



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE REDES

MANUAL DE REFERENCIA
Y
CONTRARREFERENCIA



15 de octubre de 2019

Índice general

I	Generalidades	9
1.	Redes Integradas de Servicios de Salud	10
1.1.	Antecedentes	10
1.2.	Ámbitos de Abordaje y Atributos esenciales de las RISS	10
1.3.	Estrategias de abordaje RISS	10
1.4.	Mecanismos de coordinación asistencial	10
1.5.	Normativas y Documentos	11
1.5.1.	Decreto N° 140 2005 MINSAL	11
1.5.2.	Norma técnica para el registro de las listas de espera	11
1.5.3.	Manual Proceso de Registro de Listas de Espera No GES	11
2.	Sistema de Referencia, Contrarreferencia y Traslados	12
2.1.	Características	12
2.2.	Glosario	12
2.3.	Objetivo	13
2.4.	Componentes	13
3.	Red Electiva SSMS	14
3.1.	Caracterización de la Red	14
3.2.	Niveles	14
3.2.1.	Nivel Primario	14
3.2.2.	Nivel Secundario	14
3.2.3.	Nivel Terciario	15
4.	Miniredes SSMS	16
4.1.	Distribución Territorial	16
4.2.	Mapa de Red	16
5.	Sistemas de Información	17
5.1.	Sistema de Información en Salud	17
5.2.	Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA)	17
5.2.1.	Módulo de Referencia y TrakCare	17
5.3.	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)	18
5.4.	Sistema de Información para la Gestión de Garantía Explícitas de Salud (SIGGES)	18
5.5.	Plataforma Continuidad de la Atención	19
II	Referencia por Miniredes	20
6.	Minired Centro: Hospital Barros Luco Trudeau	21
6.1.	Antecedentes	21
6.1.1.	¿Quiénes derivan?	21
6.1.2.	Especialidades Médicas y Odontológicas	22
6.2.	Proceso de Referencia	22
6.2.1.	Derivación prioritaria	22

6.2.2. Derivación normal	23
6.2.3. Derivación especial	23
6.3. Contrarreferencia	24
7. Minired Centro: Hospital Dr. Exequiel González Cortés	25
7.1. Antecedentes	25
7.1.1. ¿Quiénes derivan?	25
7.1.2. Especialidades	26
7.2. Proceso de Referencia	27
7.2.1. Derivación prioritaria	27
7.2.2. Derivación normal	27
7.2.3. Derivación especial	27
7.3. Contrarreferencia	28
8. Minired Centro: Hospital Dr. Lucio Córdova	29
8.1. Antecedentes	29
8.1.1. ¿Quiénes derivan?	29
8.1.2. Especialidades	29
8.2. Referencia	30
8.2.1. Derivación prioritaria	30
8.2.2. Derivación normal	30
9. Minired Sur Centro: Centro de Imagenología Mamaria	31
9.1. Antecedentes	31
9.2. ¿Quiénes derivan?	31
9.3. Cartera de Servicios	33
9.4. Proceso de Referencia	33
10. Minired Oriente: Hospital El Pino	35
10.1. Antecedentes	35
10.1.1. ¿Quiénes derivan?	35
10.1.2. Especialidades	36
10.2. Referencia	36
10.2.1. Derivación prioritaria	36
10.2.2. Derivación especial	36
10.3. Contrarreferencia	37
11. Minired Poniente: Hospital Parroquial de San Bernardo	38
11.1. Antecedentes	38
11.1.1. ¿Quiénes derivan?	38
11.1.2. Especialidades	38
11.2. Referencia	39
11.3. Contrarreferencia	39
12. Minired Sur: Hospital San Luis de Buin y Paine	40
12.1. Antecedentes	40
12.1.1. ¿Quiénes derivan?	40
12.1.2. Especialidades	41
12.2. Referencia	41
12.2.1. Derivación prioritaria	41
12.2.2. Derivación normal	42
12.3. Contrarreferencia	42
12.3.1. Contrarreferencia asistida	42

12.3.2. Contrarreferencia normal	43
13. Hospital Psiquiátrico El Peral	44
13.1. Antecedentes	44
13.1.1. ¿Quiénes derivan?	44
13.1.2. Especialidades	44
13.2. Referencia	44
13.2.1. Derivación normal	44
13.3. Contrarreferencia	45
III Redes Especiales	46
14. Red de Urgencia	48
14.1. Descripción	48
14.1.1. Componentes	48
14.1.2. Niveles	49
14.1.3. Cartera de servicios	49
14.1.4. Plataformas	49
14.1.5. Enlaces	49
14.2. Derivación	50
14.2.1. Flujos de derivación	50
14.2.2. Criterios de inclusión	50
15. Red Pediátrica y Neonatológica	51
15.1. Descripción	51
15.1.1. Componentes	51
15.2. Derivación	52
15.2.1. Flujos de derivación	52
15.2.2. Criterios de inclusión	52
16. Red Odontológica	53
16.1. Descripción	53
16.1.1. Componentes	53
16.1.2. Plataformas	53
16.1.3. Criterios de inclusión	53
16.1.4. Cartera de servicios	54
17. Resolutividad	55
17.1. Descripción	55
17.1.1. Componentes	55
17.1.2. Cartera de servicios	55
17.1.3. Plataformas	55
17.2. Derivación	56
17.2.1. Criterios de inclusión	56
18. Red de Salud Mental	57
18.1. Descripción	57
18.1.1. Componentes	57
18.1.2. Niveles	57
18.1.3. Cartera de servicios	57
18.1.4. Plataformas	58

19.Red de Rehabilitación	59
19.1. Descripción	59
19.1.1. Componentes	59
19.1.2. Niveles	59
19.1.3. Cartera de servicios	59
19.2. Derivación	61
20.Red de Medicamentos	62
20.1. Descripción	62
20.1.1. Componentes	62
20.2. Flujos de derivación	62
20.3. Criterios de inclusión	62
20.3.1. Leyes, Normas y Decretos	62
20.3.2. Cartera de servicios	63
20.3.3. Plataformas	63
20.3.4. Enlaces	64
21.Red de Telemedicina	65
21.1. Descripción	65
21.1.1. Componentes	65
22.Gestión de Camas y Pacientes en Atención Cerrada	68
22.1. Descripción	68
22.1.1. Componentes	68
22.1.2. Niveles	68
22.1.3. Cartera de servicios	68
22.1.4. Plataformas	69
22.2. Derivación	69
22.2.1. Flujos de derivación	69
22.2.2. Criterios de inclusión	69
23.Redes de Alta Complejidad	70
23.1. Descripción	70
23.2. Enlaces	70
IV Redes Intersectoriales	71
24.Red de Víctimas de Violencia Sexual	72
24.1. Descripción	72
24.1.1. Componentes	72
24.1.2. Cartera de servicios	72
24.1.3. Enlaces	73
24.2. Derivación	73
24.2.1. Flujos de derivación	73
24.2.2. Criterios de inclusión	73
25.Red de Migrantes	75
25.1. Descripción	75
25.1.1. Enlaces	75

26.Red SENAME	76
26.1. Descripción	76
26.1.1. Componentes	76
26.1.2. Normativas	76
26.1.3. Plataformas	77
26.1.4. Criterios de inclusión	77
27.Red de Víctimas de Trata de Personas	78
27.1. Descripción	78
27.1.1. Componentes	78
27.1.2. Enlaces	79
27.2. Derivación	79
27.2.1. Flujos de derivación	79
27.2.2. Criterios de inclusión	80
28.Red de Atención de Salud a Personas TRANS	81
28.1. Descripción	81
28.1.1. Normativas	81
28.2. Derivación	81
28.2.1. Flujos de derivación	81
V Anexos	82

Autores

La elaboración de este documento estuvo a cargo de:

COORDINACIÓN GENERAL

Gloria Stephens Arriagada Jefa del Departamento de Gestión de Redes

EQUIPO EDITOR

Raúl Hartmann Reyes Asesor Departamento de Gestión de Redes

Gloria Stephens Arriagada Jefa del Departamento de Gestión de Redes

AUTORES DEL DOCUMENTO

Mirya Arévalo Valdivia Kinesióloga, Asesor DGR

María José Ariste Arellano Tec. Médico, Asesor DGR

Marco Bernal Loyola Inf. Biomédico, Asesor DGR

Gerardo Cruces Ramirez Odontólogo, Asesor DGR

Carmen Ferrada Moreira Médico, Asesor DGR

Erika García Madrid Qco. Farmacéutico, Asesor DGR

Raúl Hartmann Reyes Enfermero, Asesor DGR

Diego Rojas Torres Ing. Biomédico, Asesor DGR

Gloria Stephens Arriagada Jefa del DGR

Hugo Ulloa Urrea Médico, Asesor DGR

Nuestros agradecimientos a:

Departamento Técnico de Salud

<i>Yessenia Castillo P.</i>	Kinesióloga, Asesor DTS
<i>Claudia Carniglia T.</i>	Terapeuta Ocupacional, Asesor DTS
<i>Ana María Hevia C.</i>	Trabajadora Social, Asesor DTS
<i>Bert Kaempfe V.</i>	Psicólogo, Asesor DTS
<i>Cristián Muñoz Z.</i>	Kinesiólogo, Asesor DTS

Colaboradores de los establecimientos Hospitalarios y APS

<i>Inés Araneda A.</i>	Directora (S) Hospital Exequiel González Cortés
<i>Maglen Aravena A.</i>	Enfermera Jefe CRS Hospital El Pino
<i>Laura Bahamondes M.</i>	Subdirectora Médica Hospital Lucio Córdova
<i>Camilo Becerra R.</i>	Jefe CAE Hospital San Luis de Buin y Paine
<i>Paulina Canales</i>	Jefa CAE Hospital Exequiel Gonzalez Cortés
<i>Nora Galvez D.</i>	Directora CRS Hospital El Pino
<i>Hernán Garcés F.</i>	Director Hospital El Peral
<i>Claudia Hermosilla V.</i>	Jefa de CR de Gestión de Usuarios HEGC
<i>Luis López N.</i>	Director Médico Hospital Parroquial de San Bernardo
<i>Pamela Morales</i>	Médico Gestor de la Demanda Comuna San Bernardo
<i>Rebeca Paiva R.</i>	Subdirectora Médica (S) Hospital Exequiel González Cortés
<i>Patricia Riquelme M.</i>	Subdirectora Atención Abierta Hospital Barros Luco
<i>Valentina Salinas V.</i>	Jefa Unidad Gestión de Red Hospital Barros Luco
<i>Roberto Soto M.</i>	Jefe de Some Hospital San Luis de Buin y Paine

PRÓLOGO

Reunir las acciones individuales y convertirlas en un entramado colectivo, efectivo y siempre coordinado, puede resumir una de las tareas que le cabe a nuestro Servicio de Salud, que, en resumen, es constituir una Red Integrada de Servicios, a través de la cual se pueda estructurar un sistema de prestación más eficiente, mediante una correcta articulación de sus componentes.

Hemos avanzado y el sistema de Referencia y Contrarreferencia, es la herramienta que posibilita el ordenamiento de los diferentes componentes que conforman la red de salud y en específico, estimula la coordinación de los distintos actores que integran los equipos clínicos de los niveles primarios y secundarios, respectivamente.

El presente *“Manual de Referencia y Contrarreferencia”* del SSMS, tiene por objetivo definir los diferentes mecanismos de coordinación vigentes, describir los establecimientos que conforman nuestra Red de Salud, sus principales vías de derivación y criterios clínico-administrativos de priorización; así como también, caracterizar las principales Redes Especiales y Redes Intersectoriales relacionadas con el modelo de atención. En su conjunto, el *“Manual de Referencia y Contrarreferencia”* pretende servir de guía para avanzar en la mejora de temas como la referencia adecuada y oportuna, los procesos de contrarreferencia y la optimización de los recursos instalados en cada nivel de atención, mejorando y fortaleciendo los mecanismos de comunicación entre los distintos actores de la Red.

El Departamento de Gestión de Redes del Servicio de Salud Metropolitano Sur, ha trabajado con equipos de atención primaria y hospitales en la elaboración y actualización del presente documento, el cual esperamos se transforme en una importante herramienta para el accionar clínico y administrativo de los diversos equipos que conforman la Red de establecimientos de nuestro Servicio de Salud.

Con esta publicación, creemos ratificar nuestros esfuerzos como Servicio de Salud Metropolitano Sur, en cuanto a mejorar el acceso, la equidad, calidad y continuidad de la atención de nuestros usuarios. Es nuestro compromiso.




Dra. Carmen Aravena Cerda
Directora
Servicio de Salud Metropolitano Sur

Parte I

Generalidades

Capítulo 1

Redes Integradas de Servicios de Salud

1.1 Antecedentes

Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. El modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (*RISS*), pretende propiciar la entrega de servicios de especialidad en entornos extrahospitalarios, ajustando la entrega de prestaciones a los cambios en las necesidades de la población y acercando la atención de salud a los entornos comunitarios.

La OPS (2010) establece que, uno de los principales desafíos de los modelos de salud en la Región de América Latina consiste en superar la *Fragmentación* presente en los sistemas de salud, lo que se refleja en los siguientes aspectos:

- Segmentación institucional del sistema de salud.
- Predominio de programas focalizados en enfermedades.
- Riesgos y poblaciones específicas (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria.
- Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria. Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.

1.2 Ámbitos de Abordaje y Atributos esenciales de las RISS

La metodología de trabajo en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) propone 4 ámbitos de abordaje, para avanzar hacia modelos de atención integrados y centrados en los usuarios: *ver anexo: “Atributos de las RISS”*

1.3 Estrategias de abordaje RISS

La OMS (2015) por su parte, propone un necesario cambio de paradigma en los modelos de atención señalando que: A menos que se adopte un enfoque centrado en las personas y servicios integrados, cuidado de la salud ser cada vez más fragmentado, ineficiente e insostenible. Sin mejoras en la prestación de los servicios, las personas no podrán acceder a los servicios de salud de alta calidad que satisfagan sus necesidades y expectativas.

1.4 Mecanismos de coordinación asistencial

Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud. Uno de los desafíos más grandes de las RISS es gestionar enfermedades crónicas múltiples y complejas que cruzan el continuo de servicios y que requieren de diferentes sitios de tratamiento y rehabilitación. Al respecto, no existe una combinación ideal de mecanismos de coordinación, sino que éstos dependen de cada situación en particular y, en concreto, del grado de incertidumbre, especialización e interdependencia de las tareas. En términos generales,

las situaciones que requieren de mayores niveles de coordinación asistencial se observan en problemas de salud complejos que presentan un elevado nivel de incertidumbre e interdependencias, y por lo tanto requieren de modelos de co-provisión de servicios.

1.5 Normativas y Documentos

1.5.1 Decreto N° 140 2005 MINSAL

Artículo 21, inciso I, letra a): Desarrollar procesos de planificación permanente de la Red Asistencial en, a lo menos, las áreas de articulación de la Red Asistencial, gestión clínica, gestión de cuidados, inversiones, presupuesto, participación social y atención al usuario, comunicaciones, emergencias y catástrofes.

Artículo 21, inciso V, letra a): Diseñar, desarrollar, implementar y evaluar, en conjunto con los integrantes de la Red, las medidas de gestión que permitan una comunicación, interacción y articulación permanente de la Red y entre ésta y el Secretario Regional Ministerial de Salud correspondiente.

Artículo 21, inciso V, letra b): Diseñar y proponer al Director del Servicio estrategias para la implementación y mejora continua de los sistemas de referencia, derivación y contra derivación, así como supervisar el cumplimiento de estándares para los procesos clínicos y administrativos, conforme a las normas técnicas que el Ministerio de Salud imparta al respecto.

1.5.2 Norma técnica para el registro de las listas de espera

Norma el proceso de referencia en la red de salud, definiendo los roles y estándares para este proceso.

Para más detalles, puede visitar el sitio web: [Norma Técnica Lista de Espera](#)

1.5.3 Manual Proceso de Registro de Listas de Espera No GES

Especifica los requisitos de registro y respaldo de la gestión del proceso de referencia:

disponible en el sitio web: [Manual Registro LE](#)

Para otros manuales asociados a LE, puede visitar el sitio web del Repositorio Nacional de LE,

disponible en: [Manuales RNLE](#)

Capítulo 2

Sistema de Referencia, Contrarreferencia y Traslados

2.1 Características

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

2.2 Glosario

Referencia: 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, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio.

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

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

Protocolo de Referencia y Contrarreferencia: Son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial, que deben ser elaborados y validados por la Red asistencial donde se aplican.

Pertinencia: Derivación de acuerdo a los protocolos de referencia y contrarreferencia de la red. Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:

1. No pertinencia por no cumplir con las reglas de derivación: esta ocurre cuando la derivación no cumple con los criterios definidos en los flujos de derivación (Normas de Referencia y Contrarreferencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar.
2. No pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.

2.3 Objetivo

Permitir y regular el acceso a la atención de especialidad en el nivel secundario a los usuarios provenientes del primer nivel de atención, con el propósito de otorgar prestaciones que exceden las posibilidades de resolución en su establecimiento de origen, ocupando de manera eficiente los recursos de la red de salud, procurando la continuidad de la atención y el adecuado flujo de las personas a través de la red, resguardando la calidad de todo el proceso y la posterior reintegración del usuario a su establecimiento base, con una adecuada comunicación entre los niveles de atención.

2.4 Componentes

- Primer nivel de atención: APS
- Segundo nivel de atención: COSAM, CAE, CRS, CDT.
- Tercer nivel de atención: Atención Cerrada
- Cuarto nivel de atención: Redes de Alta Complejidad Macro zona Centro.

Capítulo 3

Red Electiva SSMS

3.1 Caracterización de la Red

El Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), corresponde a uno de los 6 Servicios de Salud de la Región Metropolitana, que forman parte del Ministerio de Salud. Es un organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus objetivos. Nuestra organización coordina una red de establecimientos públicos de salud ubicados en 11 comunas del área sur de la Región Metropolitana, cuya población asignada asciende a 1 millón 158 mil habitantes. *ver anexo: “Mapa de Red SSMS”*

Estas comunas son:

Comunas pertenecientes al SSMS	
San Miguel	El Bosque
San Joaquín	San Bernardo
La Granja (Cesfam Padre Esteban Gumucio)	Calera de Tango
Pedro Aguirre Cerda	Buín
Lo Espejo	Paine
La Cisterna	

3.2 Niveles

3.2.1 Nivel Primario

Constituida por los establecimientos de Atención Primaria de Salud: Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas Rurales, Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicios de Urgencia Rural (SUR), Servicios de Alta Resolutividad (SAR), Unidades de Atención Oftalmológica de Atención Primaria (UAPO) y Unidades de Atención Otorrinolaringológica de Atención Primaria (UAPORRINO). La Red de Salud del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), cuenta con 35 CESFAM, 10 CECOSF, 10 postas rurales, 20 SAPU, 3 SAR, 3 SUR, 9 UAPO y 2 UAPORRINO.

3.2.2 Nivel Secundario

Corresponden a este nivel los establecimientos que brindan atención de especialidad ambulatoria. Para brindar atención de especialidades el SSMS cuenta con el Centro de Atención de Especialidades (CAE) del Hospital Exequiel González Cortés, Hospital San Luis de Buín, Hospital Parroquial de San Bernardo, Centro de Referencia de Salud (CRS) del Hospital El Pino y el Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) del Hospital Barros Luco Trudeau. Existen además dispositivos de Salud Mental Comunitarios, ubicados en las comunas de San Joaquín y Lo Espejo, llamados CESAM y en las comunas de San Bernardo y El Bosque COSAM que entregan prestaciones de nivel secundario y tienen dependencia del Servicio de Salud.

3.2.3 Nivel Terciario

Está constituido por los establecimientos hospitalarios. Los hospitales del área sur de Santiago dependientes del SSMS son: Hospital Pediátrico Exequiel González Cortés (alta complejidad y Autogestionado en Red), Hospital Lucio Córdova (Especialidad Infectológica), Hospital San Luis de Buin (Mediana Complejidad), Hospital El Peral (Especialidad Psiquiátrica), Hospital Barros Luco Trudeau (Alta Complejidad y Autogestionado en Red) y Hospital El Pino (Alta Complejidad y Autogestionado en Red). El SSMS cuenta además con un hospital privado en convenio, a través de un Decreto con Fuerza de Ley (DFL36): Hospital Parroquial de San Bernardo.

Capítulo 4

Miniredes SSMS

4.1 Distribución Territorial

El Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) se organiza en 4 miniredes: Central, Oriente, Poniente y Sur. Cada una de ellas se organiza en torno a un hospital que funciona como centro de destino para las solicitudes de interconsultas, originadas de los Centros de Salud Familiar que se encuentran en las comunas de la minired. Cada minired cuenta también con dispositivos específicos como Centros de Salud Mental, Unidades de Atención Primaria de Oftalmología, entre otros. Es necesario destacar que también se realizan derivaciones entre los hospitales de cada minired y en algunos casos, directamente desde un CESFAM de una minired hacia el hospital de otra minired.

4.2 Mapa de Red



ver anexo: "Mapa de Derivación No Ges"

Capítulo 5

Sistemas de Información

5.1 Sistema de Información en Salud

Hoy en día, la información se ha convertido en uno de los más grandes activos de las instituciones, y desde el sector salud, es casi impensable planificar la red sin la selección y presentación de la información clave para la toma de decisiones, de forma que las acciones tomadas sean lo más eficientes y efectivas posibles, en el impacto en la salud de los usuarios y en nuestras propias instituciones. Por lo tanto, los Sistemas de Información en Salud (SIS) constituyen el núcleo principal de soporte para la toma de decisiones en las instituciones sanitarias. Desde la OMS, se describe a los SIS como un conjunto de bloques fundamentales que operan de manera interrelacionada para alcanzar los objetivos de mejorar la salud de la población, disminuir brechas en salud y alcanzar la protección social en salud. En base a esto, la influencia de las TICS en los procesos de referencia y contrarreferencia es indiscutida, por lo que en este capítulo abordaremos resumidamente los sistemas relacionados, así como sus alcances y desafíos en el proceso.

5.2 Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA)

Desde el año 2008, el Gobierno de Chile se dio a la tarea de digitalizar las instituciones del sector salud del país, viendo la necesidad de contar con sistemas que puedan generar la información necesaria, partiendo por brindar la infraestructura tecnológica para su implementación. Hoy, 11 años después, tenemos avances considerables desde el punto de vista estructural (equipos computacionales, redes, etc.) pero existen un sin número de brechas relacionadas al acceso y buen uso de los SIS, como pueden ser las brechas de interoperabilidad, adquisición de sistemas y el correcto uso de estos, además del trabajo conjunto que necesariamente se debe realizar entre los ámbitos clínicos como informáticos. Desde el Servicio de Salud Metropolitano Sur, y en base a esta política, se ha impulsado la digitalización de los distintos niveles de atención en la red, un ejemplo de esto puede ser el Hospital el Pino de San Bernardo, con grandes avances en el área. Por otro lado, sabemos que hoy no existe un desarrollo homogéneo en sistemas de registro electrónico en la red, funcionando hasta el día de hoy, de manera paralela varios de estos sistemas, tema que se pretende abordar con el proyecto del Bus de Integración (ESB) del Servicio de Salud y así mejorar procesos de integración e interoperabilidad de las distintas plataformas.

Respecto al proceso de referencia y contrarreferencia, se utiliza fundamentalmente el módulo de Gestión de Interconsultas de TrakCare (de la empresa Intersystems), a la par del registro en la ficha clínica electrónica Rayen, intervienen distintas herramientas, como los sistemas de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) y de Gestión GES (SIGGES), según sea el caso, y recientemente un desarrollo propio del Servicio de Salud denominado Plataforma Continuidad de la Atención, los cuales detallaremos a continuación.

5.2.1 Módulo de Referencia y TrakCare

Como fue mencionado, al alero de SIDRA, el SSMS ha implementado el sistema TrakCare de Intersystems, como herramienta de referencia o gestión de solicitudes de interconsulta para este tipo de proceso, enfocada especialmente en médicos de atención primaria. Este proceso, se encuentra delimitado por determinadas reglas de oferta y demanda, especificadas en el llamado Mapa de Derivación, herramienta que establece quién responde a determinadas solicitudes de interconsulta, dependiendo del establecimiento y especialmente de su cartera de servicios, como se puede observar en el siguiente flujograma: *ver anexo “Flujograma Proceso de Referencia”*.

Mediante este sistema se establecen las reglas de derivación que serán incorporadas directamente al proceso de solicitud de interconsulta. Y estas reglas, son compuestas por grupos etarios, jurisdicción, complejidad, diagnóstico, destino y especialidad de destino. Las SIC son realizadas en la misma plataforma por los médicos de APS, en donde deberán especificar los campos: establecimiento de destino, especialidad, motivo de solicitud, hipótesis diagnóstica, fundamento de hipótesis y prioridad. Esta a su vez es revisada por el médico interconsultor de cada Establecimiento de APS, encargado de la revisión de la lista de espera, donde confirmará el estado de la solicitud, su pertinencia y prioridad para que la solicitud vaya a destino.

5.3 Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud y el desafío de avanzar en la instalación de sistemas que permitan comparar información consistente y adecuada que apoyen la toma de decisiones, el Ministerio de Salud reemplaza a fines de 2017 e inicios de 2018 al Repositorio Nacional de Listas de Espera por el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE). Las características declaradas por el Ministerio de Salud, para este nuevo Sistema Nacional de Gestión de Listas de Espera son:

- Un Sistema capaz de concentrar la información procedente de los distintos sistemas que componen la red asistencial de salud.
- Información del Sistema accesible, coherente y pertinente a las necesidades del Ministerio de Salud y la Red Asistencial, garantizando un manejo seguro y confidencial de la información, velando por su integridad, exactitud, oportunidad, comparabilidad y pertinencia.
- Un Sistema que permita administrar distintos perfiles y roles, según la función de los distintos usuarios: establecimiento, servicio de salud y ministerio de salud.

Es en este sistema, donde las instituciones reportarán a los pacientes que se encuentran en lista de espera, permitiendo monitorear los tiempos reales de espera por atención y conocer así anticipadamente la demanda para su correcta gestión. Se definen entonces, consolidar la demanda de servicios GES y No GES para Consulta Nueva de Especialidad (CNE), Consulta Control de Especialidad (CCE), Intervención Quirúrgica (IQ) y, Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos programables. Cada una de ellas con sus correspondientes macroprocesos pre definidos, donde la información, en la actualidad, es cargada desde los establecimientos de destino, por sus respectivos encargados de registro.

5.4 Sistema de Información para la Gestión de Garantía Explícitas de Salud (SIGGES)

El Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud, también conocido como Sistema de Monitoreo SIGGES, tiene el objetivo de monitorear el cumplimiento de las garantías de oportunidad establecidas por los decretos GES, generando la información necesaria para la gestión de estos procesos. Por consiguiente, las patologías derivadas incluidas en el GES, deben ser notificadas a través de este sistema para el monitoreo de sus cumplimientos en relación a los tiempos necesarios para entregar las prestaciones (por definición GES). Esta información es entregada por los encargados de registro o GES de cada centro (en algunos casos existe un propio digitador GES), a diferencia de SIGTE, este sistema se alimenta de información generada desde cada establecimiento siendo de origen o destino y permite entregar las garantías en el menor tiempo posible o según corresponda realizar el rescate de usuarios inasistentes a sus controles.

5.5 Plataforma Continuidad de la Atención

La falta de seguimiento en los cuidados de los usuarios posterior a una hospitalización puede generar que todos los recursos invertidos en dicho evento se desperdicien. Esto es particularmente relevante en aquellas patologías con mayor carga de enfermedad como las son aquellas de causa cardiovascular, dado la rápida evolución que presentan y el riesgo de una severa disminución de la funcionalidad. Es en este contexto que, como una forma de dar continuidad a los cuidados posterior a la hospitalización, desde la Subdirección Médica del SSMS, en conjunto al Departamento de Gestión TICS, se desarrolla la plataforma “Continuidad de la Atención”, de manera de poner a disposición de la atención primaria la información generada de las altas hospitalarias del Hospital Barros Luco, y así dar la trazabilidad.

Gracias a esta herramienta, es posible recibir notificaciones por correo electrónico cuando un usuario es dado de alta de HBLT y así acceder a la información de epicrisis del usuario, con el fin de gestionar el seguimiento en APS. A nivel de Servicio de Salud, es posible realizar la extracción quincenal de datos, sistematizar la información y gestionar en base a comparaciones con periodos anteriores (así como casos de gestión incompleta y centros con retrasos). A finales de 2018, se ha llegado a 1629 casos, de los cuales un 89% de ellos presenta procesos completados desde la APS trazados a través del sistema (desde que el usuario es dado de alta y recibe su atención en su centro de atención primaria correspondiente).

Actualmente, la plataforma se encuentra operando para los servicios de medicina y cirugía, debiendo sumarse neurología y cirugía vascular. Por otra parte, se incorpora también un módulo de contrarreferencia para los casos de alta ambulatoria en el CDT, funcionando con 13 especialidades hasta la fecha y donde se irán sumando otros servicios progresivamente durante 2019.

Así mismo en la actualidad, los hospitales San Luis de Buin-Paine y Hospital el Pino, también se encuentran integrados a la plataforma, inicialmente con un grupo de diagnósticos priorizados. En el caso de Hospital Exequiel González Cortés, la totalidad de egresos de hospitalizados son subidos automáticamente y disponibilizada la información para los establecimientos de Atención Primaria de nuestra red. *ver anexo: “Flujograma PCA”*.

Parte II

Referencia por Miniredes

Capítulo 6

Minired Centro: Hospital Barros Luco Trudeau



6.1 Antecedentes

El Hospital Barros Luco inicia como proyecto en el año 1888 cuando sólo existían 4 Hospitales en la región, recintos modestos que trataban a enfermos. En 1901, luego de años de discusión sobre la necesidad de un Hospital en la zona Sur, el presidente Federico Errázuriz impulsó el proyecto de construcción. Después de un receso de tiempo, en 1908 se recibió una donación de Doña Silvia Hurtado, una chacra conocida como La Cuadra, donde se decidió construir en Hospital Barros Luco. En 1911 el presidente Ramón Barros Luco puso la primera piedra y a la fecha se han ido construyendo varios recintos con alta tecnología y una amplia cartera de servicios para entregarle a los usuarios una atención de calidad y de alta complejidad en la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Para el año 2026 está considerada la entrega de un nuevo Hospital Barros Luco más amplio para dar respuesta satisfactoria a las necesidades de salud de nuestra población.

6.1.1 ¿Quiénes derivan?

El Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT), Hospital base de adultos, de Alta Complejidad del SSMS, recibe personas de 15 años y más para todas las especialidades según mapa de Red vigente, y menores de 15 años solo en la especialidad de Otorrinolaringología, Odontología y patologías oftalmológicas complejas. Los usuarios pueden ser referidos desde cualquier establecimiento de la Minired Sur Central; y desde las demás Miniredes del SSMS cuando la especialidad o complejidad supere lo definido en cada minired, usuarios que por complejidad requieran ser evaluados en este establecimiento, además de recibir derivaciones desde otros Hospitales de la Red y dentro del mismo Hospital desde una especialidad a otra.

Pueden derivar los Hospitales Regionales de la V y VI Región cuando la patología o complejidad del caso no pueda ser resuelta en dicho Hospital. El Hospital Regional de la VII Región puede derivar pacientes cuando se exceda capacidad resolutive en las especialidades de Nefrología, Otorrinolaringología y Neurología. También pueden derivar los Hospitales regionales al sur de la Región Metropolitana a Neurocirugía, siempre cuando el traslado se haga vía terrestre. (*Resolución 2014, 8 de junio de 1979*).

El HBLT es referente en Cirugía Bariátrica para los Servicios de Salud de Arica, Iquique, Antofagasta y Atacama, mientras aún no se encuentren estos acreditados. Estos deben derivar a consulta con Nutriólogo como puerta de entrada. Este establecimiento es además, referente nacional para usuarios con Esclerosis Múltiple, Trasplante Renal y prestador de Ley Ricarte Soto en las patologías definidas según normativa vigente, los cuales son asignados y derivados a través de plataforma MINSAL. En el primer caso, los antecedentes de los pacientes deben ser derivados a la especialidad de Neurología.

6.1.2 Especialidades Médicas y Odontológicas

Especialidades Médicas (1)	Especialidades Médicas (2)	Especialidades Quirúrgicas (1)	Especialidades Quirúrgicas (2)
Alivio al dolor y c. paliativos (Derivación interna)	Inmunología *Centro de Alergias (Derivación interna e interhospitalares)	Cirugía Digestivo Alto	Obstetricia
Anestesia (Derivación interna)	Medicina Interna	Cirugía Digestivo Bajo	Oftalmología
Broncopulmonar	Nefrología	Cirugía General	Otorrinolaringología
Cardiología	Neonatología (Derivación interna)	Cirugía de Mamas	Traumatología Gral.
Dermatología	Neurología	Cirugía Cabeza y Cuello	Urología
Diabetes	Oncología (Derivación interna)	Cirugía Plástica	Fisiatría (Derivación interna)
Endocrinología	Psiquiatría	Cirugía Tórax	Neurocirugía
Gastroenterología	Reumatología	Cirugía Vasculat	
Hematología	Infectología	Ginecología	

Especialidades Odontológicas	
Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial	Odontopediatría
Endodoncia	Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial
Implantología Buco Maxilofacial	Periodoncia
Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial	Prótesis Fija
Prótesis Removible	

6.2 Proceso de Referencia

6.2.1 Derivación prioritaria

La derivación de patologías que son prioritarias (P1) clínicamente, deben ser primero ingresadas al sistema *trakcare* con esa prioridad, previa visación del médico Interconsultor y luego debe enviar la SIC por mail a los correos secretariared.cabl@redsalud.gob.cl con copia a valentina.salinas@redsalud.gov.cl Jefa de Unidad de Gestión de Red, para una revisión de criterios clínicos y administrativos por parte de médico de la Unidad de Gestión de Red y por último, una revisión clínica por médico especialista, quien entrega respuesta de priorización por sistema informático *TrakCare* y se transmite a través de la Unidad de Gestión de Red al correo

institucional definido por cada establecimiento. También se realiza una derivación prioritaria entre especialistas del HBLT, basado en un libro de priorizaciones Intra CDT que tiene definidos los diagnósticos que corresponde sean atendidos en el nivel secundario. Si el paciente tiene un diagnóstico que no es prioritario se debe derivar al establecimiento que tenga la capacidad resolutive según mapa de red.

6.2.2 Derivación normal

Las interconsultas provenientes de CESFAM catalogadas por médico interconsultor como no prioritaria (P2), se deben ingresar al sistema informático *TrakCare* como P2 en la prioridad, y quedan a la espera de hora según disponibilidad de cupos, sin enviar correo electrónico. Estos casos deben ser reevaluados cada 6 meses en el establecimiento de origen (plazo sugerido) por si cambia la condición clínica y determina un cambio en el estado del paciente, requiriendo un cambio en la prioridad o de la pertinencia (deja de ser pertinente la derivación y se egresa, o sube a prioridad 1 debiéndose gestionar la interconsulta por vía prioritaria).

6.2.3 Derivación especial

Existen ciertos establecimientos de origen o especialidades de destino que tienen una derivación especial y se detallan a continuación:

- **Centro de Alto Riesgo Obstétrico Perinatal (CAROP):** Las mujeres embarazadas que requieren evaluación en el nivel secundario según normativa, deben ser referidas con Interconsulta ingresada en el sistema informático *TrakCare* y la paciente debe presentarse con la SIC en mano en el servicio CAROP del Centro de Diagnóstico y Tratamiento del Hospital Barros Luco el mismo día o al día siguiente idealmente de 08:00 a 10:00 am para asignación de hora.
- **SENAME:** Los usuarios que se encuentran en algún centro SENAME ubicado en el territorio asignado del SSMS y que requieren atención por médico especialista debe ser derivado vía prioritaria desde un establecimiento de atención primaria, con ingreso de SIC al sistema informático *TrakCare* más una alerta en el mismo sistema que indique que se encuentran dentro de un centro SENAME y la actualización de los datos del paciente.
- **Gendarmería:** Son derivados hacia todas las especialidades los pacientes que se encuentren reclusos en algún centro de la Región Metropolitana Santiago y que requieran atención de especialidad no disponible en hospital penal.
- **Infectología:** Las personas que tengan diagnóstico de VIH con confirmación de ISP deben ser derivadas al servicio de Infectología Hospital Barros Luco y la SIC no se ingresa al sistema *TrakCare*. La atención es descentralizada según normativa vigente, por lo tanto, de cualquier parte del país los pacientes pueden ser derivados. La indicación para el usuario es que se presente con la SIC en la ventanilla de admisión de Infectología que se encuentra en el sector de la ex urgencia de HBLT en el primer piso. Los pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Chagas, son derivados al Servicio de Infectología Hospital Lucio Córdova. Las Embarazadas con sospecha o diagnóstico de VIH con menos de 20 semanas de gestación se derivan a Infectología HBLT, y si tienen 20 semanas o más, se deriva a Infectología Hospital Lucio Córdova.
- **UNACESS:** Toda derivación por Infección de Transmisión Sexual debe ser derivada a Matrona del servicio de Dermatología, en el sistema informático *TrakCare* el local es ‘Dermatología ETS Matrona CABL’. La matrona los evalúa el mismo día o al día siguiente de manera espontánea y también la atención es descentralizada, lo que implica que los pacientes pueden no necesariamente pertenecer a nuestra Red. Los pacientes deben presentarse en la ventanilla de UNACESS 2do. piso del CDT, idealmente a las 08:00 am.

6.3 Contrarreferencia

La contrarreferencia es el documento que emite el médico especialista al alta de atención ambulatoria de un paciente que fue derivado al nivel secundario para cautelar la continuidad de la atención en la red. El documento que se realiza es una hoja con triplicado (este sistema está siendo reemplazado por la plataforma de continuidad de la atención y con la implementación de RCE, ya no se enviará al CESFAM con ordinario, sino sólo del sistema se le dará una copia al paciente, si la requiere), que tiene diferentes destinos: la hoja original se envía al establecimiento de origen, vía Unidad de Gestión de Red quien la envía por ordinario al CESFAM u Hospital; una copia se le entrega al paciente, y la última copia se archiva en la ficha clínica del usuario. Desde la Unidad de Gestión de Red se envía, además, a los CESFAM vía mail (Actualmente en proceso de implementación a través de la plataforma de continuidad de la atención). *ver anexo: “Flujo de Referencia”*

Capítulo 7

Minired Centro: Hospital Dr. Exequiel González Cortés



7.1 Antecedentes

El Hospital Dr. Exequiel González Cortés (HEGC) comienza sus funciones como organización pediátrica en el año 1962 bajo un contexto histórico en que los efectos de la desnutrición y las enfermedades gastrointestinales e infecciosas mantenían una alta mortalidad infantil sobre todo en los sectores económicamente bajos, lo que constituían una gran parte del área sur. Antes de ser un Hospital Pediátrico, la estructura física estaba destinada para el primer hospital del Seguro Obrero que funcionaba desde 1952 y que, al año siguiente, 3 de octubre lo bautizan mercedosamente con el nombre del Dr. Exequiel González Cortés. En 2007 el HEGC obtiene la calidad de Hospital Autogestionado en Red. En 2011 la Superintendencia de Salud le entrega el certificado de hospital Acreditado en Calidad y Seguridad del Paciente, siendo el primer hospital y la segunda organización pública en obtenerla. Durante febrero 2012 se licita públicamente la construcción del nuevo edificio, y es a fin de ese mismo año en que Contraloría General de la República aprueba la contratación de la empresa constructora. En marzo 2013 es realizado el acto de colocación de la primera piedra y en octubre de 2017 se realiza el traslado oficial a las nuevas instalaciones.

7.1.1 ¿Quiénes derivan?

El HEGC recibe pacientes de las 11 comunas pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Sur, que requieren atención de especialidades pediátricas, quirúrgicas y de Salud mental. Dependiendo de la complejidad, algunos problemas de salud se pueden resolver en otros hospitales de la red, como el H. El Pino en la minired Sur-Oriente, el H. Parroquial en la minired sur-poniente o el H. San Luis de Buin y Paine para la minired Sur-sur.

Existen también derivaciones desde los otros hospitales de red del SSMS, como H. San Luis de Buin, H. El Pino, H. Parroquial de San Bernardo (los beneficiarios del sistema público de salud) y Complejo Asistencial Barros Luco, quienes derivan a sus pacientes a atención de especialidades más complejas, que ellos no pueden responder.

El HEGC, es centro de referencia nacional para la macro red definida por el MINSAL para los siguientes problemas de salud:

- Enfermedad Renal Crónica Etapa 4 y 5
- Fibrosis Quística
- Cáncer en menores de 15 años
- Tratamiento Quirúrgico de la Escoliosis

- Fisura Labiopalatina
- Gran Quemado
- Politraumatizado sin lesión medular
- Cirugía de cataratas
- Patología urológica de baja frecuencia y alta complejidad

7.1.2 Especialidades

Especialidades médicas Hospital Dr. Exequiel González Cortés		
Pediatría	Dermatología	Otorrinolaringología (Derivación Interna) *Sólo Otitis Media Crónica se Recibirá desde APS. (Hasta nuevo aviso)
Broncopulmonar infantil	Infectología pediátrica	Traumatología y ortopedia pediátrica
Cardiología pediátrica	Inmunología	Urología pediátrica
Endocrinología pediátrica	Neurología pediátrica	Salud Mental Ambulatoria
Gastroenterología pediátrica	Oncología médica	Atención Dental Ambulatoria atención interna y de Urgencia
Genética clínica (derivación interna)	Cirugía pediátrica	Rehabilitación atención interna
Hemato-oncología infantil	Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial	Reumatología pediátrica
Nefrología pediátrica	Cirugía plástica y reparadora pediátrica	Oftalmología
Nutriólogo pediátrico	Ginecología pediátrica y de la adolescencia	

Se realizan, además, una serie de procedimientos para los pacientes que son derivados y que se encuentran disponibles solo para quienes tengan indicación del especialista correspondiente en el hospital.

Procedimientos		
Electrocardiograma	Test Cutáneos	Lab. de alergias
Ecocardiograma	Polisomnografía	Electroencefalograma
Holter de Presión arterial	Poligrafía	Scáner
Holter de arritmia	Colonoscopia	Electromiografía
Lab. de Función pulmonar	Endoscopia	
Fibrobroncoscopia	Dilatación esofágica	
Test de ejercicio	Extracción de cuerpo extraño	

7.2 Proceso de Referencia

En la cartera de servicios, se detalla cada uno de los problemas de salud que se pueden derivar para consulta nueva de las distintas especialidades y la prioridad que cada uno de ellos tiene para dicha especialidad.

P0: aquel paciente que debe ser enviado directamente a la Especialidad, con carácter de urgente, dada la gravedad del cuadro.

P1: aquel paciente que debe ser enviado a un especialista para ser atendido a la brevedad.

P2: aquel paciente que debe ser enviado a un especialista, con una espera normal.

No derivar: aquellos pacientes que no deben ser enviados a un especialista y deberían ser resueltos en Atención Primaria.

7.2.1 Derivación prioritaria

Para la derivación prioritaria debe ser ingresada la Interconsulta al Sistema (TrackCare), explicitando la alta prioridad y luego enviada al correo electrónico de la encargada de lista de espera; actualmente al mail leslie.moralesb@redsalud.gob.cl, con copia a claudia.hermosilla@redsalud.gov.cl Jefa de CR Gestión de Usuarios.

7.2.2 Derivación normal

Debe ser ingresada la Interconsulta al Sistema *TrackCare*, explicitando la prioridad y esperar a que el paciente sea llamado. Se hace muy necesario que la interconsulta contenga todos los antecedentes y factores agravantes del paciente, para que en la contraloría médica que se hace en las distintas especialidades, sea priorizada adecuada e informadamente la atención del paciente.

7.2.3 Derivación especial

Pacientes SENAME: Los pacientes que pertenecen a alguna de las estrategias del Sename, son niños, niñas o adolescentes que dada sus condiciones de vulneración de derechos requieren de una atención prioritaria, por tanto, deben ser derivados igual que la prioridad 1, ser ingresados al sistema *TrackCare* y luego derivados al correo de la encargada de lista de espera, al mail: leslie.moralesb@redsalud.gob.cl, con copia a claudia.hermosilla@redsalud.gov.cl y, dentro del fundamento de la interconsulta, consignar ser parte de una estrategia Sename.

RN sospecha de ETS: Los pacientes hijos de madre (+) o dudosa de una ETS, ya sea, sífilis o VIH, deben ser ingresados al sistema (TrackCare) y luego derivados al correo de la encargada de lista de espera al mail: leslie.moralesb@redsalud.gob.cl, con copia a claudia.hermosilla@redsalud.gov.cl. Si tienen Rut, ingresarlo con su Rut y si aún no lo tienen, derivar como paciente sin Rut y registrar como hijo de (nombre completo de la madre) y Rut de la madre.

Pacientes GES: Los pacientes GES, deben ser ingresados al sistema *TrackCare* y al *SIGGES* para que generen garantía, en lo posible este registro debe ser el mismo día que se genera la interconsulta. Solo en los siguientes casos la IC deberá ser enviada por correo electrónico:

- Ante un problema de salud cuya garantía sea muy corta, como la Diabetes Mellitus, cuya atención por especialista está garantizada dentro de 7 días o fisura labiopalatina, cuya garantía de diagnóstico está garantizada dentro de 15 días.
- Cuando se atrasó el registro de una interconsulta de cualquier problema de salud y quedan menos de 15 días para que se cumpla la garantía de oportunidad.

Recién nacidos con problema de salud GES: Los RN con sospecha de problema de salud GES que se encuentren hospitalizados en la neonatología de algún hospital de la red SSMS, deben ser ingresados al sistema *TrackCare* y luego derivar los antecedentes al correo de la encargada de lista de espera, actualmente al mail: leslie.moralesb@redsalud.gob.cl, con copia a claudia.hermosilla@redsalud.gob.cl. Si tienen Rut, ingresarlo con su Rut y si aún no lo tienen, derivar como paciente sin Rut y registrar como hijo de (nombre completo de la madre) y Rut de la madre.

7.3 Contrarreferencia

La contrarreferencia es un proceso que tiene 2 momentos para ser emitido el documento:

- Contrarreferencia consulta nueva: es un documento en donde el especialista genera un informe respondiendo al motivo de consulta con que fue generada la interconsulta.
- Contrarreferencia al alta de la especialidad: es un documento en donde el especialista genera un informe indicando el término de la evaluación y/o tratamiento por parte de la especialidad y devuelve al paciente a la atención primaria.

En ambos casos el documento de la contrarreferencia debe ser realizado en duplicados, una copia debe ser derivada a admisión, quienes lo harán llegar al establecimiento de origen del paciente, y otra copia para la madre, el padre o el tutor legal del paciente, que se lo podrán llevar al momento de la última atención con el especialista.

Capítulo 8

Minired Centro: Hospital Dr. Lucio Córdova



8.1 Antecedentes

En el año 1938, el Dr Lucio Córdova formuló las bases para proceder a la construcción de un Pabellón Modelo para la hospitalización de los enfermos infecciosos, anexo al Hospital Ramón Barros Luco. En 1939, durante el Gobierno del Presidente Pedro Aguirre Cerda, se pone la primera piedra del Edificio que albergaría al futuro Hospital de Enfermedades Infecciosas. 11 años después, se logra terminar la Edificación, debido a la epidemia de Meningitis Meningocócica entre los años 1941 a 1942 con un total cercano a los 1000 muertos a nivel nacional. Finalmente, el 1 de enero de 1963, por acuerdo de la Dirección General y del Consejo del Servicio Nacional de Salud, pasa a obtener la categoría de Establecimiento con el nombre de “Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova”.

El Hospital Lucio Córdova, es un establecimiento centrado en el tratamiento de enfermedades infecciosas del adulto, cuyo acceso está mediado por las derivaciones de otros establecimientos. para Enfermedades Infecciosas que requieren precauciones específicas de protección. Posee un laboratorio con tecnología de punta en Biología Molecular y Microbiología, que realiza Subpoblaciones linfocitarias CD4+, Carga Viral VIH, VHB, Genotipificación de VIH, VHC a nivel nacional y Microbiología a toda la red Sur. Posee también una Unidad de VIH ambulatoria, fundamentada en un modelo de atención integral que ofrece atención de matronas, psicólogos, trabajadora social, atención dental, nutricionista y químico farmacéutico.

8.1.1 ¿Quiénes derivan?

- Atención Primaria de Salud: Mini Red Central (Comunas de: La Cisterna, San Joaquín, San Miguel, La Granja [CESFAM Padre Esteban Gumucio], Pedro Aguirre Cerda y Lo Espejo).
- Unidad de Emergencia HBLT (Dos visitas al día desde el HLC, para traslado de pacientes que requieren hospitalización).
- CDT HBLT: Infectología e Inmunología CDT Oncología y Oncohematología.
- Red Urgencia Región Metropolitana: (VIH, TBC)

8.1.2 Especialidades

- Infectología adultos
- Odontología PVVIH
- Nutricionista PVVIH
- Atención Farmacéutica PVVIH

- Enfermería curación avanzada
- Procedimientos Punción Lumbar
- Vacunatorio (vacuna VPH, vacuna Neumocócica, vacuna VHB, vacuna VHA)
- Laboratorio de Biología Molecular y Microbiología

8.2 Referencia

- Infección VIH
- Infección por germen multiresistente
- Infección respiratoria grave
- Infección de Partes Blandas (incluye pie diabético)
- Infecciones de SNC
- Pielonefritis
- Sepsis
- Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar
- Malaria y otras infecciones parasitarias

8.2.1 Derivación prioritaria

- Embarazadas VIH
- TBC con precauciones aéreas
- Neutropenia febril
- Meningoencefalitis

8.2.2 Derivación normal

- Nutricionista PVVIH
- Odontología PVVIH
- Atención Farmacéutica PVVIH

Capítulo 9

Minired Sur Centro: Centro de Imagenología Mamaria



9.1 Antecedentes

El Centro Metropolitano de Imagenología Mamaria (CMIM) *Reinalda Pereira Plaza*, es un centro de atención altamente resolutivo en el área de imágenes mamarias, dependiente del SS Metropolitano Sur, que fue creado para aumentar la cobertura de mamografías y mejorar la calidad de las imágenes para la detección precoz de cáncer de mamas.

Objetivo general:

Realizar exámenes y procedimientos diagnósticos de imagenología mamaria altamente resolutivos a las usuarias derivadas de los establecimientos de salud pertenecientes a la red de atención de las comunas en convenios.

Objetivos específicos:

- Realizar mamografías de alta calidad a las usuarias derivadas de los establecimientos de salud pertenecientes a la red de atención de las comunas en convenios.
- Realizar biopsias Estereotáxicas y Core según casos de riesgo de lesiones Malignas.
- Realizar ecografías como diagnóstico y complemento en biopsias.
- Realizar otros procedimientos complementarios según desarrollo tecnológico, siendo vanguardistas en área de Servicios de Salud.

9.2 ¿Quiénes derivan?

Actualmente realiza mamografías y ecografías a pacientes agendadas directamente por los centros de atención primaria de los Servicios de Salud Metropolitano Sur, Metropolitano Occidente y 2 centros de salud del S.S Metropolitano Sur oriente.

Además, el centro cuenta con una mesa prona para la realización de biopsia estereotáxica a usuarias con GES por sospecha de cáncer de mama, derivadas por las Unidades de Patología Mamaria (UPM), de los siguientes hospitales:

Servicio de Salud	Establecimiento
SS METROPOLITANO NORTE	H. SAN JOSÉ
SS METROPOLITANO OCCIDENTE	H. SAN JUAN DE DIOS
	H. FÉLIX BULNES
SS METROPOLITANO CENTRAL	H. SAN BORJA ARRIARÁN
SS METROPOLITANO SUR ORIENTE	H. ELOISA DIAZ DE LA FLORIDA
	H. SOTERO DEL RIO
	H. PADRE HURTADO
SS METROPOLITANO ORIENTE	H. LUIS TISNÉ - CRS CORDILLERA
SS METROPOLITANO SUR	H. EL PINO
	H. BARROS LUCO TRUDEAU
	H. PARROQUIAL DE SAN BDO.
SS COQUIMBO	H. SAN PABLO DE COQUIMBO
	H. REGIONAL DE LA SERENA
	H. ANTONIO TIRADO DE OVALLE
SS VALPARAÍSO SAN ANTONIO	H. CARLOS VAN BUREN
SS VIÑA DEL MAR QUILLOTA	H. GUSTAVO FRICKE
	H. SAN MARTÍN DE QUILLOTA
	H. QUILPUÉ
SS ANTOFAGASTA	H. REGIONAL DE ANTOFAGASTA
SS ARICA	H. JUAN NOÉ DE ARICA

9.3 Cartera de Servicios

Examen/Procedimiento	Tipo de Establecimiento a los que se realiza la prestación	Servicio de Salud
Mamografía Bilateral	Establecimientos de Atención Primaria	SS Metropolitan Sur, SS Metropolitan Occidente, SS Metropolitan Sur Oriente
Mamografía Unilateral	Establecimientos de Atención Primaria	SS Metropolitan Sur, SS Metropolitan Occidente, SS Metropolitan Sur Oriente
Imágenes complementarias: Compresiones, Magnificaciones	Establecimientos de Atención Primaria	SS Metropolitan Sur, SS Metropolitan Occidente, SS Metropolitan Sur Oriente
Tomosíntesis	Establecimientos de Atención Primaria	SS Metropolitan Sur, SS Metropolitan Occidente, SS Metropolitan Sur Oriente
Ecografía mamaria	Establecimientos de Atención Primaria	SS Metropolitan Sur, SS Metropolitan Occidente, SS Metropolitan Sur Oriente
Biopsia estereotáxica digital	Unidades de Patología Mamaria	SS Metropolitan Sur, SS Metropolitan Occidente, SS Metropolitan Sur Oriente, SS Metropolitan Oriente, SS Metropolitan Central, SS Metropolitan Norte, SS Viña-Quillota, SS Valparaíso-San Antonio, SS Antofagasta, SS Arica, SS Coquimbo

9.4 Proceso de Referencia

Procedimiento para la solicitud de hora de mamografía.

- La totalidad de la oferta de horas para mamografías se entrega a la Atención primaria. La matrona, al momento de atender a la paciente agenda directamente la hora en el box, mediante la plataforma web AIRE y le hace entrega de comprobante de citación e indicaciones de preparación previa.

Procedimiento para la solicitud de hora para Biopsia Estereotáxica (BED) de pacientes derivados de las Unidades de Patología Mamaria (UPM) de la Región Metropolitana.

- Paciente debe acudir personalmente a CMIM para solicitar hora.
- Debe presentarse con la siguiente documentación:
 - Cédula de identidad
 - Interconsulta
 - Placas mamográficas con respectivo informe Birads alterado (Birads 4 y 5)
- Receptorista verificará que la documentación se encuentre conforme e imprimirá hoja Sigges (debe estar creado por el establecimiento que deriva, por la lateralidad correspondiente).

- La hora es entregada personalmente por un profesional del CMIM, quien:
 - Revisará la documentación y exámenes previos recientes de la paciente.
 - Analizará el caso en forma completa, evaluará la calidad de las imágenes que aporta la paciente. Si son en CD, poco nítidas o estima que se requiere estudio adicional, realizará en ese mismo instante nuevas imágenes.
 - Explicará a la paciente en que consiste el procedimiento mediante apoyo audiovisual y completará el consentimiento informado.
 - Entregará por escrito las indicaciones de preparación previa.
 - Otorgará la hora en acuerdo con la paciente. Procurará entregar la hora más cercana disponible, si las condiciones de la paciente lo permiten.

Procedimiento para la solicitud de hora para BED pacientes derivadas de UPM de hospitales de otras regiones.

- Matrona de UPM que deriva debe enviar correo electrónico a CMIM, solicitando hora para la paciente. Debe adjuntar la Interconsulta, informe con Birads alterado (Birads 4 y 5) y un teléfono de contacto de la paciente. Junto a esto debe enviar por correo regular los documentos originales y las placas mamográficas.
- Secretaria de CMIM verificará que la documentación se encuentre conforme e imprimirá hoja Sigges (debe estar creado por el establecimiento que deriva, por la lateralidad correspondiente).
- Tecnólogo Médico, se contactará telefónicamente:
 - Explicará a la paciente en qué consiste el procedimiento.
 - Entregará las indicaciones de preparación previa.
 - Otorgará la hora en acuerdo con la paciente. Procurará entregar la hora más cercana disponible, si las condiciones de la paciente lo permiten.
 - Completará los registros

Capítulo 10

Minired Oriente: Hospital El Pino



10.1 Antecedentes

Nace en la década de 1940 como Centro de Reposo para el tratamiento de la tuberculosis con 120 camas distribuidas en las viejas casas de madera del Fundo El Pino. Durante la década de 1950 a raíz de los avances en el tratamiento de la TBC disminuye su actividad. En 1971, comienza a dar atención ambulatoria a través de un consultorio externo. En 1973 pasa a tener dependencia del Área de Salud Sur y con una dotación de 100 camas, recibe pacientes médico-quirúrgicos estabilizados, terminales, puérperas de partos normales y sus recién nacidos. En 1985 y en 1986, se incorporan los Servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría y Servicio de Urgencia Adulto e Infantil. En 1990, a raíz de las demandas de la población y los trabajadores del Hospital las autoridades de Salud oficializan su reposición, la que se realiza entre los años 1994 y el 2000.

10.1.1 ¿Quiénes derivan?

Comuna	Establecimientos de Origen de SIC
El Bosque	Centro de Salud Familiar Dr. Carlos Lorca Tobar
	Centro de Salud Familiar Cóndores de Chile
	Centro de Salud Familiar Dra. Haydeé López Cassou
	Centro de Salud Familiar Canciller Orlando Letelier
	Centro de Salud Familiar Santa Laura
San Bernardo	Centro de Salud Familiar Confraternidad
	Centro de Salud Familiar Raúl Brañes F.
San Bernardo	Centro de Salud Familiar Juan Pablo II
	Centro de Salud Familiar El Manzano

10.1.2 Especialidades

Especialidades Médicas Pediátricas	Especialidades Médicas Adulto (1)	Especialidades Médicas Adulto (2)
Pediatría	Alto Riesgo Obstétrico	Medicina Interna
Broncopulmonar infantil	Cardiología Adulto	Neurología Adulto
Dermatología infantil	Cirugía de Mama	Oftalmología
Ginecología infantil y de la adolescencia	Dermatología Adulto	Urología Adulto
Traumatología y ortopedia pediátrica	Enfermedades de Transmisión Sexual	Psiquiatría Adulto
Psiquiatría Infantil	Gastroenterología Adulto	Ginecología con Patología Cervical
	Ginecología Adulto	

10.2 Referencia

La vía de entrada de las solicitudes de interconsulta (SIC) es a través de *SIDRA*, utilizando los cupos mensuales de cada centro o bien gestionado directamente por el CRS. En caso de solicitudes prioritarias, además es necesario enviar un correo electrónico a: patricia.henriqueza@redsalud.gov.cl

10.2.1 Derivación prioritaria

- Ginecología Adulto: Atención dentro de los primeros siete días
- Cáncer Cervicouterino
- Cáncer de Mama
- Endometritis
- Enfermedad del trofoblasto
- Tumor ovárico
- Prolapso con lesión erosiva sangrante
- Mioma sintomático
- Menorragia, hipermenorrea

10.2.2 Derivación especial

- Gastroenterología: Cáncer gástrico: Derivación directa con interconsulta vía estafeta o email.

10.3 Contrarreferencia

Oficina de Contrarreferencia que envía Epicrisis en todas las especialidades a la APS en forma diaria, con consolidado semanal, de manera de lograr seguimiento y retroalimentación del nivel secundario al nivel primario y viceversa.

Capítulo 11

Minired Poniente: Hospital Parroquial de San Bernardo



11.1 Antecedentes

El Hospital Parroquial San Bernardo, es un establecimiento de salud asistencial docente, que posee servicios y unidades de apoyo capacitadas para dar cobertura a pacientes que requieren prestaciones de alta complejidad. En 1975, se constituye la Fundación Hospital Parroquial San Bernardo, encargada de administrar el Hospital en nombre del Arzobispado de Santiago. Durante esos años, también se establece el Convenio con el Servicio de Salud Metropolitano Sur, atendiendo hasta la fecha a pacientes beneficiarios, provenientes de Centros de Salud Primaria de las comunas de San Bernardo, El Bosque y Calera de Tango.

11.1.1 ¿Quiénes derivan?

Comuna	Establecimientos de Origen de SIC
El Bosque	Centro de Salud Familiar Santa Laura
San Bernardo	Centro de Salud Familiar Carol Urzúa
	Centro de Salud Familiar Joan Alsina
	Centro de Salud Familiar Raúl Cuevas
Calera de Tango	Centro de Salud Familiar Los Bajos de San Agustín
	Centro de Salud Familiar Calera de Tango

11.1.2 Especialidades

Especialidades Médicas Adulto	
Medicina: Cardiología General Diabetología Broncopulmonar	Cirugía General
Urología	Oftalmología
Traumatología y Ortopedia del Adulto	Neurocirugía
Ginecología y Obstetricia	Neonatología (UCI-UTI)

Respecto de las derivaciones:

Broncopulmonar: Según el Ordinario N 2164 del año 2017 del DTS la Minired Sur Poniente deriva a broncopulmonar del HPSB solo para Oxigenoterapia del mayor de 20 años.

Endocrinología: (Derivación sólo desde Cesfam Santa Laura, del Bosque).

Oftalmología: para catarata y retinopatía diabética sólo para la comuna de San Bernardo (Ordinario N 1462 del año 2014), Calera de Tango deriva a HBLT y Santa Laura a Hospital El Pino.

Nefrología: El Ordinario N 912 del DTS del año 2014 establece la derivación de ERC etapa 3b al HPSB.

Las especificaciones de las derivaciones de esta minired son referidas en este documento y en el “Mapa de Derivación NO GES 2019”.

11.2 Referencia

La Minired Poniente, funciona a través de cupos mensuales de especialidad otorgados por el Hospital Parroquial los cuales son entregados a los establecimientos de Atención Primaria. Para los casos GES, se realiza a través de correo electrónico. Las derivaciones son por especialidad y priorizadas desde la atención primaria. Lo oficial para GES es el registro en el *SIGGES* y existen algunas referencias acordadas para enviar adicionalmente un correo electrónico, como son: Cáncer de mama, Cervicouterino, Colon y Próstata.

11.3 Contrarreferencia

En el caso de los pacientes posterior a hospitalización, la contra referencia debería ser efectuada a través de la Epicrisis y en el caso de los pacientes ambulatorios, a través de solicitud de Interconsulta (SIC).

Capítulo 12

Minired Sur: Hospital San Luis de Buin y Paine



12.1 Antecedentes

El Hospital San Luis de Buin Paine fue fundado en el año 1887 bajo el gobierno de José Manuel Balmaceda, emplazado en la ex calle Los Hermanos, hoy calle Arturo Prat. Por esos años, funcionaba como un Hospital de Beneficencia a cargo de las Hermanas de la Misericordia, con una dotación de 60 camas. A partir 1980 se reestructuran los servicios de Salud aparece el Servicio Salud Metropolitano sur y la oficina de recaudación (Fonasa). A partir de esa fecha dejó de funcionar como Hospital Base quedando la atención primaria de Buin inserta dentro del hospital. En el año 2004, se traslada definitivamente la Atención Primaria a la Salud Municipalizada. Hoy se atienden una población de más de 150.000 habitantes de las comunas de Buin y Paine.

El Hospital San Luis de Buin y Paine, es un establecimiento de mediana complejidad y abordado como primer destino sanitario para las comunas de Buin y Paine en cuanto a nivel secundario de salud. Junto a los establecimientos APS de ambas comunas conforman la Red Sur-Sur del SSMS.

12.1.1 ¿Quiénes derivan?

Comuna	Establecimientos de Origen de SIC
Buin	Centro de Salud Familiar Dr. Héctor García
	Centro de Salud Familiar Alto Jahuel
	Centro de Salud Familiar Maipo
Paine	Centro de Salud Familiar Dr. Miguel Ángel Solar
	Centro de Salud Familiar Dr. Raúl Moya

12.1.2 Especialidades

Especialidades pediátricas
Pediatría
Traumatología y ortopedia pediátrica
Psiquiatría Infantil y Adolescente

Especialidades Médicas Adulto	
Obstetricia y Ginecología	Cirugía General
Cardiología (Cardiovascular)	Psiquiatría Adulto
Medicina Interna	Traumatología y Ortopedia del Adulto

Especialidades odontológicas
Endodoncia
Periodoncia
Prótesis removible

12.2 Referencia

12.2.1 Derivación prioritaria

En derivaciones prioritarias (P1) enviar por correo electrónico a SOME: roberto.soto@redsalud.gob.cl (teléfono: 225764856); Encargado GES ximena.riffo@redsalud.gov.cl (teléfono: 225764769); o Encargado Lista de espera danisa.gutierrez@redsalud.gob.cl (teléfono: 225767196), según corresponda. Estas derivaciones se resolverán con atención en tiempos máximos que se detallan a continuación y que en cualquier caso, no debiera ser superior a 30 días.

- **Cardiovascular (Cardiología):** Plazo de atención máximo 30 días. Insuficiencia cardíaca, Arritmias, Enfermedad Isquémica del corazón, Coartación Aórtica.
- **Cirugía adulto:** plazo de atención máximo 30 días. Patologías Quirúrgicas que requieren resolución a corto plazo.
- **Ginecología:** plazo máximo de atención 15 días. Patología Aguda de la Vulva y vagina, enfermedad inflamatoria del útero, anexitis aguda, tumor mamario, ovárico, cérvicouterino, enfermedad del trofoblasto, Metrorragia del primer trimestre.
- **Obstetricia:** plazo de atención máximo de atención 7 días. Déficit de crecimiento fetal, diabetes y embarazo, Hipertensión gestacional, Cicatriz uterina Previa, Embarazo múltiple, Sospecha de Desproporción Cefalopélvica, Incompatibilidad Rh, Placenta Previa, Polihidramnios.
- **Pediatría:** plazo máximo de atención 15 días. IRA alta y baja, patología digestiva inflamatoria y alérgica, Gastroenteritis Infecciosas, Ictericia, Infección Urinaria.

- **Traumatología:** plazo máximo de atención 15 días. Patología Aguda de Columna, Rodilla, tobillo.
- **Odontología:** Endodoncia, Absceso subperióstico.
- **Salud Mental:** plazo máximo de atención 30 días.
 - **Psiquiatría infantil:** Trastornos Psicóticos agudos, Problemas relacionados con abuso sexual por personas dentro del grupo de apoyo primario, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno de la ingestión de alimentos.
 - **Psiquiatría adultos:** Trastornos psicóticos agudos, reagudizados, síndrome de dependencia por alcohol, cocaína o múltiples drogas, síndrome de estrés post traumático.

12.2.2 Derivación normal

Las mismas especialidades, en patologías que requieren atención por especialista, pero que no presentan tanta premura en la atención.

12.3 Contrarreferencia

12.3.1 Contrarreferencia asistida

Corresponde a un proyecto piloto para los policlínicos de Diabetes, TACO y cardiovascular-cardiología. Su objetivo es permitir una contrarreferencia efectiva y eficiente de los pacientes egresados de estos programas del CAE del HSLB. Con efectividad, se alude a una contrarreferencia que permita la sustentación de los cuidados pertinentes en la Atención Primaria de Salud; y con eficiencia, se hace referencia a la capacidad de la red para coordinar los cuidados de los usuarios evitando la duplicación, interferencia y omisión de las acciones entre los distintos nodos de la red. Dentro de su ejecución, se procede a la pesquisa de usuarios con prioridad en la contrarreferencia, el equivalente a una contrarreferencia P1. El médico que realiza la contrarreferencia envía el documento vía correo electrónico al jefe de SOME de APS durante el día en que el paciente es egresado. En tanto, jefe de SOME agenda una hora en el programa correspondiente y se contacta telefónicamente con el usuario. Los usuarios prioritarios fueron definidos en conjunto con los gestores de la atención primaria, y son los siguientes:

- Aquellos en que se pesquisa vulnerabilidad familiar con instrumento *SALUFAM* o mediante entrevista clínica (si el usuario no es capaz de contestar el instrumento).
- Aquellos en que se encuentra una patología o problema de salud mental no pesquisado en el pasado.
- Aquellos con patología o problema de salud mental pesquisado en el pasado, pero con reagudización reciente y sin manejo en APS.

Los destinatarios del envío prioritario son los siguientes:

CESFAM Maipo	Isabel Aranguiz - isabel.aranguiz.m@gmail.com
CESFAM Dr. Héctor García	Loreto Espinoza - loreto.aev@gmail.com (Loreto Espinoza)
CESFAM Alto Jahuel	Mauricio Zapata - mauricio.zapata@cbuin.cl (Mauricio Zapata)
CESFAM Dr. Raúl Moya	Patricio Román - p.roman@saludpaine.cl Nicolás Retamales - nretamales@saludpaine.cl
CESFAM Dr. Miguel Solar	Ana Gaytán - gaytanlazo@gmail.com

Por otra parte, aquellos usuarios definidos como no prioritarios reciben copia de contrarreferencia en papel y SOME del HSLB envía copia de contrarreferencia por correo electrónico a los referentes de APS semanalmente.

12.3.2 Contrarreferencia normal

El médico decide el egreso del paciente y completa formulario de contrarreferencia en sistema de registro clínico electrónico.

Capítulo 13

Hospital Psiquiátrico El Peral



13.1 Antecedentes

El Hospital El Peral fue inaugurado en 1928 bajo el nombre Hospital Colonia El Peral, como sanatorio para personas con trastornos mentales consideradas irreversibles para esa época, provenientes del entonces Manicomio Nacional. Desde esa fecha concentra las atenciones de Psiquiatría del sector Sur de la Región Metropolitana.

A partir del año 2000, y en el marco del Plan Nacional de Salud Mental se impulsó un proceso de reconversión de funciones y recursos hacia un modelo comunitario organizado en torno a la red general de salud, por lo que progresivamente el Hospital El Peral ha quedado circunscrito a la atención cerrada de Mediana Estadía de personas derivadas desde equipos de especialidad en salud mental del Servicio de Salud Metropolitano Sur y Metropolitano Sur Oriente, además de atención de larga estadía, sin ingreso disponible para nuevos usuarios.

13.1.1 ¿Quiénes derivan?

Equipos especializados de salud mental, que realizan atención de adultos ambulatoria y cerrada de hospitales y COSAM/CESAM. En el caso específico de la unidad de patología dual también derivan centros privados para la atención de personas con problemas de consumo de alcohol y/drogas en convenio con SENDA o SSMS.

13.1.2 Especialidades

- Psiquiatría adulto
- Odontología General (oferta interna)
- Medicina General (oferta interna)

13.2 Referencia

La referencia de usuarios se realiza por medio de SIC y formulario de derivación enviada por el centro de origen a través de correo electrónico a secretaria de cada una de las unidades del Hospital.

13.2.1 Derivación normal

- Unidades de Mediana Estadía
- Patologías Complejas
- Patología Dual
- Trastornos del Desarrollo

13.3 Contrarreferencia

Una vez finalizado el proceso de hospitalización los usuarios son referidos a los centros de especialidad para continuidad de la atención mediante SIC, la que es ingresa a *TrakCare* en el caso de Hospital Barros Luco o enviada a correo electrónico de encargado de salud mental del centro de destino. En algunos casos se complementa con reunión en la que los dos equipos realizan derivación asistida, para entregar información complementaria a la interconsulta respecto del proceso de atención cerrada.

Parte III

Redes Especiales

Definición:

Las redes especiales corresponden a redes que tienen una organización propia debido a la especificidad del trabajo realizado, por lo cual requieren un tratamiento distinto al trabajado en las miniredes. Corresponden a redes especiales las siguientes:

- Red de Urgencia
- Red Pediátrica y Neonatológica
- Red Odontológica
- Programa de Resolutividad APS
- Red de Salud Mental
- Red de Infectología
- Red de Rehabilitación
- Red de Farmacia
- Red de Telemedicina
- Red de Atención Cerrada
- Red GES
- Red de Alta Complejidad



Capítulo 14

Red de Urgencia

14.1 Descripción

El sistema Público de Salud cuenta con una red de establecimientos de urgencia con cobertura de atención ambulatoria al conjunto de la población chilena a través de diferentes tipos de dispositivos:

- Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH)
- Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU)
- Servicios de Alta Resolución (SAR)
- Servicios de Urgencia Rural (SUR)

A nivel local, la coordinación de la Red de Urgencia se constituye en un espacio de coordinación territorial permanente, compuesto por la Unidad de Emergencia Hospitalaria, SAPU, SUR, SAR, CESFAM, Unidades de Paciente Crítico y otros dispositivos públicos y privados.

La Red de Urgencia está conformada por un conjunto de dispositivos de atención ambulatoria, de tránsito, en donde se realiza el proceso de atención de pacientes, considerando los subprocesos clínicos de selección de demanda, diagnóstico y tratamiento, y los subprocesos no clínicos de soporte administrativo. Estos establecimientos, deben dar respuesta a todas las atenciones de urgencia y emergencia, ya sea como consultas espontánea o por derivación de otros dispositivos. El proceso de atención, finaliza sólo cuando el médico da resolución del problema de urgencia, definiendo la salida de este proceso como alta, optando por la indicación de hospitalización, alta a domicilio, derivación a otro centro, o certifica el fallecimiento del paciente.

La continuidad asistencial, dentro del proceso de atención de urgencia, debe incorporar la trazabilidad del paciente durante toda la atención, es decir, el sistema de urgencia debe garantizar la continuidad asistencial interna, en su relación con otras unidades del mismo establecimiento y externas a él, en el contexto de la atención de urgencia en red.

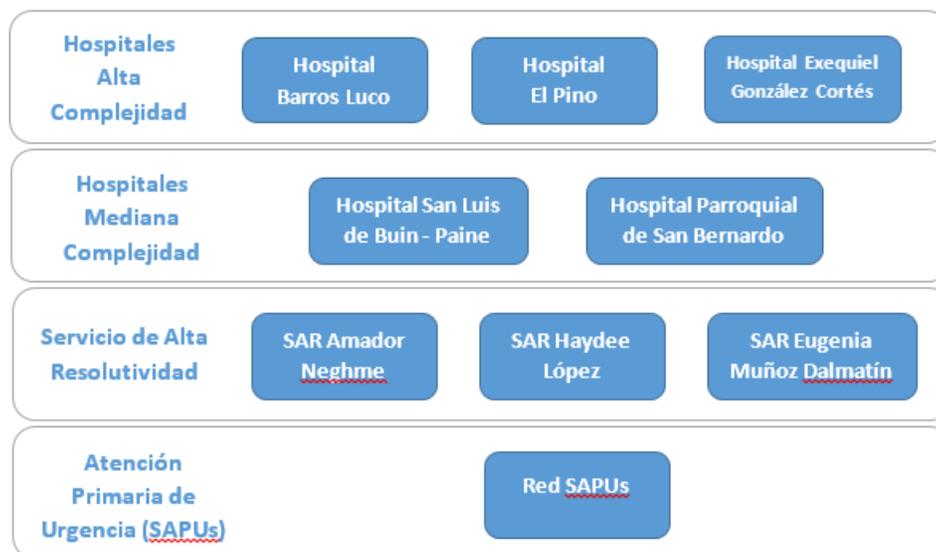
14.1.1 Componentes

Nuestra Red de Urgencia, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur, está compuesta por los siguientes dispositivos:

- 20 SAPU
- 3 SAR
- 3 SUR
- 2 SAPU Dental
- 4 Hospitales, más 1 establecimiento en convenio con atención de urgencia 24 horas.

14.1.2 Niveles

La Red de Urgencia del SSMS, posee diferentes niveles de complejidad, contando con unidades hospitalarias de alta complejidad adulto y pediátricas; unidades de mediana complejidad, Servicios de Alta Resolutividad (SAR) y una Red de Atención Primaria de Urgencia (SAPUs).



14.1.3 Cartera de servicios

Las Dispositivos de Urgencia de la red, están diseñadas para dar atención a la demanda de atención médica de urgencia de la población adulto y pediátrica, garantizando la atención y asegurando la continuidad del proceso asistencial, de tal forma que a cada paciente y a cada proceso se le garantice el nivel asistencial adecuado.

14.1.4 Plataformas

La totalidad de establecimientos de Urgencia Hospitalario disponen de Dato de Atención de Urgencia (DAU) electrónico, a través de Plataforma TrakCare o sistema de desarrollo propio.

14.1.5 Enlaces

- Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia [ver](#)
- Estándares y Recomendaciones al Proceso de Atención de Urgencia
- Protocolo de Categorización de Urgencia–Mantenimiento Normativo SIDRA v1.3

14.2 Derivación

14.2.1 Flujos de derivación

El acceso a los servicios de urgencia puede provenir de diferentes vías:

- Consulta Espontánea
- Derivación desde un Establecimiento de Atención Primaria
- Derivación desde Otros Hospitales de la Red
- Derivación desde Establecimiento de otra Red
- Derivación desde Atención Pre-Hospitalaria

14.2.2 Criterios de inclusión

Se deberá asegurar el acceso a todo paciente que requiera atención de “urgencia o emergencia”, independiente de su domicilio o territorio de pertenencia, previsión social y/o situación migratoria, según lo establecido en el marco regulatorio legal vigente.

Con el fin resguardar la calidad, oportunidad y seguridad en la atención de usuarios, y no sobrepasar el umbral crítico de atención en las UEH, se debe evitar las siguientes prácticas:

- Espera de Hospitalización prolongada en las UEH.
- Controles y seguimiento de pacientes en las UEH.
- Toma de examen de apoyo al diagnóstico terapéutico de pacientes que no hayan sido admitidos al proceso de urgencia.
- Los flujos de atención bidireccionales deben ser evitados, es decir, un paciente con indicación de hospitalización o cirugía una vez resuelto su evento de emergencia o urgencia no debe regresar a dependencias ni a los procesos de atención de la UEH.

Capítulo 15

Red Pediátrica y Neonatológica

15.1 Descripción

Hospitales de la Red que cuentan con Pediatría y/o Neonatología

- H. Barros Luco
- H. Exequiel González Cortés
- H. El Pino
- H. San Luis de Buin
- H. Parroquial de San Bernardo

15.1.1 Componentes

Red Neonatológica: En el SSMS existen 4 maternidades:

- HBLT: con Servicio de Neonatología de alta complejidad.
- HPINO: con Servicio de Neonatología con resolución de RN mayor o igual a 32 semanas.
- HPSB: HPINO: con Servicio de Neonatología con resolución de RN mayor o igual a 32 semanas.
- HSLB: con Unidad de Neonatología básica, atendida por pediatras.

Policlínicos de Seguimiento del Prematuro Extremo: de HBLT, HPINO y HPSB. Estos atienden a los niños nacidos en ese hospital, o a los derivados por UGCC, ya sea in útero o postnatal a otras redes. En general, en ellos se controla también al RN no prematuro extremo con patología, procedente de su maternidad, o minired.

Red Pediátrica: Policlínico adosado de pediatría o especialidades pediátricas existe en los 3 hospitales que cuentan con pediatría. Desde los 3 policlínicos se deriva los pacientes de mayor complejidad al Hospital HEGC.

- HEGC: es el Hospital base pediátrico, de alta complejidad. Responde a las necesidades de pediatría básica de la mini red SurCentral y mini red Sur Poniente, y a los requerimientos de pediatría, cirugía infantil y especialidades pediátricas de toda la red SSMS.
- HPINO: Pediatría básica y de mediana complejidad para la minired Sur Oriente.
- HSLB: Pediatría básica y algunas especialidades de mediana complejidad para la minired Sur-Sur.

15.2 Derivación

15.2.1 Flujos de derivación

Neonatología: En general, se traslada la madre en Trabajo de parto prematuro muy extremo o patología grave del binomio madre hijo al HBLT. En caso que nazca previamente, se traslada al RN al Servicio de Neonatología. Cada hospital tiene su propio policlínico de seguimiento del Prematuro extremo, pero las especialidades se derivan a hospitales base: HEGC y HBLT (Retinopatía del Prematuro Hipoacusia) Niños que requieren atención de especialidades pediátricas o de cirugía infantil, la reciben en HEGC (algunas especialidades en HPINO y HSLB, en caso de esas miniredes). Las especialidades complejas o casos complejos, en HEGC.

15.2.2 Criterios de inclusión

Personas de 0 días a 14 años 11 meses 29 días (en algunas subespecialidades hasta los 17 años 11 meses 29 días).

Capítulo 16

Red Odontológica

16.1 Descripción

La red Odontológica está formada por los 35 Establecimientos de Atención Primaria de Salud que cuentan con el programa Odontológico, además de los Recintos Hospitalarios que cuentan con servicio de especialidades.

16.1.1 Componentes

El Servicio de Especialidades Odontológicas del Hospital Barros Luco Trudeau (SEO HBLT) que proporciona atención de Nivel Secundario y Terciario a los beneficiarios del área territorial del Servicio de Salud Metropolitano Sur; y atención Odontológica Integral a pacientes de Nivel Secundario y Terciario (pacientes crónicos y con patología de base)

El Servicio de Especialidades Odontológicas del Hospital San Luis (SEO HSLB) que proporciona atención de Nivel Secundario a los beneficiarios de las comunas de Buin y Paine.

16.1.2 Plataformas

Se utilizan los mismos sistemas informáticos para las derivaciones en la red asistencial, a través de *TrakCare*.

16.1.3 Criterios de inclusión

- SEO HBLT
 - Cupos por Especialidad
 - Derivación GES
- SEO HSLB Los pacientes deben presentarse en forma directa y personal con su interconsulta al Servicio Dental del Hospital San Luis a solicitar el ingreso.

16.1.4 Cartera de servicios

Hospital Barros Luco	Hospital San Luis de Buin
Urgencia odontológica	Endodoncia
Odontología General	Prótesis Removible
Radiología	Odontología General
Ortodoncia	Periodoncia
Periodoncia	
Endodoncia	
Prótesis Fija	
Prótesis Removible	
Operatoria	
Cirugía Maxilofacial	
Cirugía Oral	
Implantología	
Odontopediatría	

Capítulo 17

Resolutividad

17.1 Descripción

Objetivo General:

Mejorar la capacidad resolutiva de la Atención Primaria de Salud, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e integral.

Objetivos Específicos:

1. Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la Atención Primaria de Salud y que hoy en día presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.
2. Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.

17.1.1 Componentes

- Resolución de Especialidades Ambulatorias
- Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

17.1.2 Cartera de servicios

- Resolución de especialidades ambulatorias
 - Oftalmología
 - Otorrinolaringología
 - Gastroenterología
 - Dermatología
- Cirugía menor
- Análisis Histopatológico

17.1.3 Plataformas

- Teledermatología
- Teleoftalmología

17.2 Derivación

17.2.1 Criterios de inclusión

Las personas que accedan a las prestaciones del programa deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para atención (registradas en repositorio nacional de lista de espera) y serán en primera instancia aquellas que se encuentren en lista de espera prolongada (más de 120 días) y luego aquellas que tengan un tiempo inferior. No obstante, se debe considerar el criterio de prioridad clínica cuando corresponda.

Capítulo 18

Red de Salud Mental

18.1 Descripción

18.1.1 Componentes

1. **Atención Primaria:** Todos los establecimientos de APS.
2. **Atención Ambulatoria Especialidad:** CDT Barros Luco, CRS El Pino, CAE Hospital Exequiel González Cortés, Unidad de Salud mental de Buin y CESAM Paine (ambos dependientes del Hospital San Luis de Buin y Paine), CESAM San Joaquín, CESAM Lo Espejo, COSAM PAC, COSAM El Bosque y COSAM San Bernardo.
3. **Atención Ambulatoria Alcohol y Drogas (Centros Privados en Convenio):** Policlínico Obispo Alvear (PAB), Ñuke Mapu (PAB), La Esperanza (PAI), Orion (PAI).
4. **Hospitales de Día:** CRS El Pino, CDT Barros Luco, CAE Hospital Exequiel González Cortés.
5. **Atención Cerrada:**
 - Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría: Hospital Barros Luco, Hospital El Pino y Hospital Exequiel González Cortés
 - Unidades de Mediana Estadía: Hospital El Peral (Unidad de Patologías Complejas, Unidad de Patología Dual y Unidad Trastornos del Desarrollo)
 - Centros de Tratamiento Residencial Alcohol y Drogas (Privados en Convenio): Alfa, Crea, Manquehue, La Esperanza, Joven Levantate, Orion Varones y Orion Mujeres.

18.1.2 Niveles

Los distintos componentes de la red se organizan territorialmente, de manera de otorgar atención lo más cercanamente posible al territorio de las personas y de favorecer la continuidad de la atención y coordinación de los equipos. Los mecanismos de derivación entre los distintos componentes corresponden a los establecidos para los establecimientos públicos. La excepción la constituye la derivación hacia los Centros de Tratamiento Residencial en Alcohol y Drogas, la que se realiza a través de Plataforma de Derivación de Alcohol y Drogas. La red de salud mental considera diversas instancias de coordinación, con periodicidad establecida. A nivel general se realiza reuniones de Consejo Técnico de Salud Mental (mensuales) y reuniones de red de Alcohol y Drogas (trimestrales). Para la coordinación entre la atención primaria y los equipos ambulatorios de especialidad se realiza la Consultoría de Salud Mental, al menos con periodicidad mensual. Por su parte los niveles ambulatorios de especialidad se coordinan con Unidades de Hospitalización de Cuidados intensivos en Psiquiatría a través de los equipos de gestión de casos que requieren de hospitalización, los que se reúnen semanalmente.

18.1.3 Cartera de servicios

1. **Atención Primaria:** Talleres promoción de la salud mental, Talleres preventivos salud mental, Apoyo y colaboración con grupos de autoayuda, Intervenciones Preventivas en Alcohol y Drogas, Atención integral a personas con trastornos mentales: diagnóstico integral por equipo de sector, elaboración y ejecución de Plan de Cuidados (consultas de salud mental por distintos profesionales, consulta médica, consejería familiar, intervenciones psicosociales de grupo, visita domiciliaria integral, etc.), Derivación o referencia asistida.

2. **Atención Ambulatoria Especialidad:** Atención integral a personas con trastornos mentales: diagnóstico integral por equipo de especialidad, elaboración y ejecución de Plan de Cuidados (consultas de salud mental por distintos profesionales, consulta por psiquiatría adulto o infantil, psicoterapia individual y grupal, psicodiagnóstico, intervenciones psicosociales, visita domiciliaria integral, consultoría de salud mental, etc.). Derivación o referencia asistida.
3. **Atención Ambulatoria Alcohol y Drogas:** Plan de Tratamiento Básico Alcohol y Drogas: conjunto de intervenciones (consulta médica o por psiquiatra, consultas de salud mental por distintos profesionales, psicoterapia individual y grupal, psicodiagnóstico, intervenciones psicosociales, visita domiciliaria integral, etc.) destinado a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado, donde resalta la existencia de una actividad ocupacional (laboral o educativa) parcial o total y soporte familiar o social. Considera la asistencia 2 días por semana con 2 a 4 horas cada vez y una concentración de 1 o 2 prestaciones por día. Plan de Tratamiento Intensivo Alcohol y Drogas: conjunto de intervenciones (consulta médica o por psiquiatra, consultas de salud mental por distintos profesionales, psicoterapia individual y grupal, psicodiagnóstico, intervenciones psicosociales, visita domiciliaria integral, etc.) destinado a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado a severo, sin actividad ocupacional. Considera la asistencia 5 días por semana con 4 a 6 horas cada vez y una concentración de 3 o 4 prestaciones por día.
4. **Hospitales de Día:** Otorga atención integral a personas con trastornos mentales en modalidad de hospitalización diurna, por parte de un equipo transdisciplinario que busca estabilizar la condición clínica de las personas, brindar apoyo a la familia y/o red de apoyo, contribuyendo a la recuperación e inclusión de estas en su entorno social, familiar, comunitario, cultural y geográfico.
5. **Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría:** Provee cuidados intensivos en Salud Mental y Psiquiatría en el contexto de una hospitalización cerrada, con cuidados de enfermería durante las 24 horas, por un período no superior a 60 días. La atención es efectuada por un equipo transdisciplinario.
6. **Unidades de Mediana Estadía:** Brinda atención en el contexto de una atención cerrada, a población adulta que presenta enfermedad mental grave, refractaria a distintos abordajes terapéuticos y en situación de complejidad. El Hospital El Peral cuenta con 3 unidades diferenciadas: Patologías Complejas, Patología Dual, Trastornos del Desarrollo. Se recomienda que el tiempo de permanencia en esta unidad vaya de tres meses a un máximo de un año. Excepcionalmente, la duración en esta unidad podría prolongarse hasta un máximo de dos años.
7. **Centros de Tratamiento Residencial Alcohol y Drogas:** Conjunto de intervenciones (consulta médica o por psiquiatra, consultas de salud mental por distintos profesionales, psicoterapia individual y grupal, psicodiagnóstico, intervenciones psicosociales, visita domiciliaria integral, etc.) destinado a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial severo (múltiples tratamientos previos, consumo en miembros de la familia, red de apoyo inexistente o con gran deterioro, con co-morbilidad psiquiátrica compensada y percepción de autoeficiencia disminuida o ausente). Considera la permanencia los 7 días de la semana, con una jornada terapéutica de 5 a 7 horas cada día y una concentración de al menos 5 prestaciones (incluido los fines de semana).

18.1.4 Plataformas

Además de las plataformas que se utilizan transversalmente en la red, los establecimientos que cuenta con convenio SENDA utilizan la plataforma SISTRAT. Los establecimientos de la red de especialidad con programas de Alcohol y Drogas utilizan la Plataforma de Derivación a Tratamiento Residencial.

Capítulo 19

Red de Rehabilitación

19.1 Descripción

19.1.1 Componentes

En el nivel primario existen dos tipos de estrategias:

1. Salas de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC): Ésta consta de un equipo de kinesiólogo y terapeuta ocupacional. Cuando estos dispositivos se encuentran dentro del CESFAM, se habla de sala RBC, mientras que cuando se encuentran en un espacio independiente se nombra como centro comunitario de rehabilitación (CCR).
2. Salas de Rehabilitación Integral Osteomuscular (RIO): Este dispositivo consta de un kinesiólogo quien atiende a usuarios con problemas musculoesqueléticos.

19.1.2 Niveles

El nivel primario es el responsable de atender a los usuarios derivados desde sus propios CESFAM, así como de los casos que le sean derivados desde el nivel secundario y que respondan a su nivel de complejidad. Mientras el nivel secundario es responsable de dar atención a los usuarios que tengan indicación de rehabilitación por parte de los médicos del establecimiento.

19.1.3 Cartera de servicios

En el nivel primario la cartera de servicios de la sala de rehabilitación integral osteomuscular (RIO) está destinada a atender usuarios con los siguientes problemas de salud:

- Lumbago
- Hombro doloroso
- Cadera dolorosa
- Gonalgia

Comuna	CESFAM	Estrategia	Profesional	Convenio
San Joaquín	San Joaquín	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
	Santa Teresa	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
San Miguel	Barros Luco	RBC	2 Klgo. + 1 T.O. + 1 F	SI
	Recreo	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI

Comuna	CESFAM	Estrategia	Profesional	Convenio
Buín	CCR Buín	RBC	1 Klgo. + 1 TO	SI
C. de Tango	Bajos S. Agustín	RIO	1 Klgo.	NO
El Bosque	Condores de Chile	RIO	1 Klgo.	NO
	Haydee López	RIO	1 Klgo.	SI
	Carlos Lorca	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
	Santa Laura	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
	Mario Salcedo	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
	CCR El Bosque	RBC	K + T.O. + Psi + F	SI
La Cisterna	Eduardo Frei M	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
	Santa Anselma	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
La Granja	CCR La Granja	RBC	2 Klgo. + 1 T.O.	NO
Lo Espejo	CCR Lo Espejo	RBC	2 Klgo. + 2 T.O.	SI
Comuna	CESFAM	Estrategia	Profesional	Convenio
Paine	Dr. Raúl Moya	RIO	1 Klgo.	NO
	Dr. Miguel Solar	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
	CCR Paine	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	NO
PAC	Edgardo Enríquez	RIO	1 Klgo.	NO
	CCR La Feria	RBC	2 Klgo. + 2 T.O.	SI
	CCR Infantil	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	NO
	CCR Villa Sur	RBC	2 Klgo. + 2 T.O. + 1 F	SI
San Bernardo	Raúl Cuevas	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
	Joan Alsina	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
	Raúl Brañes	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
	Juan Pablo II	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
	Confraternidad	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
	El Manzano	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI
	CECOSF Lo Herrera	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.+ 1 F	NO
	Carol Urzúa	RBC	1 Klgo. + 1 T.O.	SI

Mientras el equipo de rehabilitación de base comunitaria (RBC) es responsable de, además de las patologías mencionadas en la sala RIO, atender a usuarios con los siguientes problemas de salud:

- Lumbago
- Hombro doloroso
- Cadera dolorosa
- Gonalgia
- Patologías neurológicas tales como ACV, parkinson Amputados para entrenamiento pre protésico y entrenamiento ortésico.

En cuanto al nivel secundario, la cartera de cada establecimiento está definida por los profesionales disponibles para atención abierta:

- CABL: kinesiología del ámbito musculoesquelético, neurorrehabilitación y para manejo de usuarias con cáncer de mama. La atención de fonoaudiología es sólo para usuarios derivados desde el servicio de neurología del CABL.
- Hospital El Pino: kinesiología del ámbito musculoesquelético y neurorrehabilitación.
- Hospital Exequiel González Cortés: fisioterapia, kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología orientada a rehabilitación neurológica, musculoesquelética, respiratoria y plástica.
- Hospital San Luis de Buin: kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología orientada a neurorrehabilitación y patología musculoesquelética aguda.

19.2 Derivación

En primer lugar, es necesario señalar que tal que como se aplica para otras prestaciones, la puerta de entrada al nivel secundario es únicamente la atención de especialista. Por lo tanto, no es posible derivar para rehabilitación desde APS al nivel secundario. La derivación de usuarios para prestaciones de rehabilitación se realiza únicamente desde el nivel secundario al primario. Esto se realiza cuando se establece que la patología corresponde a una considerada en la cartera del nivel primario, de lo contrario continúa atención en el nivel de especialidad. Particularmente en el caso del HBLT, el criterio de derivación de usuarios hacia el nivel primario con indicación de rehabilitación corresponde a aquellas patologías crónicas. Las agudas tales como fracturas o quirúrgicas se atienden en el nivel secundario.

Capítulo 20

Red de Medicamentos

20.1 Descripción

La Red de Medicamentos del Servicio de Salud Metropolitano Sur, procura entregar a cada paciente la atención farmacéutica y los medicamentos que requiere en forma expedita, cercana a su domicilio o lugar en que se encuentre, con resguardo de la calidad y seguridad del paciente, asegurando así la continuidad de la terapia farmacológica.

20.1.1 Componentes

Establecimientos de la red del SSMS de nivel primario, secundario y terciario.

20.2 Flujos de derivación

- Arsenales Farmacoterapéuticos de acuerdo a la complejidad y especificidad de los establecimientos.
- Existencia de herramientas de coordinación territorial que permite mejor acceso a medicamentos para tratamientos específicos a pacientes, acercando el medicamento al usuario y haciendo oportuna la atención.
 - En caso de enfermedades infecciosas: desde Hospital Dr. Lucio Córdova a los otros hospitales de la red y establecimientos de APS.
 - En casos de problemas de Salud Mental: Hospital Psiquiátrico El Peral provee medicamentos a los otros establecimientos de la red.
 - Hospital Barros Luco acerca medicamentos para alivio del dolor y broncodilatadores a comunas de Buin, Calera de Tango y Paine.
- Entrega de medicamentos en domicilio a pacientes postrados.

20.3 Criterios de inclusión

Pacientes atendidos en los establecimientos de la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

20.3.1 Leyes, Normas y Decretos

Leyes:

1. Ley 20.850 (Ricarte Soto) [ver](#)
2. Ley 20.000 (Drogas) [ver](#)
3. Ley 20.584 [ver](#)
4. Ley de Fármacos 1 y 2 [ver](#)

Normas:

1. Norma 147: Buenas prácticas de almacenamiento y distribución.
2. Norma 51: Normas para la manipulación de medicamentos antineoplásicos en la farmacia de los hospitales.
3. Norma 25: Normas para la manipulación de medicamentos antineoplásicos en la farmacia de los hospitales (1998).
4. Norma 79: Reglamento aplicable a la elaboración de preparados farmacéuticos en recetas de farmacia.
5. Norma 140: Sistema nacional de farmacovigilancia de productos farmacéuticos de uso humano.
6. Norma 12: Guía para la organización y funcionamiento de la atención farmacéutica en la atención primaria de salud.
7. Norma 113: Organización y funcionamiento de los Comités de Farmacia y Terapéutica, para la Red Asistencial de Salud Pública.
8. Normativa: Uso racional de medicamentos MINSAL.

20.3.2 Cartera de servicios

- Gestión de Adquisición de Medicamentos
- Almacenamiento, Distribución de Medicamentos
- Gestión y Control de Inventario
- Gestión de Dispensación de Medicamentos por sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitaria (SDMDU)
- Atención Farmacéutica ambulatoria (HDLC, HBLT y APS)
- Entrega Medicamentos en Domicilio (APS)
- Farmacovigilancia y Tecnovigilancia
- Producción de Medicamentos (HBLT y HEGC)
- Farmacia Clínica y Seguimiento de Pacientes
- Registros estadísticos (REM)
- Gestión de administración de operaciones con equipo directivo (Comité de Farmacia, de Adquisiciones).
- Incorporación de otras estrategias con acciones farmacéuticas (ley Ricarte Soto, GES, PINDA, PANDA, COMGES)

20.3.3 Plataformas

- Plataforma MINSAL de registro de consumo de medicamentos de alto costo y programas ministeriales
- Plataforma ley Ricarte Soto
- Plataforma para gestión y Control de Inventario

20.3.4 Enlaces

- www.minsal.cl/medicamentos_uso_racional
- www.ispch.cl/anamed
- www.cenabast.cl
- www.colegiofarmaceutico.cl
- www.sofarcli.c

Capítulo 21

Red de Telemedicina

21.1 Descripción

Telemedicina se define como el suministro de servicios de atención sanitaria en los que la distancia constituye un factor crítico, realizado por profesionales que apelan a tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven, según la OMS (1998). La telemedicina utiliza Tecnologías de Información y Telecomunicaciones para proporcionar apoyo a los servicios de asistencia sanitaria, independientemente de la distancia entre quienes ofrecen el servicio y los pacientes que lo reciben, incluye la provisión de información, servicios, experiencia, segunda opinión, soporte, consulta, imagen, voz y datos. Enfocados a disminuir las barreras geográficas, de distancia, tiempo, sociales y culturales.

21.1.1 Componentes

Urgencia:

- **Tele-Electrocardiografía:** Está considerada en el caso de pacientes con dolor torácico no traumático, u otra sintomatología cardíaca de urgencia (palpitaciones, taquicardia, bradicardia, disnea, otras), la realización de un Electrocardiograma de 12 derivaciones, enviado a Tele-Electrocardiografía externa (actualmente provisto mediante convenio centralizado con empresa ITMS) cuyo resultado es un informe del examen tomado al paciente. Está orientado su uso en SAPU, SAR y UEH de baja complejidad.
- **Tele-Imagenología Compleja:** Corresponde a la toma de TAC en pacientes de unidades de emergencia hospitalaria y su envío a Unidad de Imagenología Externa que cuenta con Radiólogos de turno para informar los exámenes en un lapso de 2 horas, para apoyar el proceso diagnóstico y la toma de decisiones en la unidad de emergencias. Este servicio actualmente es provisto por la empresa ITMS, a través de un convenio centralizado.
- **Tele-ACV:** La Unidad de TeleACV del SSMS realiza tele-interconsultas neurológicas sincrónicas de urgencia para accidente cerebro vascular (ACV) a hospitales de distintos servicios de salud, que no cuentan con esta especialidad en urgencias. En el caso de la red del SSMS, presta atención mediante telemedicina para todos los casos de ACV que el Hospital El Pino solicite. Actualmente la Red TeleACV está conformada por 7 hospitales, quienes reciben del nombre de *Hospitales ejecutores*:

- Hospital de Hanga Roa (Rapa Nui). Servicio de Salud Oriente
- Hospital Regional de Copiapó. Servicio de Salud Atacama
- Hospital Provincial del Huasco (Vallenar). Servicio de Salud Atacama
- Hospital San Martín de Quillota. Servicio de Salud Viña-Quillota
- Hospital Claudio Vicuña (San Antonio). Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio
- Hospital de Talagante. Servicio de Salud Occidente
- Hospital El Pino. Servicio de Salud Metropolitano Sur

Se realizan principalmente 4 prestaciones:

1. **Teleinterconsulta Código ACV:** atención de neurología para ACV hiperagudo, entre neurólogo de la Unidad de TeleACV, médico de servicio de Urgencia de Hospital Ejecutor y paciente.
2. **Teleinterconsulta No Código ACV:** atención de neurología para ACV agudo, entre neurólogo de la Unidad de TeleACV, médico de servicio de Urgencia de Hospital Ejecutor y paciente.
3. **Teleinterconsulta neurólogo – médico:** discusión de caso de paciente ACV hospitalizado, entre neurólogo de la Unidad de TeleACV y médico tratante
4. **Teletrombolisis:** Procedimiento de recanalización intravenoso para tratar el ACV dentro de las primeras 4.5 horas de evolución, realizado en el hospital ejecutor y dirigido remotamente por el neurólogo de la Unidad de TeleACV.

Para el adecuado funcionamiento de la estrategia se utilizan los Registros Clínicos Electrónicos de los Hospitales que lo poseen, acceso a RIS/PACS y como registro interno de la Unidad se utiliza la plataforma de gestión de formularios y bases de datos RedCap. El HEP recibe principalmente pacientes con ACV de la red sur oriente (San Bernardo y el Bosque). En situaciones en que no exista posibilidad de atención en HBLT y exista disponibilidad en HEP por TeleACV se deriva en dicho centro. Por el contrario, si no existe disponibilidad en HEP o el caso requiere evaluación o tratamiento presencial el paciente es derivado a HBLT.

Para más información sobre esta estrategia, visite el sitio web: www.teleacv.cl

Ambulatorias:

- **Tele-Dermatología:** Corresponde a la evaluación asincrónica por especialista Dermatólogo de antecedentes e imágenes de un paciente, a través de plataforma electrónica. Permite diagnosticar patología de alta frecuencia y baja complejidad, enviando los resultados de la evaluación por contrarreferencia a través de la misma plataforma con el tratamiento indicado por el especialista, el cual es otorgado por el establecimiento de APS. Si la patología es de mayor complejidad se indicará evaluación presencial por dermatólogo de la Red. Actualmente el servicio es provisto por Hospital Digital del MINSAL.
- **Tele-Oftalmología:** Está considerado el uso de imágenes de retina para evaluación de existencia de Retinopatía en pacientes diabéticos, a través del uso de un software que usa un algoritmo de IA para discriminar entre exámenes normales y alterados. Los resultados normales siguen con sus controles de rutina y los que presenten resultados alterados son citados a oftalmólogo de nivel secundario de la red. Actualmente esta estrategia es otorgada por la empresa DART, dentro del paraguas institucional de Hospital Digital.
- **Tele-Nefrología:** Corresponde a la evaluación asincrónica por especialista Nefrólogo de antecedentes y exámenes de un paciente. Permite diagnosticar patología nefrológica desde estadios tempranos, para iniciar en forma precoz el tratamiento de protección renal o remitir a especialista de la red si la patología renal es más avanzada. Actualmente el servicio es provisto por la estrategia Salud Digital del MINSAL.

Atención Cerrada:

- **Tele-Cardiología Hospitalizados:** Esta estrategia se diseñó para apoyar a los hospitales de menor complejidad de la red en el caso de tener hospitalizados pacientes con patología cardiaca de complejidad mayor a través de teleconsulta con especialista cardiólogo del Servicio de Medicina del Hospital Barros Luco Trudeau y los médicos tratantes del Hospital respectivo, para definir diagnóstico, consensuar manejo terapéutico y traslado.
- **Tele-Quemados:** Se realiza a través de plataforma, en que se suben los casos de pacientes quemados de alta complejidad con el HUAP, para definir tratamiento y traslado a dicho centro asistencial. Esta plataforma está bajo *Salud Digital*.

- **Tele-Cardiopatías Congénitas Operables:** Estrategia basada en Teleconsulta entre las unidades de Neonatología y especialistas locales cardiólogos infantiles con el centro que otorga las prestaciones de cirugía cardíaca infantil en niños con cardiopatía congénita operable. En esta consulta se revisan los casos y se decide la conducta y traslado de los niños en los tiempos adecuados.

Capítulo 22

Gestión de Camas y Pacientes en Atención Cerrada

22.1 Descripción

La Unidad de Gestión Centralizada de Camas nace en el año 2009 con el propósito de optimizar y fortalecer la gestión de camas de la red pública de salud a nivel país, a través de una visión integrada y en red. Sus principales objetivos, son modelar y estandarizar el proceso de gestión de camas; velar por el adecuado funcionamiento de la Unidad de Gestión de Camas de los hospitales; apoyar la resolución de casos que no pueden ser resueltos a nivel local; asignación de camas de manera priorizada, tanto públicas como privadas; seguimiento de pacientes derivados al extrasistema y aquellos ingresados a establecimientos privados bajo *Ley de Urgencia*; mantener un sistema de monitoreo de camas, como apoyo a la gestión en red; y gestionar información para la toma de decisiones y desarrollo de estrategias, entre otros.

22.1.1 Componentes

Hospitales de la Red: H Barros Luco, H Exequiel González Cortés. H El Pino, H Dr. Lucio Córdova, H. San Luis de Buin y H. Parroquial de San Bernardo. Coordinación de la red en Subdirección Médica del SSMS, Departamento de Gestión de Redes.

Nuestra red, cuenta con un total de 136 camas críticas y 1.023 camas medias y básicas para atención de la población adulta; 25 camas críticas y 163 camas de cuidados medios y básicos para la población pediátrica y; 68 camas críticas y 29 de cuidados básicos para atención neonatológica.

22.1.2 Niveles

- SDM es el gestor de los pacientes en el SSMS
- Equipo de gestión de camas y pacientes en Departamento de Gestión de Redes, dependiente de SDM SSMS
- Subdirector Médico es el gestor de pacientes en cada hospital
- Equipo de gestión de pacientes y de gestión de camas establecido en cada hospital.

22.1.3 Cartera de servicios

Gestión de pacientes, que requieren hospitalización sin contar con cama adecuada en el hospital en que se encuentra. Situación que se presenta a Gestor de Camas del Establecimiento quien busca cama dentro de la red. De no encontrarla, con autorización del SDM del establecimiento, se solicita búsqueda de cupo fuera de la red por medio de Plataforma UGCC. Los hospitales de mediana complejidad solicitan autorización al SDM del SSMS.

Rescate de pacientes, desde otros establecimientos de la red y de otras redes. En caso de pacientes derivados a Sistema Privado con convenio GRD, solo se gestionan algunos pacientes de regreso, con problemas acotados, pero otros pacientes derivados se deben rescatar.

Gestiones para el Alta, horas de control en especialidades, de exámenes, oxígeno domiciliario, hospitalización domiciliaria, entre otras.

Gestiones para segundo prestador, en caso que la patología del paciente supere la complejidad del establecimiento en que se encuentra.

22.1.4 Plataformas

El sistema de Gestión de Camas cuenta con una plataforma web de uso a nivel nacional, cuyo acceso se encuentra disponible para los gestores de camas de cada establecimiento hospitalario y con fines de registro, gestión, monitoreo y seguimiento de casos.

22.2 Derivación

22.2.1 Flujos de derivación

La derivación se realiza entre hospitales de la red y hacia establecimientos de otras redes, tanto públicos como privados.

Documentos para Derivación por UGCC:

- Validador FONASA
- Resumen de Historia Clínica, resultados de exámenes, y de imágenes diagnósticas
- Carta Compromiso del Establecimiento
- Consentimiento Informado de hospitalización y traslado.

Rescate de pacientes desde hospitales de la red, y en ocasiones desde otros hospitales públicos o desde establecimientos privados. En el caso de los pacientes FONASA que han invocado *Ley de Urgencia*, rescate desde establecimientos privados a hospital que corresponde por territorio/cartera de servicios.

22.2.2 Criterios de inclusión

Derivación por UGCC: Beneficiario FONASA que requiere una cama que no está disponible en el establecimiento en que se encuentra.

Paciente Ley de Urgencia: paciente beneficiario FONASA, que consultó en Unidad de Emergencia de Establecimiento de Salud Privado con Patología que fue declarada de Emergencia vital o de pérdida de un órgano, por lo que, el médico de dichos establecimiento, en la primera atención, invocó la Ley N° 19650 (comúnmente llamada *Ley de Urgencia*). Una vez estabilizado, es decir, superada la Emergencia o Urgencia vital, el paciente opta por Atención en Modalidad de Atención Institucional (MAI).

Capítulo 23

Redes de Alta Complejidad

23.1 Descripción

Las redes de alta complejidad corresponden a redes que se articulan en torno a procedimientos de alta complejidad que superan la capacidad de resolución de las redes propias de los Servicios de Salud y constituyen redes Macrozonales. Nuestro Servicio de Salud está adscrito a la Macrozona Centro.

Red	Centro	Prestación
Neuroquirúrgica	Instituto de Neurocirugía	Epilepsia refractaria
Cardioquirúrgica Infantil	H. Roberto del Río	Cardiociugía
Cardioquirúrgica Adulto	I. Nacional del Tórax	Cardiociugía
Oncológica	I. Nacional del Cáncer	Radioterapia
Neonatología	Varios	UCI Neonatal
Salud Mental	Varios	Mediana Estadía y otros
Trasplantes	INT, HLCM, H. Salvador	Pulmonar, cardíaco, pediátrico, hepático
Fisura labiopalatina	Varios	Tratamiento integral
Gran Quemado	HUAP	Tratamiento Agudo
Transfusión Feto-Fetal	H. R. Talca	Tratamiento
Infertilidad	IDIMI	P. Alta Complejidad
Medicina transfusional	CMTSyT	Hemoconcentrados

23.2 Enlaces

Manual Redes GES y no GES 2019 [ver](#)

Parte IV

Redes Intersectoriales

Capítulo 24

Red de Víctimas de Violencia Sexual

24.1 Descripción

La violencia sexual es considerada una grave vulneración de derechos, especialmente contra la libertad e indemnidad sexual, y tiene importantes consecuencias sociales y para la salud de las víctimas, constituyéndose en un problema de salud pública. Dada las altas cifras y la cantidad de variables que intervienen, el fenómeno de la violencia sexual es una realidad compleja que requiere de la definición de políticas públicas y de estrategias integrales que articulen a los distintos sectores que tengan competencia y responsabilidad en este ámbito, consensuando procedimientos institucionales que garanticen la calidad y oportunidad de la atención y que se diseñen de acuerdo a las necesidades de las personas afectadas.

Los diferentes establecimientos de nuestra Red deben contribuir a resguardar los derechos fundamentales de las personas a recibir un trato digno y una atención informada. Se define por tanto como un tema prioritario común al intersector, establecer una atención integral a las víctimas de violencia sexual, teniendo como paradigma central el enfoque de derechos. En este sentido, se consideran relevantes las líneas de acción destinadas a detener la violencia, proteger a las víctimas, evitar la victimización secundaria, y propender a acciones eficientes que permitan facilitar la investigación del delito.

24.1.1 Componentes

- Establecimientos de la Red Asistencial
- Fiscalía Local
- Servicio de Salud local
- Unidad Clínico Forense Hospitalario (UCFH)
- Instituto Médico Legal

24.1.2 Cartera de servicios

- **Acogida:** Toda persona que tenga contacto con víctimas de agresión sexual, sea profesional, técnico, auxiliar o administrativo, debe tener trato digno, respetuoso y sensible con la víctima, lo que implica en primer lugar tener una postura definida de rechazo a toda forma de violencia sexual, no culpabilizando a la víctima de lo ocurrido, cualquiera sea la circunstancia en que el hecho haya sucedido. En el caso que las víctimas sean niños, niñas o adolescentes, la forma de aproximarse ser en función de la edad y etapa del desarrollo, capacidades cognitivas y estado emocional.
- **Primera Respuesta:** Acciones entregadas por el equipo de salud a la víctima, destinadas a la interrupción de la violencia sexual junto con establecer condiciones seguras y de protección de ésta, con el fin de dar inicio a la recuperación de los efectos adversos de la agresión. La primera respuesta facilita la persecución penal de los hechos y la sanción a los responsables, acciones que van más allá de la detección. Es una intervención que integra elementos clínicos y forenses, de orientación social y psicológica, realizado en un tiempo acotado y breve, con el fin de informar, apoyar e iniciar un proceso que dé término a la situación detectada, evite la reiteración del mismo y permita desarrollar acciones de protección e inicio de la recuperación de los efectos adversos.

- **Exploración Clínico Forense:** Procedimiento el cual ser realizado en Servicio Médico Legal o en alguna UCFH o otra unidad a fin, con los estándares establecidos según Norma Técnica y según lo instruido por Fiscalía Local.

24.1.3 Enlaces

- Normativa Nacional. Delitos Sexuales, Código Penal Art.361–411 [ver](#)
- Código Procesal Penal Art. 173–200 [ver](#)
- Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual [ver](#)

24.2 Derivación

24.2.1 Flujos de derivación

A los establecimientos pertenecientes a la Red del Servicio de Salud Metropolitano Sur, les corresponde la derivación de los casos de sospecha o con signos evidentes de violencia sexual, al Servicio Médico Legal de la Región Metropolitana (SML). Una vez efectuada la denuncia a Carabineros o PDI, estos deberán contactar a Fiscal de turno, quien indicará el traslado a SML en los casos que la condición clínica de la víctima lo permita.

24.2.2 Criterios de inclusión

Toda persona con sospecha o signos evidentes de haber sido víctima de violencia sexual en cualquiera de sus formas y que acuda a cualquier establecimiento de salud de nuestra Red.

El proceso de atención inicia con la primera respuesta del equipo de salud a la víctima, cada vez que:

- El/la integrante del equipo de salud detecta hallazgos (signos y síntomas) de violencia sexual al examinar a una persona.
- En el curso de una atención de salud se produce un relato espontáneo, por parte del niño, niña, adolescente o su adulto acompañante, de una situación de violencia sexual que lo afecta.
- Se produce una revelación espontánea de una persona mayor de edad, de una situación de violencia sexual que le afectó.
- Un tercero, que puede ser integrante del equipo de salud, ha detectado una situación de violencia sexual y ha derivado a la persona a otro profesional.

Medidas de Urgencia

En las situaciones en que está comprometida la integridad física, psíquica y/o la vida de la víctima, las medidas de urgencia que se pueden adoptar como prioritarias son las siguientes:

- Efectuar hospitalización inmediata, si se evalúa necesario para el tratamiento de las lesiones o compensación psicológica.
- Efectuar denuncia.
- Solicitar la protección legal de la víctima.

Denuncia

Puede interponerse la denuncia ante funcionario de Carabineros o PDI. Conforme al artículo 175 del Código Procesal Penal, están obligados a denunciar:

-
- Los jefes de establecimientos hospitalarios.
 - En general, los profesionales en medicina, odontología, química, bioquímica, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud.
 - Los que ejercen prestaciones auxiliares de ellas

El plazo para realizar la denuncia, conforme al artículo 176 del mismo código es de 24 horas siguientes al momento en que tomen conocimiento del hecho.

Capítulo 25

Red de Migrantes

25.1 Descripción

Chile se ha ido convirtiendo paulatinamente en un país de destino de migración. Los migrantes internacionales son el 2,7 % de la población total en el año 2014 (más de 441.000 personas según datos recientes del Departamento de Extranjería y Migración). El marco normativo chileno garantiza a los extranjeros en situación migratoria regular, acceso a la atención de salud en iguales condiciones que los nacionales. Los refugiados tienen cobertura total y directa al sistema de salud, por convenio especial entre el seguro público de salud FONASA y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública. En el marco de otras normativas ministeriales y convenio con el Ministerio del Interior y Seguridad Pública se asegura la atención de salud a niños, niñas y adolescentes y a mujeres embarazadas, no importando su situación migratoria; así mismo, la obligación de entregar bienes públicos de salud a esta población que son de acceso universal y que van en protección de toda la población. A continuación, se detalla un listado de instrumentos legales vigentes.

25.1.1 Enlaces

1. Política de Salud de Migrantes Internacionales. Ministerio de Salud, Chile. [ver](#)
2. 2003. Oficio circular 1179 Departamento de extranjería y Migraciones. Visa temporaria a mujeres extranjeras embarazadas con situación migratoria no regularizada. [ver](#)
3. 2008. Convenio Minsal Ministerio del Interior. Atención de salud y visa temporaria niños, niñas y adolescentes inmigrantes en igualdad de condiciones, sin importar situación migratoria irregular de sus padres o tutores legales. [ver](#)
4. Junio 2009. Atención de salud a personas con permiso de residencia en trámite. [ver](#)
5. Nov. 2014 Convenio FONASA Depto. Extranjería y Migraciones. Acceso a FONASA de extranjeros desde el momento en que solicitan visa con número de identificación similar al RUN. [ver](#)
6. Circular A15 N 06 2015. Desliga atención a permisos de residencia. Instrucciones atención mujeres durante el embarazo hasta un año, atención menores de edad, de urgencia y bienes de salud pública (métodos de regulación de la fertilidad incluida la anticoncepción de emergencia, vacunas, atención de enfermedades transmisibles: TBC, VIH/SIDA, ITS y educación sanitaria). [ver](#)
7. Decreto supremo N 67 2016, agrega una circunstancia más al artículo 2do del Decreto 110 del año 2004, donde se fijan las circunstancias y los mecanismos para acreditar la situación de carencia de recursos o indigencia de las y los beneficiarios del sistema público de salud a través de FONASA. [ver](#)
8. En el marco de la Mesa Asesora Sectorial de Migraciones, se elaboró una Circular que aclara los mecanismos para la implementación del Decreto 67, estableciendo el procedimiento para la atención de salud de inmigrantes irregulares y carentes de recursos. [ver](#)

Capítulo 26

Red SENAME

26.1 Descripción

A partir de enero del 2017, se establece un modelo de trabajo priorizado con el fin de otorgar atención integral y oportuna y de acuerdo a las necesidades de las Niñas, Niños, adolescentes y jóvenes (NNAJ), que han sido vulnerados en sus derechos como personas y no cuentan con redes de protección familiar. Para este efecto se incorporan al marco normativo vigente para los casos No GES, de esta población, plazos máximos de atención en Consulta Nueva Especialidad (CNE) 60 días y en Intervenciones Quirúrgicas 120 días.

26.1.1 Componentes

Toda la red asistencial en todos sus niveles. Intersector: SENAME, Ministerio de Justicia y derechos Humanos.

26.1.2 Normativas

1. Oficio Ord. 3147 fecha 17 Octubre 2016. Subsecretaria de Redes Asistenciales solicita a SENAME realizar inscripciones de NNAJ que ingresan a residencias en centros de atención primaria correspondiente.
2. Oficio Ord. 183 de Subsecretario(S) de Redes Asistenciales a directores de Servicios de Salud indicando priorización a NNAJ SENAME, definiendo plazos para atención de CNE e IQ No GES.
3. Resolución exenta N° 765 MINSAL 31 mayo 2017, aprueba programa de Reforzamiento de la atención de salud integral niños(as), adolescentes y jóvenes de programas del Servicio Nacional de Menores.
4. Oficio Ord. c21/ 1883 de Subsecretaria de Redes Asistenciales, solicita gestiones a directores de servicios de salud para atención oportuna de NNAJ SENAME que están en repositorio de CNE e IQ.
5. Oficio Ord. c2 N° 4910, del 21 diciembre 2017 Seguimiento a casos de NNAJ que requieren CNE e IQ, solicita reforzar las medidas de coordinación intersectorial a los servicios que han tenido dificultades en la resolución.
6. Oficio Ord. A15 N° 4956 del 22 diciembre 2017 informa de la elaboración de protocolo de coordinación SENAME MINSAL, para la atención de NNAJ SENAME que pueden requerir trasplante.
7. Lineamientos para la puesta en marcha del sistema intersectorial de salud integral con énfasis en salud mental, para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente.
8. Recomendaciones técnicas para el almacenamiento y administración de medicamentos en centros residenciales de SENAME.
9. Orientaciones técnicas y administrativas para la atención de salud en atención primaria de niños, niñas, adolescentes y jóvenes que participan en programas del Servicio Nacional de Menores.

26.1.3 Plataformas

- TrakCare
- SIGTE
- SIGGES
- SENAINFO

26.1.4 Criterios de inclusión

NNAJ bajo proteccion SENAME, con domicilio en el SSMS y Registrados en APS de nuestra RED.

Capítulo 27

Red de Víctimas de Trata de Personas

27.1 Descripción

La trata de personas es una grave violación de los derechos humanos y es considerada la esclavitud moderna. Vulnera la dignidad y libertad de una persona, a la vez que afecta seriamente su integridad física y psíquica. La OIT estima que 40 millones de personas en el mundo son víctimas de trabajo forzoso, siendo muchas de ellas, víctimas de trata de personas. Según cifras de UNODC, la trata de personas es el tercer negocio ilícito más lucrativo a nivel mundial, luego del tráfico de drogas y tráfico de armas, generando más de 150 mil millones de dólares anuales. En Chile, las tendencias identificadas referente a la trata de personas a partir de la tipificación de la conducta según lo establece el protocolo de Palermo (2000), demuestran que ésta se da primordialmente en sus modalidades de trata con fines de explotación sexual y trata con fines de explotación laboral. Desde la promulgación de la Ley N° 20.507 que tipifica el delito de trata de personas el año 2011 al 31 de diciembre de 2016, han sido formalizadas 29 causas por el delito de trata de personas, que comprenden un total de 206 víctimas.

27.1.1 Componentes

- Ministerio Público
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública (Subsecretaría de Interior – Departamento de Extranjería, Subsecretaría de Prevención del Delito – Programa Apoyo a Víctimas)
- Ministerio de Justicia (Corporaciones de Asistencia Judicial, Servicio Nacional de Menores y Servicio Médico Legal)
- Carabineros de Chile
- Policía de Investigaciones de Chile
- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Servicio Nacional de la Mujer
- Ministerio de Educación
- Corporación Humana
- Fundación Ciudadano Global Servicio Jesuita a Migrantes y Refugiados
- Instituto Católico Chileno de Migración (INCAMI)
- Clínica Jurídica, Universidad Diego Portales
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH)
- Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)
- Fundación Integra
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
- Servicio Nacional de Menores (SENAME)
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)

27.1.2 Enlaces

- El delito de trata de personas se encuentra previsto y sancionado en el *artículo 411 quater del Código Penal*. [ver](#)
- Orientaciones Técnicas 2018 “Detección, atención y primera respuesta en salud a personas víctimas de trata, tráfico ilícito de migrantes y explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes” [ver](#)
- Protocolo de atención a víctimas de trata de personas [ver](#)

Denuncia

- 133 Emergencia Policial de Carabineros de Chile
- 134 Policía de Investigaciones
- 147 Fono Niños de Carabineros

Atención a Víctimas

- 226809167 Brigada Investigadora contra la Trata de Personas BRITRAP
- 800104008 Fono Ayuda Violencia SERNAM
- 800730800 Línea 800 de SENAME
- 6008181000 Programa de Apoyo a Víctimas, Ministerio del Interior y Seguridad Pública
- 600333000 Ministerio Público
- 6004000101 Programa Denuncia Segura
- Sitio Web: <http://tratadepersonas.subinterior.gov.cl>

27.2 Derivación

27.2.1 Flujos de derivación

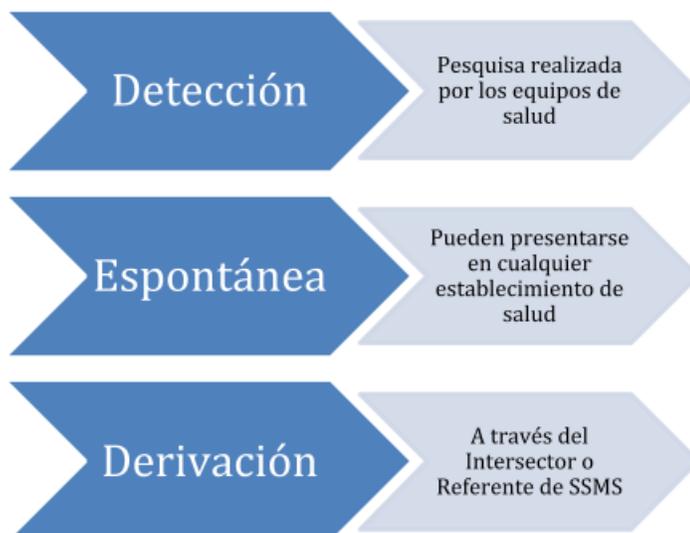
¿Qué hacer ante un posible caso de trata de personas?

1. Obtener datos de contacto de la presunta víctima
2. Denunciar
3. Derivar
4. Guardar reserva de la información

ver anexo: “Flujo de Atención Víctimas de Trata”

27.2.2 Criterios de inclusión

Toda persona que acuda a algún establecimiento de salud y que durante su proceso de atención se sospeche que sea víctima presunta del delito de trata de personas o por revelación espontánea con o sin solicitud de ayuda. Existen diferentes vías de ingreso, de las cuales destacan:



Capítulo 28

Red de Atención de Salud a Personas TRANS

28.1 Descripción

El modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud promueve el trabajo coordinado entre los distintos actores de la red asistencial, con el fin de mejorar la accesibilidad al sistema y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas, entre otros. Un enfoque de equidad y derechos en salud, insta a disminuir las barreras estructurales e institucionales para el acceso a los servicios de salud de la población en general y específicamente de poblaciones más desfavorecidas, en quienes, algunos de los determinantes sociales de la salud, como lo son el acceso a las prestaciones y el género, impactan de forma más profunda. La asociación entre malos indicadores de salud mental y la alta incidencia y prevalencia de comportamientos suicidas (ideación e intentos) en poblaciones LGBTI, la existencia de considerables preocupaciones y problemas de salud en general, y el acceso limitado a servicios competentes de atención de salud, hacen necesarias intervenciones para cubrir las necesidades generales y específicas de esta población. En este sentido, el Servicio de Salud, a quien corresponde la articulación y gestión de la red asistencial, ha desarrollado en conjunto con actores fundamentales de su red asistencial, el protocolo de derivación de personas en tránsito de género, con el objetivo de fomentar el acceso a la atención de salud de personas en tránsito de género en los distintos niveles de atención de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

28.1.1 Normativas

CIRCULAR No 34; (13 de septiembre 2011) MINSAL envía medidas para facilitar el acceso oportuno a la atención de salud, considerando el enfoque de equidad en salud, los derechos humanos y derechos ciudadanos.

CIRCULAR No 21; (14 de junio 2012) MINSAL reitera y profundiza las instrucciones entregadas con énfasis en la atención ambulatoria abierta (APS y especialidades) para homogeneizar la forma de comunicación y trato a las personas trans y de la diversidad sexual.

ORDINARIO N 534; (21 de marzo 2018) Dirección de Servicio de Salud envía información sobre atención a personas trans y solicita difundir Circular N 21.

28.2 Derivación

28.2.1 Flujos de derivación

El siguiente diagrama representa el tránsito del usuario por la red asistencial, en el cual se sigue la lógica territorial de derivación de las miniredes y de la red de salud mental del servicio de salud metropolitano sur.

ver anexo: “Flujograma de Derivación de Personas en Tránsito de Género”

Parte V

Anexos

Anexo 1: Atributos Esenciales de las RISS

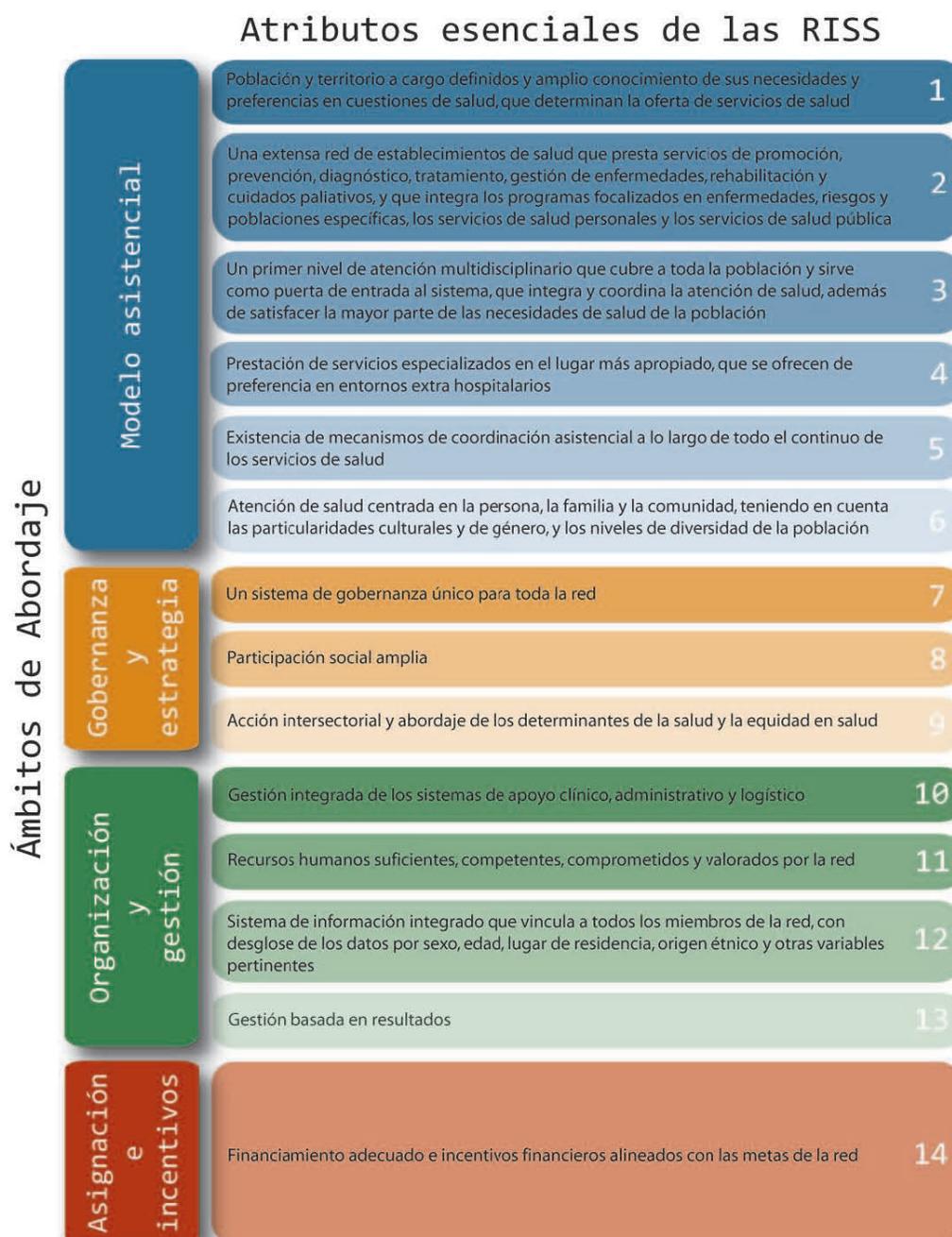


Figura 28.1: Ámbitos y Atributos de las RISS

Anexo 3: Mapa de Derivación No GES SSMS



Figura 28.3: Mapa de Derivación No GES

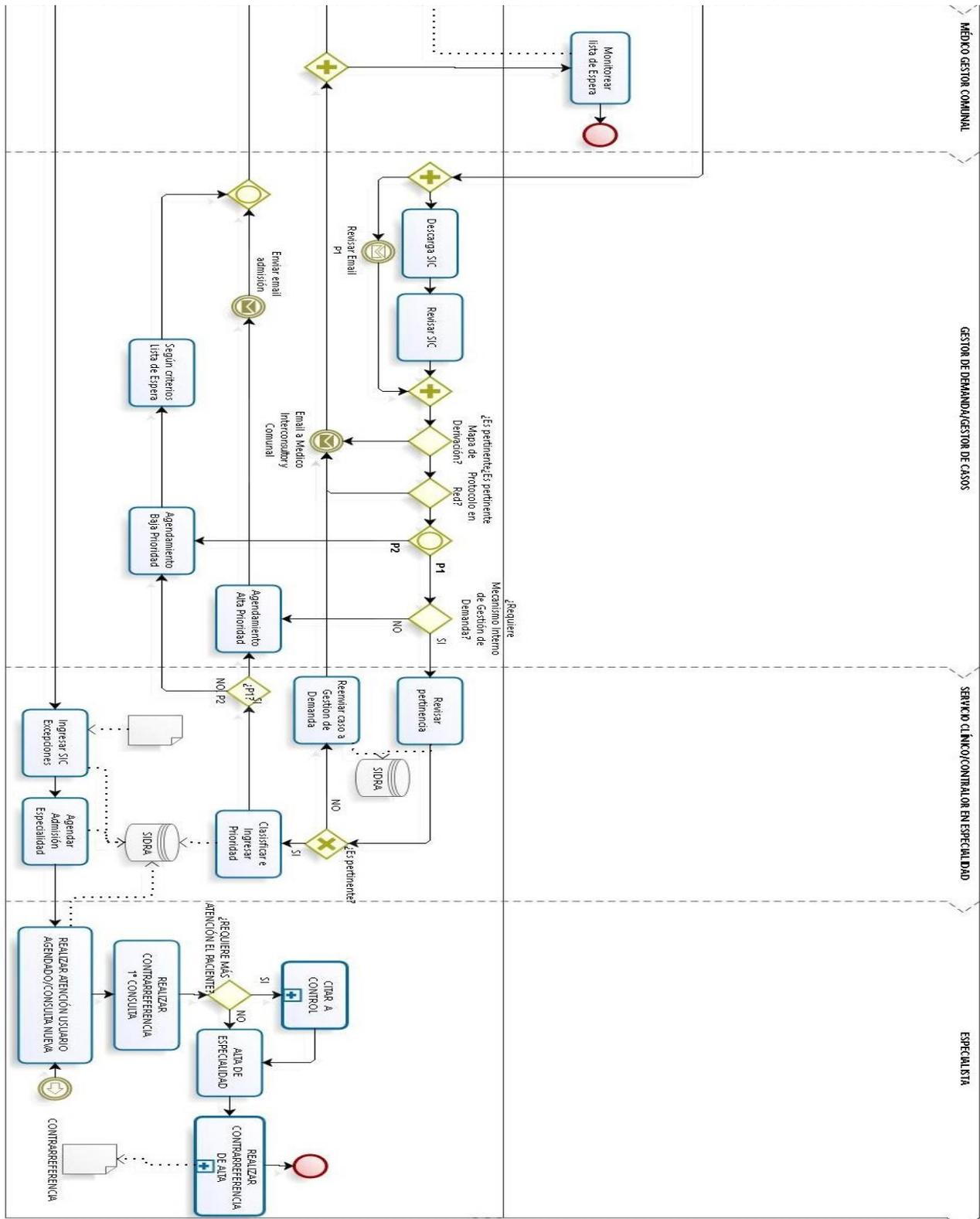


Figura 28.4: Flujograma Proceso de Referencia

Anexo 5: Flujograma Plataforma de Continuidad de la Atención

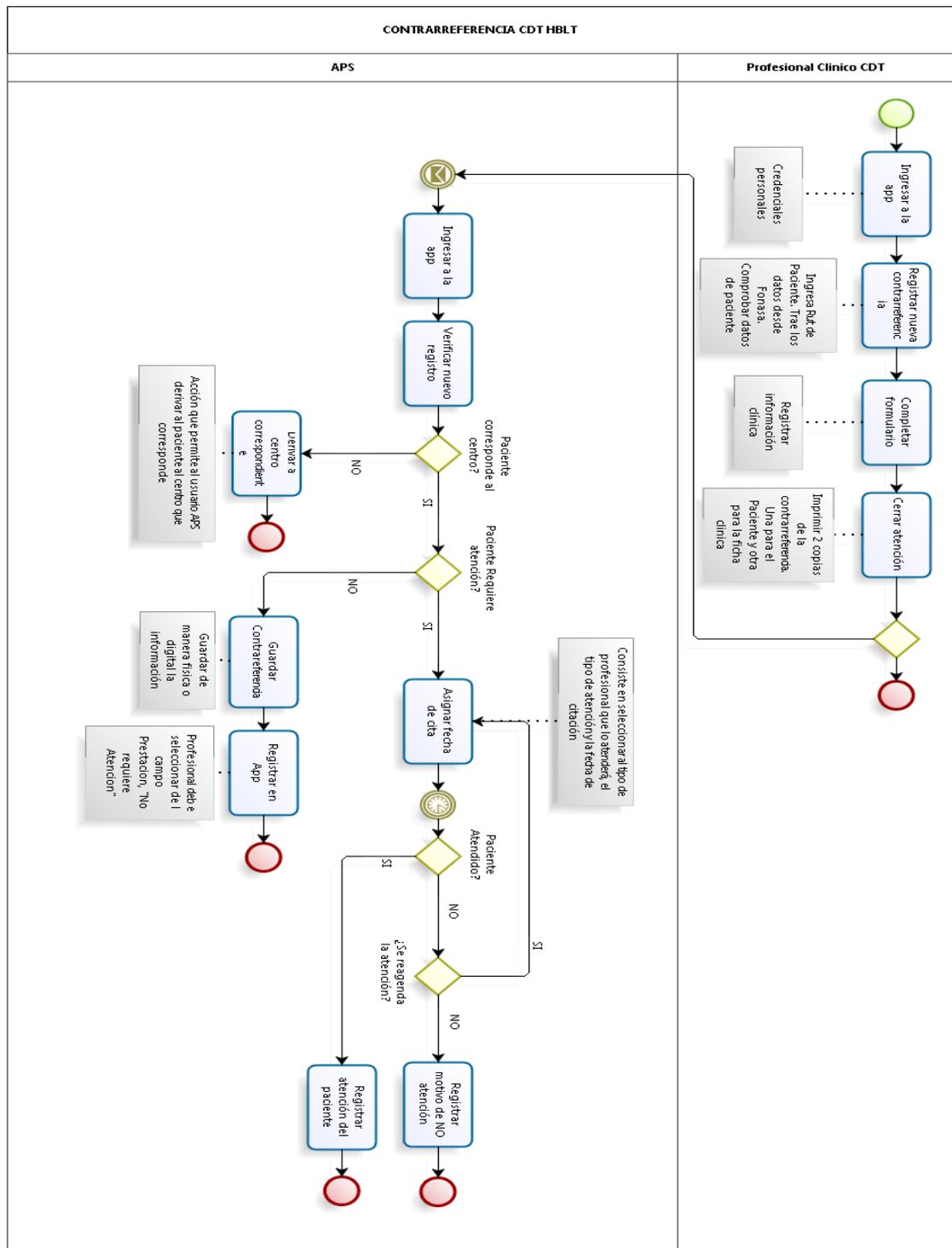


Figura 28.5: Flujograma Contrarreferencia

Anexo 6: Flujograma de Atención Víctimas de Trata de Personas

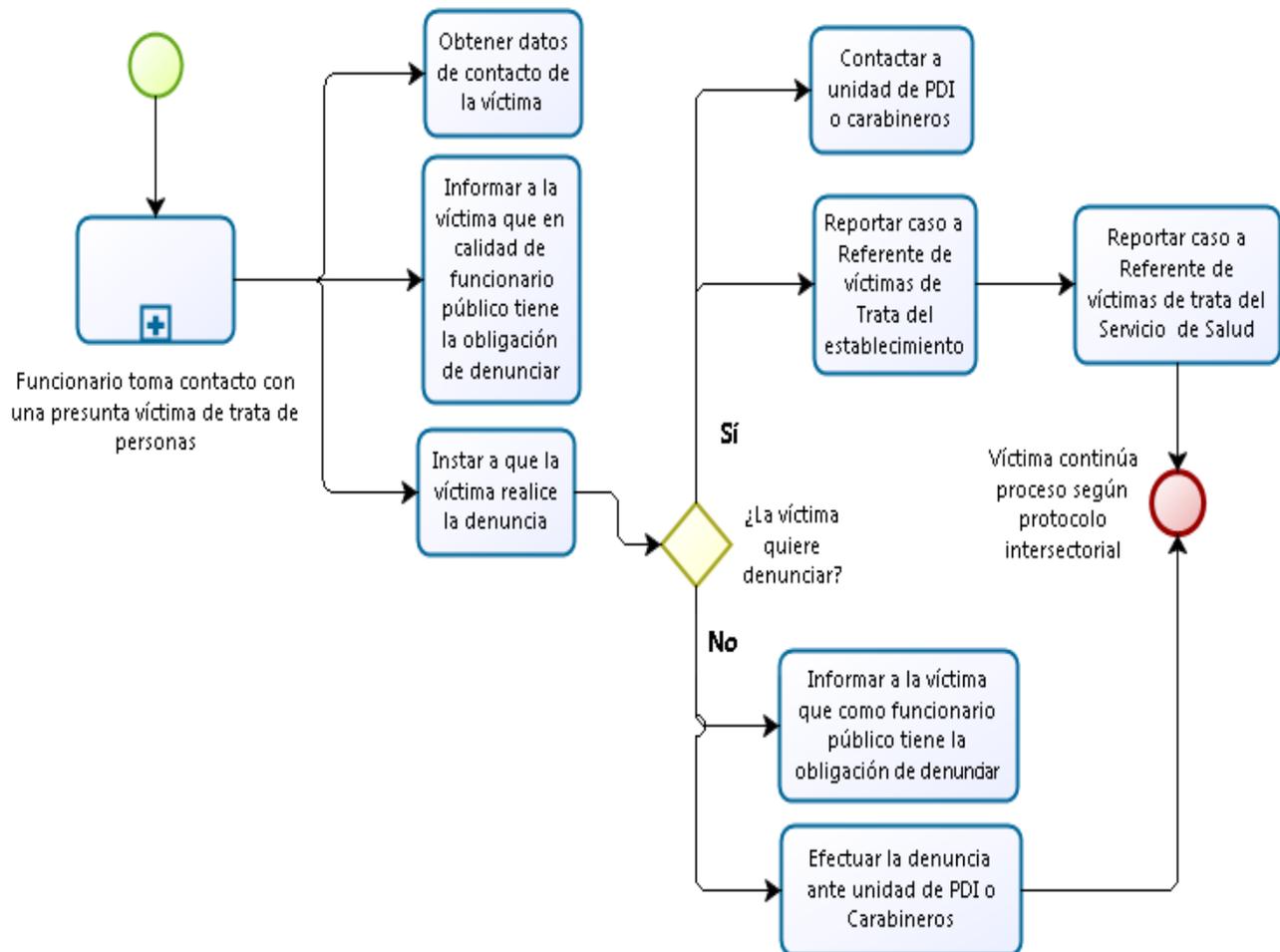


Figura 28.6: Flujo de Atención Víctimas de Trata de Personas.

Anexo 7: Flujograma de Derivación Personas en Tránsito de Género

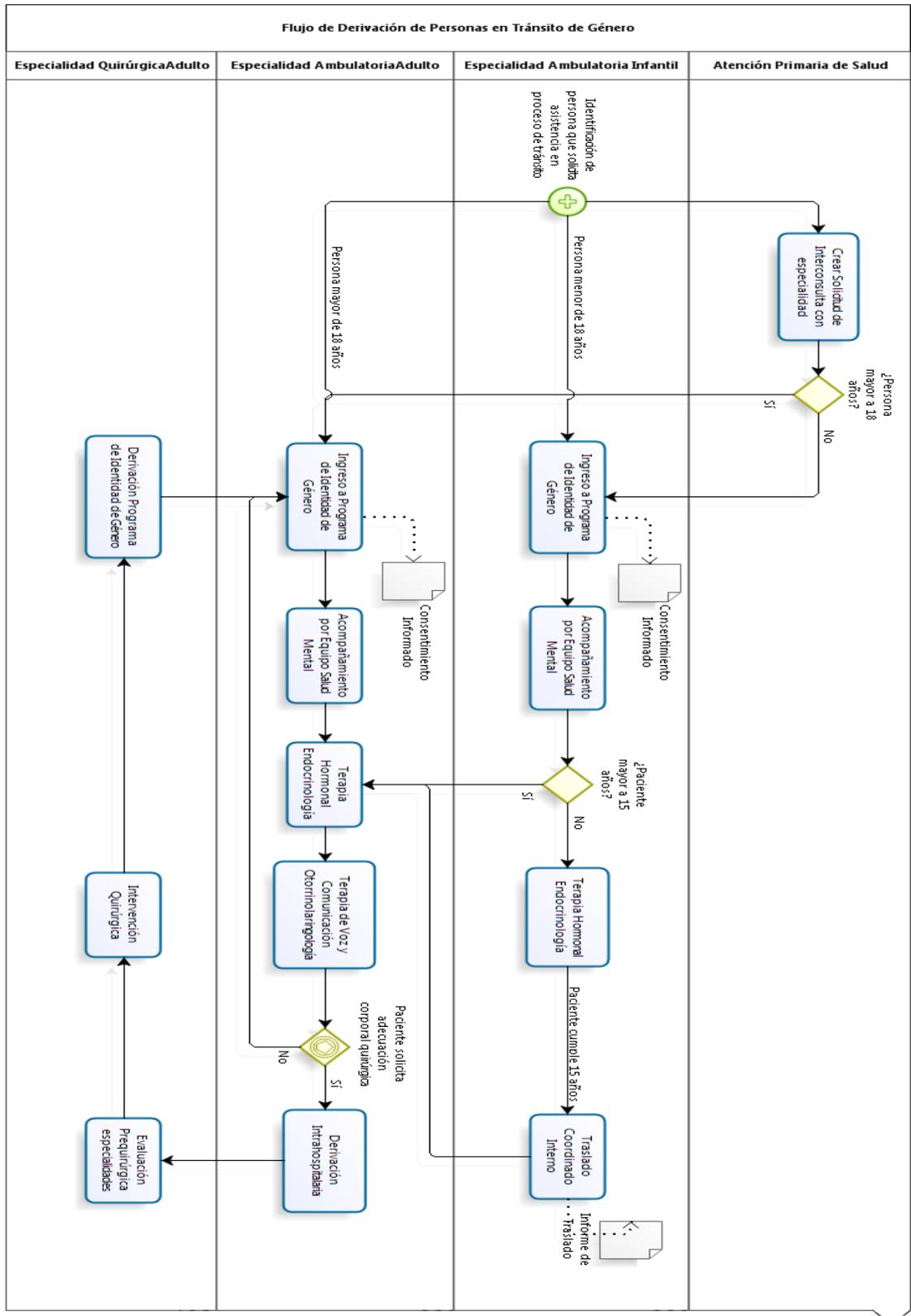


Figura 28.7: Flujograma Proceso Personas en Tránsito de Género