



DEPARTAMENTO ASESORIA JURIDICA

Nº 1080/2019

REF: 1448/2019

CRS/crs.



RESOLUCION EX. Nº 1390

SAN MIGUEL,

04 JUL 2019

VISTOS:

Las necesidades del Servicio; El Memorándum Nº 113, de fecha 20 de junio de 2019, de la Subdirección Médica del Servicio de Salud Metropolitano Sur, que solicita dictar Resolución que indica; El texto actualizado de la Resolución Nº 7, de 2019, de la Contraloría General de la República, que fija normas de exención del trámite de toma de razón; El Decreto Afecto Nº 76, de 2018, del Ministerio de Salud, sobre designación de cargo de Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur; y en uso de las facultades conferidas por los artículos 20 y 23 del DFL Nº 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL Nº 2.763 de 1979 y de las Leyes Nº 18.933 y Nº 19.469 y el artículo 8, del Decreto Supremo Nº 140 de 2004, del Ministerio de Salud, que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicio de Salud.

RESOLUCION

APRUEBASE el documento denominado "**Protocolo de Referencia y Contra - Referencia de la Red Asistencia**", del Departamento de Gestión de Redes del Servicio de Salud Metropolitano Sur, el que se acompaña en documento anexo y pasa a formar parte integrante de la presente Resolución.

ANOTESE Y COMUNIQUESE



[Signature]
DRA. CARMEN ARAVENA CERDA
DIRECTORA

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

Distribución:

- Depto. Gestión de Redes
- A. Jurídica
- Of. de Partes
- Archivo

[Signature]
Jessica Sánchez Pérez
MINISTRO DE FE

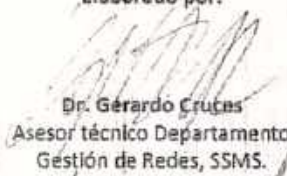
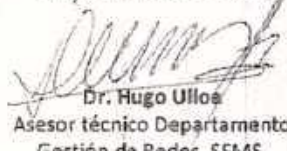
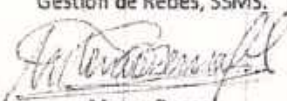
 Servicio de Salud Metropolitano Sur Ministerio de Salud	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR Departamento de Gestión de Redes	Código: DGR_PA001
		Edición: Primera
		Fecha: junio de 2019
		Página: 1 de 22
		Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED



Departamento de Gestión de Redes
Servicio de Salud Metropolitano Sur

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE LA RED ASISTENCIAL

Elaborado por:  Dr. Gerardo Cruzas Asesor técnico Departamento Gestión de Redes, SSMS.	Revisado por:  Dra. Carla Zamorano Subdirectora Médica Servicio de Salud Metropolitano Sur, SSMS.	Aprobado por:  Dra. Carmen Aravena Directora Servicio de Salud Metropolitano Sur, SSMS.
		
 Dr. Hugo Ulloa Asesor técnico Departamento Gestión de Redes, SSMS.		
 Marco Bernal Asesor técnico Departamento Gestión de Redes, SSMS.		
Fecha: Junio de 2019	Fecha: Junio de 2019	Fecha: Junio de 2019

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN:	3
2. OBJETIVO GENERAL:	4
3. OBJETIVOS ESPECIFICOS:	4
4. ALCANCE:	4
5. RESPONSABLES	5
6. DEFINICIONES DE TÉRMINOS:	6
7. MAPA DE LA RED	7
8. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA	8
9. DEFINICION PROCESO DE REFERENCIA	9
10. ACTORES EN EL PROCESO DE REFERENCIA	10
11. CONSIDERACIONES DEL PROCESO DE REFERENCIA	11
12. FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE REFERENCIA	12
13. DOCUMENTO PARA ENVÍO DE REFERENCIA	13
14. DEFINICION PROCESO DE CONTRA REFERENCIA	14
15. ACTORES EN PROCESO DE CONTRA REFERENCIA	15
16. CONSIDERACIONES PROCESO DE CONTRA REFERENCIA	15
17. FLUJOGRAMA PROCESO DE CONTRA REFERENCIA	16
18. DOCUMENTO PARA ENVÍO DE CONTRA REFERENCIA	17
19. DEFINICION, CONSIDERACIONES E IMPORTANCIA DE LA PERTINENCIA	18
20. DEFINICION, CONSIDERACIONES E IMPORTANCIA DEL ALTA DE NIVEL SECUNDARIO	19
21. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE PROCESO	19
22. PLAN DE DIFUSIÓN	21
23. BIBLIOGRAFÍA	22

 Servicio de Salud Metropolitano Sur Ministerio de Salud	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR Departamento de Gestión de Redes	Código: DGR_PA001
		Edición: Primera
		Fecha: junio de 2019
		Página: 3 de 22
		Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

1. INTRODUCCIÓN:

El Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) se encuentra organizado territorialmente, de manera de favorecer el acceso a la atención, la articulación de la red y la continuidad del cuidado.

Así mismo, especial relevancia han tenido aquellas iniciativas que propician el encuentro y trabajo colaborativo entre los distintos niveles de atención, consistentemente con lo planteado por la OPS, en términos de avanzar hacia una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

Uno de los procesos claves en la integración y articulación de la red asistencial es el de Referencia y Contrarreferencia de solicitudes de interconsultas, que impacta directamente en la continuidad de la atención, en los tiempos de espera y en la satisfacción usuaria.

Este protocolo tiene el objetivo de reflejar los estándares comunes del proceso de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos de la red asistencial, considerando las realidades locales y facilitando el acceso a información relevante para todos los actores de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano sur.

Para asegurar a los usuarios una atención y cuidado continuo, integrado, y coordinado dentro de una red asistencial, el proceso de Referencia y Contrarreferencia debe ser ágil, flexible y eficaz, además de permitir la comunicación y disponibilidad de información estandarizada entre los diferentes niveles de atención, con el fin de gestionar en red las diferentes prestaciones en salud.

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

2. OBJETIVO GENERAL:

- Estandarizar los flujos de referencia y contrarreferencia entre los establecimientos de salud pertenecientes a los distintos niveles de atención de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano sur.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Velar por la continuidad en la atención.
- Homogeneizar proceso de referencia y contrarreferencia en establecimientos de la red.
- Disponer de la información de los pacientes que se derivan y contra derivan entre los diferentes niveles de atención.
- Integrar y entregar información suficiente y de calidad que ayude a la toma de decisiones y a mejorar la gestión en red para la continuidad de los cuidados y resolución de problemas de salud.
- Promover la coordinación entre los niveles administrativos y clínicos de los establecimientos que conforman una red de atención para que intervengan en el proceso de Referencia y Contrarreferencia.

4. ALCANCE:

Las orientaciones e instrucciones de este protocolo aplican para todos los establecimientos de la red asistencial del Servicio Metropolitano Sur, tanto del nivel primario como del nivel secundario, en los cuales se realicen procedimientos de referencia hacia atención ambulatoria de especialidades No GES y contrarreferencia hacia atención primaria de salud.



Servicio de
Salud
Metropolitano
Sur

Ministerio de
Salud

**SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR**
Departamento de Gestión de
Redes

Código: DGR_PA001

Edición: Primera

Fecha: junio de 2019

Página: 5 de 22

Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

5. RESPONSABLES

El Departamento de Gestión de Redes de la Subdirección Médica del Servicio de Salud Metropolitano Sur, tiene entre sus funciones, según lo descrito en el Decreto N° 140:

- 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.

Por lo tanto, se considera como responsable de la Elaboración, Implementación y Evaluación del Protocolo de Referencia y Contrarreferencia de la Red Asistencial.

El Departamento de Gestión de Tecnologías de Información, de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur, es responsable de prestar asesoría técnica a los integrantes de la Red del Servicio en materia de operación y mantenimiento de las tecnologías de información y telecomunicaciones; lo que permitirá entre otras cosas determinar la trazabilidad del paciente.

En la ejecución del Protocolo de Referencia y Contrarreferencia del Servicio de Salud, participan todos los niveles de atención, incluyendo a:

- Médicos clínicos de APS
- SOME de cada CESFAM
- Médico Interconsultor de CESFAM
- Médico Contralor Comunal
- Unidades Hospitalarias de Gestión de la Demanda
- Unidades de Admisión Hospitalaria
- Médicos Especialistas Priorizadores
- Médicos Especialistas

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

6. DEFINICIONES DE TÉRMINOS:

Sistema de Referencia y Contrarreferencia: 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 éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

Referencia: (sinónimo de derivación): Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, 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 se incorpora en dos instancias: cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva) o al momento del alta del paciente 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.

Interconsulta: Derivación de un paciente por parte del médico o profesional tratante a otro profesional sanitario, para ofrecer una atención complementaria tanto para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

7. MAPA DE LA RED

MAPA DE DERIVACIÓN NO GES Servicio de Salud Metropolitano Sur - 2016

[illegible]

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

8. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA

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.

La derivación se realizará según los mecanismos de coordinación existentes del Servicio de Salud Metropolitano Sur de solicitud de interconsulta según registro manual y/o registro electrónico.

Respecto al Proceso de Referencia y Contrarreferencia en el sistema informático, 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, e 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 EPICRISIS, los cuales detallaremos a continuación.

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 derivación, 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.

Mediante este sistema se establecen las reglas de derivación que serán incorporadas directamente al proceso de solicitud de interconsulta. Estas reglas, son compuestas por grupos etarios, jurisdicción, complejidad, diagnóstico, destino y especialidad de destino. Las solicitudes de interconsulta 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 y su pertinencia para que la solicitud vaya a destino.

 Servicio de Salud Metropolitano Sur Ministerio de Salud	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR Departamento de Gestión de Redes		Código: DGR_PA001
			Edición: Primera
			Fecha: junio de 2019
			Página: 9 de 22
			Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

9. DEFINICION PROCESO DE REFERENCIA

Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un usuario 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.

Interconsulta: Derivación de un paciente por parte del médico o profesional tratante a otro profesional sanitario, para ofrecer una atención complementaria tanto para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

Clínico emisor: Profesional médico general o de salud familiar que entrega prestaciones en Centros de Salud Familiar y realiza la derivación del paciente.

Excepciones de SIC: Se trata de solicitudes de interconsulta que no son derivadas por vía establecida debido a situaciones como Protección de Datos Sensibles y/o Situaciones de Urgencia Obstétrica.

Tiempo de resolución: Medición del tiempo desde el ingreso de la interconsulta al alta del paciente por la patología protocolizada.

Priorización:

- **Prioridad P1:** Se define como Prioridad Alta para su resolución y que según tiempos del establecimiento debe ser resuelta en un breve periodo de tiempo.
- **Prioridad P2:** Se define como Prioridad Normal y se ajusta a los tiempos de resolución del establecimiento según criterios vigentes de lista de espera.

Tiempo de resolución: medición del tiempo desde el ingreso de la interconsulta al alta del paciente por la patología protocolizada.

Alta de nivel secundario o Alta Médica: proceso administrativo por el cual un paciente, que ya ha cumplido con su plan diagnóstico y terapéutico, es referido a su domicilio y/o a su establecimiento de atención primaria de origen con un documento de contrarreferencia.

Formulario Contrarreferencia: Documento de contrarreferencia que se elabora al momento del Alta Médica y que se envía al Establecimiento de Atención Primaria.

Paciente Bajo Control: Paciente que se encuentra bajo control en los programas de atención primaria que corresponda.

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

SOME: Servicio de Orientación Médico Estadístico.

SIDRA: Sistema de Información de Redes Asistenciales.

SIGTE: Sistema Integrado de Gestión de Tiempos de Espera.

10. ACTORES EN EL PROCESO DE REFERENCIA

Actores	Funciones
Médico clínico APS	Generar una solicitud de interconsulta pertinente según protocolos de referencia y contrarreferencia.
Administrativo SOME	Digitar solicitud de interconsulta en sistema informático correspondiente.
Médico Interconsultor	Evaluar pertinencia administrativa de la solicitud de interconsulta. Evaluar pertinencia clínica de la solicitud de interconsulta. Asignar prioridad clínica a la solicitud de interconsulta.
Médico Gestor	Supervisar priorización de solicitudes de interconsulta. Monitorizar solicitudes interconsulta con prioridad 1.
Gestor de Demanda	Recepcionar solicitudes de interconsulta. Evaluar pertinencia administrativa de las solicitudes de interconsulta. Evaluar pertinencia clínica de las solicitudes de interconsulta. Evaluar prioridad de solicitudes de interconsulta.
Admisión y Agenda	Agendar cita de paciente priorizado. Egresos Administrativos de Lista de Espera.
Médico Especialista Priorizador	Evaluar pertinencia clínica de solicitudes de interconsulta. Entregar prestación de salud recepcionada.
Médico Especialista	Otorgar prestación de salud. Otorgar Alta Médica. Elaborar documento de Contrarreferencia.



**SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR**
**Departamento de Gestión de
Redes**

Código: DGR_PA001

Edición: Primera

Fecha: junio de 2019

Página: 11 de 22

Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

11. CONSIDERACIONES DEL PROCESO DE REFERENCIA

Durante el proceso de Referencia y Contrarreferencia de la red asistencial se pueden dar algunas situaciones que se describen a continuación:

Para el caso de las excepciones a las solicitudes de interconsulta, en caso de derivaciones que incluyan la especialidad de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) y por protección de datos sensibles, la SIC se emitirá solamente en formato papel y se le entregará al paciente para que la haga llegar al nivel secundario que corresponda.

En el caso de que en la revisión de SIC del médico Interconsultor se detecte que una SIC corresponde a GES, se inicia un subproceso de referencia GES y se activan las garantías correspondientes.

Si una SIC es categorizada como P0 en la revisión por médico Interconsultor se hacen rápidamente las gestiones para ubicar al paciente y que sea derivado al servicio de urgencia correspondiente.

Una vez que la SIC llega al nivel secundario, y se determina un cambio de prioridad, se envía un informe periódico a los referentes de atención primaria con dicha información para la gestión correspondiente.

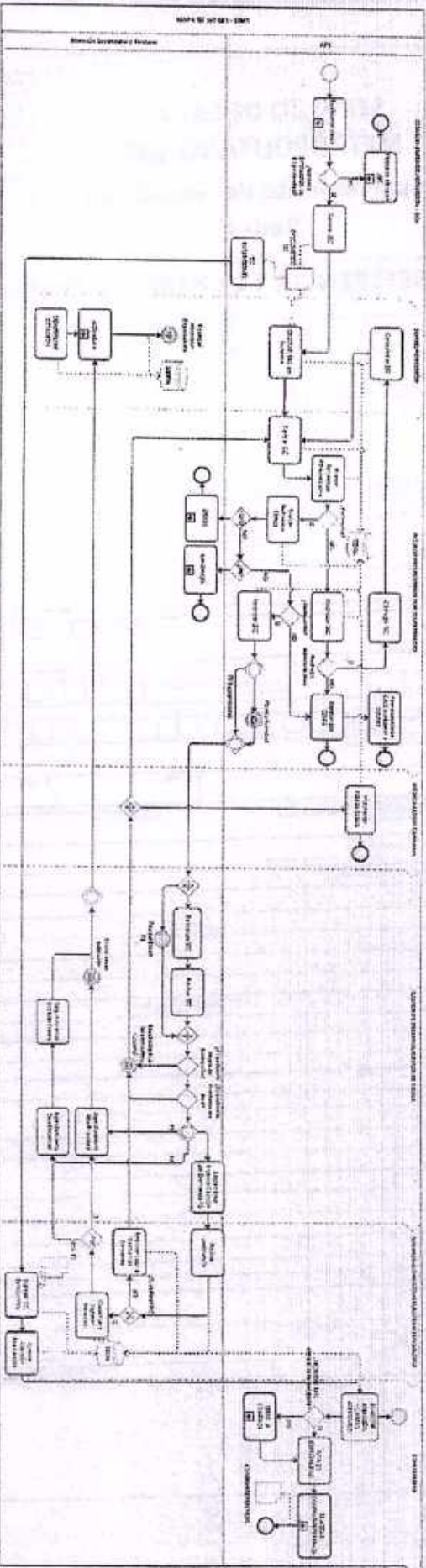
El mecanismo interno de gestión de la demanda, se activa cuando la demanda excede la capacidad de respuesta del nivel secundario, en especialidades con mayor lista de espera. Este proceso incluye la confirmación de priorización de SIC por parte de médicos especialistas de los servicios clínicos correspondientes.

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR
Departamento de Gestión de Redes

Código: DGR_PA001
Edición: Primera
Fecha: junio de 2019
Página: 12 de 22
Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

12. FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE REFERENCIA





Servicio de
Salud
Metropolitano
Sur

Ministerio de
Salud

SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR
Departamento de Gestión de
Redes

Código: DGR_PA001

Edición: Primera

Fecha: junio de 2019

Página: 13 de 22

Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

13. DOCUMENTO PARA ENVÍO DE REFERENCIA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACIÓN		FOLIO N°
FECHA DE SOLICITUD: Día Mes Año		NORA:
1. Nombre del paciente		2. Estado civil
3. Edad		4. Sexo
5. Nombre		6. Madre/Cónyuge
7. MULT. ☐ Apellido Paterno Apellido Materno		8. Si es mujer, indique AUI de padre o madre beneficiaria
9. Cónyuge (Matrimonio) ☐ Estado civil ☐ Fecha de nacimiento Día Mes Año		10. Edad Años Meses Días Horas
11. Dirección (Calle, número, departamento, ciudad, país, código postal)		12. Teléfono
13. Correo electrónico		14. Teléfono 1
15. Teléfono 2		16. Correo electrónico
17. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		18. Seguro
19. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		20. Seguro
21. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		22. Seguro
23. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		24. Seguro
25. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		26. Seguro
27. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		28. Seguro
29. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		30. Seguro
31. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		32. Seguro
33. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		34. Seguro
35. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		36. Seguro
37. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		38. Seguro
39. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		40. Seguro
41. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		42. Seguro
43. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		44. Seguro
45. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		46. Seguro
47. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		48. Seguro
49. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		50. Seguro
51. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		52. Seguro
53. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		54. Seguro
55. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		56. Seguro
57. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		58. Seguro
59. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		60. Seguro
61. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		62. Seguro
63. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		64. Seguro
65. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		66. Seguro
67. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		68. Seguro
69. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		70. Seguro
71. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		72. Seguro
73. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		74. Seguro
75. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		76. Seguro
77. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		78. Seguro
79. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		80. Seguro
81. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		82. Seguro
83. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		84. Seguro
85. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		86. Seguro
87. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		88. Seguro
89. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		90. Seguro
91. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		92. Seguro
93. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		94. Seguro
95. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		96. Seguro
97. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		98. Seguro
99. Si el paciente es beneficiario de la atención de salud, indique el tipo de seguro (Público, Privado, Mixto)		100. Seguro



Servicio de
Salud
Metropolitano
Sur

Ministerio de
Salud

**SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR**
**Departamento de Gestión de
Redes**

Código: DGR_PA001

Edición: Primera

Fecha: junio de 2019

Página: 14 de 22

Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

14. DEFINICION PROCESO DE CONTRA REFERENCIA

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 y dado de alta médica.

Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada con el formulario de contrarreferencia.

Paciente Bajo Control: Paciente que se encuentra bajo control en los programas de atención primaria que corresponda.

Alta de nivel secundario o Alta Médica: proceso administrativo por el cual un paciente, que ya ha cumplido con su plan diagnóstico y terapéutico, es referido a su domicilio y/o a su establecimiento de atención primaria de origen con un documento de contrarreferencia.

Formulario Contrarreferencia: Documento de contrarreferencia que se elabora al momento del Alta Médica y que se envía al Establecimiento de Atención Primaria.

 Servicio de Salud Metropolitano Sur Ministerio de Salud	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR Departamento de Gestión de Redes	Código: DGR_PA001
		Edición: Primera
		Fecha: junio de 2019
		Página: 15 de 22
		Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

15. ACTORES EN PROCESO DE CONTRA REFERENCIA

Profesional	Funciones
Médico Especialista	Otorgar Alta Médica. Elaborar documento de Contrarreferencia.
Admisión	Recopilar formularios de contrarreferencia. Digitar en sistema informático formularios.
Gestor de Demanda	Compilar formularios de contrarreferencia. Envío compilado de formularios a APS.
Gestión de Contrarreferencia de APS (Dirección de CESFAM)	Recepcionar compilado de contrarreferencia. Gestionar formularios de contrarreferencia.
Jefe de Sector	Revisar formularios de contrarreferencia. Gestionar controles de pacientes.
SOME	Citar a control a paciente según corresponda.
Médico clínico APS	Otorgar prestación de salud.

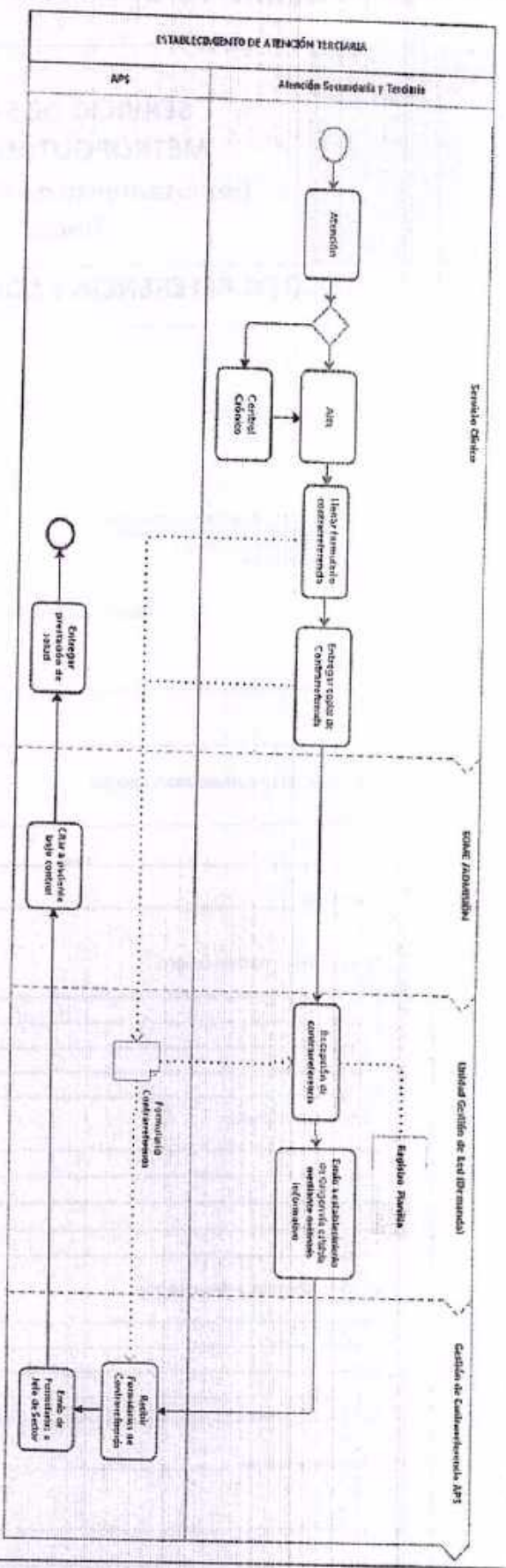
16. CONSIDERACIONES PROCESO DE CONTRA REFERENCIA

Durante el proceso de contrarreferencia de la red asistencial, se emiten varias copias del formulario de contrarreferencia.

Una de estas copias se entrega al paciente para que entregue al momento de realizar la consulta en su centro de atención primaria, la otra copia se envía vía estafeta a Gestión de Demanda Hospitalaria, y la otra copia se envía vía estafeta a los centros de atención primaria correspondientes.

Se encuentra en elaboración una plataforma que pretende informatizar el proceso de Contrarreferencia con el objetivo de mejorar los niveles de calidad del proceso y los mecanismos de control del mismo. Esto permitiría enviar vía electrónica los formularios de contrarreferencia recopilados durante algún periodo de tiempo definido.

17. FLUJOGRAMA PROCESO DE CONTRA REFERENCIA





Servicio de
Salud
Metropolitano
Sur

Ministerio de
Salud

**SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR**
Departamento de Gestión de
Redes

Código: DGR_PA001

Edición: Primera

Fecha: junio de 2019

Página: 17 de 22

Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

18. DOCUMENTO PARA ENVÍO DE CONTRA REFERENCIA

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR
COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO
DIRECCIÓN ÁREA ASISTENCIAL
UNIDAD DE RED CABL

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

DE: _____ FECHA: _____

A: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE O USUARIO

NOMBRE: _____

RUT: _____ EDAD: _____ TELÉFONOS: _____

DIRECCIÓN: _____ CONSULTORIOS: _____

DIAGNÓSTICO Y CUADRO CLÍNICO:

TRATAMIENTO ACTUAL:

PLAN DE CONTROL Y SEGUIMIENTO:

Nombre del profesional: _____ Firma: _____

ORIGINAL: Establecimiento receptor de la Contrarreferencia



Servicio de
Salud
Metropolitano
Sur

Ministerio de
Salud

**SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR**
**Departamento de Gestión de
Redes**

Código: DGR_PA001

Edición: Primera

Fecha: junio de 2019

Página: 18 de 22

Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

El documento de contrarreferencia debe contar con los siguientes datos:

- 1.- Datos del paciente: Nombre, Rut, edad.
- 2.- Datos del establecimiento que contra refiere.
- 3.- Datos del establecimiento de referencia.
- 4.- Diagnóstico.
- 5.- Tratamiento realizado.
- 6.- Plan o indicaciones para APS.
- 7.- Datos del médico especialista que contra refiere: Nombre, Rut y especialidad.

19. DEFINICION, CONSIDERACIONES E IMPORTANCIA DE LA PERTINENCIA

Pertinencia: Derivación de acuerdo a los protocolos de Referencia y Contrarreferencia de la red.

Existen dos causas de No Pertinencia:

- No pertinencia Administrativa, 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.
- No pertinencia Clínica, por no respetar los criterios clínicos de inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación, que sería la más relevante.

La No pertinencia debe generar que la red asistencial realice las mejoras ya sea en capacitaciones, reuniones de coordinación, implementación de nuevas estrategias, etc. que asegure la segura y expedita resolutivead.

Una de las formas de evaluar la pertinencia de las derivaciones es medir un indicador asociado tanto en COMGES como en IAPPS, lo que da cuenta también de la resolutivead del nivel primario, al considerar que el número de interconsulta emitidas no debe superar el 10% del total de atenciones realizadas en el nivel primario.

 Servicio de Salud Metropolitano Sur Ministerio de Salud	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR Departamento de Gestión de Redes	Código: DGR_PA001
		Edición: Primera
		Fecha: junio de 2019
		Página: 19 de 22
		Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

20. DEFINICION, CONSIDERACIONES E IMPORTANCIA DEL ALTA DE NIVEL SECUNDARIO

Tiempo de resolución: medición del tiempo desde el ingreso de la interconsulta al alta del paciente por la patología protocolizada.

Alta de nivel secundario o Alta Médica: proceso administrativo por el cual un paciente, que ya ha cumplido con su plan diagnóstico y terapéutico, es referido a su domicilio y/o a su establecimiento de atención primaria de origen con un documento de contrarreferencia.

21. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE PROCESO

La evaluación se llevará a cabo por el Departamento de Gestión de Redes de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur, responsable del Protocolo de Referencia y Contrarreferencia de la Red, quienes la llevarán a cabo con una frecuencia semestral.

Para realizar la evaluación, se entenderá como implementado cuando se evidencie totalidad del puntaje por cada ítem revisado. La revisión es responsabilidad del Servicio de Salud y se realizará según sistema local, el cual puede encontrarse con procesos total o parcialmente informatizados.

Procedimiento:

1. Seleccionar de SIGTE la totalidad de pacientes atendidos en nivel secundario con causal de egreso N°1 con fecha dentro del corte a evaluar.
2. De este universo, filtrar los pacientes que cuentan con Alta de nivel Secundario y con retorno a Atención Primaria de Salud. (Se recuerda que el Alta de nivel secundario se define como el proceso administrativo por el cual un paciente, que ya ha cumplido con su plan diagnóstico y terapéutico, es referido a su domicilio y/o a su establecimiento de atención primaria de origen con un documento de contra-referencia). Esta información tendrá como fuente de datos el registro rutificado de contrarreferencias realizadas por el establecimiento, ya sea extraída desde un sistema informático de Registro Clínico Electrónico, o desde planillas locales creadas en caso de no tener implementado lo último.
3. De la totalidad obtenida, se solicita extraer una muestra aleatoria que sea mayor a 30 casos y que no supere los 50 casos, de acuerdo a la realidad local.

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

4. Con la muestra final, se comienza a evaluar cada caso según recuadro que se detalla más abajo. Cada recuadro debe quedar detallado en formato Excel como verificable.

RUT Usuario	Fecha Primera Consulta	Fecha Alta		
Proceso de Referencia (derivación por interconsulta)		Puntos Obtenidos		Observaciones
Datos de usuario		No (0%)	Si (100%)	
1.	La dirección de contacto del paciente es concordante con el Establecimiento de destino	0	1	
2.	Número válido de teléfono fijo o móvil.	0	1	
Datos derivación		No (0%)	Si (100%)	
3.	Usuario(a) derivado(a) a la especialidad que corresponda según hipótesis diagnóstica y protocolos de referencia locales.	0	1	
4.	Exámenes ingresados y concordantes al fundamento de diagnóstico ingresado, según protocolos de referencia.	0	1	
Puntos Obtenidos por Nivel 1				

 Servicio de Salud Metropolitano Sur Ministerio de Salud	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR Departamento de Gestión de Redes	Código: DGR_PA001
		Edición: Primera
		Fecha: junio de 2019
		Página: 21 de 22
		Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

22. PLAN DE DIFUSIÓN

- El protocolo debe ser presentado en reuniones de Atención Primaria y Secundaria junto con la difusión al personal administrativo respectivo de cada establecimiento de los distintos niveles.
- Disponer del protocolo y flujograma en la página web del Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Presentación y difusión en el Consejo Integrador de la Red Asistencial
- Presentación y difusión en reuniones de minired: Central, Poniente, Oriente y Sur-Sur



**SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR**
Departamento de Gestión de
Redes

Código: DGR_PA001
Edición: Primera
Fecha: junio de 2019
Página: 22 de 22
Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA EN RED

23. BIBLIOGRAFÍA

- Manual, Proceso de Registro de Lista de Espera no GES, DGI, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
- REGLAMENTO ORGANICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Decreto 140, MINISTERIO DE SALUD, 2005.
- Documento de Trabajo: Rol y Funciones del Médico Gestor Comunal del SSMS 2019.
- Orientaciones para la planificación y programación en red 2019 MINSAL.
- Protocolos Resolutivos en Red. Unidad Ambulatorio. DIGERA, MINSAL 2015.
- Sistema de Referencia- Contrarreferencia, Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales DIGERA, MINSAL.
- Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud, Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 12 (24): 114-129, enero-junio de 2013.

