

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE
HOSPITALES COMUNITARIOS DEL SERVICIO DE SALUD
MAULE DENTRO DE LA RED ASISTENCIAL DURANTE EL
AÑO 2019”**

KARINA LEONOR CATRILEO MEJÍAS

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESOR GUIA DE TESIS: DR. MARCOS VERGARA I.

Santiago, OCTUBRE 2021

Índice

Resumen.....	2
Glosario	3
Introducción	4
1.- Marco Teórico	6
1.1.- Inicio del Sistema Nacional de Servicios de Salud en Chile.....	6
1.2.- Sistema de Salud chileno	7
1.3.- Financiamiento del Sistema de Salud	9
1.4.- Sistema de atención en red: Red Asistencial de Salud	10
1.4.1.- Servicios de Salud: Características de sus centros asistenciales.....	11
1.4.2.- Servicio de Salud Maule	13
1.4.3.- Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule.....	15
1.4.4.- Financiamiento de los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule	16
1.4.5.- Rol, funciones y atenciones prestadas y derivadas de los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule	16
2.- Pregunta de Investigación.....	20
3.- Objetivo General	20
3.1.- Objetivos Específicos.....	20
4.- Marco Metodológico.....	20
4.1.- Tipo de Estudio.....	20
4.2.- Universo y Variables.....	21
4.3.- Recolección de la Información	21
4.4.- Análisis de la Información	22
5.- Resultados.....	23
5.1.- Continuidad de la atención a través de la atención de urgencia.....	23
5.2.- Continuidad de la atención a través de la atención ambulatoria	26
6.- Discusión	29
7.- Conclusiones	32
8.- Limitaciones	34
9.- Aspectos éticos	34
10.- Referencias Bibliográficas	35

Resumen

La continuidad en la atención de salud a través de la referencia y contrarreferencia permite la circulación de pacientes por los distintos centros de cada Servicio de Salud. Cada red está constituida por centros de atención distribuidos territorialmente y ordenados según la complejidad de las prestaciones que brindan. Los Hospitales Comunitarios activan la red a través de sus dos caminos de conexión: La interconsulta de especialidad que ofrece la continuidad desde la atención ambulatoria, y la derivación de urgencia que ofrece la continuidad desde los servicios de urgencia. Sin embargo existen quiebres en la articulación de ambos caminos.

Para evaluar los caminos de conexión a través de la red se realiza un estudio de tipo ecológico con enfoque descriptivo cuantitativo. Con el objetivo de poder describir y juzgar evaluativamente la continuidad de la atención en salud de la población a cargo de los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule a través de la red asistencial en cuanto a prestaciones de urgencia y ambulatorias derivadas y contraderivadas durante el año 2019.

Los principales resultados y conclusiones nos muestran que existe poca información actualizada sobre los Hospitales Comunitarios. El quiebre en la continuidad de la atención representa tiempos de espera que deben aceptar los pacientes para la resolutivez de su condición de salud.

Glosario

APS: Atención Primaria en Salud

CECOF: Centros Comunitarios de Salud Familiar

CESFAM: Centro de Salud Familiar

CENABAST: Centro Nacional de Abastecimiento

CGR: Consultorio General Rural

CGU: Consultorio General Urbano

COSAM: Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar

DAU: Documento de Atención de Urgencia

FONASA: Fondo Nacional de Salud

GES: Garantías Explícitas en Salud

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional

ISP: Instituto de Salud Pública

MAI: Modalidad de Atención Institucional

MINSAL: Ministerio de Salud

MLE: Modalidad de Libre Elección

PPI: Programa de Prestaciones Institucionales

PPV: Programa de Prestaciones Valoradas

REM: Registro Estadístico Mensual

SAMU: Servicio de Atención Médica de Urgencia

SEREMI: Secretarías Regionales Ministeriales

SERMENA: Servicio Médico Nacional de Empleados

SISMAULE: Sistema de Información de Salud Maule

SNS: Sistema Nacional de Salud

SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud

SOME: Servicio de Orientación Médico Estadístico

UMT: Unidad de Medicina Transfusional

Introducción

La entrega de servicios de salud en Chile a través de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) pretende responder de manera integral a las necesidades de la población beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el desafío en esta modalidad es implementar una atención que integre a todos los responsables de la provisión de servicios dentro de la red asistencial.

Chile al igual que otros países de Latinoamérica (1) promueve para la provisión pública una organización de salud basada en la coordinación de un continuo asistencial a través de redes de atención, donde la puerta de entrada es la Atención Primaria en Salud (APS) y se trata de otorgar prestaciones de salud en diferentes niveles de resolutivez que aseguren la atención oportuna y continua de la población beneficiaria (1).

La red asistencial cumple el rol de asegurar la continuidad en la atención de salud a través de la referencia y contrarreferencia que permite la circulación de pacientes por los distintos centros de cada Servicio de Salud (2). Los Servicios de Salud son los encargados de gestionar y articular el desarrollo y funcionamiento de la red asistencial propia y de las conexiones que anexan servicios privados en convenio que resuelven problemas específicos a beneficiarios de FONASA (3).

Cada red está constituida por centros de atención de salud distribuidos territorialmente de acuerdo a las necesidades de la población a cargo inscrita en los centros de APS y ordenados según la complejidad de las prestaciones que brindan. El gestor de red faculta y diseña la red asistencial de los territorios estableciendo los niveles de complejidad de los centros de salud, sus vínculos y criterios de derivación y disponibilidad de los recursos destinados para cada uno de ellos. Es así como se definen establecimientos de salud de acuerdo a su capacidad resolutivez y cartera de servicios, donde encontramos Hospitales autogestionados de mayor complejidad, Hospitales de mediana y baja complejidad, además de centros de atención ambulatoria anexos e independientes a los hospitales, principalmente en APS (4)(5)(6).

FONASA como seguro público de salud es el encargado del financiamiento de los servicios que son provistos a través de MAI, atención que se materializa en la red antes descrita. Las prestaciones de salud entregadas por los establecimientos pertenecientes a la red asistencial de cada Servicio de Salud corresponden, entonces, a MAI que financia FONASA y que, de acuerdo al nivel de atención, lo hace dividiendo los recursos en: APS (municipal o no municipal según su dependencia administrativa), el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) que corresponde a nivel secundario y terciario como componente histórico que cubre gastos operacionales fijos, y el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) también como nivel secundario y terciario que en este caso comprende atenciones de salud variables paquetizadas y realizadas tanto por los establecimientos de los servicios de salud como por instituciones privadas en convenio (3)(2)(7).

Todos los centros de salud de APS cuentan con población inscrita a cargo financiada a través de dos mecanismos alternativos, donde el mecanismo de financiación per cápita paga por cada inscrito un monto determinado (8) y el mecanismo de costo fijo cubre las prestaciones insertas en la canasta

básica a partir de un valor histórico según ley de presupuesto anual (9). Por lo tanto la APS, para efectos de gestión de la demanda de servicios, cuenta con población a cargo inscrita donde se inicia la atención de salud y los usuarios son derivados y contraderivados según complejidad a los distintos niveles de atención dentro de la red asistencial.

Tanto los Hospitales de baja complejidad como los centros de atención ambulatoria de la APS cumplen el rol de cuidados primarios y de contacto más directo con la población, dando respuestas inmediatas a las demandas de salud a través del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario. Además de las prestaciones ambulatorias y domiciliarias, los hospitales de baja complejidad otorgan servicios de atención cerrada y de urgencia (10).

Los Hospitales Comunitarios al tener dentro de sus funciones la atención ambulatoria, trabajan a través de programas de salud con enfoque comunitario e integral inmersos en el mapa de red diseñado por el Servicio de Salud al cual pertenecen. Esto permite, en teoría, la activación de la red ante sospecha diagnóstica para la evaluación y confirmación por el médico especialista a través de una interconsulta de especialidad con una hipótesis diagnóstica (referencia) y una respuesta con la confirmación diagnóstica y un tratamiento (contrarreferencia). Además, en cuanto a la atención de urgencia se generan también frecuentes derivaciones a centros referentes de los pacientes que sobrepasan la capacidad resolutive. Se establecen por tanto, dos caminos de conexión en la red desde los Hospitales Comunitarios para asegurar la continuidad de los cuidados en la atención de salud de las personas: La interconsulta de especialidad que ofrece la continuidad desde la atención ambulatoria, y la derivación de urgencia que ofrece la continuidad desde los servicios de urgencia de cada centro de salud a los usuarios que ingresan a la red (11)(12).

Sin embargo el modelo implementado que relaciona la oportunidad y continuidad de los cuidados para la pertinencia de la referencia desde el área ambulatoria de atención primaria hacia el área hospitalaria y de especialidad (13) muestra quiebres en la articulación, expresados en prolongadas listas de esperas de patologías no incluidas en las Garantías Explícitas en Salud (GES) (2). Además, dentro de la red la integración de las atenciones de urgencia entre los distintos niveles de complejidad hospitalaria puede no estar bien articulada (14) generándose nuevos quiebres en la continuidad de las atenciones por la falta de resolución de las urgencias atendidas.

Los Hospitales Comunitarios, suelen ser el único recurso disponible en comunidades pequeñas para familias que acuden por controles y consultas de salud según programas y morbilidades, como también por urgencias con o sin riesgo vital. La mayoría de los Servicios de Salud a nivel nacional cuentan con Hospitales de baja complejidad dentro de su red asistencial. El Servicio de Salud Maule con sus 6 Hospitales Comunitarios es uno de los Servicios de Salud que mayor cantidad de estos hospitales presenta, además de articular la red asistencial entre las 30 comunas que lo componen (12).

Dentro de las prestaciones otorgadas por los Hospitales Comunitarios, si bien las urgencias podrían requerir ser derivadas a Hospitales de Mayor Complejidad, no siempre los recursos humanos, de Servicio de Atención Médico de Urgencia (SAMU), ambulancias y carreteras están disponibles para el buen traslado y, por otra parte, muchas veces la contraderivación resulta ser insatisfactoria, por

lo que la atención y estabilización de pacientes debe ser realizada a nivel local. Por otra parte, las interconsultas emitidas para atención de especialidad pueden no alcanzar la resolutivez esperada de patologías no GES. Es por esto y considerando que Maule es una de las regiones que mayor número de Hospitales Comunitarios presenta, es relevante analizar cómo operan los Hospitales Comunitarios de la Región del Maule dentro de la red asistencial.

Nos interesa poder describir y conocer acerca de la continuidad de los cuidados de salud de la población a través de dos caminos de conexión en la red caracterizados por el funcionamiento de las derivaciones y contraderivaciones de las atenciones de urgencia y de las interconsultas de especialidad no GES en los Hospitales Comunitarios pertenecientes al Servicio de Salud Maule. Considerando la pertinencia y número de derivaciones, así como también los recursos disponibles, la complejidad de las urgencias derivadas y contraderivadas, además de las interconsultas emitidas que son efectivamente resueltas.

1.- Marco Teórico

1.1.- Inicio del Sistema Nacional de Servicios de Salud en Chile

Al adentrarnos en la historia de la salud pública de Chile nos encontramos con importantes logros sanitarios, institucionales y educacionales que guiaron el camino para avances integrales y de relevancia para la salud pública entre el siglo XIX y primera mitad del siglo XX que resultaron en un hito relevante que acontece, a partir de 1952, con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), institución estatal de administración autónoma dirigida por un Director General (15). Desde 1942 funcionaba además en Chile el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) quien otorgó desde 1968 prestaciones de salud bajo una modalidad de libre elección a empleados públicos y privados (16).

Pero en 1979 el gobierno militar reestructuró el SNS afectando su organización, lo que disminuyó su autonomía institucional (15), no obstante se confirmaron los territorios asociados a las zonas de salud regionales. Además el SNS se fusionó al SERMENA conformando el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se crearon instituciones relevantes que permitirían el acceso a los servicios en salud. Es así como FONASA, la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), el Instituto de Salud Pública (ISP) y los Servicios de Salud conformaron el sector salud estructurado del mismo modo que en la actualidad (17)(18).

La estructura nacional de salud que fue creada en el SNS se caracterizó por formar zonas de salud regionales y una compleja red de hospitales de mayor, mediana y baja complejidad, además de consultorios periféricos y postas rurales, red que se ha venido desarrollando y creciendo en el tiempo. Estas zonas descritas se han encargado de generar acciones sanitarias de fomento de la

salud y prevención de las enfermedades de la población iniciadas hace más de 60 años por el SNS y aún están vigentes en el SNSS (6)(15).

Una acción importante y de gran avance en salud se desarrolla varios años después con el Plan de Acceso Universal a GES decretado en 2005, reforma creada durante el gobierno de Ricardo Lagos Escobar (15) que otorga acceso, calidad, oportunidad y protección financiera a un grupo priorizado de enfermedades, donde los aseguradores de salud obligatoriamente deben cumplir con estas garantías a sus beneficiarios (19)(20). GES forma parte de las obligaciones de los aseguradores previsionales público y privados con sus beneficiarios y, en el caso de FONASA, de las prestaciones de salud impartidas en la MAI dentro de las zonas de salud y de la red de centros asistenciales, permitiendo continuidad en la atención desde el área ambulatoria hasta los centros hospitalarios de manera principal en el caso de 85 patologías priorizadas hasta la fecha (2).

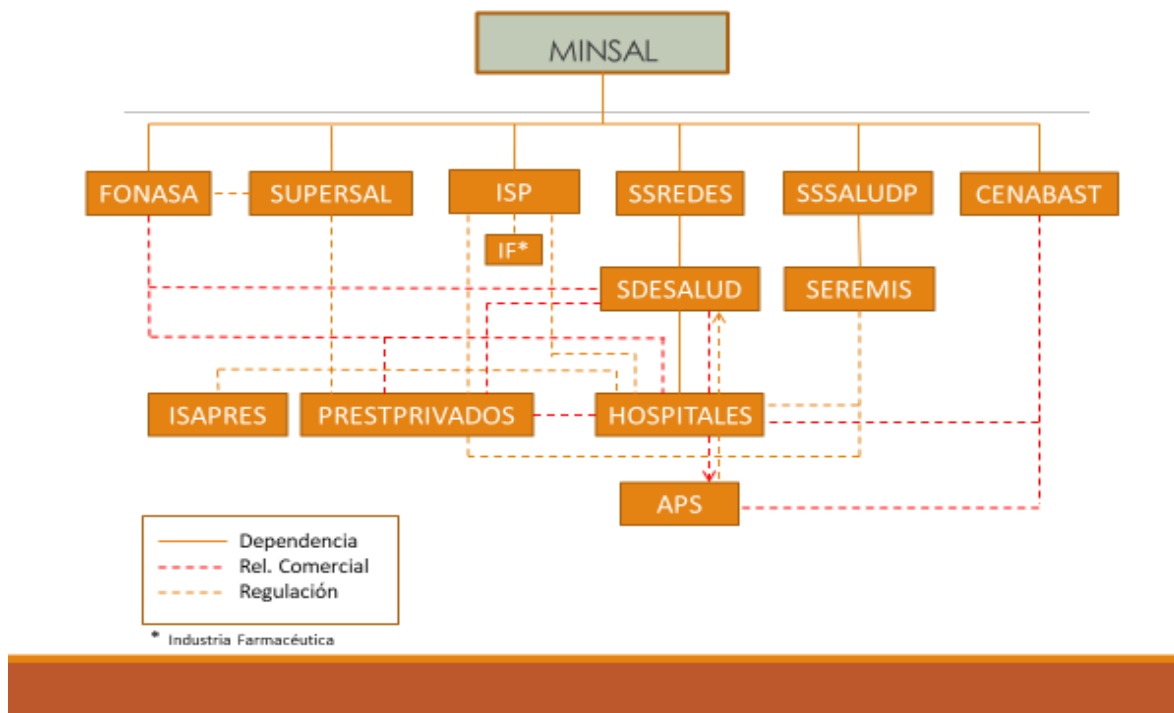
Dentro de la provisión pública de la salud en Chile, la continuidad de los cuidados depende de esta red asistencial, conformada por las distintas instituciones existentes junto con sus niveles de complejidad y territorialidad, las características y funciones de sus centros comunitarios y la capacidad resolutive que tiene cada uno para brindar prestaciones en atenciones de urgencias y ambulatorias a través de MAI (13).

1.2.- Sistema de Salud chileno

El Sistema de Salud chileno y tal como se plasma en la Constitución Política, es un sistema mixto, es decir público y privado, en donde el Estado asegura y provee de atención institucional y de libre elección a la mayoría de la población. Desde el punto de vista previsional, aproximadamente el 80% de la población chilena pertenece al sistema público de salud mientras que el 20% pertenece al sistema privado (21).

Conforman el sector público en la actualidad todos los organismos que constituyen SNSS a través del Ministerio de Salud y organismos dependientes, siendo los más relevantes: la red de Servicios de Salud, FONASA y CENABAST. La Superintendencia de Salud, las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) y el ISP, son organismos reguladores que velan por el cumplimiento de las normativas de salud (17).

Figura 1: Organización del Sistema de Salud Chileno



Fuente: Elaborado por Marcos Vergara I. para el suscrito de alumnos del Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile. Introducción a las Políticas y la Gestión (2020). Presentación: Cobertura, Financiamiento y Provisión de Servicios de Salud en Chile.

En cuanto al sector privado tenemos las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que cubren a la población de mayores ingresos (18.5% aproximadamente) y prestadores institucionales privados de salud como clínicas, laboratorios y centros médicos ambulatorios (17).

El acceso oportuno y equitativo, así como también la disponibilidad de servicios de salud otorgados dependen del tipo de seguro al cual los beneficiarios están afiliados no existiendo integración entre ISAPRE y FONASA (22), por lo que la red asistencial de salud solo permite la circulación de personas beneficiarias bajo MAI de FONASA.

La población chilena es teóricamente libre de elegir a qué previsión afiliarse y, a continuación, a dónde acudir para recibir las prestaciones de salud que requieren. Sin embargo, en el caso de la población afiliada a FONASA, hay que considerar ciertas características previsionales que hacen que la población afiliada pueda hacer uso de la Modalidad de Atención de Libre Elección (MLE) o de MAI (3).

Para poder caracterizar ambas modalidades de atención es necesario describir el financiamiento de la salud chilena y las alternativas que los seguros previsionales de salud otorgan.

1.3.- Financiamiento del Sistema de Salud

Las fuentes de financiamiento del sistema de salud chileno corresponden a los impuestos generales, las cotizaciones obligatorias de los trabajadores correspondiente al 7% del salario y el gasto de bolsillo de la población (17) (23).

Dentro del sistema de salud existen dos tipos de seguros previsionales a los cuales la población puede afiliarse y destinar su cotización obligatoria: FONASA e ISAPRE (23).

FONASA, que corresponde al seguro de salud público, recauda fondos a través de un importante aporte fiscal y de las cotizaciones obligatorias de los afiliados que lo eligen (23). Los beneficiarios de FONASA se clasifican según su nivel de ingresos en cuatro grupos diferentes: el Grupo A corresponde a personas carentes de recursos o indigentes con copago del 0% en las atenciones de salud, Grupo B acoge a las personas afiliadas cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo aplicable con un porcentaje de copago del 0%, el Grupo C corresponde a los afiliados cuyo ingreso mensual sea mayor al ingreso mínimo sin exceder en 1.46 veces dicho monto con un copago del 10%, y el Grupo D, que incluye a todos los afiliados cuyo ingreso mensual es mayor en 1.46 veces el ingreso mínimo aplicable con un porcentaje de copago que corresponde al 20% (3).

FONASA ofrece a sus beneficiarios dos modalidades de atención, MAI que corresponde a las prestaciones de salud otorgadas en los establecimientos de los servicios públicos de toda la red asistencial, donde solo los beneficiarios pertenecientes a los grupos de mayor ingreso (Grupo C y Grupo D) deben realizar un copago por los servicios recibidos. Y MLE que puede ser utilizada solo por los beneficiarios de los grupos B, C y D que se atiendan en establecimientos de salud privados, previo copago de las prestaciones recibidas (3)(16).

Existe además un alto gasto de bolsillo en toda la población frente a eventos de salud no priorizados tal vez debido a la falta de cobertura de las atenciones de salud demandadas (23) (24). Además de seguros voluntarios de salud a los que la población puede acceder a través de las ISAPRES u otras instituciones privadas.

En términos generales y para efectos de la importancia de la red asistencial y su población beneficiaria, MAI considera a la mayoría de la población chilena, la cual está afiliada a FONASA y por lo tanto recibe prestaciones de salud financiadas por MAI en todos los centros inmersos en la red asistencial de cada Servicio de Salud, iniciando su atención en APS como población a cargo de la institución a la cual pertenecen según dónde estén inscritos.

De esta manera las personas circulan por los organismos prestadores de atención en salud a través de la red asistencial, iniciando sus atenciones y primera consulta en centros de APS y Hospitales Comunitarios donde están previamente inscritos y desde donde son derivados, a través de servicios de urgencia o interconsultas de especialidad en caso de requerir atenciones de mayor complejidad y nivel resolutivo. Es así como de acuerdo al nivel de atención entregado, MAI segmenta el gasto en salud en tres componentes: APS como red primaria de atención, PPI y PPV como red secundaria y terciaria de atención en salud (3)(16)(7).

La APS corresponde al financiamiento del primer nivel de atención como la puerta de entrada a la red con establecimientos dependientes administrativamente de municipios (APS municipal) y otros de Servicios de Salud (APS no municipal) (3).

PPI cubre los gastos operacionales de carácter fijo a través de financiamiento presupuestado entre el Ministerio de Salud (MINSAL), FONASA y los Servicios de Salud de los centros de nivel secundario y terciario. FONASA paga las prestaciones que cada Servicio de Salud debe realizar y justificar (3). En el caso de los Hospitales Comunitarios, también se generan pagos asociados a éste mecanismo.

Los PPV corresponden a los pagos efectuados por FONASA de las prestaciones que otorgan los niveles secundario y terciario de forma variable (GES y no GES), financiando lo convenido previo contrato entre MINSAL, Secretaria de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud correspondientes y FONASA (3).

MAI por tanto se encarga del pago de los servicios de salud de la población beneficiaria de FONASA a lo largo de toda la red asistencial en sus distintos niveles de complejidad. Sin embargo, existe una sobredemanda (o déficit en la oferta) de atenciones de salud de la población beneficiaria que desborda los servicios públicos de la red. Esta realidad conlleva a la población a consultar en el sector privado aumentando el gasto en salud de las personas (7). FONASA, por tanto, no logra financiar la red asistencial, lo que puede afectar en la continuidad de la atención en salud.

1.4.- Sistema de atención en red: Red Asistencial de Salud

La transformación del sistema de salud implementado a partir de la reforma de salud en el año 2005 (20) permitió reorientar las prestaciones de servicios aumentando la eficacia del sector y la efectividad de las acciones de salud lo que implicó, entre otras cosas, la separación de funciones del Ministerio de Salud, Salud Pública y Redes Asistenciales (rectoría, fiscalización, provisión de servicios) (19) (25).

Los Servicios de Salud tienen el rol de articular, gestionar y ejecutar la red (26). Son los que lideran y constituyen los establecimientos asistenciales públicos, municipales de atención primaria y establecimientos privados en convenio, abarcando todas las regiones a nivel nacional con un total de 29 Servicios de Salud desde Arica hasta Magallanes cada uno a cargo de un Director de Servicio quien cumple la función de Gestor de Red. La función de integrar y regular las acciones y normas que definen los niveles de complejidad asistencial en los distintos tipos de prestaciones y estándares de calidad exigidos en salud, ejecutados por los Servicios de Salud y CENABAST del SNSS está a cargo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (17) (3).

La administración y coordinación de la red está basada por normas y protocolos ministeriales que permiten otorgar amplio conocimiento de su funcionamiento a todos los actores involucrados. Sin embargo, pese a esto pueden ocurrir dificultades en la integración debido a fallas estructurales y organizativas dentro de los Servicios de Salud (1).

Por lo tanto, cada Servicio de Salud de acuerdo con la normativa vigente y la organización institucional actual cuenta con una red asistencial de establecimientos organizados según nivel de complejidad distribuidos según población y territorialidad. Hay 29 redes o Servicios de Salud territoriales compuestos por: 192 hospitales, de los cuales 63 son Hospitales de Mayor Complejidad, 24 Hospitales de Mediana Complejidad y 105 Hospitales de Baja Complejidad; 17 Centros Ambulatorios de Especialidad; y 1.870 centros de APS. Donde se incluyen 1.163 Postas de Salud Rural, 104 Consultorios General Rural (CGR), 126 Consultorios General Urbano (CGU), 284 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 129 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF) y 64 Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) (6)(10).

Cada una de las redes integradas de los Servicios de Salud buscan la implementación de estrategias que logren la oportunidad y continuidad de la atención de su población inscrita permitiendo la comunicación intersectorial (13) con un enfoque centrado en las personas, con la APS como eje central (14). El objetivo principal de la red asistencial por tanto es lograr el acceso oportuno de los pacientes a los servicios y la continuidad y cuidados entre niveles de atención, asegurando la secuencialidad de las atenciones en salud (1).

Los centros de salud inmersos en la red cumplen un rol asistencial, cuyos resultados dependerán de su capacidad resolutoria, del perfil demográfico y epidemiológico de su población inscrita y de su dotación de recursos, donde a través de MAI otorgan prestaciones de salud a la población que circula a través de la red con el objetivo de mantener la continuidad de los cuidados. Cada red de salud es organizada y administrada por los Servicios de Salud de cada región.

1.4.1.- Servicios de Salud: Características de sus centros asistenciales.

Los servicios de salud son organismos estatales cuyo funcionamiento está bajo la vigilancia del Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Estos deben gestionar y articular la red asistencial según corresponda a su territorio con la finalidad de ejecutar acciones integradas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud permitiendo la continuidad de los cuidados de su población a cargo. Cada servicio de salud está constituido por un conjunto de establecimientos asistenciales públicos de su dependencia, privados en convenio y establecimientos municipales de APS de su territorio. De esta forma cada Servicio de Salud articula y desarrolla su red asistencial con un primer nivel de atención y otros niveles de mayor complejidad que permiten el flujo de referencia, derivaciones y contraderivaciones de las personas a través de mecanismos de coordinación e integración técnica y administrativa (2)(12)(27).

Los establecimientos hospitalarios son prestadores de salud que se distribuyen territorialmente. Es así como en cada región se encuentran los Hospitales de Mayor Complejidad caracterizados como centros autogestionados de referencia nacional y regional, dotados con equipamiento y recursos humanos para la atención de salud de alta complejidad técnica y de especialidad. En comunas con

menor población podemos encontrar Hospitales de mediana y baja complejidad donde tanto el equipamiento clínico como el recurso humano es menor y carece de médicos especialistas (6)(12). En cuanto a la red de atención primaria ésta se distribuye en zonas urbanas y rurales. La caracterización de sus centros se basa en el número de población y ruralidad de ésta diferenciándose además según mecanismos de administración y fuentes de financiamiento. Tiene una complejidad básica y amplia cobertura para la realización de atenciones ambulatorias ejecutando programas básicos de salud con apoyo terapéutico simple (6)(12).

Considerando tanto la red primaria en salud como la red de establecimientos hospitalarios encontramos los Hospitales de Baja Complejidad, que cumplen un rol asistencial que enmarca tanto las atenciones de salud ambulatorias como también las intrahospitalarias y de urgencia.

Con el fin de fortalecer la estrategia de APS a propósito del compromiso mundial con la APS en la Declaración de Astaná (28), en el rol de los Hospitales de Baja Complejidad predomina la atención ambulatoria y de urgencia por sobre la intrahospitalaria, caracterizándose como centros de salud con modelos de salud integral con enfoque familiar y comunitario. Es decir, Hospitales Comunitarios o de Baja Complejidad con Consultorio Adosado (11).

El Hospital Comunitario entrega a su población una amplia gama de servicios que se distribuyen desde los hogares hasta los hospitales: visitas domiciliarias integrales, atención ambulatoria en el Consultorio adosado, atención intrahospitalaria indiferenciada básica y atención de urgencia. Cuenta con equipos de cabecera para la APS sectorizados según área territorial de su población asignada. Además de servicios complementarios de laboratorio clínico básico, farmacia, rayos X, pabellón de cirugía menor y algunos con Unidad de Medicina Transfusional (UMT) (11).

Al prestar servicios de salud desde lo ambulatorio hasta lo hospitalario y considerando su capacidad resolutive básica, el Hospital Comunitario frecuentemente hace uso de la red asistencial del Servicio de Salud al cual pertenece para mantener la continuidad de los cuidados. Es así como ejecuta constantemente derivaciones de pacientes desde sus servicios de urgencia a centros de mayor complejidad y emite interconsultas desde el área ambulatoria para evaluaciones por médicos especialistas ante sospecha diagnóstica.

El mayor número de Hospitales Comunitarios se concentra en los Servicio de Salud de O´higgins, Araucanía Sur, Viña-Quillota, Reloncaví y Maule. Siendo éste último el que menor número de éstos hospitales presenta considerando su población perteneciente a la red de salud la cual posee una cobertura geográfica con alcance para las 30 comunas que componen la región con una población residente de 1.044.950 habitantes para 2017 (12)(29).

Cuadro 1: Servicios de Salud con mayor número de Hospitales Comunitarios.

Servicio de Salud	Región	Hospitales Comunitarios	Población regional total (CENSO 2017)	Área geográfica cubierta SS
Servicio de Salud Villa del Mar-Quillota	V Región	8	1.815.902 habitantes	18 comunas (total 38)
Servicio de Salud O'higgins	VI Región	11	914.555 habitantes	33 comunas (total 33)
Servicio de Salud Maule	VII Región	6	1.044.950 habitantes	30 comunas (total 30)
Servicio de Salud Araucanía Sur	IX Región	8	957.224 habitantes	21 comunas (total 32)
Servicio de Salud Reloncaví	X Región	7	828.708 habitantes	13 comunas (total 30)

Fuente: *Elaboración propia (12)(29).*

El Servicio de Salud Maule conforma la red a lo largo de sus 30 comunas para una población que comparada con el resto de los Servicios de Salud descritos en el cuadro 1 posee menor cantidad de centros Hospitalarios de baja complejidad distribuidos en su territorio. La red que articula a lo largo de las 30 comunas que lo componen, permite que se convierta en un buen modelo de análisis para la continuidad de la atención de los cuidados en salud de su población a cargo.

1.4.2.- Servicio de Salud Maule

El Servicio de Salud Maule para efectos de su funcionamiento, vigilancia y normas depende del Ministerio de Salud. Su red asistencial la conforman establecimientos públicos dependientes directamente de él y centros de APS dependientes de municipios alcanzando un total de 253 centros distribuidos entre sus 30 comunas (12). Dentro de sus centros hospitalarios desde julio del 2018 cuenta con 6 Hospitales Comunitarios debido al cambio de complejidad otorgado al Hospital Dr. Abel Fuentealba Lagos de San Javier (30)

Cuadro 2: Establecimientos de Asistencia Hospitalaria del Servicio de Salud Maule.

Establecimiento Hospitalario	Comuna	Complejidad
Hospital Dr. César Garavagno Burrotto*	Talca	Alta Complejidad
Hospital San Juan de Dios Curicó	Curicó	Alta Complejidad
Hospital General Carlos Ibañez del Campo	Linares	Alta Complejidad
Hospital San José	Parral	Mediana Complejidad
Hospital San Juan de Dios Cauquenes	Cauquenes	Mediana Complejidad
Hospital Dr. Abel Fuentealba Lagos	San Javier	Mediana Complejidad
Hospital de Constitución	Constitución	Mediana Complejidad
Hospital Dr. Benjamin Pedreros Zuñiga	Chanco	Baja Complejidad
Hospital de Curepto	Curepto	Baja Complejidad
Hospital Chileno Japonés de Hualañe	Hualañe	Baja Complejidad
Hospital de Licantén	Licantén	Baja Complejidad
Hospital Santa Rosa de Molina	Molina	Baja Complejidad
Hospital San Juan de Dios de Teno	Teno	Baja Complejidad

Nota: () Hospital de Referencia Regional.*

Fuente: Elaboración propia, en base a información del Minsal (30)

Cada uno de los 13 centros hospitalarios del Servicio de Salud Maule prestan atenciones de urgencia de acuerdo a su nivel de complejidad. Los de mediana y alta complejidad son referentes de las derivaciones de urgencia de los 6 Hospitales Comunitarios, así como también de la recepción de atenciones de especialidades según interconsultas emitidas desde sus áreas ambulatorias (12)(30).

Cuadro 3: Hospitales Comunitarios y sus Centros Referentes.

Establecimiento Hospitalario de Baja Complejidad	Comuna	Centro Referente	Distancia
Hospital Dr. Benjamin Pedreros Zuñiga	Chanco	Hospital San Juan de Dios de Cauquenes	43,2 km por ruta M-50
Hospital de Curepto	Curepto	Hospital Dr. César Garavagno Burrotto de Talca	76,5 km por ruta K-60-J
Hospital Chileno Japonés de Hualañe	Hualañe	Hospital San Juan de Dios de Curicó	69,8 km por ruta J-60
Hospital de Licantén	Licantén	Hospital San Juan de Dios de Curicó	88,8 km por ruta J-60
Hospital Santa Rosa de Molina	Molina	Hospital San Juan de Dios de Curicó	20,4 km por ruta 5 Sur
Hospital San Juan de Dios de Teno	Teno	Hospital San Juan de Dios de Curicó	12,1 km por ruta 5 Sur

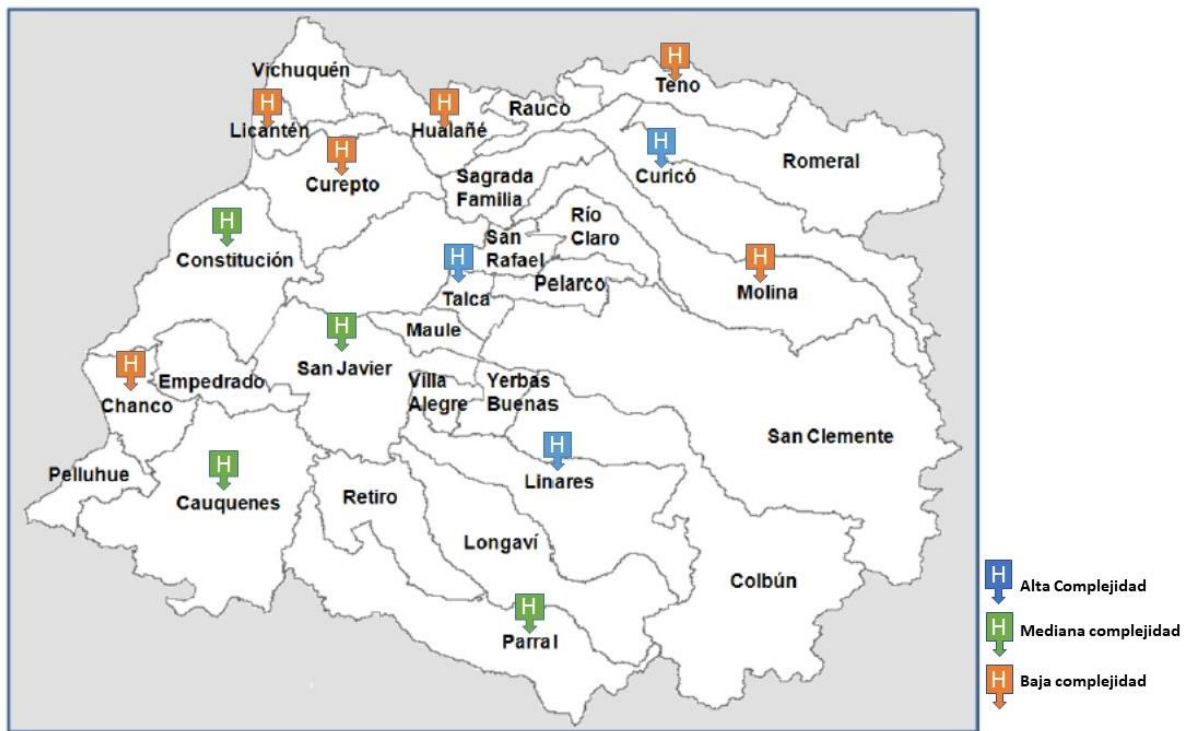
Fuente: Elaboración propia, en base a información Minsal (30).

El Servicio de Salud Maule activa la red asistencial a lo largo de todas sus comunas iniciando las acciones en salud desde el área ambulatoria de atención primaria hasta los niveles secundarios y terciarios de mayor complejidad resolutoria, y desde sus Hospitales Comunitarios a través de las derivaciones de sus servicios de urgencia y de las interconsultas emitidas en la atención ambulatoria, lo que nos muestra dos caminos de conexión en la red que permiten establecer la continuidad de los cuidados de salud de su población a cargo.

1.4.3.- Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule

Dentro de la red de salud del Servicio de Salud Maule encontramos 6 Hospitales Comunitarios, ubicados en 6 de las 30 comunas cubiertas por este Servicio de Salud. Cada uno de ellos cuenta con un directivo quien es el encargado de gestionar y administrar el hospital según lineamientos y normativas entregadas por el Servicio de Salud. Como parte de la estrategia de atención, el área ambulatoria organiza el conjunto de prestaciones que cubren desde la atención domiciliaria hasta la atención hospitalaria básica con enfoque en la prevención de la enfermedad desde la perspectiva de las necesidades de la población del territorio al cual pertenecen (11).

Figura 1: Comunas cubiertas por Hospitales Comunitarios



Fuente: Elaboración propia (12).

Las prestaciones otorgadas por los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule como centros inmersos en la red asistencial se financian a través de MAI, utilizando los mecanismos de financiamiento de costo fijo según administración y territorio.

1.4.4.- Financiamiento de los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule

Cada uno de los 6 hospitales comunitarios presta atenciones de salud a través MAI. Su mecanismo de financiamiento es característico en cada uno de ellos según a la comuna que pertenecen. Es así como los 6 hospitales; el Hospital San Juan de Dios de Teno, el Hospital Santa Rosa de Molina, el Hospital Chileno Japonés de Hualañé, el Hospital de Licantén, el Hospital de Curepto y el Hospital Dr. Benjamín Pedreros Zúñiga de Chanco, se financian a través costo fijo, es decir, de un valor histórico de la ley de presupuesto anual según población fija determinada equivalente a 7 mil beneficiarios independiente de la población inscrita total que puede superar la cantidad establecida (8) (9).

Cada año a través de resolución exenta los hospitales comunitarios reciben un presupuesto anual con los ingresos desde el Servicio de Salud donde se explicita la autorización máxima de gastos según subtítulos para recurso humano, farmacia, movilización, pago de horas extras, viáticos, otros. Por otra parte, el área de finanzas junto al directivo realiza un plan anual de compras, el que debe ser asociado al subtítulo 22 para poder hacer efectivo el gasto. Este presupuesto a costo fijo es un monto histórico para un máximo de 7 mil beneficiarios aproximadamente (2). Por lo tanto, de este presupuesto depende la cantidad de atenciones posibles a realizar en cada centro y la generación de deudas cuando MAI se desborda y FONASA no logra financiar la red.

Además dentro del presupuesto anual para los Hospitales Comunitarios se incluyen los ingresos y gastos para el año en curso según las modalidades de: PPV que incluye las prestaciones de salud variables GES y no GES, y PPI (2). FONASA paga, previo valor establecido por cada prestación según programación y cumplimiento de programas y metas. Por lo tanto los Hospitales Comunitarios se financian a través de MAI que considera PPI y PPV, donde el presupuesto es histórico.

Todas las prestaciones de salud ofrecidas a través de la cartera de servicios son financiadas a través de FONASA en MAI, por lo que el registro ejecutado a través del Sistema de Información de Salud Maule (SISMAULE) de cada acción de salud es primordial tanto en el área ambulatoria como en el servicio de urgencia. El óptimo registro permite caracterizar las prestaciones GES y no GES, así como también las atenciones otorgadas según cartera de prestaciones del Hospital Comunitario.

1.4.5.- Rol, funciones y atenciones prestadas y derivadas de los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule

Los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule se caracterizan por brindar atenciones de salud basados en una visión territorial, incorporando y vinculando el equipo de salud con la red comunitaria y el intersector. Su función es otorgar atenciones de salud a nivel primario (atención ambulatoria en consultorio adosado), intrahospitalario indiferenciado básico y de urgencia. Incorpora el enfoque familiar y comunitario en todas las instancias y modalidades de atención con

énfasis en los aspectos preventivos, de promoción de la salud, bienestar y calidad de vida de su población a cargo (11).

La dotación de recurso humano, equipamiento e infraestructura está relacionado con la cartera de prestaciones de cada establecimiento. Cada Hospital Comunitario cuenta con programas básicos y procedimientos que caracterizan sus atenciones ambulatorias, de atención cerrada y de urgencia. El registro de sus prestaciones se realiza a través de SISMAULE según programa y atenciones de urgencia.

Cada serie de Registros Estadísticos Mensuales (REM) incorporado en SISMAULE se identifica con un programa y procedimiento específico característico para cada tipo de atención, orientado a dar cumplimiento a la cartera de prestaciones del establecimiento según registro PPI.

La cartera de prestaciones está directamente relacionada con el Programa de Prestaciones Institucionales, el que describe todos los procedimientos y atenciones del área ambulatoria, intrahospitalaria y de urgencia que brinda el establecimiento de salud (Cuadro 4).

En todo paciente atendido en el área ambulatoria y que requiera confirmación diagnóstica o evaluación por especialista se debe activar la red, a través de la emisión de interconsultas realizadas por médicos y matronas registradas en SISMAULE tanto de patologías GES y no GES. Una vez en línea, el centro referente emite una dación de horas según especialidad y tipo de prestación requerida. Toda patología GES cumple con tiempos de atención considerando la oportunidad, protección, financiamiento y calidad. Sin embargo las patologías no priorizadas requieren de esfuerzos especiales dado los tiempos de espera prolongados para la resolución de la prestación (2).

Los 6 Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule emiten en promedio, desde la atención ambulatoria para el año 2019, aproximadamente 1.205 interconsultas para confirmación diagnóstica a las diferentes áreas de especialidad y subespecialidad de sus centros referentes (Pediatría, Medicina Interna, Dermatología, Cardiología, Obstetricia y Ginecología, oftalmología, entre otras) de las cuales solo 296 interconsultas en promedio corresponden a patologías GES, por lo que las listas de espera de las patologías no priorizadas alcanzan un promedio de aumento anual de 900 interconsultas (31), provocando quiebres en uno de los caminos que permite la continuidad de la atención a través de la red.

La atención de urgencia se basa en el ingreso y categorización de los pacientes que consultan tanto para profesional médico como para matrona, cuyo registro de atención se realiza en el Documento de Atención de Urgencia (DAU) incorporado en SISMAULE. El DAU permite describir la atención prestada y las derivaciones de las urgencias que excedan la capacidad resolutoria caracterizadas por derivaciones críticas, no críticas y de no urgencia según estado de salud del paciente.

Las derivaciones críticas y no críticas corresponden a los traslados de urgencia de pacientes donde su estado de salud sobrepasa la capacidad resolutoria del Hospital Comunitario (desde el Servicio de urgencia), mientras que las derivaciones de no urgencia corresponden a todos los traslados de pacientes estables no autovalentes, pacientes hospitalizados o traslados programados de pacientes que deben acudir a controles con especialistas en los centros referentes (desde el Servicio de

medicina o intrahospital). Para efectos de esta tesis, nos referiremos a los traslados desde el servicio de urgencia, donde el promedio de atenciones de urgencia de los 6 hospitales alcanza aproximadamente las 18.138 para el año 2019, de las cuales se derivan en promedio 2.266 urgencias según datos estadísticos publicado en la página del Servicio de Salud Maule. Sin embargo, de éstas solo el 20.4% corresponden a derivaciones de pacientes críticos (31).

Los datos antes mencionados no caracterizan los tipos de derivación según categorización ni la pertinencia de estas, así como tampoco la contraderivación de los pacientes desde el centro receptor, por lo que es necesario analizar el quiebre en la continuidad de los cuidados en este segundo camino de conexión de las urgencias derivadas, no derivadas o efectivamente resueltas.

Cuadro 4: Cartera de Servicio del Hospital Comunitario

Cartera de Servicios según REM	
REM serie A1	Controles de salud programa y profesional
REM serie A2	Toma de Examen de Medicina Preventiva (EMP)
REM serie A3	Escalas de evaluación por profesionales
REM serie A4	Consultas de salud por profesional
REM serie A5	Ingresos y Egresos por programa de salud
REM serie A6	Salud Mental
REM serie A7	Interconsultas de especialidad
REM serie A8	Urgencia (categorización, derivaciones)
REM serie A9	Dental
REM serie A11	Análisis de EMP
REM serie A19a	Actividades de promoción
REM serie A19b	Actividades de participación social
REM serie A21	Hospitalización domiciliaria
REM serie A23	IRA-ERA
REM serie A24	Partos atendidos
REM serie A25	Laboratorio UMT
REM serie A26	Actividades en domicilio
REM serie A27	Educación para la salud
REM serie A28	Rehabilitación Integral
REM serie A29	Resolutividad
REM serie A31	Medicina complementaria
REM serie D	PNAC-PACAM
REM 17	Prescripción de recetas en urgencia, traslado no urgencia, otros.
REM 18 y 18a	Actividades y libro de actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico
REM 20	Índice ocupacional de camas

Fuente: Elaboración propia (31).

En cuanto a la atención cerrada, la atención corresponde a hospitalización de pacientes en camas indiferenciadas básicas, donde se prestan atenciones de salud de acuerdo a la baja complejidad del establecimiento.

SISMAULE y los REM describen además de todas las atenciones de salud ejecutadas, la cantidad y características de las derivaciones desde los servicios de urgencia de pacientes atendidos que superan la capacidad resolutoria, así como también el número de interconsultas de especialidad emitidas (GES y no GES) en el área ambulatoria. Esto permite caracterizar la funcionalidad de la red asistencial del Servicio de Salud Maule y la continuidad de los cuidados que los Hospitales Comunitarios ofrecen a su población a cargo a través de la derivación y contraderivación de sus pacientes.

La referencia y contrarreferencia puede presentar retrasos en su integración. La cartera de servicios de los Hospitales Comunitarios puede, en ocasiones, ser causante de la activación de la red por prestaciones de salud que pudieran ser resueltas a nivel local o por el contrario, su activación no logra el desarrollo adecuado del proceso de continuidad en la atención de salud.

La realidad que se desprende de la red es que muchas de las urgencias registradas en SISMAULE categorizadas como de riesgo vital y que necesariamente requieren ser derivadas a Hospitales de Mayor Complejidad no siempre cuentan con los recursos disponibles para el buen traslado o la contraderivación resulta insatisfactoria. Además el número de derivaciones críticas según datos publicados en la página del Servicio de Salud solo corresponde a un bajo porcentaje del total de derivaciones. Por otra parte, en la atención ambulatoria la gran cantidad de interconsultas emitidas para atención de especialidad no logran la resolutoria esperada aumentando las listas de espera para la atención.

Los Hospitales Comunitarios intentan resolver y otorgar prestaciones según la pertinencia de su cartera de prestaciones y nivel de resolutoria, pero no logran dar continuidad a los cuidados de su población a cargo. Se generan quiebres en la red asistencial que impiden la óptima articulación de los dos caminos de conexión que ofrecen los Hospitales Comunitarios y la referencia y contrarreferencia no logra cumplir con su estructura integral.

Es necesario analizar que ocurre en los caminos de conexión con la red de los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule que no logran dar cumplimiento a la continuidad de las atenciones de salud a través de las derivaciones y contraderivaciones efectuadas desde el nivel ambulatorio y de urgencia, describiendo y analizando la referencia y contrarreferencia de sus servicios.

2.- Pregunta de Investigación

¿Qué ocurre en los caminos de conexión de la red del Servicio de Salud Maule que inicia en los Hospitales Comunitarios y que no logra dar cumplimiento a la continuidad de la atención de las derivaciones y contraderivaciones efectuadas desde la atención ambulatoria y de urgencia?

3.- Objetivo General

Describir y juzgar evaluativamente la continuidad de la atención en salud de la población a cargo de los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule a través de la red asistencial en cuanto a prestaciones de urgencia y ambulatorias derivadas y contraderivadas durante el año 2019.

3.1.- Objetivos Específicos

1. Describir las urgencias atendidas en los Hospitales Comunitarios analizando la pertinencia de derivación según cartera de prestaciones y nivel de resolutivez dentro de la red asistencial del Servicio de Salud Maule en el periodo de estudio.
2. Describir las interconsultas no GES emitidas en los Hospitales Comunitarios analizando la pertinencia de derivación según cartera de prestaciones y nivel de resolutivez dentro de la red asistencial del Servicio de Salud Maule en el periodo de estudio.
3. Realizar una evaluación crítica de la continuidad de los cuidados de la población a cargo de los Hospitales Comunitarios en el contexto de la operacionalidad de la red asistencial del Servicio de Salud Maule.

4.- Marco Metodológico

4.1.- Tipo de Estudio

Para describir la continuidad de los cuidados dentro de la red asistencial de salud de los centros hospitalarios de baja complejidad en cuanto a derivaciones y contraderivaciones de urgencias e interconsultas de especialidad emitidas, se seleccionó un diseño de estudio de tipo ecológico con enfoque descriptivo cuantitativo, utilizando datos secundarios disponibles en los registros electrónicos implementados por el Servicio de Salud Maule, SISMAULE. El sistema actualmente es usado por toda la red asistencial de la región, cabe señalar que en este estudio se describen los 6

Hospitales Comunitarios de la red Maule, los que ingresan las prestaciones de salud otorgadas a la población durante las consultas de urgencia e interconsultas de especialidad emitidas. Los datos se obtuvieron de manera retrospectiva del periodo de enero a diciembre del año 2019.

4.2.- Universo y Variables

Se consideró como universo el total de las urgencias atendidas y de las interconsultas emitidas no GES durante enero a diciembre del año 2019 de los 6 Hospitales Comunitarios pertenecientes al Servicio de Salud Maule. Las variables más relevantes que permitieron el análisis de la continuidad de los cuidados son: número de urgencias derivadas, tiempos de derivación según ausencia de móvil, tipos de derivación según diagnóstico CIE10. Número y fecha de interconsultas no GES emitidas, número de interconsultas resueltas con fecha de citación, tipo de patologías de derivación según estamento (médico, matrona), número de interconsultas en espera de resolución desde la emisión de la interconsulta y contrarreferencia posterior a confirmación diagnóstica.

Dado el tipo de estudio no cabe hacer distinción entre variables dependientes e independientes, por lo que solo se consignan según su operacionalización para la evaluación respectiva. Las urgencias derivadas según diagnóstico CIE10 e interconsultas no GES emitidas según especialidad se trataron como variables categóricas nominales politómicas (Tipo de derivación según especialidad: Maternidad, Traumatología, Medicina interna, etc), las derivaciones e interconsultas derivadas resueltas y contrarreferidas se trataron como variables categóricas nominales dicotómicas (SI/NO). Considerando en el caso de urgencia como resolutivez efectiva la atención del paciente en el centro referente y en el caso del área ambulatoria la dación de horas de la interconsulta emitida.

El tiempo de espera para la resolución de las derivaciones se trató como variable categórica ordinal clasificando en 3 eventos de orden lógico los tiempos de espera (Adecuado, Moderado y Excesivo). Dado que las distancias entre los Hospitales Comunitario y sus centros referentes difieren entre los 6 hospitales en estudio, esta categorización se empleó en base al tiempo de traslado de ida y regreso de los móviles, agregando el tiempo empleado en presentar y entregar al paciente trasladado (30 minutos en promedio) en el centro referente.

4.3.- Recolección de la Información

Se elaboraron dos bases de datos con la información obtenida de SISMAULE a través de estadístico perteneciente a la unidad de Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) de cada centro hospitalario a estudiar previa coordinación con jefe de SOME, médico contralor, jefe de movilización y directivos de los establecimientos. Para la recogida de los datos, obtención de las variables a estudiar y construcción de las bases de datos, el estadístico de cada centro descargó de SISMAULE

todos los DAU y el total de interconsultas emitidas del periodo en estudio, junto con la planilla de estadística anual según REM serie BS del número de traslados de urgencia y del total de interconsultas emitidas por especialidad. Además la Unidad de Participación y Trato al Usuario de la Dirección del Servicio de Salud Maule, a través del envío de la respuesta de Solicitud de Transparencia folio N°AO025T0001384 entregó las bitácoras de traslado de cada móvil (ambulancia) de los 6 Hospitales Comunitarios.

La primera base de datos se elaboró con la cantidad de urgencias atendidas y derivadas en cada hospital durante el periodo enero a diciembre del año 2019. Se caracterizaron las derivaciones según su categorización (C1, C2, C3, C4 y C5) por triage de ingreso, lo que permite analizar la pertinencia de la derivación según cartera de servicio y nivel de resolutivez de la institución a través del diagnóstico CIE10 especificado en DAU de médicos y matronas. Se describen además los tiempos de traslado en cada derivación a través del tiempo total utilizado en el traslado según bitácoras de móviles considerando la fecha de cierre de la atención según DAU, hora de salida del móvil hacia el centro referente y hora de llegada del móvil a centro derivador posterior a la resolutivez de la atención del paciente trasladado. La resolutivez de la derivación se obtiene de la atención efectiva en centro referente del paciente derivado.

La segunda base de datos cuenta con la información del número total de interconsultas de especialidad no GES emitidas durante el periodo de enero a diciembre del año 2019. El listado de interconsultas se obtuvo de SISMAULE. Se incluyen las interconsultas emitidas de médicos y matronas. La base de datos describe las patologías de derivación no GES, los tiempos de espera para cada una de estas a partir de la fecha de emisión de la interconsulta y fecha de citación por el centro referente. La resolutivez de la derivación se obtendrá de la dación de horas efectiva de cada interconsulta.

4.4.- Análisis de la Información

Una vez elaboradas las bases de datos y recopilada toda la información, se analizaron los datos a través del programa estadístico RStudio. Se importaron al estadístico las bases de datos creando tablas de contingencia con los comandos respectivos para ello, donde se muestran las variables operacionalizadas y relacionadas entre ellas a través de tablas de frecuencias cruzadas (*table*, *prop.table*) lo que permite describir como los tiempos de espera y el tipo de derivación se relacionan con la resolutivez de la derivación para cada una de las áreas en estudio.

Este análisis solo nos permitirá describir si es posible establecer relaciones u asociaciones de interés entre los eventos de las variables mencionas dando cumplimiento a los objetivos propuestos de este estudio sin integrarlas a un modelo de análisis estadístico.

Para el cumplimiento de los objetivos específicos 1 y 2 que buscan describir la pertinencia y resolutivez de las derivaciones desde el servicio de urgencia y de la referencia y contrarreferencia

de patologías no GES desde el área ambulatoria respectivamente, se muestra si la distribución de la frecuencia de los tiempos y el tipo de traslados/interconsulta se relacionan con la resolutivez y contrarreferencia de la derivación. Con esta descripción y considerando la cartera de prestaciones con la que cuentan los Hospitales Comunitarios, es posible describir el funcionamiento de la red en cuanto a su continuidad de la atención en cada una de las áreas de estudio.

Para dar cumplimiento al objetivo específico 3 donde se pretende realizar una evaluación crítica de la continuidad de los cuidados, se comparan ambas áreas para determinar en cuál de los dos caminos de conexión, atención ambulatoria y de urgencia, existen mayores quiebres respecto a la descripción de la distribución de las variables estudiadas, donde los eventos más repetitivos dentro del análisis nos permiten crear hipótesis para estudios analíticos futuros que nos muestren en detalle si el tiempo de espera o el tipo de derivación son las variantes que se relacionan con la resolutivez y contrarreferencia que pueden afectar la continuidad de la atención a través de la red del Servicio de Salud Maule.

5.- Resultados

5.1.- Continuidad de la atención a través de la atención de urgencia

Los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule desde sus servicios de urgencia atienden a toda la población que consulta de manera espontánea por alguna alteración de su estado de salud. Toda atención que supere el nivel de complejidad básico del centro de salud debe ser derivado al centro referente a través de la red utilizando sus móviles de traslados y recurso humano.

La cantidad de urgencias atendidas y derivadas en el periodo de enero a diciembre del año 2019 se describen en la siguiente tabla:

Tabla N°1: Urgencias atendidas y derivadas desde los Hospitales Comunitarios a través de la red de salud Maule

	N° URGENCIAS ATENDIDAS	N° URGENCIAS DERIVADAS	% DERIVACION
HOSPITAL DE CUREPTO	7078	254	3,59
HOSPITAL DE LICANTEN	10453	347	3,32
HOSPITAL DE HUALAÑE	14624	323	2,21
HOSPITAL DE CHANCO	18070	364	2,01
HOSPITAL DE TENO	30367	688	2,27
HOSPITAL DE MOLINA	36505	499	1,37
TOTAL	117097	2475	2,11

Solo un 2,1% de las urgencias atendidas en los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule requieren ser derivadas a un nivel de mayor complejidad.

Cada paciente que es atendido en los servicios de urgencia es categorizado al ingreso de la atención según el nivel de gravedad de su condición de salud, esto permite clasificar al paciente en 5 categorías (C1, C2, C3, C4, C5) donde los pacientes C1, C2 y C3 son considerados de gravedad extrema, severa y mediana respectivamente. Mientras que los pacientes C4 y C5 se consideran de gravedad leve o no pertinente. Esta categorización además del diagnóstico descrito según CIE 10 caracterizan la pertinencia de las 2.475 derivaciones desde los Hospitales Comunitarios a través de la red.

A continuación se describen las urgencias derivadas según pertinencia de traslado por categorización y diagnóstico CIE 10:

Tabla N°2: Urgencias derivadas de los Hospitales Comunitarios según pertinencia de derivación por categorización y diagnóstico CIE 10.

DIAGNOSTICO	CATEGORIZACION						TOTAL
	C1	C2	C3	C4	C5	SC	
ENF INFECCIOSAS Y PARASITARIAS		1	1	4	1		7
TUMORES			2	3	1		6
INMUNIDAD		1	13	18	8		40
ENF ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS		2	10	12	1		25
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO		3	8	4	3		18
ENF SISTEMA NERVIOSO	1		15	16	5		37
ENF DEL OJO Y SUS ANEXOS			2	11	11		24
ENF DEL OIDO Y APOFISIS MASTOIDES			3	6	1		10
ENF SISTEMA CIRCULATORIO	11	14	111	82	21		239
ENF SISTEMA RESPIRATORIO	2	6	36	45	10		99
ENF SISTEMA DIGESTIVO		3	37	88	33		161
ENF DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO			4	6	1		11
ENF SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO		1	4	17	19		41
ENF SISTEMA GENITOURINARIO		2	14	24	10		50
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO		5	36	51	21	3	116
MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMACIONES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS			1				1
SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO	9	15	115	276	90		505
TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTO Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	6	43	230	298	134		711
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	1	4	11	7			23
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	4	19	169	110	46	3	351
TOTAL DERIVACION POR CATEGORIZACION	34	119	822	1078	416	6	2475
% DERIVACION POR CATEGORIZACION	1,37	4,81	33,21	43,56	16,81	0,24	
% TOTAL DERIVACION C1 C2 C3	39,39						
% TOTAL DERIVACION C4 C5	60,36						

Dado la categorización de los pacientes solo el 39,4 % de las derivaciones corresponde a pacientes C1, C2 y C3, donde predominan en orden de mayor a menor cantidad los traslados referentes a traumatismos, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas; factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud; síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio; y enfermedades del sistema circulatorio.

El 60,4% corresponde a los traslados categorizados como C4 y C5, donde nuevamente predominan en orden de mayor a menor cantidad las derivaciones a causa de traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas; síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio; y factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

El mayor número de traslados a través de la red se debe a causas de traumatismos, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas con un total de 711 derivaciones.

Cada uno de los Hospitales Comunitarios en estudio realiza sus traslados a través de la red en sus móviles de traslados (ambulancias), los que reportan sus acciones en bitácoras diarias que incluyen el tipo de traslado, destino, fecha y hora de salida del móvil, fecha y hora de llegada del móvil. Los tiempos invertidos en cada uno de los traslados dependen del tipo de paciente y su diagnóstico de derivación. Se describen en la siguiente tabla los tiempos invertidos en cada uno de los traslados de los 6 hospitales en estudio:

Tabla N°3: Tiempos de traslados según diagnóstico CIE10

DIAGNOSTICO	TIEMPOS DE TRASLADO		
	ADECUADO	MODERADO	EXCESIVO
ENF INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1	5	1
TUMORES	1	4	1
ENF DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS. Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD	4	26	10
ENF ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	1	17	7
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	2	10	6
ENF SISTEMA NERVIOSO	2	28	7
ENF DEL OJO Y SUS ANEXOS		23	1
ENF DEL OIDO Y APOFISIS MASTOIDES	1	8	1
ENF SISTEMA CIRCULATORIO	23	181	35
ENF SISTEMA RESPIRATORIO	16	62	21
ENF SISTEMA DIGESTIVO	13	106	42
ENF DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	1	7	3
ENF SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO	3	32	6
ENF SISTEMA GENITOURINARIO	7	36	7
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	18	90	8
MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMACIONES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS		1	
SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO	46	377	82
TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTO Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	46	546	119
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	2	13	8
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	56	254	41
TOTAL TIEMPO DE TRASLADO	243	1826	406
% TIEMPO TRASLADO	9,82	73,78	16,40

Del total de urgencias derivadas solo el 9,8% presenta un tiempo de traslado adecuado, mientras que el 16,4% presenta un tiempo de traslado excesivo. El mayor porcentaje de esta descripción se presenta con un 73,8% que representa un tiempo moderado en la ejecución de la derivación de pacientes.

5.2.- Continuidad de la atención a través de la atención ambulatoria

Desde el área ambulatoria de los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule diariamente se emiten interconsultas que buscan dar solución y continuidad a las demandas de salud de sus pacientes a través de la red. Cada interconsulta emitida se ingresa en el sistema estadístico SISMAULE en espera de la resolutivez que se emplea a través de la dación de hora efectiva.

Cada interconsulta se caracteriza por el tipo de especialidad y subespecialidad al que está dirigida y de ello depende el tiempo de respuesta otorgado por el centro referente. Del total de interconsultas emitidas en el año de estudio encontramos interconsultas resueltas, es decir, con dación de hora efectiva, e interconsultas en espera de dación de hora (sin hora). Existen además interconsultas en lista de espera que son aquellas interconsultas no resueltas o sin hora de años anteriores que se consideran de arrastre y se agregan a las interconsultas no resueltas del año en curso. Por lo tanto tenemos interconsultas en lista de espera de años anteriores y del total de nuevas interconsultas emitidas en un año interconsultas resueltas e interconsultas sin hora. Toda interconsulta resuelta es contrarreferida a su centro derivador.

Se describe a continuación el total de interconsultas emitidas, resueltas y sin hora, y las interconsultas en lista de espera de los 6 hospitales en estudio en el periodo de enero a diciembre del año 2019.

Tabla N°4: Interconsultas emitidas, resueltas y en lista de espera.

	N° INTERCONSULTAS EMITIDAS	N° INTERCONSULTAS RESUELTAS	N° INTERCONSULTAS SIN HORA	N° INTERCONSULTAS EN LISTA DE ESPERA
HOSPITAL DE CUREPTO	1338	868	470	387
HOSPITAL DE LICANTEN	524	388	136	114
HOSPITAL DE HUALAÑE	822	645	177	204
HOSPITAL DE CHANCO	928	684	244	229
HOSPITAL DE TENO	844	623	221	146
HOSPITAL DE MOLINA	1481	1013	468	427
TOTAL IC EMITIDAS	5937	4221	1716	1507
TOTAL IC EMITIDAS CON LISTA DE ESPERA	7444			
% IC SEGUN RESOLUTIVIDAD SIN LISTA DE ESPERA		71,10	28,90	
% IC SEGUN RESOLUTIVIDAD CON LISTA DE ESPERA		56,70	23,05	20,24

Sin considerar la lista de espera de interconsultas de arrastre no resueltas de años anteriores, del total de interconsultas emitidas en el año de estudio el 71,1% son resueltas y contrarreferidas, mientras que el 28,9% no cuentan con una dación de hora efectiva en el centro referente.

Al agregar las interconsultas en lista de espera al total de las emitidas durante el año en estudio, el porcentaje de resolutivez presenta solo un 56,7%. Por otra parte las interconsultas sin hora y en lista de espera presentan un porcentaje de no resolutivez del 23,1% y 20,2% respectivamente.

La resolutivez de las interconsultas emitidas depende del tipo de especialidad y subespecialidad del centro referente al cual están dirigidas. Se describe en la siguiente tabla los tipos de derivación y la resolutivez obtenida, considerando las listas de espera para cada uno de ellos.

Tabla N°5: Resolutivez de interconsultas emitidas según tipo de derivación por especialidad y subespecialidad.

ESPECIALIDAD/SUBESPECIALIDAD	N° IC EMITIDAS	N° IC RESUELTAS	N° IC SIN HORA	N° IC EN LISTA DE ESPERA	% IC RESUELTAS SIN LISTA DE ESPERA	% IC RESUELTAS CON LISTA DE ESPERA
BRONCOPULMONAR - CONSULTA ADULTO	27	16	11	8	59,26	45,71
BRONCOPULMONAR - CONSULTA TBC	1	0	1	0	0,00	0,00
CARDIOLOGÍA - CONSULTA ADULTO	138	102	36	10	73,91	68,92
CARDIOLOGÍA - CONSULTA INFANTIL	6	6	0	0	100,00	100,00
CARDIOLOGÍA - ECOCARDIOGRAMA	1	1	0	0	100,00	100,00
CIRUGIA COLOPROCTOLOGICA - CONSULTA GENERAL	21	19	2	2	90,48	82,61
CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL - CONSULTA	2	1	1	2	50,00	25,00
CIRUGIA GENERAL - UROLOGÍA	51	49	2	1	96,08	94,23
CIRUGIA INFANTIL - CONSULTA GENERAL	94	82	12	11	87,23	78,10
CIRUGIA PLASTICA - CONSULTA GENERAL	16	14	2	3	87,50	73,68
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA - CONSULTA GENERAL	46	20	26	19	43,48	30,77
CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA MAXILOFACIAL - CONSULTA GENERAL	105	77	28	25	73,33	59,23
CONSULTA CIRUGIA ADULTO - CIRUGIA DE MAMAS	43	43	0	3	100,00	93,48
CONSULTA CIRUGIA ADULTO - VASCULAR PERIFERICA	39	33	6	4	84,62	76,74
CONSULTA CIRUGIA ADULTO GENERAL	455	312	143	145	68,57	52,00
DERMATOLOGÍA - CONSULTA ADULTO	210	170	40	28	80,95	71,43
DERMATOLOGÍA - CONSULTA INFANTIL	4	0	4	2	0,00	0,00
DERMATOLOGIA - CONSULTORIAS	17	17	0	1	100,00	94,44
DERMATOLOGIA - ITS	9	8	1	1	88,89	80,00
ENDOCRINOLOGIA - CONSULTA ADULTO	47	41	6	4	87,23	80,39
ENDOCRINOLOGIA - CONSULTA DIABETES ADULTO	3	3	0	0	100,00	100,00
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA - CONSULTA GENERAL	17	17	0	1	100,00	94,44
ENDODONCIA - CONSULTA GENERAL	119	82	37	19	68,91	59,42
ETS - CONSULTA ITS	13	13	0	7	100,00	65,00
GASTROENTEROLOGIA - COLONOSCOPIA LARGA	33	2	31	27	6,06	3,33
GASTROENTEROLOGIA - CONSULTA ADULTO	59	49	10	8	83,05	73,13
GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA ALTA	193	87	106	120	45,08	27,80
GINECOLOGÍA - CONSULTA CON PATOLOGIA CERVICAL	3	0	3	0	0,00	0,00
GINECOLOGÍA - CONSULTA FERTILIDAD	22	5	17	11	22,73	15,15
GINECOLOGÍA - CONSULTA GINECOLOGICA	281	153	128	132	54,45	37,05
GINECOLOGÍA - ITS	4	2	2	0	50,00	50,00
INFECTOLOGIA - CONSULTA ITS	2	1	1	1	50,00	33,33

MEDICINA FISICA Y REHABILITACION - CONSULTA FISIATRIA	5	3	0	2	60,00	42,86
MEDICINA GENERAL - ALIVIO DEL DOLOR	2	1	1	0	50,00	50,00
MEDICINA GENERAL - CARDIOLOGIA	24	24	0	0	100,00	100,00
MEDICINA GENERAL - CIRUGIA	13	11	2	4	84,62	64,71
MEDICINA GENERAL - CIRUGIA INFANTIL	41	41	0	13	100,00	75,93
MEDICINA GENERAL - CIRUGIA PROCTOLOGICA	2	2	0	1	100,00	66,67
MEDICINA GENERAL - DIABETES	5	5	0	0	100,00	100,00
MEDICINA GENERAL - ENDOCRINOLOGIA	43	38	5	3	88,37	82,61
MEDICINA GENERAL - FERTILIDAD	1	0	1	1	0,00	0,00
MEDICINA GENERAL - GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	1	0	1	1	0,00	0,00
MEDICINA GENERAL - MEDICINA INTERNA	33	32	1	1	96,97	94,12
MEDICINA GENERAL - OFTALMOLOGIA	38	38	0	7	100,00	84,44
MEDICINA GENERAL - PSIQUIATRIA	22	13	9	1	59,09	56,52
MEDICINA INTERNA - CONSULTA BRONCOPULMONAR	22	18	4	1	81,82	78,26
MEDICINA INTERNA - CONSULTA GENERAL	154	127	27	12	82,47	76,51
MEDICINA INTERNA - CONSULTA NEFROLOGIA	9	8	1	4	88,89	61,54
MEDICINA INTERNA - TBC	1	0	1	1	0,00	0,00
NEUROCIRUGIA - CONSULTA ADULTO	47	27	20	16	57,45	42,86
NEUROLOGIA - CONSULTA ADULTO	201	141	60	47	70,15	56,85
NEUROLOGIA - CONSULTA INFANTIL	66	52	14	3	78,79	75,36
NEUROLOGIA PEDIATRICA - CONSULTA GENERAL	10	10	0	2	100,00	83,33
OBSTETRICIA - CONSULTA ARO	249	227	22	11	91,16	87,31
ODONTOPEDIATRIA	72	49	23	25	68,06	50,52
OFTALMOLOGIA - CONSULTA GENERAL	354	170	124	95	48,02	37,86
OFTALMOLOGIA - CONSULTA GLAUCOMA	29	10	19	12	34,48	24,39
OFTALMOLOGIA - CONTROL TECNOLGO MÉDICO	12	12	0	2	100,00	85,71
ORTODONCIA - CONSULTA GENERAL	112	0	112	108	0,00	0,00
OTORRINOLARINGOLOGIA - CONSULTA GENERAL	368	312	56	34	84,78	77,61
PEDIATRIA - CONSULTA BRONCOPULMONAR	8	6	2	0	75,00	75,00
PEDIATRIA - CONSULTA GASTROENTEROLOGIA	9	9	0	0	100,00	100,00
PEDIATRIA - CONSULTA GENERAL	74	67	7	3	90,54	87,01
PEDIATRIA GENERAL	1	1	0	0	100,00	100,00
PERIODONCIA	62	25	37	39	40,32	24,75
PSIQUIATRIA - CONSULTA ADULTO	73	44	29	13	60,27	51,16
PSIQUIATRIA - CONSULTA INFANTO-JUVENIL	7	0	7	1	0,00	0,00
PSIQUIATRIA - CONSULTORIAS DE SALUD MENTAL	19	15	4	5	78,95	62,50
PSIQUIATRIA PEDIATRICA - CONSULTA GENERAL	24	21	2	6	87,50	70,00
REHABILITACION PROTESIS FIJA	8	4	4	4	50,00	33,33
REHABILITACION PROTESIS REMOVIBLE	125	8	117	96	6,40	3,62
TRAUMATOLOGIA - CONSULTA	423	388	35	21	91,73	87,39
UROLOGIA - CONSULTA ADULTO	63	40	23	18	63,49	49,38
UROLOGIA - CONSULTORIA	35	30	5	2	85,71	81,08

De todas las interconsultas emitidas según especialidad y subespecialidad, las que presentan mayor resolutivez con un 100% de dación de horas efectivas sin considerar lista de espera y con un porcentaje mayor al 90% al incorporar las interconsultas en lista de espera destacan las emitidas a cardiología (consulta infantil y ecocardiograma), consulta cirugía adulto (cirugía de mamas), dermatología (consultorías), endocrinología (consulta diabetes adulto y consulta general pediátrica), medicina general (cardiología y diabetes) y pediatria (gastroenterología y consulta general).

El mayor número de interconsultas emitidas se efectúan en: consulta cirugía adulto general (455 interconsultas), oftalmología consulta general (354 interconsultas), otorrinolaringología consulta general (368 interconsultas) y traumatología consulta (423 interconsultas). De todas ellas, a

excepción de oftalmología y cirugía adulto, si agregamos al total de interconsultas sin hora las interconsultas en lista de espera de años anteriores de igual forma la resolutivez alcanza un porcentaje mayor al 70%.

Por otra parte, dentro de la lista de espera las especialidades y subespecialidades que mayor número de interconsultas no resueltas de arrastre presentan son consulta cirugía adulto general con 145 interconsultas y ginecología (consulta ginecológica) con 132 interconsultas.

Respecto a la falta de resolutivez destacan las especialidades y subespecialidades de ortodoncia (consulta general) con 0% de resolutivez de las 112 interconsultas emitidas, a las que se suman 108 en lista de espera. Y la rehabilitación prótesis removible con un 6,4% de resolutivez de un total de 125 interconsultas emitidas, a las que se agregan 96 en lista de espera alcanzando un porcentaje de resolutivez total del 3,6%.

6.- Discusión

La red de salud Maule tiene una extensión de alcance para las 30 comunas que componen la región, los 6 Hospitales Comunitarios en ella intentan cubrir las demandas de salud de su población a cargo. Tanto las atenciones de urgencia como las de APS resuelven las demandas de salud basadas en el nivel de complejidad bajo que estos hospitales presentan según su cartera de prestaciones. Toda prestación que supere su complejidad es derivada a través de la red del Servicio de Salud Maule, red que dirige al paciente hacia hospitales de mayor complejidad donde se efectuará la resolutivez de la atención y posterior contrarreferencia al hospital derivador.

El flujo de esta red se desarrolla a través de sistemas de referencia y contrarreferencia de los pacientes por medio de un sistema estadístico utilizado en la región, SISMAULE. Para poder hacer funcionar la red se requiere que todos los funcionarios que la utilicen conozcan su modo de operar y estén en conocimiento de sus diferentes usos, mecanismos y coordinación clínica (31). La red de salud Maule opera y desarrolla sus mecanismos de flujos de forma adecuada, el sistema estadístico permite visualizar a cada paciente independiente del centro de salud donde este se encuentre inscrito dentro de la región. Sin embargo la alta demanda de pacientes dentro de la red es lo que genera ciertas demoras en la resolutivez de la atención.

Dentro del área de urgencia los Hospitales Comunitarios de la red atienden un total de 117.097 urgencias para el año 2019, de las cuales 2.475 deben ser derivadas a hospitales de mayor complejidad para lograr otorgar continuidad en la atención. La pertinencia de derivación depende del estado de salud del paciente que consulta, esta caracterización se efectúa mediante el triage de ingreso y el diagnóstico al término de la atención por médicos y matronas. Del total de urgencias derivadas solo el 39,4% corresponde a derivaciones prioritarias según categorización C1, C2 y C3, donde la causa de derivación más frecuente según diagnóstico es el traumatismo en general.

Esta condición de priorización se debe principalmente a que dado la baja complejidad de los Hospitales Comunitarios existen ciertas condiciones de salud, que si bien, no representan un riesgo grave para la salud del paciente (categorizadas como C4 y C5) deben ser derivadas para confirmación

diagnóstica, para la toma de laboratorio e imagenología. Es así como derivaciones a causa de síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio; y de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, independiente de su categorización deben ser derivadas a los centros referentes.

Dentro de la cartera de prestaciones de los Hospitales Comunitarios no se encuentra la atención de parto, es por ello que solo se hace efectivo un parto cuando este es inminente. Por lo tanto todos los trabajos de parto independiente de su categorización deben ser derivados. Al igual que esto, muchas otras condiciones de salud deben ser trasladadas al hospital referente, por lo que la categorización en el triage de ingreso no es un buen indicador que mida la pertinencia de la derivación y el diagnóstico médico se atribuye al criterio clínico de cada uno de ellos para dar una mejor atención y resolutivez al estado de salud del paciente derivado.

En cada traslado indicado se debe hacer uso del recurso de movilización y recurso humano disponible. Es aquí donde la continuidad de la atención se ve alterada dado los tiempos empleados en efectuar esta acción. Se debe considerar que los tiempos de traslado entre cada uno de los centros derivadores y sus hospitales referentes varía según ubicación geográfica y comuna, además del tiempo empleado en presentar al paciente y dejar al paciente en el centro referente, o en su defecto presentar y esperar la atención del paciente para el posterior regreso al centro derivador lo que genera tiempos de espera extensos, solo por la eventualidad de llevar de regreso al paciente al centro derivador posterior a la atención, manteniendo sin recursos humanos y de movilización a los Hospitales Comunitarios mientras dure el traslado.

Estas acciones son las que genera que los tiempos de traslados adecuados solo alcancen un 9,8% del total. Es por lo tanto el tiempo de espera para la entrega del paciente en el centro referente un factor que afecta la continuidad de la atención, generando largas horas de espera del paciente para ser evaluado, ausencia de móvil y de recurso humano valioso que los Hospitales Comunitarios pierden durante ese tiempo de espera, así como también saturación de la red de urgencia del centro referente. Se hace necesario gestionar y reorganizar los flujos de pacientes en la red y potenciar las urgencias de hospitales de baja complejidad (32).

La implementación de ciertos exámenes de laboratorio podría reducir decenas de traslados no prioritarios según categorización C4 y C5, sin embargo esto requeriría cambios en la cartera de prestaciones de los Hospitales Comunitarios y un aumento en el presupuesto anual. Sin embargo, cada traslado efectuado genera gastos respecto al pago de viáticos del recurso de humano invertido en cada derivación, así como también una sobrecarga de los funcionarios que deben quedarse en el centro derivador prestando atención a las demandas de salud dado la baja en el número de personal disponible, lo que representa costos para el sistema que podrían ahorrarse. Por otra parte la saturación de los servicios de urgencia del centro referente y atochamiento de funcionarios, pacientes y ambulancias en espera de resolutivez se suman a la gran demanda de pacientes con la que los centros de mayor complejidad ya cuentan, costos que si bien no ocurren en los Hospitales Comunitarios, sí se producen en el sistema.

Se debe implementar en Chile un sistema de estandarización que mejore la referencia y contrarreferencia de los pacientes dentro de los servicios de urgencia (33). Reorganizando la cartera de prestaciones de los Hospitales Comunitarios con el fin de evitar traslados solo a causa de confirmación diagnóstica que puede evitar la pérdida innecesaria de recursos humanos y de

movilización varados en espera de atención; esto además permitiría evitar la sobrecarga de la urgencia general del centro referente, la sobrecarga del personal que queda cubriendo doble función en el centro derivador y permitiría contribuir a una continuidad de la atención más fluida respecto a los tiempo de espera de atención.

Respecto a la red frente al flujo de pacientes desde el área ambulatoria el escenario no es muy diferente al que se describe anteriormente. Nuevamente es el factor tiempo el que no permite que la continuidad de la atención sea la óptima.

Cada vez que un paciente requiera evaluación por especialista para confirmación diagnóstica, tratamientos o cirugías, se debe emitir una interconsulta que entra en la red en espera de una resolutivez, la que se obtiene a través de una dación de hora efectiva, evaluación y posterior contrarreferencia. En general la dación de horas se cumple en al menos el 71,1% para el año 2019 de las interconsultas emitidas. Sin embargo existe una lista de espera de arrastre de años anteriores que al sumarla al año en curso el porcentaje de resolutivez disminuye a un 56,7%. Es decir, cada año aproximadamente el 50% de las personas en espera de atención en el centro referente no consiguen la resolutivez esperada para su estado de salud.

Una de las principales causas estudiadas de esta condición se debe a la alta demanda desde la APS en cuanto a la emisión de interconsultas de patologías y sospechas diagnósticas que no pertenecen a las 85 priorizadas de GES; otro factor importante sería la mala gestión del flujo de pacientes desde el centro referente (32). Esto último puede ser causa de la alta demanda por las horas de especialistas disponibles, en ocasiones producto de interconsultas no pertinentes que sobrecargan el sistema.

Respecto a las especialidades más demandadas según interconsultas emitidas al menos el 70% de ellas es resuelta a través de una dación de horas efectiva. Sin embargo existe un 30% aproximadamente de pacientes en la red que no logran dar continuidad a su estado de salud y se mantienen sin hora para posteriormente ser sumados a la lista de espera de arrastre. Cirugía adulto y ginecología son dos de las especialidades que mayor número de lista de espera presentan, lo que también puede ser causa de una mala coordinación del flujo de pacientes desde el centro referente, en ocasiones producto de interconsultas emitidas no pertinentes.

Existen ciertas especialidades que si bien se encuentran activas dentro de la red, su operacionalización no logra demostrar resultados satisfactorios en cuando a la resolutivez de la atención. Ortodoncia y rehabilitación de prótesis removible muestran un 0% y un 6,4% de resolutivez respecto de las interconsultas emitidas. El análisis de las prácticas clínicas respecto a salud bucal apunta claramente a la necesidad de mejorar el acceso y establecer protocolos de regulación respecto a la falta de resolutivez ante las demandas de atención en salud. La alta demanda y la escasez de estos servicios muestran un gran quiebre en el desempeño de la red (34).

Según datos del último estudio de brechas del personal de salud por Servicios de Salud con corte al 31 de diciembre del 2019 (35), la cantidad de médicos especialistas no lograrían cubrir a la población asignada en el sector de salud público, factor predominante en la falta de horas para evitar quiebres en la continuidad de la atención. Las proyecciones realizadas muestran que las especialidades de oncología médica, psiquiatría adultos, medicina intensiva adultos, oftalmología, neurología adultos, y traumatología presentan mayor brecha en cuanto a jornadas laborales en el sector público (35)

(36). Esto puede explicar de cierta manera las listas de espera respecto a interconsultas no resultas y falta de especialistas en los servicios de urgencia de mayor nivel de complejidad. Sin embargo esta aseveración debería ser corroborada examinando las cifras de la actividad productiva propia de los centros de especialidades, materia que no es el objeto de este trabajo. Es decir, antes de juzgar que existe falta de especialistas haría falta conocer el uso y la productividad de las horas de especialidad que hoy día están teóricamente disponibles en cada centro.

La red del Servicio de Salud Maule opera correctamente según los lineamientos de las redes asistenciales. Sin embargo existen factores que atentan contra la integridad y la eficiencia de esta red. Es el tiempo de espera para la resolutivez posterior a derivación el factor que predomina tanto en el área ambulatoria como en los servicios de urgencia. Una de las acciones que se ha potenciado en los últimos años dentro del área ambulatoria en los 6 Hospitales Comunitarios y que ha demostrado efectividad en su accionar es la presencia de médicos contralores, los que se encargan de filtrar y priorizar las interconsultas emitidas no GES de todo el centro de salud respecto al centro referente, lo que ha demostrado ser una estrategia importante para mejorar la integración entre servicios y promover la continuidad asistencial (37). Así como también disminuir las listas de espera e interconsultas sin dación de hora efectiva.

Otra acción relevante en el área ambulatoria es la organización de operativos masivos por especialidad donde el médico especialista del centro referente acude al Hospital Comunitario a resolver las demandas de salud de pacientes en lista de espera de arrastre previa coordinación según listas de espera prioritarias. Acciones resolutivas es lo que se necesita para poder otorgar continuidad en la atención a la población a cargo de los Hospitales Comunitarios.

Los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud de Maule requieren mayor reconocimiento de su labor, sus funciones se entrelazan entre el ámbito hospitalario y la APS en un continuo a través del ciclo vital. Pero los quiebres en la continuidad de la atención a través de la red son la alerta que nos entregan para generar acciones que permitan mejorar su modelo de atención favoreciendo la entrega de servicios de salud a su población a cargo.

7.- Conclusiones

Existe poca información actualizada respecto al accionar de los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule y su desempeño como centros de salud que engloban las áreas de APS, atención cerrada y urgencia.

Sus funciones dentro de la red inician como la puerta de entrada del paciente para su continuo asistencial a través de ella desde el área ambulatoria y de urgencia.

La continuidad de la atención en la red de Salud de Maule se ve afectada por los tiempos de espera que deben aceptar los pacientes involucrados para lograr la resolutivez de su estado de salud cuando su hospital no logra dar cumplimiento a ello dado el nivel de baja complejidad con el que opera según su cartera de prestaciones.

Desde los servicios de urgencia se atienden para el año 2019 un total 117.097 urgencias, de las cuales el 2.475 requieren ser derivada a un centro de mayor complejidad. Dado la categorización de las urgencias derivadas solo el 39,4% corresponden a derivaciones prioritarias caracterizadas como C1, C2 y C3. Sin embargo esta definición de prioritaria no refleja la realidad de las causas que hacen necesarios los traslados.

Las principales causas de derivación se deben a traumatismos, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas con un total de 711 derivaciones; síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio; y factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud con un total de 505 y 351 derivaciones respectivamente.

El tiempo empleado en los traslados considerando la presentación y la entrega del paciente en el centro referente es el factor que predomina en el quiebre de la continuidad de la atención a través de la red dado su extensión. Solo el 9,8% de los traslados es adecuado en cuanto al tiempo invertido en la espera de la resolutivez en la atención.

De las 5.937 interconsultas no GES emitidas desde el área ambulatoria de los Hospitales de Comunitarios el 71,1% logra su resolutivez a través de una dación de hora efectiva. Al agregar a este valor el número de interconsultas en lista de espera, la resolutivez disminuye a un 56,7%. el factor tiempo vuelve a ser un condicionante para la continuidad de la atención a través de la red.

Los resultados presentados muestran cómo los tiempos de espera para lograr la resolutivez en la atención de salud son un condicionante que altera el flujo de pacientes a través de la red de Salud Maule. Es necesario indagar a través de estudios analíticos ambas áreas de atención, ambulatoria de especialidades y urgencia, para poder relacionar mejor el factor tiempo con los quiebres en la continuidad de la atención en salud de los Hospitales Comunitarios del Servicio de Salud Maule.

Se debe contar con el conocimiento sobre todos los factores que condicionan la oferta y la demanda de la atención en salud a través de la red para poder mejorar la continuidad de la atención y otorgar a la población un servicio eficiente y de calidad. Cabe explorar al interior de los centros de especialidad acerca del uso que se está haciendo de las horas de especialidad disponibles. Del mismo modo, cabe preguntarse acerca de la suficiencia de los servicios de urgencia para responder a la demanda. De todo lo anterior han de derivar rediseños de la red y de la cartera de servicios que podrían contribuir a resolver los quiebres que suelen observarse en la continuidad de cuidados.

8.- Limitaciones

Las limitaciones presentes para efectos de la realización de esta tesis se desprenden primero de la limitada información actualizada del funcionamiento de los Hospitales Comunitarios, debiendo recurrir para el buen desarrollo del marco teórico a literatura gris e información recopilada directamente desde los directivos de algunos de los centros incluidos.

Por otro lado, SISMAULE no permite la descarga de bases de datos compiladas con la información requerida, por lo tanto, los datos para la construcción de las bases y el análisis de la información deben ser extraídos del material entregado por estadístico de SOME uno a uno, lo que implica altos costos asociados a tiempo invertido. Las bitácoras de lo móviles de cada centro en estudio no cumplen con criterios de registro estandarizados y automatizados, lo que dificulta la obtención de los datos requeridos.

La pandemia por coronavirus actual ha dificultado en gran medida la recolección de los datos, considerando que todas las comunas involucradas cursan cuarentenas intermitentes y teletrabajo de sus funcionarios administrativos. Lo que aumenta los tiempos de respuesta de la información solicitada y por tanto demoras en la elaboración de las bases de datos.

El tipo de diseño de estudio elegido, dado la realidad poco explorada sobre la continuidad en la atención desde la perspectiva descrita en este trabajo, solo permite describir los datos obtenidos y abrir nuevas preguntas sobre la materia.

9.- Aspectos éticos

La investigación se llevará a cabo en las comunas a las que pertenecen los 6 centros hospitalarios a estudiar. Los datos requeridos serán utilizados previa autorización y consentimiento de los directores de cada centro de salud.

La información no utiliza datos personales de la población ni de los funcionarios de las instituciones garantizando que los datos recogidos cumplen con las consideraciones de seguridad informática otorgada por estadísticos de cada centro.

Los datos requeridos no cumplen criterios de solicitud de comité de ética según característica DP 3.1 de las investigaciones en seres humanos y DP 5.1 de formación o acceso a un comité de ética según estándares de calidad.

Los resultados del estudio serán presentados a cada centro hospitalario una vez concluido el proceso investigativo y aprobación de la tesis.

10.- Referencias Bibliográficas

Gestor bibliográfico Mendeley.

1. Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Ferreira de Medeiros Mendes M, López J, et al. Knowledge and use of clinical coordination mechanisms in healthcare networks in Latin America. *Gac Sanit* [Internet]. 2020;34(4):340–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.009>
2. Redes I, De AR. División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales a de Redes Asistenciales.
3. S PB, J IJ. 2050. 2013. 1–108 p.
4. Ferrada OA, Méndez CA. Implementación de las redes asistenciales de salud en Chile: percepciones de los profesionales de la salud. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2013;12(24):100–13.
5. de Almeida PF, de Oliveira SC, Giovanella L. Network integration and care coordination: The case of Chile's health system. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(7):2213–28.
6. Ministerio de Salud. Norma General Técnica 150/2013. Criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios [Internet]. Santiago; 2013. Available from: http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/08/NT_0150.pdf.
7. Vergara I M. Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile: fortaleciendo la opción pública. *Rev Med Chil*. 2015;143(2):237–43.
8. Ministerio de Salud. Financiamiento de la Atención Primaria de la Salud Municipal Evaluación de Indexadores del Per Cápita Basal. 2018. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/001.Financiamiento-de-la-Atenci%C3%B3n-Primaria-de-Salud-Municipal-evaluaci%C3%B3n-de-indexadores-del-per-capita-basal.pdf>.
9. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Estudio financiamiento comunas de costo fijo.
10. Fröde CG. El Sistema De Salud En México. El derecho a una Asist Sanit para todos. 2018;271–88.
11. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Marco referencial hospitales de la familia y la comunidad. 2008;1–77.
12. Observatorio Chileno de Salud Pública. Perfil Institucional de los Servicios de Salud Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) - Chile. 2015;1–164. Available from: <http://www.ochisap.cl/images/PerfilServiciosSalud.pdf>
13. Subsecretaría de redes Asistenciales. Informe De Implementación Estrategia De Redes Integradas De Servicios De Salud (Riss) En Subsecretaría De Redes Asistenciales. 2018;1–26. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-de-implementación-estrategia-RISS.pdf>

14. Hermida PMV, Nascimento ERP do, Echevarría-Guanilo ME, Andrade SR de, Ortega ÂMB. Counter-referral in Emergency Care Units: discourse of the collective speech. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 1):143–50.
15. Cárcamo R a, Ijzendoorn MH Van, Del Sol Fortea Sevilla M, Berm??dez MOE, S??nchez JJC, Coker TR, et al. Percepciones maternas del Cuidado del Niño Sano 1. *Pediatrics* [Internet]. 2012;131(2):185–9. Available from: [http://www.rlillo.educsalud.cl/Curso Transv Bioetica 2012 /Osorio M. Etica en pediatria.pdf](http://www.rlillo.educsalud.cl/Curso%20Transv%20Bioetica%202012/Osorio%20M.%20Etica%20en%20pediatria.pdf)<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/05/22/peds.2>
16. Sanhueza X, Laborde C, Correa T, Becerra I, Bravo R, Gomez M, et al. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. *Facultad de medicina.* 2019. 1–194 p.
17. Becerril-Montekio V, de Dios Reyes J, Manuel A. Sistema de salud de Chile. *Salud Publica Mex.* 2011;53(SUPPL. 2).
18. Ministerio de Salud. Decreto Ley 2.763 del 3 de agosto de 1979.Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. [Internet]. 2763 1979. Available from: <http://bcn.cl/1vghv> .
19. Rodríguez LJ. Normas generales Normas generales. 2009;1–5.
20. Urriola C, Infante A, Aguilera I, Ormeño H. La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. *Salud Publica Mex.* 2016;58(5):514–21.
21. Aravena LP, Inostroza PM. ¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile. *Rev Med Chil.* 2015;143(2):244–51.
22. Castillo-Laborde C, Aguilera-Sanhueza X, Hirmas-Adaury M, Matute I, Delgado-Becerra I, Nájera-De Ferrari M, et al. Health insurance scheme performance and effects on health and health inequalities in Chile. *MEDICC Rev.* 2017;19(2–3):57–64.
23. Gallegos E, Muñoz A. Protección financiera en salud: evolución y comparación del gasto de bolsillo de los hogares chilenos. *Rev Med Chil.* 2018;146(6):737–44.
24. Cid C, Uthoff A. La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Rev Panam Salud Pública.* 2017;41:1.
25. Ministerio de Salud. Diseño e Implementación de una Metodología de Evaluación, Seguimiento y Acompañamiento de la Reforma de la Salud de Chile. Reporte Final. Resumen Ejecutivo. 2012;37. Available from: <https://www.paho.org/chi/images/PDFs/resumenejecutivo.pdf?ua=1>
26. Mendes Vilaça EOP de la S (OPS). Las Redes de Atención de Salud. Organ Panam la Salud [Internet]. 2013;209–437. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21928&Itemid=270&lang=es
27. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red 2020. 2020;79.

28. WHO; UNICEF Declaration of Astana.8-9. Declaration of Astana. Glob Conf Prim Heal Care [Internet]. 2018;2893-4. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
29. INE. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Junio / 2018. 2018;27. Available from: <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
30. Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gac Sanit.* 2009;23(2).
31. Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez A-S, Eguiguren P, Ferreira de Medeiros Mendes M, López J, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit.* 2020;34(4):340-9.
32. Cunha KS da, Kahl C, Koerich C, Lanzoni GM de M, Erdmann AL, Meirelles BHS. Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in the hospital setting. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):1817-24.
33. Kapoor R, Avendaño L, Sandoval MA, Cruz AT, Sampayo EM, Soto MA, et al. Initiating a Standardized Regional Referral and Counter-Referral System in Guatemala: A Mixed-Methods Study. *Glob Pediatr Heal.* 2017;4.
34. Souza GC, Sousa Lopes MLD, Roncalli AG, Medeiros-Júnior A, Clara-Costa I do C. Referência e contra referência em saúde bucal: Regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev Salud Publica.* 2015;17(3):416-28.
35. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Estudio de determinación de brecha de médicos generales y especialistas según Metodología De Tasas De Uso. 2017;298.
36. Ministerio de Salud. Glosa 1: Brechas del Personal de Salud por Servicio de Salud y Especialidad Ley de Presupuesto N° 21.192. 2020.
37. Ribas E do N, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC da. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm.* 2018;71:546-53.