

ANEXO 14

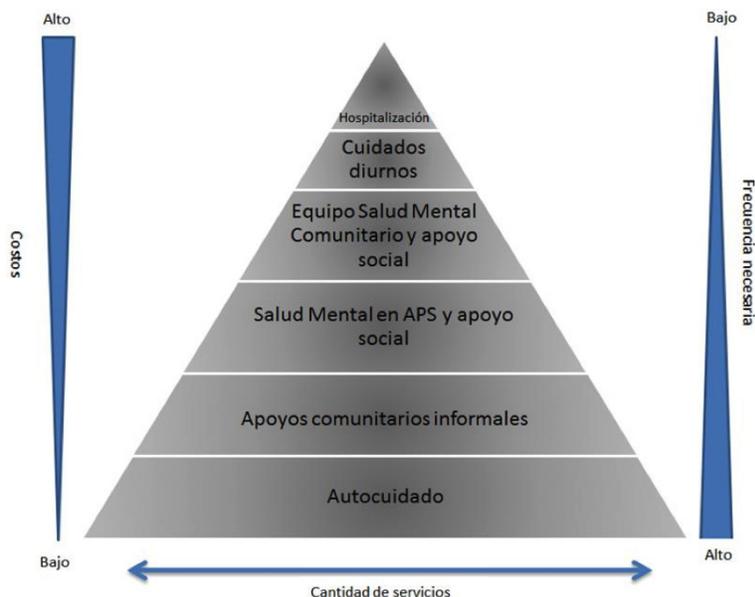
Recomendaciones de Coordinación

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.

ILUSTRACIÓN 13: PIRÁMIDE DE MODELO COMUNITARIO EQUILIBRADO (BASADO EN OMS, 2009)³



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://buenaspracticapsaps.cl/wp-content/uploads/2013/11/Orientaciones-para-la-implementacion-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.

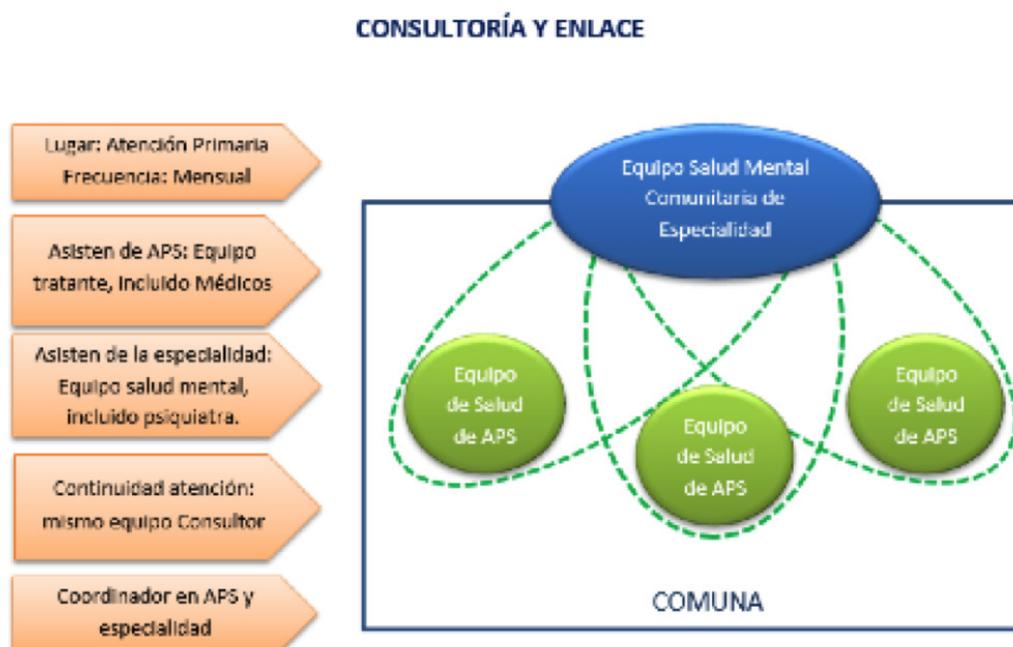
³ Sepúlveda, R. Consultoría de salud mental en atención primaria de salud: Integrando la red y asegurando la continuidad de cuidados. [Internet].

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 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 rehospitalización, 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 14: CONSULTORÍA Y ENLACE DE EQUIPOS DE ESPECIALIDAD TERRITORIALIZADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA APS



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.

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 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

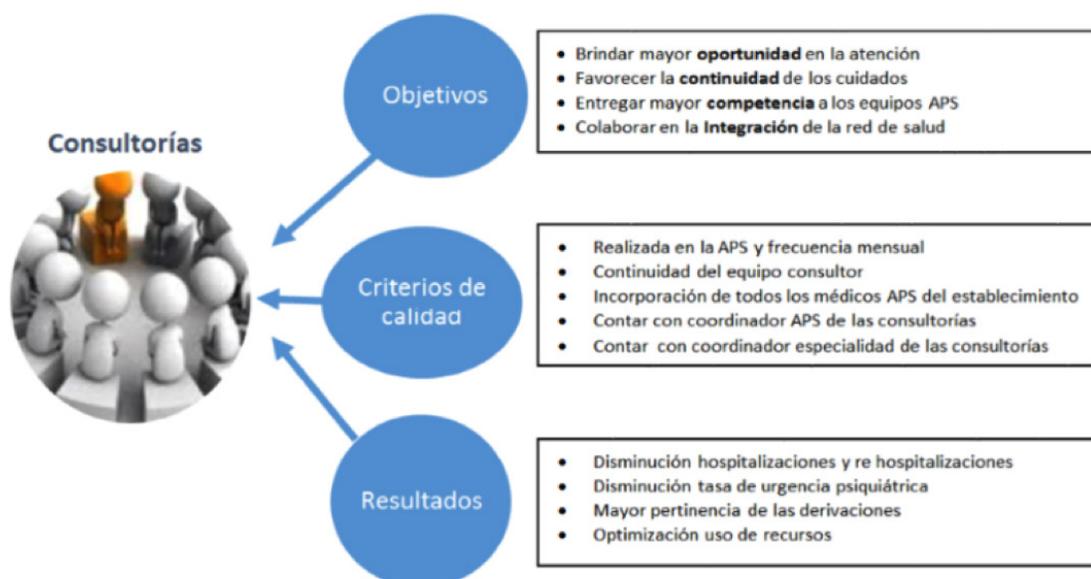
En las consultorías el equipo de salud del centro de APS presenta aquellos casos de mayor complejidad para definir en conjunto con el equipo de especialidad, ya sea la pertinencia de su derivación al Centro de Salud Mental Comunitaria, o en su defecto retroalimentar al equipo de APS en relación a aclarar 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.

ILUSTRACIÓN 15: ELEMENTOS PRINCIPALES DE LAS CONSULTORÍAS Y ENLACE



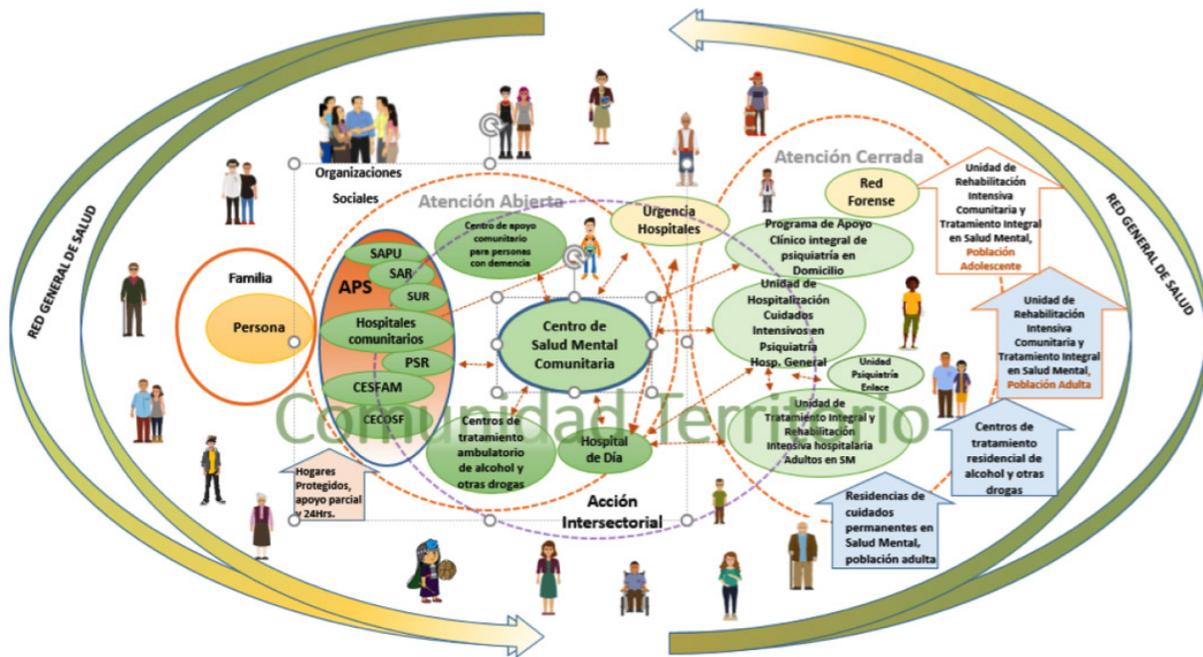
⁸ MINSAL. WHO-AIMS. Sistema de Salud Mental de Chile. Segundo Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS. [Internet]. 2014

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 la 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 APS.

ILUSTRACIÓN 16: DIAGRAMA DE LA RED DE SALUD MENTAL



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, junto a la atención de los niños y niñas con patología respiratoria aguda, 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.

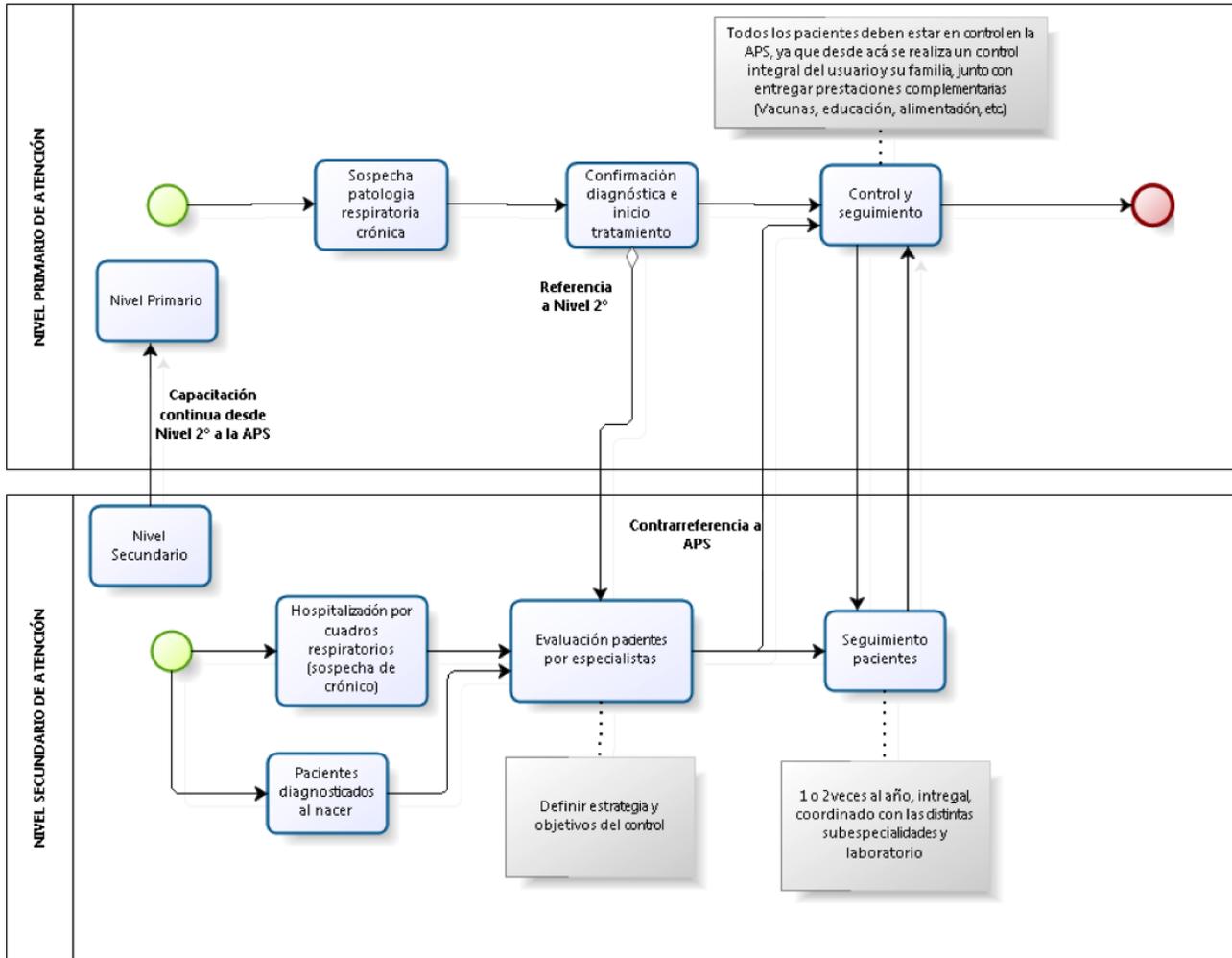
A 29 años de la puesta en marcha del Programa IRA, y como resultado de este, se ha observado una disminución significativa de la mortalidad infantil por causa de enfermedades respiratorias agudas.

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 y posteriormente también por el programa ERA, 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 contra referir 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 17: 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 del elemento 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 confianzas y trabajo en equipo en post de los usuarios.

EJEMPLO DE COORDINACIÓN DE LA RED: TELEMEDICINA

A. ESTRATEGIA DE TELE DERMATOLOGÍA

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 resolutiva 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 resolutividad de la estrategia y la derivación a atención presencial de los casos de mayor complejidad.

B. ESTRATEGIA DE TELENEFROLOGÍA EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

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 por 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 Teleconsulta 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.

Experiencia de Programación en Red: Proyecto Equity la II-Red Asistencial Servicio de Salud Metropolitano Norte

Antecedentes del Proyecto

El proyecto EQUITY LA II es una investigación multicéntrica financiado con fondos europeos (Framework programme FP7 de la Comisión Europea). En Chile, el proyecto es coordinado desde la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende de la Universidad de Chile, participan las redes Metropolitanas Norte y Sur como área de intervención y control respectivamente. Dentro de la red del Servicio de Salud Metropolitano Norte, han sido parte del proyecto una subred conformada por el Complejo Hospitalario San José y las comunas de Recoleta, Independencia y Huechuraba.

El proyecto, denominado "Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud de América Latina" tiene como objetivo "Evaluar la efectividad de diferentes estrategias de integración de la atención en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención en las Redes de Servicios de Salud en distintos sistemas de salud de América Latina"⁹.

Como parte del proyecto, se conformó desde 2015, un espacio participativo de conducción del proceso, el Comité Conductor Local (CCL), integrado por actores de todos los niveles, gestor de red y la Escuela de Salud Pública. Este colectivo ha sido el responsable del acompañamiento del proceso y toma de decisiones. En este contexto, se identificaron dos intervenciones factibles de implementar para contribuir a la resolución de problemas identificados en la línea de base del Estudio y priorizados para ser intervenidos:

- a. Consultorías virtuales entre niveles de atención
- b. Programa de Inducción al trabajo en red con visitas inter-nivel

a. Consultorías Virtuales:

Las consultorías virtuales o tele consultorías, son actividades de comunicación regular interniveles que contribuyen a apoyar la gestión clínica conjunta entre niveles asistenciales. Se realizan a través de una plataforma interactiva, sincrónica, que permite la comunicación entre especialistas y equipos de las distintas unidades del nivel secundario y médicos y equipos multiprofesionales de APS. Se sostiene en una dinámica de trabajo internivel, lo que ha permitido ir construyendo colectivamente el programa, evaluar e incorporar ajustes a la actividad. A la fecha las consultorías son realizadas por equipos internivel y constan de la presentación de temas desde distintas especialidades, incluyendo la preparación y presentación de casos clínicos por médicos de APS, que son comentados multidisciplinariamente. El equipo de la especialidad de geriatría

⁹ Vázquez M-L, Vargas I, Unger J-P, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* 2015;5:e007037. doi:10.1136/bmjopen-2014-007037

tiene una participación permanente en esta actividad complementando a especialidades y temáticas como urología y TACO entre otras. Médicos y equipos de APS se conectan desde sus CESFAM para participar virtualmente planteando comentarios e inquietudes vinculadas a derivación y manejo conjunto entre niveles. A partir de esta actividad se han proyectado coordinaciones específicas, como visitas en terreno, mejoras a procesos de coordinación y necesidades de ajuste a ciertos protocolos de derivación.

b. Recursos involucrados Tecnológicos

Plataforma de comunicación sincrónica o recurso web, conectividad web que soporte la transmisión de audio y video en línea. Cada equipo que se conecte desde el territorio debe contar con computador, micrófono, cámara web y conexión a internet.

El dispositivo de audio permite la comunicación verbal, la cámara, la identificación de cada actor de la red y el conocimiento de los equipos, pudiendo además generarse discusión y comunicación escrita, vía chat en la plataforma; que permite además construir narrativas y dejar registro de dudas frecuentes y otro seguimiento de la actividad.

Humanos

Se requiere programar tiempo de los equipos médicos, profesionales y/o técnicos involucrados en la temática de la consultoría virtual, tanto en nivel primario como secundario, así como horas adicionales para profesionales que preparan y revisan los casos y/o material que serán presentados, finalmente también para el espacio de seguimiento y evaluación de las actividades.

Además, de un referente o coordinador de la estrategia, que genere el enlace para la programación y ejecución del cronograma de actividades, junto con el soporte tecnológico básico.

Para un mejor desarrollo de la iniciativa con una lógica de integración de la red, se requiere de uno o más referentes a nivel del gestor de red, para monitorear y facilitar la materialización de acuerdos y compromisos que deriven de la comunicación entre niveles.

Cabe consignar que para la implementación de las consultorías virtuales en SSMN, se ha mantenido una mesa de trabajo permanente con representantes de APS (comunales participantes), Hospital, Gestor de red y Universidad, abocada a los temas de comunicación internivel, que se sugiere sea un espacio existente al replicar la experiencia.

Consideraciones para la programación en red de consultorías virtuales

Se sugiere que se consideren como base, los tiempos ya aplicados en la red del SSMN para el piloto de intervención, en términos de horas protegidas para la actividad y su frecuencia, pero se identifica un gran potencial de ampliar cobertura de consultoría virtual desprendiéndose otras actividades y posibles temáticas como:

- Gestión de Demanda y abordaje de casos entre triadores de nivel primario (contralores médicos) y contralores de especialidad (mejorando así la resolutivez y pertinencia en la derivación).
- Consultoría virtual para manejo de lista de espera excesivamente prolongada (revisión conjunta de casos de pacientes en espera y priorizar derivaciones o reevaluaciones en nivel primario con orientación de especialidades)
- Construcción conjunta de protocolos a partir de problemáticas identificadas en consultorías virtuales o presenciales previas.
- Desarrollo sistemático y colectivo de programas de capacitación conjunta y continua entre niveles, en temas clínicos y/o administrativos
- Otros.

Rendimiento

La consultoría virtual se ha programado con un rendimiento de 0,5/hora (duración de 120 minutos), con una concentración de 2 actividades mensuales. Se detalla propuesta en cuadro:

Profesional/ Nivel	Rendimiento	Número actividades anuales	Consideraciones
Médico triador (contralor) APS	0,5/hrs	24	Contralores deberían participar en todas las consultorías virtuales, dado su rol de evaluación de pertinencia en la derivación y liderazgo en equipo médico de APS. 1 médico triador por CESFAM debería contar con 8 horas anuales adicionales como mínimo, para que colabore en la preparación de casos en al menos una consultoría virtual y en los espacios de evaluación y seguimiento de las mismas
Médicos equipo APS y Profesionales no médicos APS	0,5/hrs	12	Considerando participación según pertinencia temática, se sugiere la participación en una actividad mensual
Especialidad y/o Unidad Nivel Secundario	0,5/hrs	3	Considera que cada especialidad o Unidad, participará de al menos 3 consultorías virtuales en el año. El/ la especialista a cargo de la preparación de dichas actividades deberá contar con 8 horas adicionales por cada consultoría virtual que deba preparar, en coordinación con médico/a triador de APS, así como participar del espacio de evaluación y seguimiento. Especialidades como medicina interna, pediatría o geriatría, asociadas a etapas del ciclo vital y más transversal respecto al manejo clínico, podrán considerar participación de mayor frecuencia en el año en estas actividades, dado que el enfoque integral de los casos ha sido un factor clave en el éxito de la intervención a la fecha.
Equipos profesionales no médicos por unidad/especialidad de nivel secundario (Enfermeras coordinadoras clínicas, kinesiólogos, terapeutas, etc.)	0,5/hrs.	3	Considera que profesionales del equipo con participación relevante en la gestión clínica entre niveles, participe de al menos 3 consultorías virtuales en el año. De considerarse un rol en la preparación o evaluación de la actividad, se deberá considerar dicho tiempo adicional.

a. Visitas internivel (Programa de inducción al trabajo en red):

El Programa de inducción al trabajo en red se diseña como un conjunto de actividades, recursos informativos y audiovisuales disponibles para todos/as los/as funcionarios/as, profesionales, técnicos, administrativos/as y auxiliares que ingresen a trabajar en establecimientos asistenciales de la Red Norte. Se trata de un programa transversal a sumar a las actividades propias de la inducción de los distintos establecimientos y comunas. Dentro de este programa, las visitas internivel son la principal actividad presencial de intercambio entre niveles, y se planifican en dos direcciones, jornadas de visita de equipos desde el Hospital-CDT a APS y jornadas de visita de equipos de APS al Hospital - CDT.

Estas jornadas de visita internivel comprenden una recepción de los visitantes por el equipo anfitrión, con entrega de material y presentación de síntesis del establecimiento y/o comuna en el contexto de la red, con énfasis en temas de interés común; para luego realizar recorrido por servicios clínicos, programas o dispositivos (dependiendo de si es visita a APS u Hospital). En dicho recorrido, se prevén reuniones en grupos pequeños, permitiendo la interacción según áreas de interés e impacto para la coordinación. Por ejemplo, en función de lo que se ha dado en las visitas a la fecha:

- Conocimiento, comunicación y mejora en la coordinación entre enfermera de Hospital asociada al cuidado avanzado de heridas y enfermera del programa cardiovascular de APS, durante visita de equipo hospitalario a CESFAM.
- Conocimiento, comunicación y mejora de la coordinación entre Administrativo de recaudación del Hospital con personal SOME del CESFAM o comuna, durante visita de Hospital a APS.
- Conocimiento, comunicación presencial y mejora en la coordinación entre equipo gestión de demanda del hospital con administrativos SOME de APS, durante visita de APS a CDT-Hospital.

Recursos involucrados

- **Tecnológicos**

Plataforma web que aloje los distintos materiales informativos y de presentación de equipos para estar accesibles a todos los trabajadores de los distintos niveles de atención.

- **Humanos**

Tiempo de los funcionarios/as que ingresan a la red y de funcionarios/as que cumplen roles relevantes para la gestión de la atención entre niveles, para participar como planificadores, acompañantes y receptores de los equipos que se movilizan en cada visita.

Preparación y entrega de directorios de contactos actualizados de referentes de ambos niveles, que resguarden la mantención de vías de comunicación permanentes y con ello se contribuya a la relación entre pares o equipos relacionados internivel.

Al igual que en las consultorías, se requiere de uno o más referentes a nivel del gestor de red, para monitorear y facilitar la materialización de acuerdos del colectivo.

Consideraciones para la programación en red

Esta actividad requiere de la planificación conjunta de tiempos y recursos con la activa participación del gestor de red.

- **Rendimiento**

Las visitas inter-nivel se han llevado adelante ya en dos ocasiones durante 2017 (tanto desde APS hacia Hospital y desde el equipo hospitalario hacia APS, 4 en total), quedando programada una tercera visita en ambos sentidos para este año 2017. Lo anterior ha sido acompañado de preparación de material escrito y audiovisual en ambos niveles. Han participado en el piloto no solo funcionarios/as nuevos/as, sino también aquellos en roles clave que no habían tenido una actividad de integración con el otro nivel. Los tiempos destinados a la actividad son de media jornada cada vez, por funcionario/a que participa como "inducido/a"; mientras que se deberá programar espacio a los equipos gestores en cada nivel, para la planificación de las visitas, además de 3 horas anuales a aproximadamente cuatro equipos clínicos por nivel, en orden a recibir a los equipos de funcionarios que visitarán su establecimiento; lo que permite dedicar una hora cada vez que ocurra una visita (considerando un mínimo de 3 anuales para cada nivel)

Cabe consignar que también en el caso de las visitas internivel en SSMN, se ha mantenido una mesa de trabajo permanente con representantes de APS, Hospital, Gestor de red y Universidad, abocada a los temas de inducción en red, que se sugiere sea un espacio existente al replicar la experiencia, y que debiese corresponder a alrededor de 2 horas programadas en forma mensual aproximadamente.

Consideraciones y comentarios finales

Esta síntesis, recoge el trabajo de un enorme equipo de directivos, profesionales, técnicos y administrativos de la red SSMN, de la Escuela de Salud Pública y que ha sido preparado como un aporte para el documento ministerial "Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, año 2018"; esperando poder así dar pasos ciertos en la institucionalización de las intervenciones en curso y continuar fortaleciendo el trabajo colaborativo en pos de la mejora en la coordinación.

EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN: HOSPITAL DIGITAL

Antecedentes

Para complementar las estrategias de los servicios de salud de Telemedicina que se desarrollan a nivel local, el Ministerio de Salud (MINSAL), pone a disposición la estrategia de Hospital Digital (HD), que permite ampliar la oferta de especialistas y cobertura de atención de salud para la población, aprovechando el potencial de las tecnologías para mejorar el acceso, la oportunidad y la equidad en la atención de salud, instalando una alternativa al modelo tradicional.

El Hospital Digital (HD) es un proyecto que utiliza un modelo de salud digital centrado en las personas que permite, mediante el diseño de estrategias, basadas en el modelo de atención integral de salud en el contexto de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y a través del uso de TIC, facilitar la provisión de atención de salud a distancia desde el ámbito de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, y cuidados paliativos, considerando la persona en su contexto sociocultural y a lo largo de su curso de vida, con el propósito de mantener un óptimo estado de salud y la continuidad de cuidados, mejorando así la equidad en el acceso, la oportunidad y calidad de atención aportando eficiencia al sistema y satisfacción a los usuarios.

Actualmente, el Departamento de Salud Digital ofrece a través del Hospital Digital orientación de telemedicina asincrónica en las especialidades de dermatología, diabetes, nefrología y geriatría, con el objetivo de entregar mayor resolutivez a los centros de atención primaria en salud. Además, cuenta con telemedicina sincrónica, habilitada en postas rurales y Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor (ELEAM), permitiendo evitar los desplazamientos innecesarios para conseguir una atención de salud. Junto con esto, el HD ha implementado la estrategia de Teleinformes en el área oftalmológica, específicamente en el apoyo diagnóstico de retinopatía diabética a través de inteligencia artificial y también exámenes de mamografía, lo que permite aumentar las coberturas para estos exámenes. A esto se suma la teleconsulta de atención psicológicas.

Flujo de atención de la célula Proceso de Atención Ambulatoria

El proceso de telemedicina de especialidad médica nueva y de control de Hospital Digital se compone de prestaciones que se basan en un Modelo de Atención Integral que otorga prestaciones en modalidad asincrónica cuyo flujo se describe a continuación.

En la telemedicina de especialidad médica se encuentran las células que realizan la orientación a través de la plataforma Teleconsulta de HD, la cual permite evaluación del especialista a distancia en modalidad asincrónica.

El flujo de atención comienza cuando el médico tratante de APS selecciona a los usuarios para ser evaluados a distancia por médico especialista. Luego ingresa al sitio web de Hospital Digital <http://teleconsulta.minsal.cl> utilizando su clave única del registro civil, lo que le da acceso a la plataforma donde debe completar un formulario de datos que incluye motivo de consulta, anamnesis, resultados de exámenes, entre otros.

El médico de APS debe orientar al usuario sobre las características del proceso asistencial y sus etapas, además de informar los riesgos/beneficios asociados al proceso para que el usuario otorgue su consentimiento expreso para atenderse a través de HD. Lo anterior debe registrarse en el formulario de Teleconsulta que permite marcar opción Si (usuario consiente atención) /No (usuario no consiente atención).

Al final de los pasos anteriormente descritos, se genera una solicitud de Interconsulta (SIC) en la plataforma, que es recepcionada por un médico especialista, quien evalúa los datos aportados para establecer confirmación diagnóstica, además debe detallar orientaciones terapéuticas e indicar derivación a otro nivel de atención, si corresponde.

Luego de que el médico especialista genera una respuesta en un promedio de 5 días, la orientación es recibida nuevamente por APS (se genera una alerta por correo electrónico hacia el médico tratante y a un administrativo en el SOME para avisar esta la respuesta).

A partir de la cual, el médico tratante debe analizar y registrar las indicaciones del especialista en el Registro clínico electrónico (RCE) local, y luego comunicar al usuario las indicaciones y realizar las gestiones de derivación a Nivel Secundario o Terciario, si corresponde. Finalmente, el médico de APS debe realizar el cierre del proceso de atención digital, que corresponde al egreso de plataforma de Teleconsulta considerando la causal de egreso que corresponda.

Si el usuario es derivado para continuar su atención en Nivel Secundario o Terciario, ingresará Sistema de Información y Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), será evaluado presencialmente por un médico especialista de acuerdo a la prioridad que se le asigne y según la disponibilidad de horas del establecimiento.

El proceso de atención sincrónica de Hospital Digital para las estrategias ELEAM y Hospital Digital Rural (HDR), se lleva a cabo mediante una atención simultánea de medicina general entre un solicitante (profesional no médico del ELEAM o la posta rural correspondiente) y un médico de HD. Las indicaciones emitidas en esta atención (motivo de consulta, toma de exámenes, prescripción de medicamentos y/o dispositivos médicos, entre otros) se entregarán al consultante y al establecimiento de pertenencia del usuario según el flujo definido por el Ministerio de Salud. El establecimiento deberá encargarse de ingresar toda la información de la atención al registro clínico local (electrónico o físico) para que el usuario tenga acceso a sus garantías. Cabe destacar que las prescripciones deben realizarse de forma racional y ajustarse al arsenal farmacoterapéutico autorizado para el Servicio de Salud correspondiente, cumpliendo con las restricciones de uso señaladas en el documento.

EN LA TABLA 1, DESCRIPCIÓN DE LAS CÉLULAS DE HOSPITAL DIGITAL

Especialidades	Objetivo	Población objetivo	Modalidad
DERMATOLOGÍA  Implementada en noviembre 2018.	Implementar a nivel nacional un modelo complementario de Teledermatología alineado con las directrices de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Departamento Salud Digital, para mejorar la atención oportuna y de calidad de patologías dermatológicas en APS.	Todos los usuarios que consultan de forma voluntaria en APS, que presenten patologías dermatológicas y que requieren evaluación por especialista, sin límite de rango etario a lo largo de todo el territorio nacional.	Asincrónica
NEFROLOGÍA  Implementada en noviembre 2018.	Implementar a nivel nacional un modelo complementario de Tele nefrología alineado con las directrices de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Departamento Salud Digital, para mejorar detección precoz y la atención oportuna de las afecciones renales.	Todos los usuarios adultos que consultan de forma voluntaria en APS, que tenga diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que muestre disminución de función renal progresiva y que requieren evaluación por especialista, a lo largo de todo el territorio nacional.	Asincrónica
DIABETES  Implementada en diciembre 2018.	Implementar a nivel nacional un modelo complementario de Telediabetes alineado con las directrices de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Departamento Salud Digital, para mejorar los niveles de compensación y manejo de usuarios con Diabetes Mellitus tipo II (DM2) y así disminuir las complicaciones asociadas a la enfermedad y secundariamente la demanda para atención presencial.	Todos los usuarios que consultan de forma voluntaria en APS, que se encuentren en control en Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) por DM2 y que requieren evaluación por especialista, sin límite de rango etario a lo largo de todo el territorio nacional.	Asincrónica
GERIATRÍA  Implementada en noviembre 2019.	Implementar a nivel nacional un modelo complementario de Telegeriatría alineado con las directrices de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Departamento Salud Digital, para mejorar el manejo de la multimorbilidad, polifarmacia y pérdida funcional en las personas mayores.	Todos los usuarios que tengan más de 60 años de edad, que consultan en forma voluntaria en APS, que requieren evaluación por especialista Geriatra, a lo largo de todo el territorio nacional.	Asincrónica
HOSPITAL DIGITAL RURAL  Medicina General para Postas de Salud Rural (PSR) Implementado en febrero del 2019	Apoyar las labores que se realizan en las PSR de Chile, permitiendo la comunicación a través de videoconferencia entre los Técnicos de Enfermería de Nivel Superior (TENS) y médicos generales de Hospital Digital Rural, quienes podrán prestar servicios ante la demanda espontánea en consultas de morbilidad.	Todos los usuarios beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que consultan de forma voluntaria en PSR y que requieren evaluación por médico, sin límite de rango etario.	Sincrónica

 <p>Teleinformes para tamizaje de retinopatía diabética</p>	<p>Es una solución tecnológica que apunta a prevenir la causa más común de ceguera en la población adulta, la retinopatía diabética (RD), mediante una plataforma que la detecta automáticamente en imágenes digitales y permite su diagnóstico oportuno vía telemedicina.</p>	<p>Todos los pacientes con diabetes mellitus en control en los centros de APS</p>	<p>Asincrónica</p>
 <p>Tele informe de mamografía Implementado en julio 2019</p>	<p>La estrategia permite interpretar e informar mamografías efectuadas desde los establecimientos de atención primaria dotados de mamógrafo digital conectados directamente a la red de Hospital Digital; de manera geográfica y atemporal, cumpliendo con los estándares de calidad y seguridad MINSAL, permitiendo el acceso oportuno de pesquisa y diagnóstico de patología mamaria.</p>	<p>Mujeres beneficiarias de Fonasa mayores de 25 años</p>	<p>Sincrónica</p>

Consideraciones para la programación de Teleconsulta para Hospital Digital

Para la telemedicina asincrónica los rendimientos de los médicos de APS para el ingreso y llenado del registro de la Plataforma HD es de 2 solicitudes de interconsulta por hora. Por otro lado, el rendimiento de los especialistas es de 4 a 6 interconsultas por hora, según especialidad, por lo que las respuestas de los especialistas se entregan en promedio en 5±3 días. Se sugiere a APS que en la programación para HD se considere el control, que corresponde a la entrega de la información al usuario por parte del médico tratante, este puede tener un rendimiento de 4 a 6 por hora.

En el caso de la telemedicina sincrónica para para Postas Rurales o ELEAM el rendimiento es de 3 por hora.

Considerar la demanda de medicamentos y dispositivos médicos para usuarios atendidos remotamente en la programación y adquisición correspondiente, incluidos aquellos que puedan prescribirse por hasta 3 meses de acuerdo con lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 2 bis del decreto N°10 de 24 de marzo de 2020 del Ministerio de Salud. Se recomienda que el servicio de farmacia o botiquín lleve un registro de estas prescripciones para colaborar con la estimación de demanda.

Consideraciones para el registro en REM

A partir del año 2021 se podrá registrar en REM A30-AR (Atención Remota), la producción de Hospital Digital. El objetivo es disponer de los registros a través del DEIS. Actualmente, el registro en el REM A30 corresponde solo a salud digital de los servicios de salud, a partir del 2021 se suma una nueva hoja de registro A30-AR (Atención Remota), donde los SS podrán registrar todas las solicitudes enviadas a Hospital Digital, de acuerdo a las siguientes secciones:

- Sección A: Telemedicina médica de especialidad ambulatoria o por Hospital Digital
- Sección B: Telemedicina médica en establecimientos de atención secundaria de urgencias.
- Sección C: Teleinformes en establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria por Hospital Digital
- Sección D: Telemedicina de especialidad odontológica por Hospital Digital.
- Sección E: Telemedicina o Teleconsulta por otro profesional de la salud de Hospital Digital.

- Sección F: Telemedicina sincrónica por Hospital Digital Rural
- Sección G: Teleconsulta Salud Responde

Por otro lado, el registro de la producción realizado por HD será realizado de manera centralizada por la Unidad de Control de Gestión del Departamento de Salud Digital. De esta manera, se tendrá por un lado el registro de la demanda que proviene de los servicios especialmente desde la APS y el registro de la producción de HD.