



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

Protocolo Proceso Referencia y Contra- Referencia en Red

Compromiso de Gestión 2.1

15/05/2019

El Protocolo de referencia y contrareferencia es un documento que orienta a los actores clínicos y administrativos del SSMSO respecto al proceso de derivación y atención de Consulta de especialidades en la red en termino de sus definiciones, responsabilidades, flujograma e interoperabilidad de sistemas de información.

Responsable	Descripción	Fecha	Versión
José Balmaceda	Creación base documento Protocolo	11/03/2019	0.1
Rene Lagos	Creación base documento Protocolo	11/03/2019	
Dra. Carolina Asela	Aplicación de formato y Aportes Documento	18/03/2019	

Fecha de elaboración y próxima revisión

Fecha	Responsable	Observaciones
31/03/2019	Comité COMGES N° 2 – SSMSO	Validación formato documento Revisión comité R-CR al 15/04/19
13/05/2019	Comité COMGES N° 2 - SSMSO	Revisión e incorporación de observaciones MINSAL I corte COMGES - Marzo
REVISION 31/09/19	Comité R-CR – SSMSO	

Autores

Nombre	Cargo	Departamento	Email
Dra. Carolina Asela	Medico Asesor SDGA	Coordinación asistencial y redes complejas - SDGA	casela@ssmsso.cl
Rene Lagos	Analista de procesos y cambio SIDRA	Unidad Salud Digital DSS	rlagosb@ssmsso.cl
José Balmaceda	Jefe (S) Unidad Desarrollo	Depto. Informática DSS	jbalmaceda@ssmsso.cl
Dr. Michel Velten	Jefe Depto. Coord. Red	SDGA - DSS	mvelten@ssmsso.cl

Comisión revisora (Referentes R-CR)

Nombre	Cargo	Departamento	Email
Dra. Constanza Cortes	Referente Telemedicina SSMSO - coordinador APS	Unidad de Salud digital Hospital Padre Hurtado	ccortes@ssmsso.cl
E.U. Isabel López	E.U. Coordinadora CRS	Hospital Padre Hurtado	ilopez@hurtadohosp.cl
E.U. Natalia Fuentes	Coordinadora de Redes	CM Salud Puente Alto	nfuentes@cmpa.cl
Dra. Fabiola de la Torre	Coordinadora R-CR	CM Salud Pirque	Fabiola.delatorre@corpique.cl
Dra. Francisca Reyes	Jefe Área ambulatoria	Hospital de La Florida	Francisca.reyes@redsalud.cl
Dr. Nicolás Estay	Médico de Familia	Unidad de Salud digital DSS – Medico CASR	nestay@ssmsso.cl

Contenido

Introducción	3
Objetivo general	4
Alcance	5
Proceso Referencia	8
➤ Definición	8
➤ Actores	8
➤ Descripción de las etapas del proceso	8
➤ Flujograma	13
➤ Documento para envío de Referencia.....	15
Identificación de la prestación solicitada y del lugar	15
Proceso Contra-Referencia.....	16
➤ Definición	16
➤ Actores	16
➤ Descripción Contrarreferencia	16
➤ Consideraciones Generales proceso R-CR.....	17
➤ Flujograma.....	18
➤ Documento para envío de Contra – referencia.....	19
Pertinencia	20
➤ Definición	20
➤ Consideraciones	20
➤ Importancia	20
Alta Nivel Secundario	21
➤ Definición	21
➤ Consideraciones	21
➤ Importancia	21
Plan de Difusión.....	23
Bibliografía.....	23

Introducción

La red de salud en el modelo sanitario chileno resuelve los problemas de salud de diferentes complejidades en diferentes establecimientos; así, un mismo proceso clínico por una enfermedad o condición de salud tiene etapas que se desarrollan en la Atención primaria y etapas en que el paciente es derivado a especialidad, ya sea en forma ambulatoria u hospitalizado. Con esta premisa uno de los conceptos bases del proceso de “Transformación hospitalaria” de la Reforma de Salud plantea que los establecimientos se relacionan entre sí a través de sistemas de referencia y contra referencia de pacientes, conformando una red asistencial integrada.

Se aspira a que cada Nivel de Atención tenga la mayor capacidad de resolver sin necesidad de derivar al usuario a otro Nivel de Atención y si debe hacerse, asegurar la continuidad en el proceso de atención. En este sentido es relevante un adecuado sistema de Referencia y Contrarreferencia con protocolos establecidos, dado que el requerimiento de una consulta de especialidad debe generarse tomando en cuenta qué nivel de atención es responsable de su resolución.

Por otra parte, la misión del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente plantea el objetivo de “lograr un óptimo nivel de salud para nuestra población, con equipos humanos altamente comprometidos que propician la calidad y seguridad de la atención y la participación de la comunidad”. Estos objetivos se relacionan directamente con asegurar que los procesos de atención del usuario sean integrados y coordinados al interior de la red asistencial, brindando una atención segura, eficiente y de calidad, y que pueda ser monitorizada a través de los sistemas de información aportando a una adecuada trazabilidad.

Como avance en esta área, y en el contexto de los compromisos ministeriales de años previos más el desarrollo de un trabajo local progresivo en la mejora de procesos clínico-administrativos y de los sistemas de información, nuestro Servicio de Salud ha diseñado un protocolo de interoperabilidad de R-CR, un Mapa de Red Asistencial y actualizó recientemente la Cartera de Servicios que contempla los diversos establecimientos que la integran, manteniendo además un trabajo permanente de seguimiento y actualización del proceso de Referencia y contrarreferencia en red, del que forma parte el presente protocolo.

Objetivo general

Contribuir eficaz y eficientemente a que las actividades sanitarias de la red asistencial SSMSO mantengan la integralidad de la atención al usuario, especificando las actividades y los estándares administrativos, clínicos e informáticos mínimos, para llevar a cabo el proceso de R-CR en la red y asegurar la continuidad y trazabilidad de la atención.

Objetivos específicos

- Entregar directrices técnicas para generar y dar seguimiento al flujo de información entre los actores del proceso de R-CR de consultas de especialidades médicas de la Red Metropolitana Sur Oriente¹
- Aportar definiciones clínicas al proceso de interoperabilidad de proveedores de registro clínico (RCE) en nivel primario y secundario, tanto softwares comerciales como soluciones de desarrollo propio y las instancias de integración dispuestas por el SSMSO
- Incorporar al proceso R-CR las directrices de la Norma 118, las resoluciones complementarias, los mapas de procesos de la División de Gestión de la Red Asistencial y los requerimientos para la gestión de la Dirección del SSMSO.
- Aportar a la mejora de la capacidad de resolución en los diversos niveles de atención; articulando la complementariedad entre prestadores públicos y privados de diverso tipo; a fin de garantizar la continuidad de la atención
- En una siguiente etapa vincular procesos clínicos de consulta de especialidad a las diferentes prestaciones, ya sea sobre un determinado grupo etario, programa de salud o patología; también entre unidades diagnósticas o prestadoras de servicios de apoyo con unidades clínicas.

¹ Este primer protocolo no considera derivación de procedimientos, intervenciones quirúrgicas e intervenciones quirúrgicas complejas.



Alcance

Este Protocolo de R-CR es de la Red del SSMSO, que incluye los tres establecimientos hospitalarios de alta complejidad: Centro asistencial “Dr. Sotero del Río” (CASR), Hospital “Dra. Eloisa Insunza” de la Florida (HLF) y Hospital “Padre Hurtado” (HPH), en tránsito desde su calidad de Hospital experimental, más los dos establecimientos de mediana complejidad CRS-Hospital Cordillera (HPC) y Hospital “San José de Maipo” (HSJM). A lo anterior se suma la red de Atención primaria de las 7 comunas del territorio de la red asistencial: La Florida, Puente alto, Pirque, San José de Maipo, La Pintana, San Ramón y La Granja junto a la Red ANCORA, con todos sus establecimientos

Responsables de su aplicación y actividad relacionada

Directivos y referentes SSMSO: Seguimiento de procesos generales y coordinación de niveles de atención a través del Comité de R-CR del SS

Directivos de Área ambulatoria de especialidad: Seguimiento y evaluación de cumplimiento de protocolo y normativas relacionadas a R-CR, evaluación de procesos.

Equipos de gestión de demanda Establecimientos hospitalarios (Admisión-Gestión de pacientes- Coordinación de agenda): Coordinación operativa de normativa R-CR, informe de problemas, relación local con encargados de sistemas de información y coordinación con APS.

Referentes de Sistemas de información: Configuración de sistemas en acuerdo al protocolo de interoperabilidad de R-CR para asegurar la trazabilidad de la información, dar cuenta de los requerimientos de solución de problemas informáticos y recibir requerimientos de equipo local

Referentes R-CR comunales: Seguimiento general de procesos y cumplimiento de normativa a nivel primario, reporte de problemas o eventos al SSMSO mediante canales de comunicación habituales o reuniones mensuales de comité R-CR.

Equipos de gestión de demanda establecimientos de APS (Médico contralor- Coordinación de agenda): Asegurar adecuada derivación de IC local, recibir respuestas de No pertinencia y reportar problemas a su referente R-CR. Evaluación de la llegada de Contrarreferencia.

Definiciones de términos

- SSMSO : Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
- IC : Interconsulta, documento de derivación
- APS : Atención Primaria de Salud
- R-CR : Referencia – Contra-Referencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen el tránsito del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutoria

- Referencia (sinónimo de derivación): Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad
- Contrarreferencia: Procedimiento mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido. Debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.
- RCE: Registro clínico electrónico, sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes en sistema informático (ficha electrónica).
- SIGTE : Sistema para la gestión de Tiempo de Espera, registro centralizado MINSAL de pacientes la lista de espera de consulta medicas de especialidad e intervención quirúrgicas No GES, que incorpora trazabilidad de estado de atención de los pacientes.
- SIDRA : Sistema de Información de Redes Asistenciales, estrategia MINSAL diseñada para mejorar la calidad y eficiencia de la atención sanitaria al proveer software para informatizar la entrega local de prestaciones e intercambiar información clínica.
- SGS: Sistema de Gestión SIDRA, plataforma del Servicio para visualizar las interconsultas y contrarreferencias enviadas a través de la capa de integración.
- Capa de integración: Plataforma centralizada de interoperabilidad de los sistemas de información de los establecimientos de la red SSMSO para envío de interconsultas y contrarreferencias.
- Pertinencia: Evaluación de la calidad de la derivación acorde a los protocolos de referencia y contrarreferencia de la red.
- Establecimiento de Origen: Establecimiento de salud donde se inicia la atención y determina la referencia del paciente hacia un establecimiento con la capacidad resolutive para el problema que genera la referencia.
- Establecimiento de Destino: Es aquel establecimiento de salud, que recibe al paciente referido por el establecimiento de salud de origen.
- Protocolos (de Atención): Son instrumentos de orientación (guías clínicas) eminentemente práctica respecto a una o más patologías que determinan el tipo y complejidad de su referencia según nivel de atención



Mapa Derivación Servicio de Salud Sur Oriente

Hospitales ALTA	Hospitales MEDIANA	Comunas	Centros de Atención Secundaria	Certificación	Centros de Atención Primaria	Estrategias	Postas	SAPU / SUR
Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río Camas: 746	CRS Hospital Provincia Cordillera	Puente Alto	COSAM Puente Alto Centro de Especialidades COSAM CEIF Puente Alto	CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM	CGU San Gerónimo CGU Vista Hermosa CGU Bernardo Leighton CGU Cardenal Silva Henríquez CGU Padre Manuel Villaseca CGU Madre Teresa de Calcuta ONG CGU Karol Wojtyła CGU San Alberto Hurtado ONG CGU Laurita Vicuña CGU Dr. Alejandro del Río	RBC (3) Estación Fija Teleradiología Teledermatología		SAPU- Dr. Alejandro del Río SAPU-San Gerónimo SAPU-Bernardo Leighton SAPU-Cardenal Silva SAPU Padre Manuel Villaseca SAPU Karol Wojtyła
		Pirque	COSAM Pirque	CESFAM	CGU Dr. José Manuel Balmaceda CGR El Principal		Puntilla Santa Rita San Vicente	
	San José de Maipo Camas: 196	S. José de Maipo	COSAM San Jose de Maipo				Teleasistencia (2)	Las Verientes El Volcán San Gabriel
Hospital Dra. Eloisa Diaz Camas: 391		La Florida	COSAM La Florida CRS San Rafael	CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM	CGU Los Castaños CGU Bellavista CGU Villa O'Higgins CGU Los Quillayes CGU Dr. Fernando Maffioletti CGU Santa Amalia CGU Trinidad CGU La Florida CGU Jose Alvo CECOFS Santa Teresa	RBC (2)	Las Perdices	SAPU-Los Castaños SAPU-Villa O'Higgins SAPU-Los Quillayes SAPU- Dr. Fernando Maffioletti SAPU- Santa Amalia SAPU La Florida SAPU Jose Alvo SAPU Trinidad
Hospital Padre Alberto Camas: 417		San Ramón	COSAM La Bandera COSAM La Rinconada	CESFAM CESFAM	CGU La Bandera CGU Poetisa Gabriela Mistral CGU Salvador Allende CECOFS Modelo	RI RBC(2) Teleradiología		SAPU-La Bandera SAPU-San Ramón SAPU Poetisa Gabriela Mistral
		La Pintana	COSAM La Pintana	CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM CESFAM	CGU San Rafael CGU Pablo de Rokha CGU Santiago de Nueva Extremadura CGU Santo Tomás CGU Flor Fernández CGU El Roble CGU Juan Pablo II ONG	RBC		SAPU-San Rafael SAPU-Pablo de Rokha SAPU-Santiago de Nueva SAPU-Santo Tomás SAPU-El Roble
		La Granja	COSAM La Granja	CESFAM CESFAM CESFAM	CGU La Granja CGU Malaquías Concha CGU Granja Sur CECOFS Milalemu CECOFS San Gregorio CECOFS Villa La Serena	RBC		SAPU-La Granja SAPU- Granja Sur

Hospitales Alta Complejidad	Hospitales Mediana Complejidad			
EAR Dr. Sotero del Río	Hospital Padre Hurtado	Dra. Eloisa Diaz Inzunza	San José de Maipo	CRS Provincia Cordillera
Anestesiología	Anestesiología	Anestesiología	Ginecología (excluye P. Cervical e Infertilidad)	Broncopulmonar
Broncopulmonar	Broncopulmonar	Broncopulmonar	Medicina Física y Rehabilitación	Cardiología
Cardiología	Cardiología	Cardiología	Pediatría	Dermatología
Cirugía Abdominal	Cirugía Abdominal	Cirugía Adulto	Psiquiatría	Gastroenterología
Cirugía de Mamas con Pablogía Mamaria	Cirugía Adulto	Cirugía de Mamas con Pablogía Mamaria		Ginecología (excluye P. cervical e Infertilidad)
Cirugía Infantil	Cirugía de Mamas - Pablogía Mamaria	Cirugía Infantil		Medicina Física y Rehabilitación
Cirugía Plástica	Cirugía Infantil	Cirugía Plástica		Medicina Interna
Cirugía Proctológica	Cirugía Plástica	Cirugía Proctológica		Neurología
Cirugía Tórax	Cirugía Proctológica	Cirugía Tórax		Oftalmología (excluye UAPO)
Cirugía Vascular Periférica	Cirugía Vascular Periférica	Cirugía Vascular Periférica		Otorrinolaringología
Dermatología	Dermatología	Dermatología		Pediatría
Endocrinología	Endocrinología	Gastroenterología		Psiquiatría
Gastroenterología	Gastroenterología	Genética		
Genética	Genética	Ginecología		
Ginecología	Ginecología Patología Cervical	Infectología		
Hematología	Hematología	Medicina Familiar		
Hematología Oncológica	Ginecología	Medicina Física y Rehabilitación		
Inf. Transmisión Sexual	Hematología	Medicina Interna		
Infectología	Infectología	Nefrología		
Medicina Física y Rehabilitación	Medicina Física y Rehabilitación	Neonatología		
Medicina Interna	Medicina Interna	Neurología		
Nefrología	Nefrología	Obstetricia		
Neonatología	Neurología	Oftalmología (excluye UAPO)		
Neurocirugía	Nutrición	Otorrinolaringología		
Neurología	Obstetricia	Pediatría		
Nutrición	Oftalmología (excluye UAPO)	Psiquiatría		
Obstetricia	Oncología	Reumatología		
Oftalmología (excluye UAPO)	Otorrinolaringología	Traumatología		
Oncología	Pediatría	Urología		
Otorrinolaringología	Psiquiatría			
Pediatría	Reumatología			
Psiquiatría	Traumatología			
Reumatología	Urología			
Pediatría				
Psiquiatría				

Proceso Referencia

➤ Definición

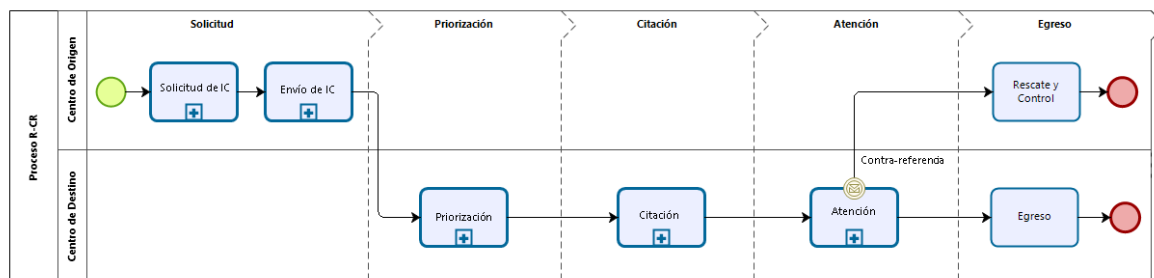
El proceso de Referencia consiste en la derivación de un paciente para evaluación diagnóstica y/o tratamiento por parte de un especialista en base a una Solicitud de Interconsulta (IC). Ésta última puede generarse desde la APS, desde el mismo nivel de especialidad, desde el Servicio de Urgencia según protocolo (en desarrollo) o desde el nivel terciario al momento del alta².

➤ Actores

- Referente Clínico Origen (Medico o Profesional APS o nivel secundario): realiza la derivación de un paciente para evaluación diagnóstica y/o tratamiento por parte de un especialista. Sigue las indicaciones entregadas por el especialista al que fue referido una vez que el paciente es dado de alta.
- Referente Clínico validador origen (Medico contralor APS): Profesional de cada establecimiento de APS que revisa y aprueba las solicitudes de IC.
- Referente Clínico validador pertinencia secundaria (Medico o profesional Priorizador): evalúa la pertinencia de la SIC y asigna la prioridad de la interconsulta. Re-deriva la interconsulta a otra especialidad o establecimiento en caso de ser necesario.
- Administrativo y/o referente clinico Admisión: cita al paciente según priorización y disponibilidad de agenda. Dependiendo del establecimiento, puede contar con apoyo de ejecutivo de call center.
- Referente Clínico secundaria (Médico Especialista): atiende al paciente confirmado diagnostico y/o solicitando evaluaciones complementarias para ello, con registro en el RCE de las indicaciones de contrarreferencia y si se le otorga el alta clínica o no.

➤ Descripción de las etapas del proceso

Flujograma General

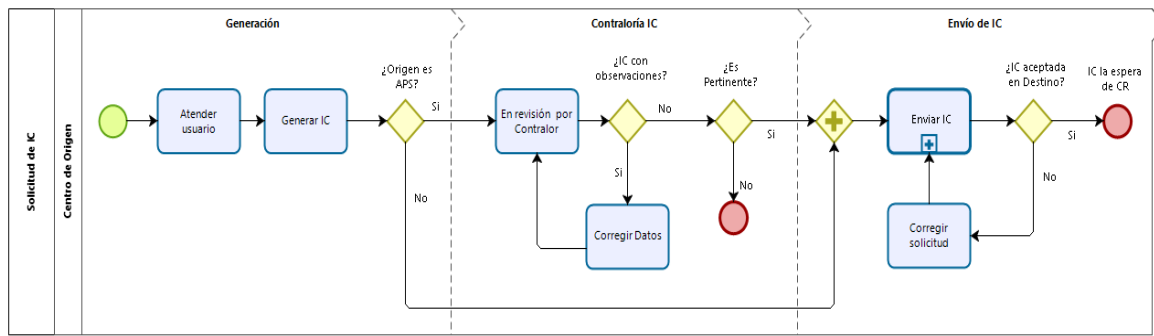


² Las interconsultas durante la hospitalización de pacientes no son consideradas por ahora en este protocolo.

Solicitud de IC

Una vez se defina como necesaria la derivación de un paciente para evaluación diagnóstica y/o tratamiento por parte de un especialista, se genera una solicitud de Interconsulta que es previamente visada por medico contralor de cada establecimiento. La IC puede ser generada desde la APS, desde el mismo nivel de especialidad o desde el Servicio de Urgencia acorde a protocolización³ (en proceso), con destino a Programa de resolutividad de APS o nivel secundario.

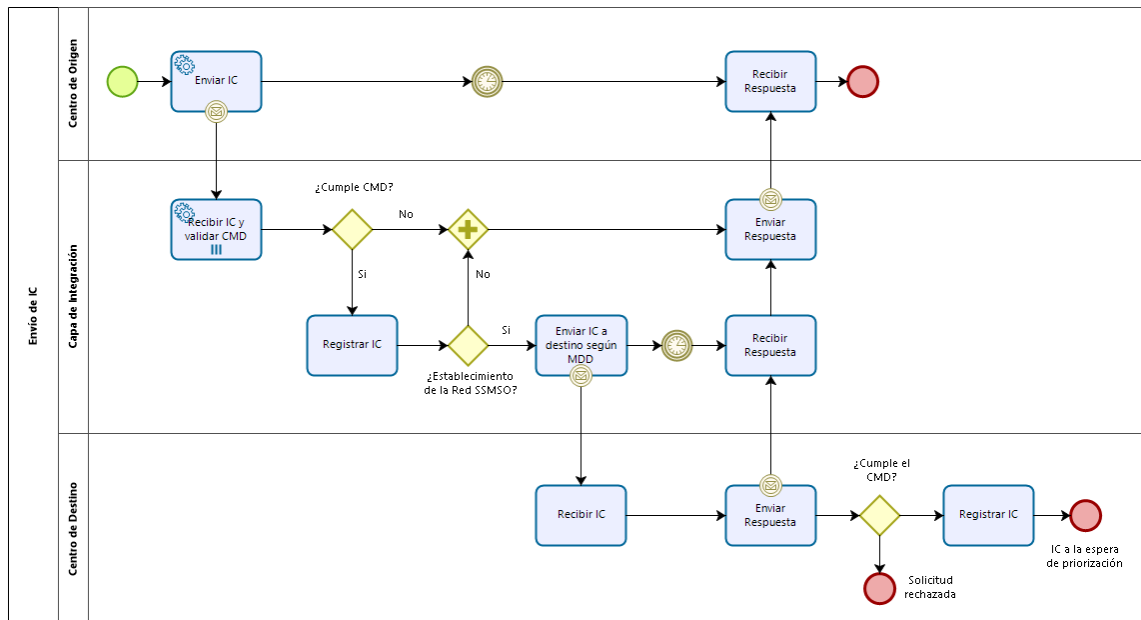
Si la interconsulta es para ser resuelta por telemedicina, además de la SIC en el RCE, se debe ingresar a la plataforma de Telemedicina u Hospital digital y anexar la información complementaria según los protocolos definidos. Actualmente se mantiene un proceso de actualización de protocolos de R – CR para las patologías de mayor prevalencia en la red.



Envío de IC

El centro de origen envía la solicitud de interconsulta por su RCE a la Capa de Integración informática, que la re-envía al centro de destino de acuerdo el mapa de derivación vigente. Si cumple las reglas de derivación, la IC queda registrada en la lista de espera del establecimiento de destino. Si no, se notifica el rechazo y el establecimiento de origen debe re-evaluar al paciente para definir una nueva derivación.

³ Las interconsultas desde los Servicios de Urgencia se deben protocolizar acorde a la realidad de casa Establecimiento hospitalario



Evaluación de pertinencia

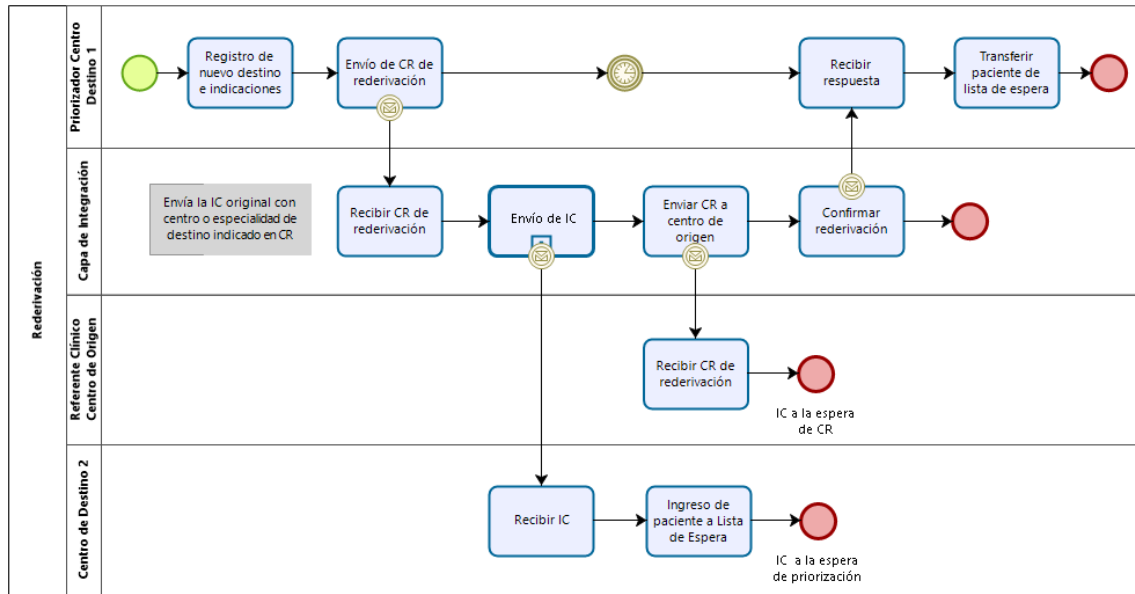
En el centro de destino se analiza la derivación de acuerdo a los protocolos de derivación existentes. En caso de no pertinencia por criterios clínicos, obligatoriamente se debe registrar en RCE la causal de egreso y las indicaciones respectivas para APS. El referente clínico de origen recibe la respuesta en su RCE y, en caso de ser necesario, completa los datos y envía una nueva IC.

Re derivación

En caso de ser necesario re-derivar a otro establecimiento por mapa de derivación o protocolo, se envía la misma interconsulta al nuevo establecimiento de destino, informando del cambio al centro de origen⁴ (el proceso de reporte informatizado y definición de flujo operativo es un proceso que está aun en implementación). El nuevo centro de destino ingresa al paciente a su lista de espera y el centro de destino antiguo lo saca de su lista conservando la fecha de generación de la SIC.⁵

⁴ La re-derivación también puede generarse después de la priorización de la interconsulta, mientras el paciente espera la citación

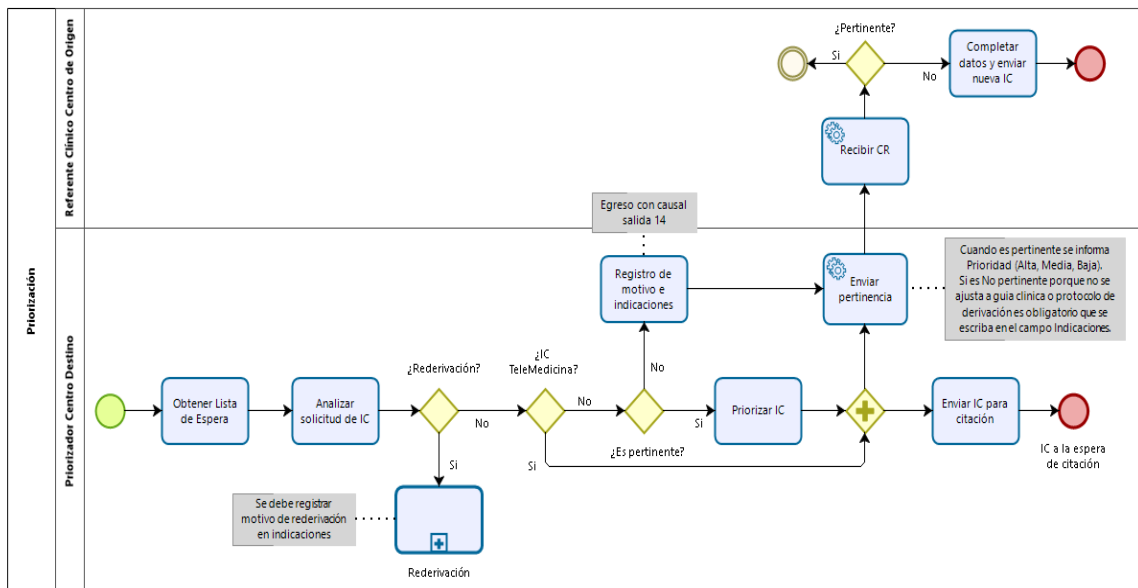
⁵ No se debe reportar causal de egreso en SIGTE, sólo se cambia el centro de destino



Priorización

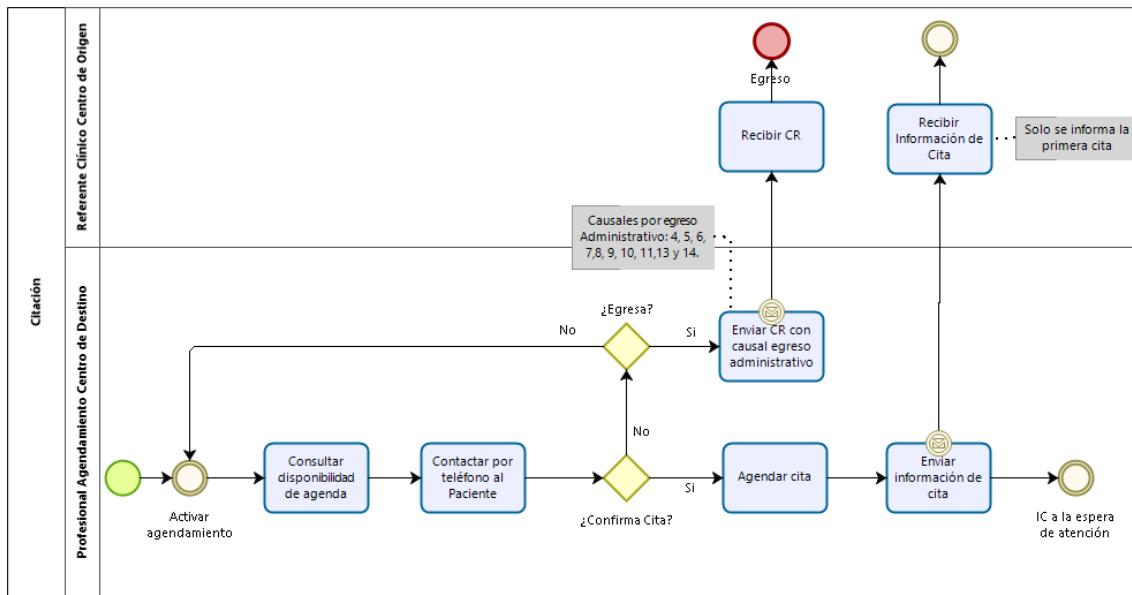
Si la solicitud es pertinente, el médico gestor de la demanda (contralor clínico de especialidad) o el profesional que priorizara en el RCE de destino de acuerdo a protocolos clínicos establecidos. El sistema notifica automáticamente al centro de origen la pertinencia y la prioridad asignada, la cual es recibida por el referente clínico de origen en su RCE.

Las interconsultas enviadas para ser resueltas por telemedicina no requieren ser priorizadas y pasan directo al SOME.



Citación de paciente

Se cita telefónicamente o por mecanismo local a los pacientes según priorización y agenda. Si paciente confirma la citación, se agenda en establecimiento de destino y se notifica automáticamente al RCE del centro de origen la fecha y hora de la cita. Si no se logra confirmar la citación, se deja para otro reintento o se egresa de la lista de espera de acuerdo a la norma (inasistencia a dos citaciones o no contactado con visita domiciliaria), notificando automáticamente al centro de origen.



Atención de especialista

El paciente recibe la atención del especialista, quien registra un diagnóstico clínico y las indicaciones al paciente y a APS en el RCE local. En cada atención, ya sea primera atención o control, se registran las indicaciones de contrarreferencia y si se le otorga el alta clínica o no, información que se envía al centro de origen a través de la capa de integración. Si el paciente no se presenta a la cita, se vuelve a citar o se egresa de la lista de espera de acuerdo a la normativa.

Alta

Si el paciente se encuentra en condiciones de mantener controles en su centro de origen de acuerdo al criterio clínico del especialista, éste es dado de "alta" de la atención ambulatoria en esa especialidad y se envía la contrarreferencia al centro de origen con las indicaciones para los controles posteriores.

Egreso de Lista de Espera

La interconsulta es egresada de la lista de espera SIGTE una vez realizada la primera atención. El egreso de lista de espera y el alta clínica pueden darse simultáneamente o no.

Control en centro de origen

El centro de origen recibe la contrarreferencia de alta clínica y realiza el rescate del paciente para realizar los controles según las indicaciones recibidas.

Especificación de las etapas del proceso – Interconsultas de Telemedicina

Solicitud de IC

Si la interconsulta es para ser resuelta por telemedicina, además de la SIC en el RCE, se debe ingresar a la plataforma de Telemedicina u Hospital Digital y enviar la información complementaria según los protocolos definidos.

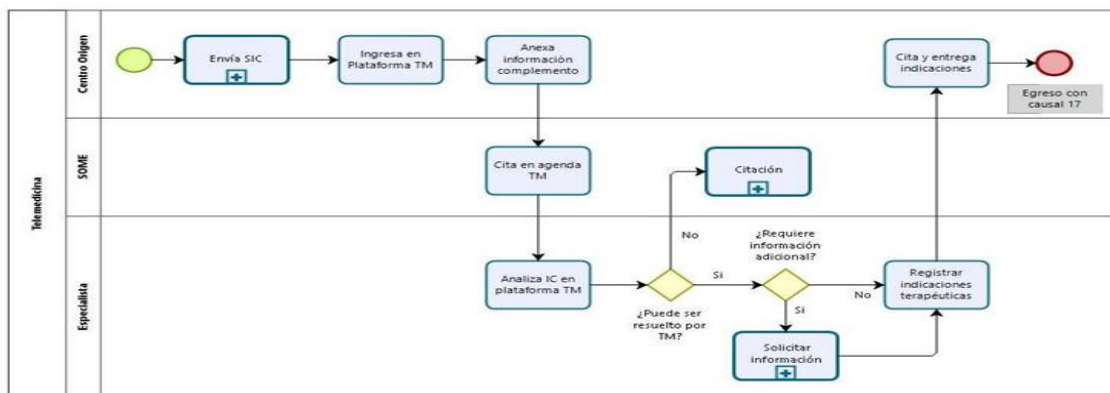
Priorización y Citación

Las interconsultas enviadas para ser resueltas por telemedicina no requieren ser priorizadas y pasan directo al SOME. Si la atención es asincrónica no se requiere contactar al paciente.

Resolución por telemedicina

El especialista revisa la interconsulta en la plataforma, si dada la complejidad u otras características clínicas del caso se requiere evaluarlo presencialmente, se informa en la plataforma, lo que es visible para el médico que solicita la interconsulta y para el personal de SOME para su gestión y citación. Si el especialista requiere información adicional, la solicita al centro de origen a través de la plataforma. Si no, redacta las indicaciones terapéuticas.

➤ Flujoograma





Especificación de las etapas del proceso – Interconsultas de Resolutividad

Solicitud de IC

Las SIC de Resolutividad se generan en el sistema de Registro Clínico Electrónico (REC) y son visadas por médico contralor de cada establecimiento. Estas SIC deben ser electrónicamente marcadas como Resolutividad para poder asociarlas al programa.

Envío de IC

El centro de origen envía la solicitud de interconsulta al centro de destino por su RCE, de acuerdo al mapa de derivación de especialidad de la comuna ya sea en centros propios de atención o centros privados en convenio. El RCE envía la SIC de resolutividad a la capa de integración para su ingreso en la lista de espera.

Priorización y Citación

El paciente es priorizado y citado en el centro de destino de acuerdo a un protocolo comunal que especifique la periodicidad de apertura de agenda y el responsable de citar e informar al paciente.

Atención de especialidad

El paciente recibe la atención del especialista o referente de especialidad en el centro de destino acorde a cada establecimiento APS, registrando en el RCE el diagnóstico clínico y las indicaciones al paciente. Si el profesional define como necesaria la derivación del paciente al hospital, éste genera una nueva SIC a través del RCE.

Egreso y Alta

La comuna envía al Servicio el registro de las atenciones realizadas por el programa con periodicidad mensual. Las atenciones realizadas por compra de servicios médico externos también son reportadas a la comuna y el Servicio cumpliendo los campos mínimos de R-CR especificados en este protocolo.

➤ Documento para envío de Referencia

Acorde a su Software de RCE cada establecimiento APS comunal y Establecimiento Hospitalario posee un formato de IC para su derivación a la capa de integración informática del SSMSO, quedando establecido en el Protocolo de interoperabilidad: R-CR el Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) que este documento debe contener:

CAMPO	ESTÁNDAR
Servicio de Salud	Utilizar denominación conocida en la red a la que pertenece
RUN	Otorgado por Servicio de Registro Civil e Identificación, al ser inscrito el nacimiento
DV	Dígito verificador
Nombres	Registrado en el Servicio de Registro Civil e Identificación
Primer Apellido	Registrado en el Servicio de Registro Civil e Identificación
Segundo Apellido	Registrado en el Servicio de Registro Civil e Identificación
Fecha de Nacimiento	Registrada en el Servicio de Registro Civil e Identificación o en la inscripción de nacimiento
Sexo	Establecido en el Dto. N° 127/*07 sobre Informe Estadístico de Egreso Hospitalario
Previsión	Establecido en Dto. N° 127/07 sobre Informe Estadístico de Egresos Hospitalarios, con base en art. 61 de la ley 18469/87 y sus modificaciones
PRAIS	Son beneficios que otorga la ley 19123, emanada desde la Subsecretaría del Interior, Programa de Derechos Humanos
Región	Región a la que pertenece el beneficiario, según lugar de residencia
Ciudad	
Comuna de residencia	Establecido en Dto.1439 del Ministerio del Interior y sus modificaciones posteriores
Condición de Ruralidad de la comuna de residencia	
Clase de vía o sector del domicilio de residencia	Estándar de Correos de Chile
Nombre de Calle de dirección	Estándar de Correos de Chile
Número de dirección	Estándar de Correos de Chile
Resto de dirección	Estándar de Correos de Chile
Teléfono fijo	Estándar de Correos de Chile
Teléfono móvil	Estándar de Correos de Chile
Correo electrónico	

Identificación de la prestación solicitada y del lugar

CAMPO	ESTÁNDAR
Fecha Entrada	Se define como la fecha de la indicación de la consulta, del procedimiento o de la intervención
Run profesional solicitante	Otorgado por Servicio de Registro Civil e Identificación, al ser inscrito el nacimiento
Dígito verificador profesional solicitante	Dígito verificador
Establecimiento de Origen	Normado por DEIS
Establecimiento de Destino	Normado por DEIS
Tipo prestación	Codificación según norma: Consulta Nueva de especialidad - Consulta Repetida o control. Procedimiento. - Intervención Quirúrgica. - Intervención Quirúrgica compleja.
Prestación Minsal	Fuente REM 07 para consulta médica y Arancel FONASA definida en esta norma.
Prestación Establecimiento	Clasificación propia del Servicio de Salud
Sospecha diagnóstica	Corresponde a lo señalado en el campo diagnóstico del documento que origina el ingreso del paciente a la Lista de Espera.

Proceso Contra-Referencia

➤ Definición

El proceso de contra-referencia (CR) consiste en la entrega de indicaciones del médico especialista que ha atendido a un paciente derivado para su evaluación o manejo. Su finalidad es informar al profesional que derivó al paciente desde la atención primaria o desde otra especialidad y, si corresponde, continuar sus controles en el centro de origen (nivel primario o secundario). Debe incluir detalles de su evaluación clínica e indicaciones de manejo.

Existen dos contra-referencias principales:

1. La respuesta inicial o Retroalimentación a la Interconsulta: Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva), donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y se informa el plan de tratamiento.
2. El momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.

➤ Actores

- Referente Clínico secundaria (Médico Especialista)
- Referente Clínico Origen (Medico o Profesional APS)

Los mensajes de contrarreferencia se envían siempre al establecimiento de origen y deben generarse dentro del mismo día en que se registra en la ficha clínica electrónica, para así obtener una respuesta rápida y eficaz. Todas las interconsultas y sus respectivas contrarreferencias podrán ser visualizadas desde APS y cualquier nivel de atención a través del Sistema de Gestión SIDRA (SGS).

➤ Descripción Contrarreferencia

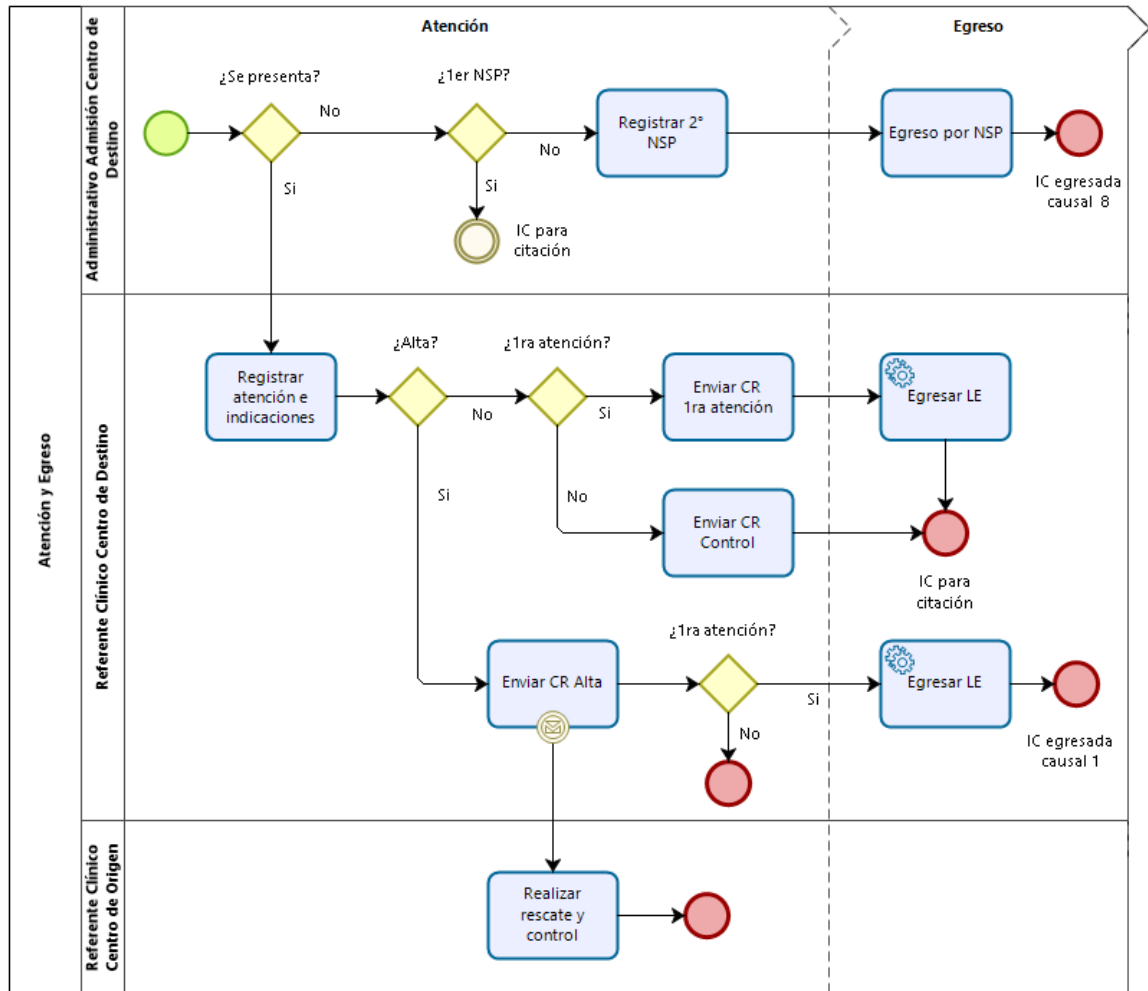
La Contrarreferencia debe acompañarse de la información necesaria para que el profesional que originó la interconsulta tenga todos los elementos que le permitan continuar con las actividades propias del Nivel de Atención. En algunos casos el paciente debe mantener sus controles en el nivel de especialidad, en esos casos **igualmente se debe informar** al profesional del Nivel Primario de los resultados y conclusiones del proceso realizado por el especialista.

La información Básica que debe ser enviada al centro de origen para ser conocida por el profesional que solicitó la consulta es: Nombre y especialidad de profesional que atendió al usuario; fecha de atención; Hipótesis Diagnóstica; Evaluación; principales acciones realizadas (procedimientos diagnósticos o terapéuticos) y sus resultados; indicaciones como plan de acción a seguir con el paciente.

➤ Consideraciones Generales proceso R-CR

- a) Un adecuado proceso de Referencia y contrareferencia, con protocolos clínicos que involucren las patologías de mayor demanda debe asociarse progresivamente a un incremento de la proporción de horas médicas asignadas a la atención ambulatoria y a consultas nuevas. Esto dado el desbalance existente en la mayoría de las especialidades y subespecialidades entre oferta y demanda.
- b) En una segunda etapa, a mediano plazo, se deben organizar los servicios de apoyo diagnóstico para mejorar el acceso de las especialidades ambulatorias a exámenes y procedimientos. Este es uno de los aspectos más difíciles de la gestión de usuarios y procesos en el ámbito hospitalario; porque para el uso de la agenda de un equipo diagnóstico, compiten las indicaciones generadas desde la unidad de emergencia, de los controles ambulatorios y de los pacientes hospitalizados,
- c) Es importante asegurar que los usuarios accedan a los controles sucesivos con todos los exámenes y procedimientos que el especialista solicitó, y en lo posible con gestión de pacientes para patologías prioritizadas (ej Cáncer).
- e) La generación de interconsultas al interior de un establecimiento de especialidades ambulatorias debe estar protocolizada, y la dirección del establecimiento- Jefaturas de Centros ambulatorios de especialidad deben velar porque estos protocolos se cumplan
- f) El establecimiento deberá contemplar una forma adecuada de apoyar a la red de urgencias local, estableciendo formas protocolizadas de gestionar la atención especializada derivada desde la urgencia de acuerdo al modelo de gestión en red.
- g) Resulta relevante mantener un mejoramiento continuo de la calidad con prácticas sistemáticas de auditorías, el análisis de la información de OIRS, el fortalecimiento de sistemas de información, la instalación del consentimiento informado y la implementación de propuestas innovadoras sumado a prácticas de evaluación de resultados.
- h) Actualmente los referentes clínicos de APS reciben las contrarreferencias de primera atención y alta clínica en su RCE. Se actualizó el protocolo de interoperabilidad de RCR y durante el segundo semestre de 2019 los referentes clínicos, tanto de APS como nivel secundario, recibirán en su RCE información de priorización, re-derivación, citación y controles.

➤ Flujograma (Atención y Contrarreferencia)



➤ Documento para envío de Contra - referencia

En el Protocolo de interoperabilidad: R-CR, que es base de este documento en los aspectos de gestión de información, se establece criterios para las diferentes etapas del proceso. Quedando establecidos en la capa de integración ciertos campos de registro básicos para el envío de la contrarreferencia, que se derivan al establecimiento de origen por medio de la interoperabilidad con el proveedor de cada RCE.

CAMPO	ESTÁNDAR
Diagnóstico clínico	Glosa (CIE -10 edición 2015)
Otro Diagnostico (500)	Este campo es un complemento del campo Diagnostico CIE 10 en la atención. Máximo 500 caracteres
Alta Clínica	El Alta siempre es clínica. Se complementa con el campo Tipo CR, ya que combinados se valida si es primera atención o alta.
Motivo Alta Clínica	1 (alta médica) → Cuando se atiende y se da alta clínica. 2 (derivación interna)→ Se atiende, pero se deriva para otra (sub) especialidad interna. 3 (derivación externa)→ Se atiende, pero se deriva a otros centros externos. 5 (administrativo) → se atiende, pero se da alta por motivos administrativos. Ej.: paciente que desea discontinuar su tratamiento.
Continua Control	Este campo define continuar en control en la atención secundaria.
Lugar Control	Establecimiento en que continuara controles
Indicaciones (4000)	Texto libre Max 4000 caracteres. Todas las indicaciones al paciente y APS de atenciones clínicas en el nivel secundario, deben especificarse en este campo.
Rut Profesional	Debe ser un RUN válido del personal que ejecuta envío de la CR en etapa priorización y atención.
DV Profesional	Explícito de un Run válido
Nombre Profesional (200)	Nombres y apellidos válidos del personal que ejecuta envío de la CR en etapa priorización y atención.
Fecha Contrarreferencia (10)	Fecha de la emisión de la CR
Tipo Contrarreferencia	Este campo marca la etapa en que se envía un mensaje o CR hacia el establecimiento que origina la IC. APS con atención =1 SECU con atención=2 APS sin atención=3 SECU sin atención =4 SECU priorización =5 TELEMEDICINA con atención = 6 TELEMEDICINA priorización = 8 Informar Cita =9
Proveedor	1 = CASR 2 = HLF 3 = HPH 4 = CRS_HC 5 = Áncora 6 = CM Puente Alto 7 = Rayén 8 = Avis 10 = Centro externo

Pertinencia

➤ Definición

Corresponde a la congruencia de la derivación con los protocolos de referencia y contra referencia de la red asistencial. En general existen dos causas de No Pertinencia:

- No pertinencia por no cumplir con las reglas de derivación, ya que no se cumple con los criterios definidos en los flujos de derivación (Normas de Referencia y Contra referencia) del establecimiento y/o especialidad a la cual derivar
- No pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.

➤ Consideraciones

Actualmente en la red SSMSO está establecido tres niveles de evaluación de las Interconsultas, uno inicial por parte de los médicos contralores de APS que genera una revisión base de las IC generadas en cada establecimiento de APS, un primer nivel de pertinencia de atención secundaria con un profesional o medico priorizador que evalúa los criterios generales (urgencia del diagnóstico, especialidad de destino, relación a mapa de derivación y completitud de datos) y determina un nivel de priorización en la citación, en la **denominada P1**, y un segundo nivel de pertinencia de especialidad que realiza el médico especialista en el momento de la atención, **denominada P2**.

Una Derivación no pertinente debido a no cumplimiento de los criterios de derivación en la red, vale decir establecimiento o especialidad de destino, es “redireccionada” al establecimiento o especialidad según reglas definidas en proceso incorporado en la capa de integración del SSMSO. En este caso se asigna una hora al usuario y se informa al establecimiento de origen del cambio en el establecimiento de destino para que este a su vez informe al usuario.

Una derivación no pertinente por no cumplir con los criterios de inclusión, o por tener criterios de exclusión para el problema de salud causal, requiere una nueva evaluación por un profesional del establecimiento de origen el que determinará con la información correspondiente si se requiere efectivamente una nueva derivación.

➤ Importancia

Mantener la adecuada pertinencia en el proceso de R-CR aporta a un mas sistema expedito de atención, apoyando la citación de pacientes priorizados para primeras consultas y generando una mayor eficiencia en las horas de especialidad.

Alta Nivel Secundario

➤ Definición

Es el proceso de cierre de la atención de especialidad y ocurre cuando el paciente se encuentra en condiciones de mantener controles en su centro de origen de acuerdo al criterio clínico del especialista y/o resolvió su requerimiento de diagnóstico y tratamiento. En este caso se da de alta de la atención ambulatoria en esa especialidad, se registra en el RCE local y se envía automáticamente la contrarreferencia al centro de origen con las indicaciones, y en caso de ser requerido, para realizar los controles posteriores.

Existen también instancias administrativas en que se puede generar un alta por inasistencia o por solicitud del paciente, por otra parte, el egreso de lista de espera y el alta clínica pueden darse simultáneamente o no.

El referente clínico de origen recibe la contrarreferencia de alta en su RCE y, en caso de ser necesario, gestiona el rescate del paciente para controles.

➤ Consideraciones

El porcentaje de altas de especialidad se relaciona con la resolutivez de cada componente de la red y cuál es el flujo de los usuarios una vez superada esta capacidad. La resolutivez en una consulta ambulatoria puede estar referida a: Atención por médico de Atención Primaria, que de acuerdo a su capacitación y competencia pueda lograr mejoría o compensación en las patologías de los usuarios, o atención de especialista que sin necesidad de estudios diagnósticos determina el alta del usuario y/o contrarreferencia hacia otro Nivel de Atención, en una primera consulta.

Otro porcentaje de la atención de especialidad requiere de apoyo diagnóstico para confirmar o descartar la patología que dio origen a la derivación, por lo que probablemente se requerirá la realización de más de una consulta con realización de exámenes y/o procedimientos. En esta etapa se puede requerir el inicio de un nuevo proceso referido a tratamiento médico o quirúrgico, el que debe contar con continuidad desde el punto de vista de los procesos clínico-administrativos y su registro en los sistemas de información.

➤ Importancia

Es necesario que las altas de atención abierta de especialidades sean explícitas y con debida información al usuario y equipo derivador, de manera de mantener información para la continuidad de la atención. El mantener y protocolizar un número de altas de especialidades permite generar rotación en los nuevos cupos y re-insertar al paciente en el nivel de atención que le corresponda a fin de asegurar la integralidad de la atención.

Metodología Plan de evaluación

Acorde a lo solicitado en Anexo N° 2: “Evaluación de la Implementación del Proceso de Referencia y Contra-Referencia” de las OOTT del COMGES se realizará revisión del proceso desde el equipo encargado del Servicio de Salud según sistema local informatizado.

1. Se seleccionará de SIGTE la totalidad de pacientes atendidos en nivel secundario con causal de egreso N°1 con fecha dentro del corte a evaluar.
2. De este universo se filtrará los pacientes que cuentan con Alta de nivel Secundario y con retorno a Atención Primaria de Salud. Esta información tendrá como fuente de datos el registro rutificado de contrarreferencias realizadas por el establecimiento, extraída desde la capa de integración para cada Registro Clínico Electrónico de APS.
3. De la totalidad obtenida, se extraerá una muestra de 50 casos que incorpore al menos 5 casos de cada comuna perteneciente a la red asistencial SSMSO
4. Con la muestra final, se evaluará según los antecedentes solicitados MINSAL: RUT – Usuario - Fecha Primera Consulta - Fecha Alta
- 5.- Para el proceso de referencia según detalle de revisión de cada caso se obtendrá: Datos de usuario, si la dirección de contacto del paciente es concordante con el Establecimiento de destino, si existe Número válido de teléfono fijo o móvil, si el Usuario(a) es derivado(a) a la especialidad que corresponda según hipótesis diagnóstica y protocolos de referencia local y si Exámenes ingresados son concordantes al fundamento de diagnóstico ingresado, según protocolos de referencia.
- 6.- Para el proceso de Contra-referencia se obtendrá para cada caso: Registro de fecha de alta de nivel secundario con retorno a atención primaria, constatación de que Atención Primaria recibió documento de contrarreferencia desde el Establecimiento de Nivel Secundario, Documento de contrarreferencia recibido por Atención Primaria y si este contiene indicaciones para la continuidad de tratamiento en APS.
7. Posterior al análisis de los resultados obtenidos, una vez difundidos y revisados en reunión de comité R-CR del SSMSO se generará estrategias de acuerdo a realidad local, a fin de mejorar el proceso. Estas estrategias se deben manifestar en las adecuaciones administrativas y clínicas de proceso y en las mejoras del sistema de registro, que deberá incorporarse a la mejora continua del Protocolo de interoperabilidad existente en el SS



Plan de Difusión

Como parte del proceso de difusión se plantea su distribución preliminar entre jefes de servicios clínicos y referentes médicos comunales para obtener últimas observaciones previo a su resolución definitiva en Mayo 2019.

Posteriormente se realizaría la Resolución por parte del Director SSMSO y la etapa de difusión más masiva. En concordancia con los referentes R-CR del Servicio se define distribuir el Protocolo directamente desde directores técnicos comunales a médicos APS y desde Jefes de Servicio a Médicos especialistas, junto a publicación en página Web.

En Septiembre del 2019 junto con la evaluación de la implementación se realizaría una revisión de la versión del protocolo en uso a fin de definir si tendría modificaciones o anexos en una versión posterior (2020)

Bibliografía

Documento SSMSO “Protocolo interoperabilidad: R-CR Versión 1.2.1” 2018, disponible en sitio web <http://redsalud.ssmso.cl/sidra/>

Documento MINSAL “Normas de referencia y Contrarreferencia” 2015, disponible sitio web www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/9_NORMA-DE-REFERENCIA-Y-CONTRAREFERENCIA.pdf

Dra. Elisa Llach, Carolina Leiva Documento MINSAL, 2015 “Protocolos resolutivos en red”

Dra. Beatriz Heyermann, Dr. Héctor Fuenzalida, Juan Vielmas y cols. Serie Cuadernos de redes N° 28 MINSAL, 2009 “Diseño del proceso clínico asistencial en la red pública de salud en Chile: proceso de atención ambulatoria en red”