.

7.2 Recomendaciones para el SSMOCC

A) <u>Trazabilidad de la información</u>

Esta propuesta busca responder a la dimensión estructural de la componente de información, es decir, establecer canales que permitan en correcto y oportuno flujo de información de los pacientes entre distintos establecimientos. Reconociendo que corresponde a un problema que se comporta de forma heterogéneo, dependiendo los niveles de avance informático de cada establecimiento, es que se proponen dos estrategias de abordaje:

7.2.1 Licitaciones estratégicas y flexibles de los sistemas de información

En el mediano-largo plazo, se debe conseguir que exista una estrategia de licitaciones de los sistemas de información que trascienda de las autoridades de turno de los establecimientos y dirección de servicio. Ello implica que los sistemas de información de una red de establecimientos se gestionen en una misma licitación, de modo de lograr economías de escalas, tanto en valor del mismo sistema, como también en su proceso de instalación.

Por otra parte, es necesario que los contratos con las empresas prestadoras del servicio permitan modificaciones o adaptaciones de acuerdo con cómo evolucionen los procesos internos de los establecimientos. Para ello, se debe dejar explícito en el contrato que la dirección del servicio es dueño de los datos y la forma en que ellos podrán ser requeridos. También es necesario establecer los sistemas se deben adecuar a las modificaciones que el servicio de salud haga en la normativa.

7.2.2 Capa de Integración de la información

Dado que en el corto plazo los contratos licitados no pueden ser modificados, y que lograr alinear a todos los establecimientos de país en un solo contrato no parece ser realista en las condiciones actuales, es que se propone en el corto plazo crear “capas de integración”, gestionadas a nivel de servicio de salud. Esto quiere decir que mientras no exista una integración de los sistemas de información (o ficha clínica única) es necesario hacer que los sistemas se comuniquen. Para ello, debe ser rol de la dirección del servicio de salud recoger los datos de las referencias de un sistema de información, procesarlos en una “nube” y enviarlos en el formato en que sea posible cargarlos en el otro sistema. A su vez, la respuesta a dicha atención, es decir, la contrarreferencia, debería seguir el mismo camino en el sentido contrario. Se recomienda utilizar al Servicio Metropolitano Sur Oriente como ejemplo en la región metropolitana, de modo de aprovechar los aprendizajes y conocimientos de los lenguajes en que estructuran y codifican las bases de datos de los distintos softwares.

7.2.3 Mantención de estados

Para lograr la trazabilidad de la información, ya sea a través de una capa de integración, o un sistema único, es necesario definir cuáles son los estados o etapas dentro del proceso en que se puede encontrar un paciente. Esto es clave, ya que permite establecer un lenguaje común entre establecimientos de una misma red.

El caso ideal, tal como se señala en las recomendaciones a nivel nacional, es que exista una unificación del conjunto mínimo de datos, de la semántica y sintáctica en todo el país, y que esta sea consensuada entre los distintos actores.

Sin embargo, si es que ello no ocurre, se le recomienda al SSMOCC definir para su red de establecimientos los estados en los cuales un paciente se puede encontrar, tal como se define a continuación.

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

i. *Esperando revisión médico contralor:* Corresponde al paciente cuya solicitud de interconsulta ya fue emitida, pero que se encuentra esperando la validación del médico contralor.
ii. *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.
iii. *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.
iv. *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.
v. *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.

vi. *Agendada cita de especialidad:* Corresponde al paciente al cual SOME agendo una cita con el medico de especialidad.
vii. *Confirmada Cita de especialidad:* Corresponde al paciente que confirmo la hora de especialidad con callcenter.
viii. *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.
ix. *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.

El proceso de contrarreferencia

i. *Atendido por especialista, sin confirmación diagnóstica:* Corresponde al paciente que ya fue atendido por el médico especialista, pero aún no hay certeza del diagnóstico.
ii. *Atendido por especialista, con confirmación diagnóstica*. Corresponde al paciente que ya fue atendido por el médico especialista y que cuenta con una confirmación diagnóstica.
iii. *Paciente con control en Especialidad:* Corresponde al paciente que luego de la confirmación diagnóstica, continúa siendo atendido en especialidad.
iv. *Paciente de Alta:* Corresponde al paciente que fue dado de alta, y que no necesita continuidad del tratamiento en APS.
v. *Paciente Alta con Control en APS:* Corresponde al paciente que fue dado de alta, y que necesita continuidad del tratamiento en APS.
vi. *Paciente contrarreferido agendado en APS:* Corresponde al paciente que fue dado de alta con control en APS, y que ya fue agendada su atención
vii. *Paciente contrarreferido confirmado en APS:* Corresponde al paciente contrarreferido que fue llamado por *callcenter* y confirmó su asistencia.
viii. *Paciente contrarreferido atendido en APS:* Corresponde al paciente que fue contrarreferido y que asistió a su control en APS.
ix. *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.

B) <u>Ejecución de los procesos de referencia y contrarreferencia</u>

7.2.4 Rol Médico Contralor

El médico contralor es clave en un modelo de referencia y contrarreferencia, 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 lo tanto, se propone lo siguiente:

- Asignación de horas diarias, y delimitar claramente las responsabilidades y actividades que el médico contralor debiese realizar.
- Establecer requisitos de antigüedad mínima de 1 año en la atención primaria de la red, y/o mostrar experiencia en una función similar. Esto con el propósito de eliminar la práctica de poner médicos de primer año de EDF, que no necesariamente conocen los procesos internos. Si es que no hay nadie con más de 1 año de antigüedad, dada la rotación de personal médico, esta condición puede ser flexible.
- El médico contralor debe realizar pasantías en los hospitales y especialidades a las cuales más deriva su establecimiento de origen, de modo de conocer de mejor forma los flujos que seguirá el paciente.
- Relevar el rol. Aumentar asignación de remuneración y que un correcto desempeño sea favorable para la postulación a otros cargos o especialidades médicas.

7.2.5 Modificar Priorización

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.

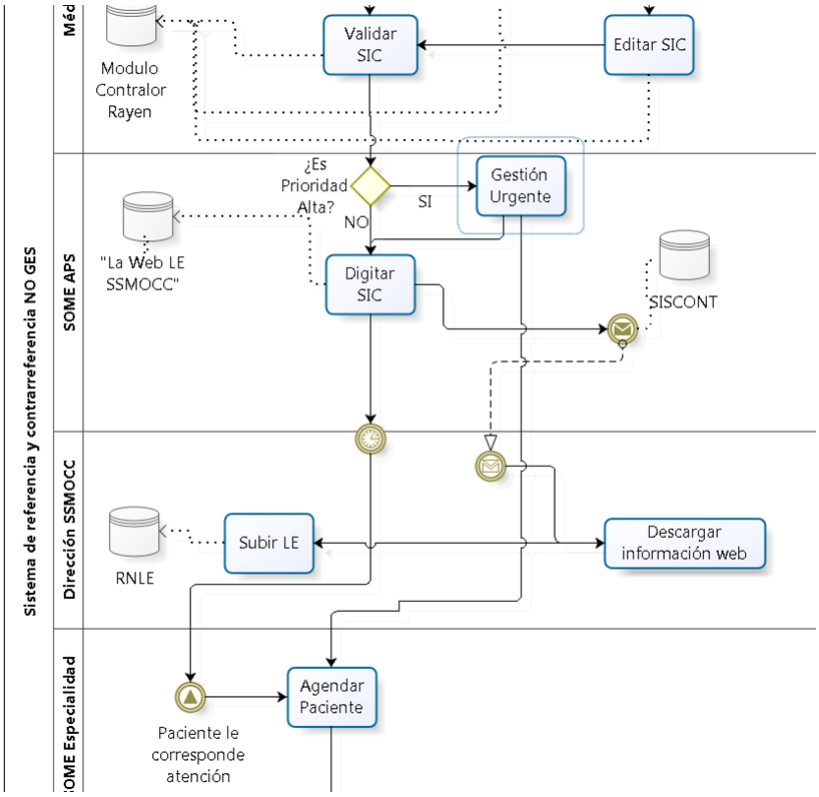
Esto, que es de toda lógica desde el punto de vista clínico, tiene consecuencias en los procesos de gestión. No se tiene ningún registro ni proceso declarado de cómo se deben gestionar estos casos, por lo tanto, existe un número indeterminado de pacientes que no ingresan a la lista de espera, o que,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

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:

Ilustración 35: Flujo de SIC de Prioridad Alta



Fuente: Elaboración propia

C) <u>Monitoreo y control de los procesos de referencia y contrarreferencia</u>

7.2.6 Indicadores para un monitoreo y control

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.

a) 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.

i. Adherencia al proceso de referencia

Objetivo: Medir la adherencia a completar referencias

Formula: Número de pacientes tienen una referencia completa/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

ii. Adherencia al proceso de contrarreferencia

Objetivo: Medir la adherencia a emitir contrarreferencia

Formula: Número de pacientes tienen una contrarreferencia completa/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

iii. 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 referencias recibidas

Periodo de medición: Se calculará el indicador de forma mensual.

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

iv. 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

v. 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.

vi. Tiempo promedio que el digitador demora en subir a LE

Objetivo: Medir el tiempo que transcurre desde que es validada la SIC hasta que el digitador la sube a 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.

b) 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.

i. 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.

ii. 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 diagnóstica” hasta el estado “Atendido por médico de especialidad, con confirmación diagnóstica”.

Periodo de medición: Se calculará el indicador trimestral.

Responsable de la medición: Departamento de coordinación de la red del SSMOCC.

iii. 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.

iv. 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.

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

Objetivo: Medir cuantas primeras consultas no pueden realizar confirmación diagnóstica 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.

7.2.7 Mecanismos de control

En primer lugar, para lograr generar mecanismos de monitoreo y control, es necesario definir por cada establecimiento quien será el encargado de que los procesos de referencia y contrarreferencia funcionen. Esto permite, por una parte, generar una retroalimentación constante a los establecimientos, como también contar con un grupo de personas que pueda compartir el cómo lo están realizando.

En segundo lugar, es necesaria generar una plataforma de business analytics, que entregue información actualizada acerca de cómo se están comportando los procesos de referencia y contrarreferencia en la red del SSMOCC. Se propone replicar el funcionamiento de plataforma del SSMSO, la cual esta a disposición para ser implementada sin costo por licencia. Esta plataforma debe permitir visualizar los resultados por provincia, comuna, establecimiento, hospital, especialidad y médico.

Ahora bien, una vez definida esta estructura, se propone lo siguiente:

1. Reunión de retroalimentación mensual del encargado de referencia y contrarreferencia de la dirección del SSMOCC con los referentes de los establecimientos durante los primeros 6 meses. Desde el 7° mes las reuniones pueden ser bimensuales.
2. Reporte mensual durante los primeros 6 meses a los directores de establecimientos y a los encargados de salud comunal de los indicadores de referencia y contrarreferencia.
3. El encargado de referencia y contrarreferencia del SSMOCC realizará auditorias en caso de que los indicadores tengan resultados fuera del rango de lo esperable.
4. Pasantías para los médicos en otros establecimientos de distinto nivel de complejidad que permitan conocer su funcionamiento, y que fomente una adherencia a los procesos.
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 y metas año siguiente.

VIII. Conclusiones

Tanto en la literatura como entre los médicos de los distintos niveles de atención, existe un consenso acerca de la importancia de un sistema de referencia y contrarreferencia en la provisión de una atención médica de calidad y digna, que permita una continuidad del tratamiento y un uso eficiente de los recursos médicos y administrativos.

A pesar de ello, la situación actual en el SSMOCC es 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 de tesis con el objetivo de "Proponer lineamientos de política pública para una mejora en la gestión de los procesos de referencia y contrarreferencia, basado en el caso de estudio del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, 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 hallazgo principal dentro de este diagnóstico se tiene que los procesos actuales de referencia y contrarreferencia en la provincia de Talagante del SSMOCC no permiten un flujo de información entre los diferentes niveles de atención. De la misma forma, tampoco es posible realizar una trazabilidad del paciente, por lo que se desconoce cómo se mueve el mismo por la red de establecimientos del SSMOCC.

Además, existe un desconocimiento, por parte de los médicos, de las etapas que implican los procesos de referencia y contrarreferencia, como también de los criterios de derivación. Ello implica que roles como el del médico contralor se vean debilitados, ya que no se encuentran empoderados ni validados, lo cual es crítico, ya que ellos ejercen de líderes y de gestores locales del proceso de referencia y contrarreferencia.

Al comparar el diagnostico con el SSMSO fue posible notar que había diferencias importantes. En el SSMSO hay conformado un equipo multidisciplinario a cargo del tema, con conocimientos clínicos y de TIC en salud. Dicho equipo cuenta con el apoyo directivo de los establecimientos y de la dirección del servicio de salud. Ello gatilló la creación de una estructura interna, con encargados de referencia y contrarreferencia en cada uno de los establecimientos, lo cual facilita el monitoreo y control del proceso.

Al indagar en factores que permitían explicar estas diferencias, se encontró que el principal factor corresponde al convencimiento del equipo directivo del SSMSO en que este tema debía ser una prioridad. Esto permitió que se lograra un mayor desarrollo de las capacidades institucionales del SSMSO en relación al tema.

Ante ello, se tiene que no existen políticas públicas que definan esto como una prioridad, ni tampoco lineamientos claros sobre como debiesen articularse los procesos de referencia y contrarreferencia, por lo tanto, queda a libre disposición de los servicios de salud la relevancia que le dan al tema, permitiendo que existan experiencias con resultados con alta variabilidad en su éxito.

Para dar respuesta a ello, se definen 4 recomendaciones de política a nivel nacional. Las primeras dos corresponden a un Consejo de Digitalización en Salud y un Ranking

Nacional de Servicios de Salud. La idea del consejo es lograr crear una institucionalidad que trascienda de los periodos de gobierno y que mantenga a los temas de digitalización en salud como prioridad. A su vez, el ranking busca que, además, esto sea una prioridad dentro del periodo de gestión de un director de servicio de salud.

Una tercera recomendación propone definir criterios únicos nacionales en materias consideradas vitales para el desarrollo de los procesos de referencia y contrarreferencia. En específico, se propone una norma única nacional de referencia y contrarreferencia, una sintáctica y semántica de datos nacionales, y definir un piso mínimo de las tecnologías habilitantes necesarias para el correcto funcionamiento de los procesos.

La cuarta recomendación a nivel nacional es la formación y certificación en materia de TIC en salud. Ello busca remediar la falta personal que cuente con conocimientos solidos de TIC en salud, ya que, sin ellos, cualquier inversión y esfuerzo gubernamental no será eficaz.

A su vez, se definen 7 recomendaciones para el SSMOCC. La propuesta establece estrategias para el diseño de las licitaciones que permitan una integración de los sistemas en el mediano-largo plazo. A su vez, se propone la creación de una capa de integración que permita en el corto plazo una interoperabilidad de los sistemas de información. Para ello se definen todos los estados en los cuales un paciente podría encontrarse al interior del proceso de referencia y contrarreferencia.

También, se hacen recomendaciones que relevan el rol del médico contralor, y que establece requisitos mínimos a seguir por los establecimientos de la red del SSMOCC de modo de que se ejerza de buena forma su función. A su vez, se propone una modificación en la priorización hecha por los establecimientos de atención primaria, ya que el sentido de la priorización actual fue desvirtuado.

Las últimas dos propuestas buscan un monitoreo y control de lo referencia y contrarreferencia. Por ello se definen un set de indicadores, que se miden la componente de gestión y la componente de información de la referencia y contrarreferencia. También se propone una estructura y mecanismos para un monitoreo y control.

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. Y a su vez, para que dichas componentes tengan un correcto desarrollo son necesarias ciertas capacidades institucionales, tanto administrativas como políticas.

Muchos creen que la solución es la integración de la información. Sin embargo, eso es insuficiente, ya que una integración de la información solamente se haría cargo de esa componente estructural que permita el flujo de información. 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 a la propuesta de este trabajo, 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.

En el sector de salud pública la componente institucional será vital en el éxito o fracaso de la propuesta, ya que se tiene que es un sector fuertemente burocratizado y jerarquizado, en el cual no es fácil implementar iniciativas que no provengan de un médico, o de un director. Si es que el tema no logra ser una prioridad para los tomadores de decisiones, es imposible que logre permear en los establecimientos.

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 la gestión de estos procesos son claves en la atención que está brindando el servicio de salud, y que esto ya no es algo opcional, sino que responde a un requisito básico para proveer una salud de calidad.

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 logró identificar las variables claves en las cuales influye un sistema de referencia y contrarreferencia, se evaluó el funcionamiento actual de dichos procesos en la provincia de Talagante y se comparó con la experiencia del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. También se logró identificar las capacidades institucionales de ambos servicios, y como las diferencias en ellas se relacionan con el nivel de desarrollo alcanzado por el tema en cada uno de ellos. Con todo lo anterior se pudieron establecer direcciones de cambio que se lograron materializar en 4 propuestas de lineamientos a seguir a nivel nacional y 7 propuestas a implementar por aquellos servicios de salud que quieran avanzar hacia una mayor y mejor coordinación entre sus niveles asistenciales, a través de sus procesos de referencia y contrarreferencia, que en definitiva repercutan en una atención digna y de calidad para los pacientes.

IX. Trabajos Futuros

La evaluación del impacto sanitario que tiene la implementación de una estrategia de digitalización en salud es el trabajo más próximo que debiese llevar a la práctica el Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Respecto a las capacidades institucionales para una gestión en salud también se abre un campo, ya que dependiendo del tema que se aborde, estas pueden ir cambiando. A su vez, es posible estudiar mecanismos para fortalecer las capacidades institucionales.

Otro estudio que puede ser relevante de profundizar corresponde a desarrollar metodologías para la formación de recurso humano en materia del TIC en salud.

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. También se podrían indagar en el diseño de algoritmos que optimicen la priorización de ella.

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 o interoperabilidad de los sistemas de información. Por lo cual podrían hacerse estudios de coste-efectividad de ambas medidas, como también cuales son las ventajas y desventajas de las distintas semánticas y sintácticas de datos aplicadas al sector salud.

X. Bibliografía

Barba Álvarez, A. (2018). Cambio organizacional y cambio en los paradigmas de la administración. *Iztapalapa*, 11-34.

Barros, O. (2003). *Rediseño de Procesos de negocios mediante el uso de patrones.* Santiago.

Dirección de presupuestos del Ministerio de Hacienda. (2013). *Sistema Público de Salud: Situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050.* Santiago de Chile.

División de Gestión de Redes Asistenciales. Subsecretaria de redes asistenciales. Ministerio de Salud. (2016). *Norma de referencia y contrarreferencia.* Santiago.

Dumas, M., La Rosa, M., Mendling, J., & Reijers, H. (2013). *Fundamentals of business process management.* springer.

Grifell E, C. J. (2002). *Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Guía metodológica.* Barcelona: Serie de documentos técnicos de CHC Consultoria i Gestió, S.A.

Haggerty, J., R, R., GK, F., BH, S., CE, A., & R, M.-K. (2002). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 1219-1921.

Hammer, M., & Champy, J. (1993). *Reengineering the Corporation.* Harper Business.

Harmon, P. (2014). *Business process change.* Morgan Kaufmann.

Harrison A, V. M. (2002). Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. *Health Serv Res*, 1031-1054.

Henao Martínez, D., Vázquez Navarrete, M. L., & Vargas Lorenzo, I. (2009). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 280-286.

Hitpass, B. (2017). *BPM: Business Process Management: Fundamentos y Conceptos de Implementación 4a Edición actualizada y ampliada.*

Instituto de Salud Pública. (2014). *Memoria Institucional 2010-2014.* Santiago de Chile.

Jaffe, D. T., & Scott, C. D. (1991). *empowerment.*

Ley 19.937. (2008). Santiago, Chile.

Medina, J. M. (2012). *Manual de la nueva administración pública argentina.* Ariel.

Ministerio de Salud. (2005). DFL N°1 . Santiago, Chile.

Ministerio de Salud. (14 de Junio de 2013). Norma General Tecnica sobre criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios. *Norma Tecnica N°150*. Santiago, Chile.

Morell, J. (23 de enero de 2003). Coordinación atención primaria y especializada,visión desde la pediatría de atención primaria. Madrid, España.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Redes Integradas de los Servicios de Salud: El desafio de los hospitales.*

Ortiz, C. (2013). *Coordinación de la información y gestión clínica entre niveles del paciente con insuficiencia cardiaca en el sistema público de salud de catalunya.* Barcelona.

Oszlak, O. (2004). Privatización y capacidad de regulación estatal: una aproximación teórico-metodológica. *Política y gestión pública*, 139-193.

R. Reid, J. H. (2002). *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare.* Canadian Health Services Research Foundation.

Repetto, F. (2004). *Capacidad Estatal: requisito para el mejoramiento de la Política Social en América Latina.* Inter-American Development Bank.

Rodríguez Gustá, A. L. (2007). Capacidades estatales: Reflexiones en torno a un programa de investigación. Buenos Aires: Prometeo.

Rosas, A. (2008). Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional. *Política y cultura*, 119-134.
Rosas, A., & Montes, V. (2013). La capacidad institucional de gobiernos locales en la atención del cambio climático. Un modelo de análisis. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, 113-118.
Servicio de Salud Metropolitano Norte. (s.f.). *Web institucional*. Obtenido de http://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
Servicio de Salud Metropolitano Occidente. (2016). Cuenta Pública Anual. Santiago, Chile.
Servicio de Salud Metropolitano Occidente. (2018). Balance de Gestión Sanitaria 2014-2018. Santiago, Chile.
Starfield, B. (2002). Coordinación de la atención en salud. *Atención Primaria*, 233-265.
Vargas I, V. M. (2000). *Guía para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas.* Barcelona: Consorci Hospitalari de Cataluny.
Weske, M. (2012). *Business process management: concepts, languages, architectures.* Springer.

XI. Anexos

Anexo A: 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?

Haría 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.

Anexo B: 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.

Anexo C: 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 más 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 llegan 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.

Anexo D: 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.

Anexo E: 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 contrarreferencia, 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

Anexo F: 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?

Anexo G: Entrevista a Médico Especialista N°7 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?

Sí, porque de repente cuando los pacientes traen el examen, es demasiado antiguo, yo creo que el 100% tiene que volver. Muchas veces han 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 qué 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.

Anexo H: 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.

Anexo I: 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.

Anexo J: Entrevista Médico Contralor CESFAM Peñaflor

Luego de la atención en box, y que el médico hace una interconsulta, ¿qué 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.

Anexo K: 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 súper 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 qué 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.

Anexo L: 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 específica. 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.

Anexo M: 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 qué 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 desistema 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.

Anexo N: 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 conrespecto al funcionamiento desistema 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.

Anexo Ñ: 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 está 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 qué viene, y que el usuario no tenga una hora de más. No perder horas.

Anexo O: Entrevista Médico Contralor CESFAM Isla de Maipo

Luego de la atención en box, y que el médico hace una interconsulta, ¿qué 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 les 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.

Anexo P: 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 compartida, 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 de 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 súper 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.

Anexo Q: 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 ¿por qué 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.

Anexo R: 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.

Anexo S: 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?

Sí, 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 tú 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.

<u>Anexo T: Entrevista Médico Especialista N°4 Hospital de Peñaflor</u>

¿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 qué 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 consult a, 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 qué no se ha levantado un sistema mejor, a lo mejor le están poniendo énfasis a otras cosas.

Anexo U: Mapa de derivación de Provincia de Talagante del SSMOCC

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
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
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