

ANEXO 12

RECOMENDACIONES DE COORDINACIÓN

1. Ejemplo de coordinación en red: salud mental.

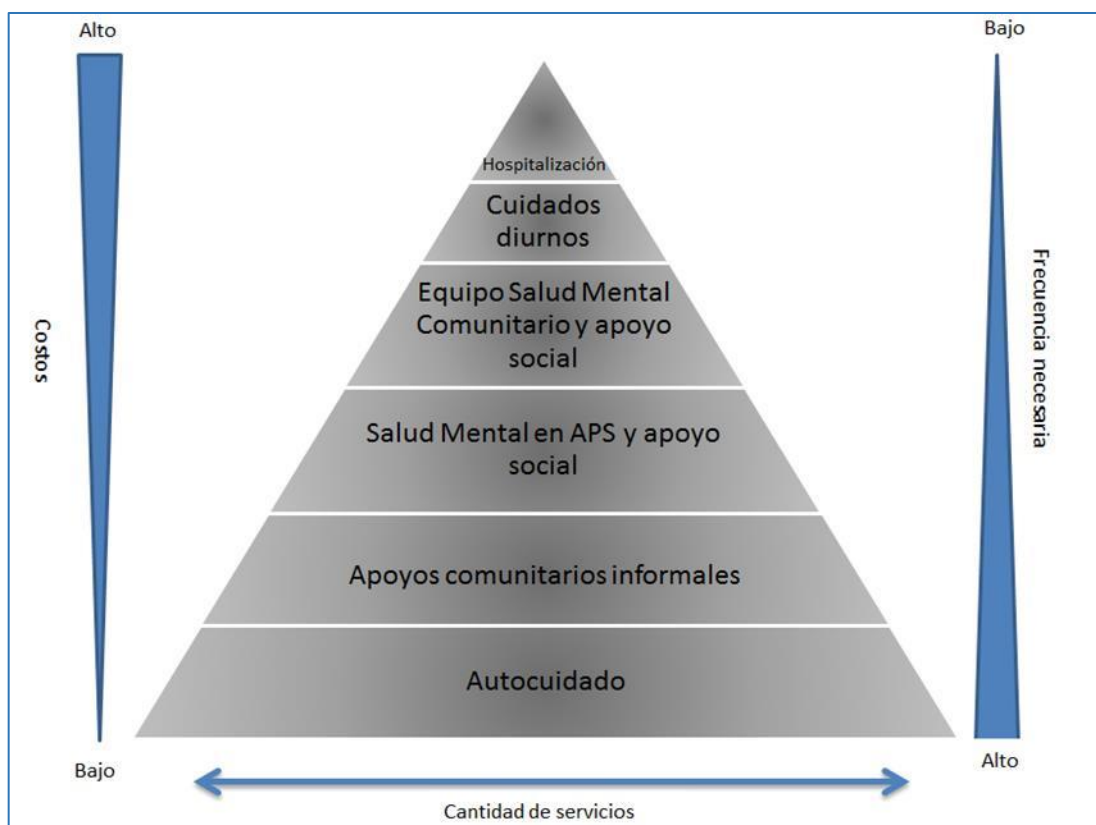
Desde la perspectiva de continuidad de los cuidados, se distingue la continuidad clínica, entendida como el grado en que el cuidado del usuario/a está coordinado a nivel horizontal (intra e inter establecimientos del mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red)¹. En el caso de salud mental, esta continuidad clínica requiere la coordinación con los equipos especializados de salud mental, ubicados en los Centros de Salud Mental Comunitaria, o aún radicados en Servicios de Psiquiatría hospitalarios.

Estudios en diversos países y contextos permitieron construir una propuesta de cómo deben distribuirse los servicios de salud mental para la población, que considera la integración de la comunidad, el nivel primario, el nivel secundario de atención y el acceso a hospitalización. Para el adecuado funcionamiento de los diversos niveles de atención se requiere de recursos, claridad en los roles de cada uno, buenos canales de comunicación e interrelación y adecuado nivel de formación de los equipos que los conforman². En la ilustración siguiente se muestra el esquema propuesto por la OMS.

¹ MINSAL, OPS. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a equipos de salud. 2013 [Internet]. 2013 [cited 2014 Jul 1]. Available from: http://buenaspracticaps.cl/wp-content/uploads/2013/11/Orientaciones-para-la-implementación-del-Modelode-Atenci%C3%B3n-Integral-de-Salud-Familiar-y-comunitaria_DIVAP_2013.pdf

² Minoletti, A. Reforma para la atención de personas con enfermedades mentales severas. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 2013; 77 (6):32-45.

Ilustración 1: Pirámide de Modelo Comunitario Equilibrado (Basado en OMS, 2009)³.



La alta prevalencia de los trastornos mentales y los altos requerimientos de los pacientes con mayor severidad, exige que los sistemas sanitarios asuman como un factor crítico la forma en que se relacionan los niveles primario y especializado, en lo que respecta a salud mental y psiquiatría⁴.

Se distinguen 4 modalidades de interacción entre el nivel primario y el especializado: Capacitación al equipo de APS, Consultoría y enlace, Cuidado colaborativo y Acoplamiento⁵. La consultoría y enlace es la modalidad que cuenta con mayor evidencia respecto a su efectividad en nuestro país. Recientes estudios muestran una fuerte asociación entre una mayor densidad de consultorías que cumplen criterios de calidad y una disminución de la tasa de hospitalizaciones por causas psiquiátricas⁶. Asimismo las

³ Sepúlveda, R. Consultoría de salud mental en atención primaria de salud: Integrando la red y asegurando la continuidad de cuidados. [Internet].

⁴ Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 Jun; 32(3):246–54. [SEPT].

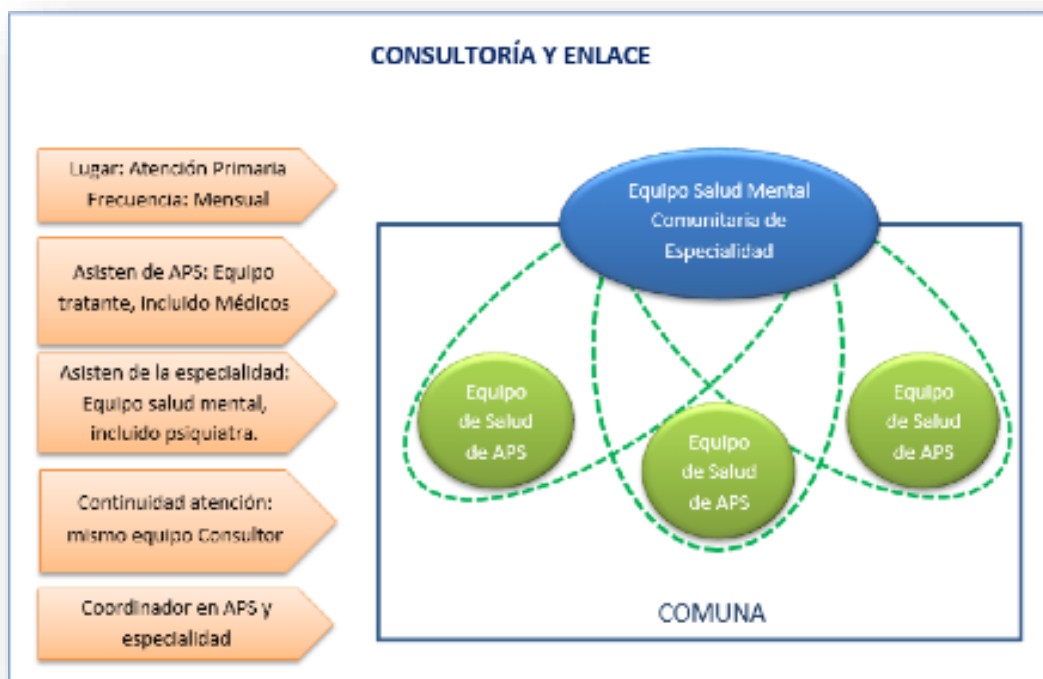
⁵ Sepúlveda, R., Alvarado, R., Zitko, P. Escuela Salud Pública, Universidad de Chile, 2015

⁶ Zitko, P, Norambuena, P, Ramirez, J., Alvarado, R. Asociación entre el desarrollo del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (MCASM) y la tasa de consultas de urgencia y egresos hospitalarios por causa

redes sanitarias organizadas según el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, en los cuales la atención especializada de salud mental se organiza en equipos territorializados por Comuna y se efectúa un activo trabajo de consultoría y enlace, logran significativos indicadores de éxito: reducción de las tasas de hospitalización y re-hospitalización, y de consultas y re consultas psiquiátricas en urgencias⁷.

La consultoría y enlace es una instancia que involucra una importante responsabilidad del nivel primario, ya que en la práctica se constituye un meta-equipo junto al de especialidad, en el cual, a través del componente de enlace continuado y de la inclusión de aspectos de administración de los procesos clínicos, el nivel especializado se articula con la APS para brindar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios. Estos equipos especializados de salud mental están ubicados en Centros de Salud Mental Comunitaria o aún radicados en CDTs o CRSs vinculados a hospitales generales, pero siempre organizados en relación a un territorio comunal.

Ilustración 2: Consultoría y enlace de equipos de especialidad territorializados en los establecimientos de la APS



psiquiátrica. 2014. Jornadas Chilenas de Salud Mental Comunitaria.; 2014; Universidad de Chile. Available from:

<http://www.saludmentalcomunitaria.uchile.cl/index.php/organizacion-experiencias>

⁷ Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Modelo de gestión del centro de salud mental comunitaria. 2015.

En las consultorías el equipo de salud del centro de APS presenta aquellos casos de mayor complejidad para definir en conjunto con el equipo de especialidad, ya sea la pertinencia de su derivación al Centro de Salud Mental Comunitaria, o en su defecto retroalimentar al equipo de APS en relación a aclarar diagnóstico y sugerencias para un mejor manejo del tratamiento del usuario en el establecimiento de atención primaria. Asimismo se puede alcanzar a definir un cuidado compartido del usuario en el que cada nivel tenga un rol que cumplir, estableciendo canales de coordinación interdisciplinarias entre miembros de cada equipo, estableciendo responsables, plazos y objetivos por cada caso. En las consultorías se convienen en forma conjunta los criterios de referencia y contrarreferencia, se revisan los casos más complejos y se concuerda cuál es el mejor lugar de tratamiento para esa persona, respetando la voluntad de la persona. Así se va potenciando la capacidad resolutoria del equipo de atención primaria, se refuerzan los criterios de derivación al nivel de especialidad, de manera de lograr una adecuada pertinencia, que permita un flujo claro para el usuario y la optimización de los recursos del nivel secundario⁸.

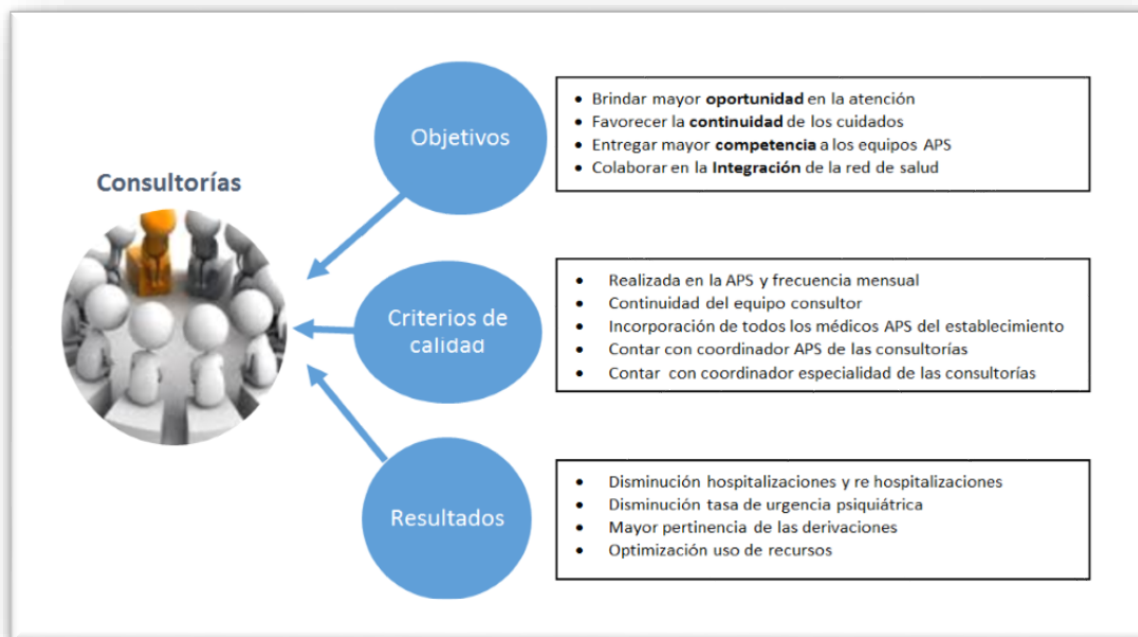
La modalidad de Consultoría y Enlace es la modalidad que en el momento actual de desarrollo del sistema sanitario chileno constituye un nivel de logro deseable y exigible, ya que constituye un impulso a la profundización de ambos modelos; Modelo de atención de salud familiar y comunitario en la APS y el Modelo comunitario de salud mental.

La Consultoría de salud mental, actividad incluida en el Plan Nacional de Salud Mental del año 2000, se ha extendido progresivamente en los últimos años. La mayoría de los centros de Atención Primaria (84% a 91%) tienen interacciones, al menos una vez al mes, con profesionales del nivel de especialidad de salud mental y psiquiatría, especialmente en la forma de Consultorías de salud mental, con excepción de los consultorios generales rurales (CGR) y los CECOSF, donde estas se realizan solo en el 65% a 67% de estos centros. Sin embargo, el porcentaje de médicos de APS que participan en estas consultorías es relativamente bajo (32% a 52%). Sus características son aún muy variables entre uno y otro centro.

Dada esta variabilidad, es importante dejar establecidos los criterios de calidad que constituyen la modalidad de Consultoría y Enlace, los que no se remiten simplemente a la concreción del acto de la Consultoría. En lugares con dificultades de disponibilidad de RRHH y/o de accesibilidad las estrategias de teleconsultoría son una excelente alternativa que evaluar.

⁸ MINSAL. WHO-AIMS. Sistema de Salud Mental de Chile. Segundo Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS. [Internet]. 2014

Ilustración 3: Elementos principales de las consultorías y enlace.



La Consultoría y enlace óptimo debe cumplir las siguientes condiciones:

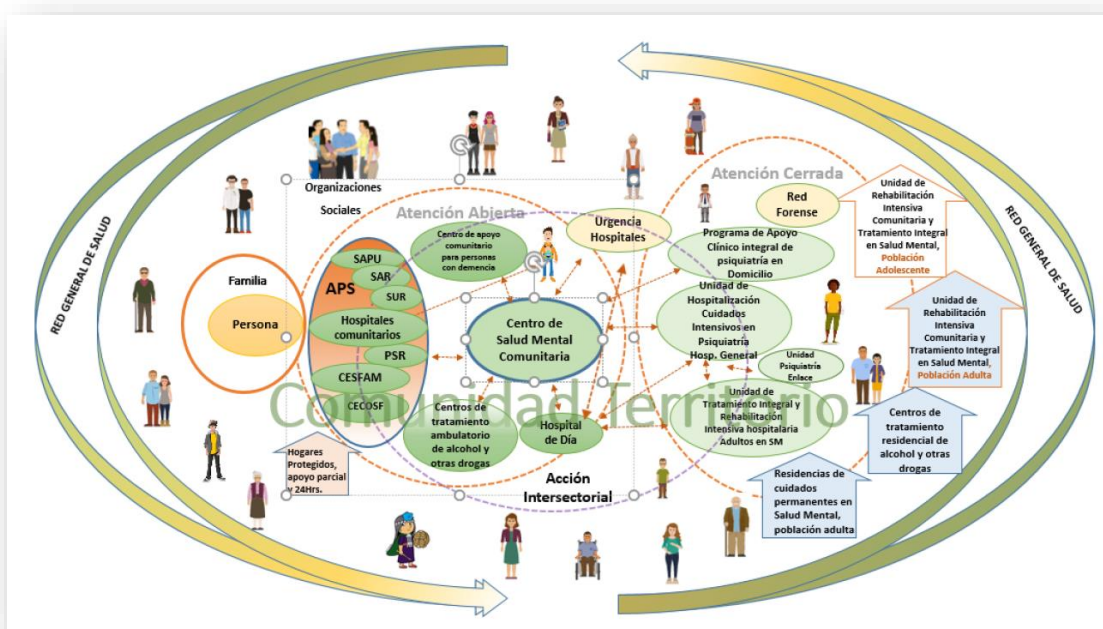
- a) Consultoría efectuada en el centro de Atención Primaria, 1 vez al mes o con mayor frecuencia. Con la participación presencial de los médicos y equipo tratante en APS de cada uno de los pacientes incluidos en esa consultoría, presencialmente o a través de revisión de ficha clínica. Cabe destacar que en el contexto del enfoque familiar en la APS se debe avanzar en que todos los médicos del establecimiento puedan acceder a las consultorías según la planificación local, sus recursos y el sector al cual están integrados en el CESFAM.
- b) La consultoría debe ser efectuada regularmente por los mismos miembros del equipo de salud mental especializado, esto es, un mismo psiquiatra consultor y los profesionales de ese equipo.
- c) Atención especializada de los pacientes referidos desde el Centro APS al nivel secundario efectuada en el Centro de Salud Mental Comunitaria (o en donde se localice la atención ambulatoria de especialidad en las redes menos desarrolladas) efectuada por el mismo Psiquiatra Consultor y el equipo territorializado de especialidad al cual pertenece.
- d) Definición de un profesional del Centro de Atención Primaria, responsable de la coordinación continua con el Equipo territorializado de especialidad en salud mental, tanto para efectos de la programación de las Consultorías como durante el período entre ellas, para todas las necesidades emergentes o programadas que surjan en este tema. El

profesional responsable de la coordinación debe además asesorar a los jefes de sector y director (a) del establecimiento.

e) Definición de un profesional del Equipo territorializado de especialidad en salud mental como Coordinador con el centro de Atención Primaria, para cada uno de los que se sitúan en el territorio asignado a este Equipo, tanto para efectos de la programación de las Consultorías como durante el período entre ellas, como forma de resolver expeditamente los requerimientos surgidos de la necesidad de dar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios que residen en el territorio.

La consultoría que cumple con los criterios de calidad logra favorecer la satisfacción de las necesidades atención los usuarios de manera más oportuna, resolviendo dichas necesidades en la APS y disminuyendo el nivel de derivaciones a la especialidad. En segundo lugar, la consultoría óptima logra aumentar las competencias del equipo APS en la detección de los trastornos de salud mental, su correcto manejo disminuyendo la necesidad de hospitalización. Asimismo mejora el conocimiento que tiene el Psiquiatra y el Equipo Consultor respecto al contexto real de desempeño del Equipo de APS y por lo tanto hace cada vez más pertinente sus aportes al trabajo conjunto. Por último, que el mismo médico psiquiatra que realiza la consultoría en un establecimiento APS sea el mismo que tiene que brindar eventual atención en el nivel de especialidad, favorece la continuidad de la atención y la pertinencia de la derivación. Para el éxito de las consultorías se debe desarrollar una relación horizontal entre el equipo de APS y especialidad, esto ha permitido que esta actividad se instale como un recurso y no como amenaza. Por otro lado, es importante consensuar su calendarización anual, oficializarla a través del Director del Servicio de Salud y difundirla a todos los establecimientos, así como confirmar previamente su realización e insistencia en la necesaria participación de los médicos APS¹⁹.

Ilustración 4: Diagrama de la Red de Salud Mental



2. Ejemplo de coordinación en red: salud respiratoria.

En el año 1990 y con el propósito de disminuir la mortalidad infantil por enfermedades respiratorias agudas, se crea el Programa IRA, el cual pone en práctica un modelo de gestión diseñado con la finalidad de mejorar el acceso a la red asistencial de la población, normar la atención de las infecciones respiratorias agudas y establecer un modelo coordinado de trabajo entre los equipos sanitarios de la Atención Primaria y Secundaria.

Nacen así las salas IRA en los centros de salud de atención primaria, las que aseguran la atención de los pacientes crónicos respiratorios con reagudización de sus cuadros. Estas salas cuentan con un médico IRA que cumple la función de ser el enlace entre los niveles primarios y secundarios y es quien tiene a cargo la atención de la población de todos los establecimientos de salud de una comuna asignada y cuya labor es otorgar atención a los casos clínicos respiratorios complejos, educar al equipo de salud del establecimiento de APS y a la comunidad, formando así monitores de salud comunitaria, además debía establecer un trabajo permanente con los médicos especialistas dando respuesta en forma más expedita a la resolución de los casos clínicos complejos.

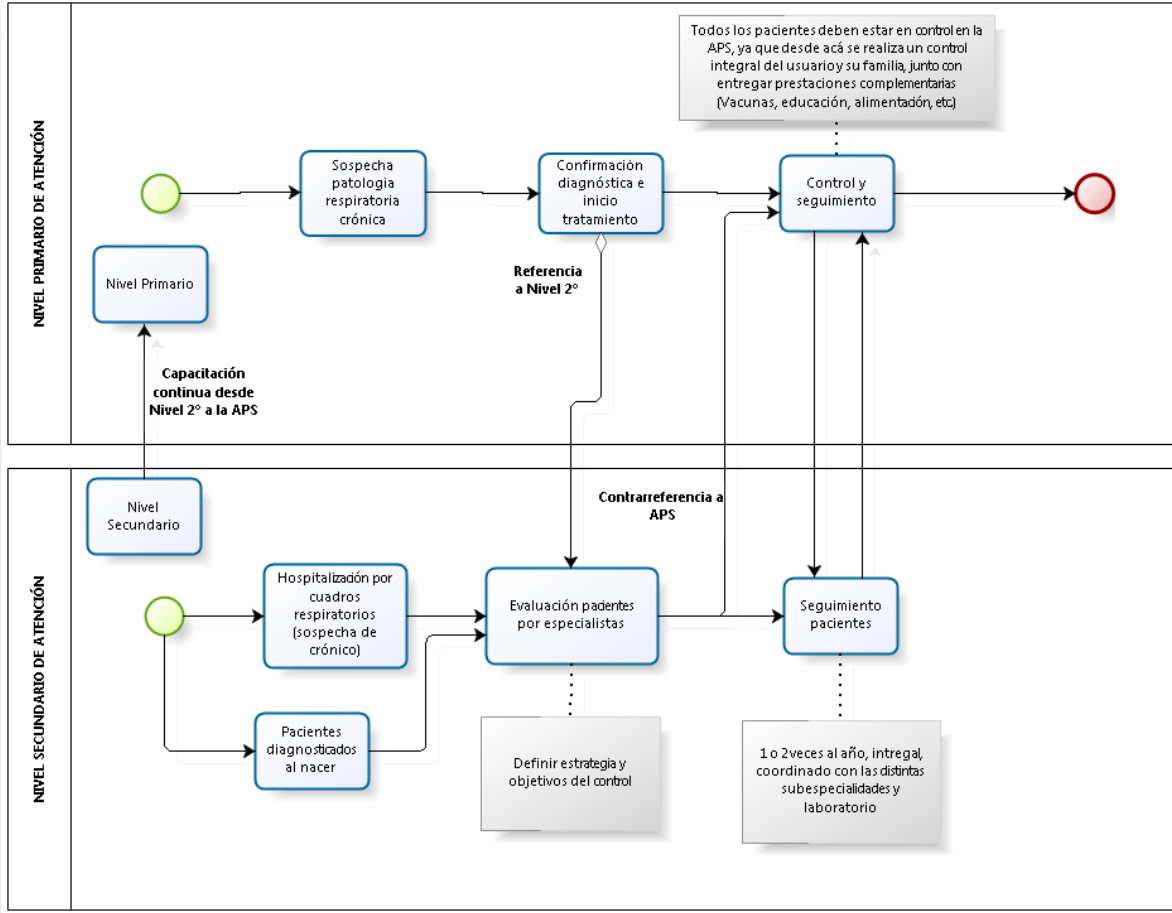
Desde el nivel secundario, los especialistas por su parte, mantenían en permanente formación y capacitación a los médicos a cargo del programa IRA en las comunas.

A 25 años de la puesta en marcha del Programa IRA, y como resultado de este, se ha observado una disminución significativa de la mortalidad infantil por causa de enfermedades respiratorias agudas.

No obstante los cambios epidemiológicos observados en Chile, ahora nos llevan a poner énfasis en las patologías respiratorias crónicas, las que agrupan al mayor porcentaje de la población infantil.

El modelo utilizado por el Programa IRA, es entonces, una buena práctica para replicar, dando énfasis al trabajo coordinado entre atención primaria y el nivel secundario. La propuesta planteada es que, la atención primaria debe activamente lograr mantener a la población bajo control, y esta derivar de acuerdo a la severidad del cuadro para evaluación por especialista en nivel secundario, quien debe definir estrategia de manejo y contrareferir al nivel primario. La entrega de medicamentos y los controles periódicos deben realizarse en atención primaria, pero para ello debe existir instancia de comunicación entre ambos niveles de atención, organizadas por los equipos de salud.

Ilustración 5: Flujograma Enfermedades respiratorias crónicas



El Flujograma planteado para enfermedades respiratorias crónicas hace necesario que la atención en salud cuente con una lógica que sea coherente y congruente con las necesidades del usuario, por ejemplo, la entrega de los fármacos inhalatorios que indica el médico especialista de nivel secundario y son retirados por el paciente en su CESFAM, disminuyendo el gasto de bolsillo y fortaleciendo la relación con atención primaria.

Dentro de los elementos a fortalecer de este modelo se encuentra el proceso de referencia y contrarreferencia efectiva y la capacitación continua del nivel secundario al primario, manteniendo al equipo de salud actualizado, proceso que estrecha lazos, permite conocerse en la red y genera confianza y trabajo en equipo en post de los usuarios.

3. Ejemplo de coordinación de la red: telemedicina

a) ESTRATEGIA DE TELE DERMATOLOGIA

Esta estrategia de atención, forma parte de unos de los Componentes del Programa de Resolutividad, que no pretende por sí solo dar cuenta de resolución de brechas, sino más bien aportar junto a otras estrategias en la resolución de los problemas de salud de la población.

La Tele dermatología, constituye un aporte fundamental para el Trabajo en Red, especialmente en nuestro país en donde la densidad de especialistas Dermatólogos varía considerablemente, y en que las barreras geográficas constituyen un obstáculo a la prestación de Salud. Entre un 50% y 70% de las consultas realizadas por esta vía, pueden ser resueltas en su nivel de origen (APS), sólo con las orientaciones emitidas por el Especialista Dermatólogo.

Objetivo General:

Otorgar asesoría médica a distancia permitiendo, el acceso oportuno y con calidad a la atención dermatológica desde la Atención Primaria, propendiendo a una mayor resolutividad y al mismo tiempo reforzar el trabajo en Red a través de establecer un vínculo permanente entre los médicos especialistas y médicos APS, asegurando así la continuidad de los usuarios en la Red y desplegar una estrategia de capacitación continua a los médicos APS.

Objetivos Específicos:

- Mejorar el acceso a la atención de Dermatología en áreas geográficas aisladas o de difícil acceso.
- Abordar Listas de Espera de acceso a la especialidad de dermatología.
- Establecer una asesoría permanente a los médicos de APS en la Especialidad de Dermatología.
- Implementar un proceso de educación continua para los médicos de APS.
- Mejorar pertinencia y resolutividad en la derivación dermatológica.
- Fortalecer la coordinación de los diferentes componentes de la Red de salud local.

Se ha ido implementando en forma paulatina desde el año 2009, en los 29 Servicios de Salud

A partir del año 2016 se mide el impacto de las atenciones de Telemedicina, en la Lista de Espera, tanto en el primer semestre del año como en el período comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2016. Los resultados obtenidos indican que durante el periodo enero a diciembre 2016 un 41% de las atenciones realizadas a través de Telemedicina provenían del RNLE y un 18% se egresaron con Causal 17 (telemedicina), a la fecha de corte. Por otra parte, se aumentó la utilización de la Causal de Egreso por causal N°17, subiendo de un 2.9 % durante primer semestre a un 18% en todo el período.

La Estrategia de Tele dermatología desde su implementación ha logrado mejorar la capacidad resolutive de atención primaria. En el año 2016 el 55.5% de los pacientes evaluados tuvo indicación de tratamiento y manejo en Atención primaria, no debiendo el paciente trasladarse hasta el nivel secundario para atención. Durante el primer semestre del año 2017 este porcentaje correspondió a 47.5%, demostrándose de esta manera la resolutive de la estrategia y la derivación a atención presencial de los casos de mayor complejidad.

b) ESTRATEGIA DE TELENEFROLOGIA EN ENFERMEDAD RENAL CRONICA

El Servicio de Salud Concepción (SSC) desarrolló un programa piloto, durante el segundo semestre del año 2012, consistente en la realización de consultorías nefrológicas para APS, a través de telemedicina, iniciando en la comuna de Coronel que tenía una alta prevalencia de ERC. El trabajo coordinado y de vinculación de Red entre el nivel secundario y primario de atención logró fortalecer la prevención de la ERC, potenciar la educación continua a los equipos de salud, mantener indicadores actualizados de morbilidad prevalente en nefrología, gestionar eficientemente los recursos de oferta medica de la Red, disminuyendo así los tiempos de espera para atención de especialidad.

Durante 2013 al 2015, el modelo se extendió a las 8 comunas de la Red de APS del Servicio de Salud Concepción y luego se implementó en el Servicio de Salud Talcahuano y Servicio de Salud Arauco. Luego de un proceso de coordinación de la Red en definición de protocolos y flujos de atención, se establecen los responsables del proceso clínico en cada establecimiento incorporado a la Estrategia.

Objetivo general:

Asesorar y capacitar a profesionales de APS en el desarrollo de acciones orientadas a mejorar la salud renal de la población asignada.

Objetivos Específicos:

- Reconocer precozmente la enfermedad renal en los grupos de riesgo que se controlan en los consultorios de Atención Primaria.
- Supervisar y controlar la aplicación adecuada de protocolos y pautas terapéuticas validadas en cada etapa de la ERC.
- Mantener indicadores actualizados de morbilidad prevalente, utilizando criterios validados de diagnóstico y clasificación de la ERC.
- Promover la educación tutorial on-line, a través de un médico nefrólogo, a los equipos de salud de la atención primaria sobre recomendaciones, protocolos, pautas y conductas terapéuticas de la ERC.
- Mejorar la oportunidad de acceso y disminuir las listas de espera de referencia desde la atención primaria a los centros de derivación de la especialidad de nefrología.
- Promover la interconsulta pertinente y oportuna a los centros de derivación de la especialidad de nefrología.
- Optimizar la gestión de horas de especialista en nefrología del Hospital de referencia de la red de cada Servicio de Salud

Las acciones a desarrollar en consulta de morbilidad o en control por el programa Cardiovascular es la realización de exámenes de laboratorio (clearance de creatinina) y clasificarlo según etapa de Enfermedad Renal. Las posibles indicaciones que da el nefrólogo consultor en la tele-consulta son: que el usuario sea atendido en el establecimiento de origen para otorgar tratamiento y controlarlo en APS, reevaluación en tele nefrología (con exámenes complementarios, datos completos u otros.), o puede concluir que el usuario necesita atención presencial en la Especialidad de Nefrología del Hospital de Mayor Complejidad.

La atención por Telemedicina puede ser realizada a través del uso de una Plataforma de telemedicina **asincrónica**, en donde el paciente no tiene contacto con el especialista y recibe todas las indicaciones desde el médico tratante de APS o **sincrónicas**, por ejemplo, utilizando equipos de videoconferencia en que existe una interacción directa y en tiempo real entre médico de APS y nefrólogo. El paciente puede o no estar presente en ese

momento, pero se debe asegurar la entrega posterior de indicaciones y continuidad de atención.

La estrategia de Tele nefrología ha traído beneficios tanto para el paciente como para la propia Red Asistencial:

- Promueve la educación tutorial continua por un médico nefrólogo a los equipos de salud de la atención primaria, sobre recomendaciones, protocolos, pautas y conductas terapéuticas de la ERC.
- Disminuye los tiempos de espera de referencia desde la atención primaria a los centros de derivación de la especialidad de nefrología.
- Promueve la interconsulta justificada y oportuna a los centros de derivación de la especialidad de nefrología, mejora pertinencia.
- Optimiza gestión de horas a especialista en nefrología del Hospital
- Otorga a los usuarios una atención de mayor calidad con el aporte del nefrólogo al equipo de salud de Atención Primaria.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios con ERC que se atienden actualmente en APS.

Esta estrategia le asegura al usuario una atención de calidad, oportuna, segura y de fácil acceso, permitiendo mejorar el tratamiento y seguimiento en su localidad, continuando las atenciones en su CESFAM, o bien otorgándole atención priorizada en la especialidad. En ambas situaciones el usuario se ve privilegiado, mejorando la calidad de la atención otorgada y por ende su calidad de vida.