

**Implantación y mejora en el uso de mecanismos de coordinación asistencial
entre niveles en redes públicas de servicios de salud en Chile**

Isabel Margarita Abarca Baeza

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

Implantación y mejora en el uso de mecanismos de
coordinación asistencial entre niveles en redes públicas de
servicios de salud en Chile.

Isabel Margarita Abarca Baeza

TESIS DOCTORAL UAB / 2025

DIRECTORAS:

Dra. Pamela Eguiguren Bravo

Dra. María Luisa Vázquez Navarrete

TUTOR.

Dr. Jordi Casabona Barbara

Facultad de Medicina

Departamento de Pediatría, de Obstetricia y Ginecología y de Medicina Preventiva y Salud Pública

Programa De Doctorado en Metodología de la Investigación Biomédica y Salud Pública

I. Contenido

Resumen	6
Resum	16
Abstract	26
Presentación.....	35
Lista de abreviaturas.....	38
I.- Introducción.....	40
1. Contexto general del país	41
2. Sistema de salud chileno	42
2.1 Configuración actual del sistema de salud chileno	43
2.2 Mecanismos de coordinación entre niveles en las redes públicas.....	48
3.- Marco teórico.....	52
3.1 Redes integradas y marco de análisis para la coordinación.	52
3.2 Coordinación asistencial entre niveles de atención	53
3.2.1 Concepto y dimensiones.....	53
3.2.2 Factores que influyen en la coordinación	57
3.3 Estrategias para la mejora de la coordinación asistencial.....	59
3.4 Mecanismos de coordinación asistencial.....	61
3.5 Estrategias para mejorar el uso de los mecanismos de coordinación.....	68
3.6 Investigación Acción Participativa como enfoque metodológico para la implantación de mecanismos de coordinación.	70
3.7 Evaluación de los mecanismos de coordinación asistencial	72
3.8 Estado del conocimiento sobre los mecanismos de coordinación asistencial	75
4.- Contexto: proyecto EQUITY LA II	80
II. Justificación.....	83
III. Preguntas de investigación, hipótesis y objetivos.....	86
Preguntas de investigación:.....	86

Hipótesis (estudio cuantitativo)	86
Objetivo general.....	86
Objetivos específicos	87
IV. Métodos	87
Revisión de alcance	88
Estudio cuantitativo.....	92
Aspectos éticos	105
V. Resultados	106
¿Qué sabemos sobre la implantación de mecanismos de coordinación clínica entre niveles en los servicios de salud de Chile? Revisión de alcance.	106
Estudio cuantitativo	119
Subestudio I: Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación asistencial entre niveles, en dos redes de servicios de salud de la región metropolitana de Chile.	119
Subestudio II: Efectividad de una intervención participativa sobre el uso de mecanismos de coordinación interniveles en redes públicas de salud en Chile.	139
VI. Discusión	150
Contribuciones de la tesis.....	150
Implantación de mecanismos de coordinación asistencial entre niveles en las redes de servicios de salud metropolitanas.	155
Intervenciones mediante procesos participativos contribuyen a la mejora del uso de mecanismos de coordinación existentes.....	161
Limitaciones del estudio.....	162
VII. Conclusiones	164
VIII. Recomendaciones	167
Bibliografía	171
Publicaciones de la doctoranda	186
Publicaciones relacionadas con la tesis	186
Otras publicaciones:	188

Anexo 1: Cuestionario COORDENA-CH 2015.....	191
Anexo 2: Actualización 2017 cuestionario COORDENA-CH.....	200

Índice de figuras

Figura 1. Estructura funcional del sistema de salud chileno

Figura 2. Establecimientos de salud según nivel de complejidad, red pública de salud

Figura 3. Marco de análisis para el desempeño de las redes integradas

Figura 4. Tipos, dimensiones de coordinación y factores que la influyen

Figura 5. Esquema de búsqueda y selección

Índice de tablas

Tabla 1. Mecanismos de coordinación en los servicios de salud de Chile.

Tabla 2. Compromisos de gestión relacionados con estrategias o mecanismos de coordinación entre niveles, períodos 2014-2018, 2019-2022 y 2023-2024.

Tabla 3. Tipos de mecanismos de coordinación asistencial según la base de coordinación.

Tabla 4. Principales mecanismos de coordinación, según tipo y base de coordinación.

Tabla 5. Términos de búsqueda.

Tabla 6. Sintaxis de búsqueda PubMed.

Tabla 7. Variables de base de datos de extracción de resultados. Etapa 1.

Tabla 8. Variables de base de datos de extracción de resultados. Etapa 2.

Tabla 9. Comunas y centros de salud participantes según red.

Tabla 10. Variables de estudio, subestudio I: nivel de conocimiento, uso, características y dificultades de uso de los mecanismos de coordinación.

Tabla 11. Variables de estudio, subestudio II. Efectividad de la intervención sobre el conocimiento y uso de otros mecanismos existentes.

Tabla 12. Resultados de los estudios cuantitativos sobre conocimiento, uso y resultados de la introducción de mecanismos de coordinación.

Tabla 13. Resultados de los estudios cualitativos sobre conocimiento, uso y resultados de la introducción de mecanismos de coordinación.

Tabla 14. Características de la muestra, según red y nivel de atención, 2015.

Tabla 15. Nivel de conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación, según red y nivel de atención, 2015.

Tabla 16. Características de uso de la hoja de interconsulta, según red, 2015.

Tabla 17. Características de uso de la hoja de contrarreferencia, según red, 2015

Tabla 18. Dificultades de uso de la hoja de interconsulta y contrarreferencia, según red y nivel de atención en cada red, 2015.

Tabla 19. Características de uso del informe de alta hospitalarias, según red y nivel de atención, 2015.

Tabla 20. Dificultades de uso del informe de alta hospitalaria, según red y nivel de atención, 2015.

Tabla 21. Características de uso de las guías de práctica clínica o protocolos compartidos, según red y nivel de atención, 2015.

Tabla 22. Dificultades de uso de las guías de práctica clínica o protocolos compartidos, según red y nivel de atención, 2015.

Tabla 23. Características de participación en consultorías presenciales entre niveles de atención, según red y nivel de atención, 2015.

Tabla 24. Dificultades de participación en consultorías presenciales entre niveles, según red y nivel de atención, 2015.

Tabla 25. Características de la muestra según red y nivel de atención (intervención y control), 2015-2017.

Tabla 26. Nivel de conocimiento, participación y opinión de las consultorías virtuales y visitas internivel post intervención, según red, 2017.

Tabla 27. Cambios en el nivel de conocimiento de los mecanismos de coordinación según red y nivel de atención, red intervenida (RI) y control (RC), pre y post intervención, 2015-2017. Análisis bivariado.

Tabla 28. Cambios en el nivel de conocimiento de los mecanismos de coordinación según red y nivel de atención, red intervenida (RI) y control (RC) pre y post intervención, 2015-2017. Razones de prevalencia.

Tabla 29. Cambios en el uso frecuente de los mecanismos de coordinación, red intervenida (RI) y red control (RC), pre y post intervención, 2015-2017. Análisis bivariado.

Tabla 30. Cambios en el uso frecuente de los mecanismos de coordinación, red intervenida (RI) y red control (RC), pre y post intervención, 2015-2017. Razones de prevalencia.

Resumen

Introducción

En los sistemas de salud de América Latina, y también en Chile, la fragmentación de los servicios de salud debilita la capacidad del sistema para responder a las necesidades de salud de la población. Una provisión fragmentada, determinada por elementos estructurales y organizativos, afecta negativamente el acceso, la continuidad y la calidad de la atención de salud, con consecuencias sobre la equidad de acceso y, finalmente, en los resultados en salud de la población.

El sistema de salud de Chile se basa en un modelo de seguridad social, con dos regímenes de aseguramiento, público y privado. El sector público, objeto de este estudio, cubre a la mayor parte de la población (82%).

Los servicios de salud públicos se organizan dentro de las jurisdicciones territoriales, en redes de complejidad creciente, con integración parcial, ya que la administración no está en manos de una sola entidad. Los municipios administran la atención primaria, mientras que los Servicios de Salud, dependientes del Ministerio de Salud, gestionan la atención hospitalaria. La atención se provee mayoritariamente a través de la red de servicios públicos de salud, pero también existe la posibilidad de utilizar algunos servicios privados, a través de convenios, copagos o bonos, estos últimos, dependiendo de la capacidad de pago de sus beneficiarios, lo que introduce fragmentación en los procesos asistenciales. En este contexto, la coordinación asistencial entre niveles es un desafío para garantizar la continuidad y calidad de la atención en salud.

Desde la reforma del sistema salud de la década del 2000, se han promovido políticas e iniciativas orientadas a fortalecer la articulación entre niveles, en línea con la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud de la OPS. Estas estrategias incluyen la implantación de mecanismos de coordinación asistencial entre niveles, principalmente a través de orientaciones ministeriales y compromisos de gestión con los Servicios de Salud. Estas medidas, han sido impulsadas por la autoridad sanitaria con muy limitada adaptación a los contextos locales y a las condiciones organizativas y de los profesionales de las redes. Además, el

seguimiento de sus resultados ha estado orientado principalmente al cumplimiento de metas de actividad, sin evaluar su utilización o su contribución a la mejora de la coordinación clínica.

Pese a ser promovida en las políticas, la evaluación de la coordinación asistencial entre niveles y de los factores que influyen, entre ellos, los mecanismos de coordinación entre niveles han recibido escasa atención. Así, son muy limitados los estudios disponibles sobre la implantación y efectividad de los mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en Chile. La evidencia científica es escasa y fragmentada. La ausencia de aplicación de marcos analíticos robustos ha limitado la comprensión de los procesos de coordinación entre niveles, y con ello la generación de aprendizajes útiles para orientar políticas y desarrollar estrategias de integración en el sistema de salud público.

El marco de análisis de la coordinación asistencial propuesto por Vázquez et al. sitúa la coordinación asistencial como resultado intermedio de las redes de servicios de salud, necesario para garantizar la continuidad de la atención y contribuir a la equidad en el acceso y la eficiencia del sistema. Para lograr que haya coordinación asistencial entre niveles, se debe introducir instrumentos y prácticas institucionales dirigidas a organizar la interacción entre niveles. Entre ellos, se encuentran los mecanismos de coordinación, que buscan articular los procesos clínicos para armonizar procesos de atención compartidos y garantizar la continuidad de la atención entre niveles.

Estos mecanismos se dirigen a mejorar la coordinación de la información, de la gestión clínica, y también de los procesos administrativos, y son efectivos en la medida en que se adecúan al contexto y hay apropiación por parte de los profesionales. La evidencia muestra que, para que esto ocurra, los enfoques participativos son los que más favorecen la adecuación de los mecanismos al contexto, su pertinencia operativa y sostenibilidad. Los procesos de implantación más exitosos son aquellos que involucran a los profesionales desde etapas tempranas, que promueven la interacción de los profesionales entre niveles, la

adaptación local de los instrumentos y la generación de espacios de aprendizaje compartido.

En esta línea, el proyecto internacional “Impacto de diferentes estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina (Equity-LA II)”, se propuso evaluar la efectividad de estrategias de integración de la atención para mejorar la coordinación y la calidad asistencial en redes públicas de servicios de salud de seis países de América Latina (Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México y Uruguay,). Adoptó un diseño cuasiexperimental controlado antes y después, con participación de dos redes de servicios de salud públicos en cada país, un área de intervención y otra, de control. En ambas, se realizó una medición de línea de base (2015) y otra posterior al proceso de intervención (2017).

Esta tesis doctoral contribuye a profundizar en el conocimiento sobre la coordinación asistencial en Chile, integrando la síntesis crítica de la evidencia nacional con el análisis empírico de la implantación y uso de mecanismos en las redes estudiadas, y la evaluación de efectividad de la intervención implementada de manera participativa, en la mejora del conocimiento y uso de mecanismos de coordinación ya existentes en la red intervenida. El marco de análisis sobre el cual se sustenta este trabajo ofrece una aproximación que permite comprender cómo funcionan estos mecanismos en contexto y apoyar decisiones orientadas a mejorar la continuidad de la atención en las redes públicas de salud del país y la región.

Objetivo

Analizar la implantación de los mecanismos de coordinación clínica entre niveles de atención en dos redes públicas de servicios de salud del área metropolitana de Chile.

Métodos

El estudio consta de dos componentes: una revisión de alcance y un componente empírico. Se realizó una revisión bibliográfica de alcance (scoping review), para identificar y sintetizar la evidencia nacional disponible sobre mecanismos de coordinación asistencial entre niveles en el sistema público chileno. Esta revisión

siguió las recomendaciones PRISMA para identificar artículos originales que analizaran el conocimiento, uso y/o los resultados de la implantación de mecanismos de coordinación clínica entre niveles en el sistema público de salud chileno. La búsqueda se efectuó entre marzo y junio de 2023 en las bases de datos MEDLINE/PubMed, SCIELO, LILACS y EPISTEMONIKOS, con una actualización en agosto de 2024. Se incluyeron artículos originales en inglés o español, sin restricción temporal ni de diseño metodológico, que abordaran mecanismos de coordinación de la información o de gestión clínica entre la atención primaria y atención especializada en el sistema chileno.

La selección se realizó en dos etapas: revisión de títulos y resúmenes y posteriormente revisión de textos completos preseleccionados. Las discrepancias fueron resueltas por consenso entre la doctoranda y las directoras, especialistas en el tema. El análisis se orientó por el marco de coordinación y se sintetizó el conocimiento disponible según tipo de mecanismos, de acuerdo con los tipos de coordinación: de la información y gestión clínica y, tipo de métodos: cuantitativos o cualitativos.

El componente cuantitativo basado en dos estudios de corte transversal, mediante encuesta, con aplicación presencial del cuestionario COORDENA, a médicos de atención primaria y atención secundaria, analizó, a) la implantación de los mecanismos de coordinación en las redes seleccionadas (Subestudio I) basado en la línea de base (2015) y, b) evaluó la efectividad de la intervención diseñada e implementada participativamente, en la mejora del conocimiento y uso de mecanismos de coordinación de la red intervenida, mediante un análisis comparativo de las mediciones pre (2015) y post intervención (2017), (Subestudio II).

El estudio se realizó en dos redes comparables de servicios de salud de la Región Metropolitana en Chile. La selección se basó en los siguientes criterios: proveer un continuo asistencial que incluyera atención primaria y atención especializada, atender poblaciones urbanas de nivel socioeconómico bajo o medio-bajo y contar con la disposición institucional para participar en el estudio. La red intervenida fue

el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), y la red control, el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS).

La población de estudio estuvo conformada por médicos de atención primaria y atención especializada que en su práctica clínica se relacionan con el otro nivel, con al menos tres meses de desempeño en la red.

En ambas mediciones (2015 y 2017), encuestadores entrenados aplicaron de forma presencial el cuestionario COORDENA®, adaptado al contexto chileno mediante pretest y piloto, que evaluó el conocimiento, uso, características y dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles, antes y después de la implantación participativa de una intervención para mejorar la coordinación entre niveles. Se encuestó a 348 médicos en 2015 (SSMN=173; SSMS=175) y a 361 en 2017 (SSMN=175; SSMS=183).

El subestudio I, en 2015 analizó a implantación de hoja de interconsulta y de contrarreferencia, informe de alta hospitalaria, guías de práctica clínica o protocolos compartidos, consultorías presenciales o consultas conjuntas, teléfono y correo electrónico institucional. Las variables estudiadas fueron: nivel de conocimiento, uso frecuente, finalidad y dificultades de uso. Se realizó un análisis descriptivo por mecanismo, estratificado por red y nivel de atención.

El subestudio II, analizó la efectividad de la intervención en la mejora del conocimiento y uso de la hoja de interconsulta, hoja de contrarreferencia, guías de práctica clínica o protocolos y consultorías presenciales entre niveles existentes en la red intervenida. Las variables de resultado fueron el conocimiento y uso frecuente de los mecanismos. Para identificar los cambios a) entre años en la red intervenida y b) entre redes, en ambos años, se estimaron modelos de regresión de Poisson ajustados por las variables no influidas por la intervención (sexo, la edad, país de origen, años de experiencia en el lugar de trabajo y las horas de trabajo contratadas).

Proceso participativo y las intervenciones implementadas

A partir de los resultados de línea de base y mediante un proceso de análisis participativo con profesionales y gestores de los distintos niveles en la red de intervención se identificó como problema prioritario para la coordinación asistencial entre niveles, la “limitada comunicación, confianza y colaboración entre profesionales de distintos niveles”. Se diseñó e implementó una intervención de dos componentes: consultorías virtuales y visitas internivel. El proceso se desarrolló en un ciclo continuo y participativo de implementación, evaluación y ajuste, con el liderazgo de grupos de trabajo y un comité conductor local (grupo motor) integrado por gestores, directivos y profesionales de atención primaria y hospitalaria, el Servicio de Salud (SSMN) y el equipo investigador.

Las consultorías virtuales son reuniones quincenales entre médicos y otros profesionales de atención primaria y especializada, realizadas mediante videoconferencia para la revisión de temas, casos clínicos y protocolos de derivación. Estos espacios operaban entre equipos de AP y distintos equipos de especialidades, para dialogar sobre determinadas patologías y casos, estableciendo acuerdos para la gestión clínica compartida de los pacientes. Las visitas internivel fueron encuentros presenciales bidireccionales, cuatro en total, entre equipos de atención primaria y hospital, con foco en la interacción para la coordinación clínica. Ambos componentes buscaron mejorar la coordinación entre niveles de atención.

Resultados

Los resultados de la revisión de alcance mostraron que el conocimiento disponible es muy limitado, con vacíos importantes. Los estudios seleccionados, once en total, principalmente descriptivos, basados en encuestas y de alcance local, estuvieron enfocados principalmente en mecanismos de coordinación de la gestión clínica entre niveles, como consultorías, guías de práctica clínica y protocolos y en menor medida, mecanismos de coordinación de la información como hoja de interconsulta, contrarreferencia o informe de alta hospitalaria. La mayoría analizó el conocimiento y uso de los mecanismos y pocos, evaluaron resultados de su uso, generalmente indicadores de acceso entre niveles o de carácter clínico.

Los resultados, que hay que observar con cautela, parecen mostrar un alto conocimiento y uso de mecanismos de coordinación de la información como la hoja de interconsulta o el informe de alta hospitalaria, más bajo para la contrarreferencia. Entre los mecanismos de coordinación de la gestión clínica fue alto el uso de guías de práctica clínica, principalmente aquellas referidas a enfermedades vinculadas al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), aunque se identificaron barreras organizativas y de aplicabilidad local para su uso. La evaluación de consultorías entre profesionales de nivel primario y especialistas secundarios mostró buenos resultados en distintas modalidades. En salud mental las consultorías presenciales mostraron la reducción de hospitalizaciones, las consultorías virtuales obtuvieron mejoras en la coordinación clínica, y otras, combinadas con protocolos de derivación, contribuyeron a la reducción de tiempos de espera. Entre los facilitadores de la implantación y el uso de mecanismos, se identificaron los procesos participativos, apoyo tecnológico, respaldo normativo y alineamiento organizativo.

Aunque con cautela, los resultados sugieren mejores resultados de mecanismos implementados participativamente, que fomentan la interacción profesional junto con la construcción de acuerdos. También, que el uso de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) puede contribuir en el acceso y participación en las consultorías virtuales, aunque su uso supone recursos y condiciones tanto estructurales como organizativas que no han sido estudiadas.

Las dos redes de servicios de salud metropolitanas estudiadas (SSMN y SSMS), con una población beneficiaria cercana al millón de habitantes, estuvieron conformadas por la atención primaria de tres comunas urbanas en cada territorio y sus hospitales de referencia. Los médicos participantes en esas redes compartieron un perfil similar, tanto en el nivel primario como secundario, marcado por una mayor participación femenina, extranjera y de jóvenes en atención primaria, y un predominio de médicos chilenos hombres en un tramo de mayor edad en el nivel secundario. Entre los especialistas, fueron más quienes mantenían jornadas de trabajo parciales y ejercicio privado, que entre los de nivel primario.

Los resultados del subestudio I en 2015 mostraron que el conjunto de mecanismos de coordinación en uso era el mismo para ambas redes. El más conocido y usado fuera la hoja de interconsulta. Entre los mecanismos de coordinación de la gestión clínica, los más usados fueron las guías de práctica clínica o protocolos compartidos, más en la red del SSMN y por médicos de atención primaria, que en general mostraron mayores niveles de uso.

Todos los médicos en ambas redes conocían la existencia de la hoja de interconsulta y la gran mayoría indicó enviarla, para derivar o enviar información al otro nivel, principalmente el diagnóstico y con menor frecuencia, antecedentes clínicos, el motivo específico de la interconsulta, y pocos incluyen los resultados de exámenes realizados. Las principales dificultades percibidas por los especialistas al recibirlas fueron el contenido incompleto, letra ilegible o con errores, aunque con menor frecuencia que lo anterior, declararon problemas de pertinencia de la derivación.

La proporción de los médicos que conocían la contrarreferencia fue mucho menor, como también su envío por los especialistas, principalmente en la red del SSMN, con diferencias significativas con la red del SSMS. Se utilizaban principalmente para dar al médico de atención primaria indicaciones de seguimiento del paciente, seguido del envío de información; principalmente sobre tratamientos indicados y diagnóstico, y en menor medida, resultados de exámenes u otros antecedentes clínicos. Aunque una alta proporción consideró que responde al motivo de la interconsulta, al mismo tiempo se señala que no llega en tiempo útil para la toma de decisiones. Las principales dificultades identificadas son la completitud y el interés de los especialistas para realizarla.

Las guías de práctica clínica y protocolos fueron altamente conocidas y la mayoría de los médicos indicó seguir sus recomendaciones, con mayor frecuencia en el SSMN. Al analizar qué guías utilizan, médicos del SSMN utilizaban más las guías GES, así como protocolos de referencia y contrarreferencia. Usadas para definir criterios de derivación y priorización, así como unificar criterios clínicos, poco más de la mitad de los médicos considera que se elaboran tomando en cuenta el punto

de vista de los profesionales de ambos niveles. Menos de la mitad de los médicos ha participado en capacitaciones para su uso e identifican problemas de aplicabilidad de las recomendaciones y de actualización como dificultades principales.

Las consultorías presenciales fueron el mecanismo menos conocido, aunque la participación era alta entre quienes las conocían. Realizadas con distintas especialidades, en el SSMN se concentraron en las derivadas de la medicina interna, mientras que en el SSMS fue mayor la mención a las de salud mental. Usadas para revisar y discutir casos clínicos, así como para la definición de tratamientos. Las principales dificultades referidas para participar fueron la falta de tiempo y una organización inadecuada.

Los resultados de la evaluación en 2017 (Subestudio II), a trece meses de implantación, mostraron que la intervención diseñada e implantada mediante un proceso participativo para mejorar la coordinación interniveles, fue efectiva en mejorar el conocimiento y uso de mecanismos existentes en la red intervenida (SSMN), tanto en el comparativo de la línea de base como en el análisis respecto de la red control (SSMS), además de permitir implantar un nuevo mecanismo de coordinación entre niveles: las consultorías virtuales.

Se observaron mejoras significativas en el conocimiento de la mayoría de los mecanismos en la red intervenida post intervención. Respecto de la red control, aumentó significativamente el conocimiento de la contrarreferencia, así como su uso, alcanzando los niveles observados en la red control en la medición de línea de base. El conocimiento y uso de guías de práctica clínica y protocolos compartidos aumentó en ambas redes, mayor en la red intervenida, que mantuvo su ventaja respecto de la red control. Finalmente, las consultorías presenciales aumentaron su conocimiento en ambas redes, su uso creció principalmente en la red intervenida, aunque sin alcanzar el nivel de uso de la red control.

Conclusión

La coordinación asistencial es un desafío central para los servicios públicos de salud en Chile, condicionado por la segmentación del sistema y la fragmentación

estructural que afecta la provisión de servicios. La implantación efectiva de mecanismos de coordinación entre niveles en los servicios de salud puede contribuir a mitigar sus efectos; no obstante, en un marco de gestión centralizado y jerárquico, la falta de evaluación y estudios de efectividad no permite comprender los problemas y desafíos que enfrenta su implantación y uso, limitando el diseño de abordajes efectivos.

Esta tesis constata que la sola existencia de mecanismos de coordinación asistencial no garantiza su uso adecuado, y, por tanto, su efectividad. Los resultados muestran diferencias en conocimiento y uso de mecanismos entre redes y nivel de atención, pese al impulso ministerial que ha estado tras su implantación. Las dificultades identificadas en su uso muestran la influencia de factores organizativos y de gestión en el nivel local, donde también operan diferencias en los incentivos profesionales de atención primaria y especializada, entre otros aspectos que requieren ser estudiados.

Los resultados de la evaluación de la intervención implantada son coherentes con la evidencia internacional respecto de la efectividad de intervenciones diseñadas e implementadas participativamente, de abajo arriba, alineadas con las políticas públicas, y con respaldo y liderazgo de directivos y gestores de los niveles que conforman la red. En este trabajo se demostró que las consultorías virtuales, implantadas mediante dinámicas participativas en la red del Servicio de Salud Metropolitano Norte, introdujeron una nueva forma de interacción clínica, facilitaron el conocimiento, la comunicación y la confianza para el acuerdo clínico entre niveles, permitieron adicionalmente, mejorar el uso de mecanismos de coordinación ya existentes.

Desde una perspectiva de gestión, los hallazgos ofrecen evidencia útil para orientar estrategias de mejora de la coordinación, subrayando la necesidad de institucionalizar espacios de coordinación entre niveles que promuevan la comunicación e interacción, fortalecer el rol articulador de la atención primaria en la red pública de salud, así como impulsar el uso de metodologías participativas con

apoyo académico, para generar cambios sostenibles y contextualizados en las redes públicas de salud en el país y la región.

Resum

Introducció

En els sistemes de salut d'Amèrica Llatina, i també a Xile, la fragmentació en la provisió dels serveis de salut debilita la capacitat del sistema per respondre a les necessitats de salut de la població. Una provisió fragmentada, determinada per elements estructurals i organitzatius, afecta negativament l'accés, la continuïtat i la qualitat de l'atenció sanitària, amb conseqüències sobre l'equitat d'accés i, finalment, sobre els resultats de salut de la població.

El sistema de salut xilè es basa en un model de seguretat social amb dos règims d'assegurament, públic i privat. El sector públic, objecte d'aquest estudi, cobreix la major part de la població (82%).

Els serveis de salut públics s'organitzen en jurisdiccions territorials conformades per xarxes de complexitat creixent i amb un grau d'integració només parcial, ja que la seva administració no recau en una única entitat. Els municipis gestionen l'atenció primària, mentre que els Serveis de Salut, dependents del Ministeri de Salut, administren l'atenció hospitalària. L'atenció s'ofereix majoritàriament a través de la xarxa pública de serveis de salut, però també existeix la possibilitat d'accedir a alguns serveis privats mitjançant convenis, copagaments o bons, aquests darrers condicionats per la capacitat de pagament dels beneficiaris, fet que introdueix fragmentació en els processos assistencials. En aquest context, la coordinació assistencial entre nivells constitueix un repte per garantir la continuïtat i la qualitat de l'atenció sanitària.

Des de la reforma del sistema de salut de la dècada del 2000, s'han impulsat polítiques i iniciatives orientades a reforçar l'articulació entre nivells, en línia amb l'estratègia de Xarxes Integrades de Serveis de Salut de l'OPS. Aquestes estratègies inclouen la implantació de mecanismes de coordinació assistencial entre

nivells, principalment mitjançant orientacions ministerials i compromisos de gestió amb els Serveis de Salut. Aquestes mesures han estat promogudes per l'autoritat sanitària amb una adaptació molt limitada als contextos locals i a les condicions organitzatives i professionals de les xarxes. A més, el seguiment dels seus resultats s'ha centrat principalment en el compliment de metes d'activitat, sense avaluar-ne l'ús ni la contribució a la millora de la coordinació clínica.

Tot i ser una prioritat en les polítiques, l'avaluació de la coordinació assistencial entre nivells i dels factors que hi influeixen —incloent-hi els mecanismes de coordinació internivell— ha rebut poca atenció. Així, els estudis disponibles sobre la implantació i l'efectivitat dels mecanismes de coordinació entre nivells assistencials a Xile són molt limitats. L'evidència científica és escassa i fragmentada. L'absència d'aplicació de marcs analítics robustos ha dificultat la comprensió dels processos de coordinació entre nivells i, en conseqüència, la generació d'aprenentatges útils per orientar polítiques i desenvolupar estratègies d'integració en el sistema públic de salut.

El marc d'anàlisi de la coordinació assistencial proposat per Vázquez et al. situa la coordinació com un resultat intermedi de les xarxes de serveis de salut, necessari per garantir la continuïtat de l'atenció i contribuir tant a l'equitat en l'accés com a l'eficiència del sistema. Perquè existeixi coordinació assistencial entre nivells, cal introduir instruments i pràctiques institucionals dirigits a organitzar la interacció entre nivells. Entre aquests instruments hi ha els mecanismes de coordinació, orientats a articular els processos clínics per harmonitzar els processos d'atenció compartits i garantir la continuïtat assistencial.

Aquests mecanismes tenen per objectiu millorar la coordinació de la informació, de la gestió clínica i també dels processos administratius, i resulten eficaços en la mesura que s'adeqüen al context i són apropiats pels professionals. L'evidència mostra que els enfocaments participatius són els que més afavoreixen l'adequació dels mecanismes al context, la seva pertinència operativa i la seva sostenibilitat. Els processos d'implantació més exitosos són aquells que involucren els professionals

des d'etapes primerenques, que promouen la interacció internivell, l'adaptació local dels instruments i la generació d'espais d'aprenentatge compartit.

En aquesta línia, el projecte internacional “Impacte de diferents estratègies d'integració de l'atenció en el rendiment de les xarxes de serveis de salut en diferents sistemes de salut d'Amèrica Llatina (Equity-LA II)” va plantejar-se avaluar l'efectivitat d'estratègies d'integració de l'atenció per millorar la coordinació i la qualitat assistencial en xarxes públiques de sis països d'Amèrica Llatina (Argentina, Brasil, Colòmbia, Xile, Mèxic i Uruguai). El projecte va adoptar un disseny quasi-experimental controlat abans i -després, amb la participació de dues xarxes públiques a cada país —una d'intervenció i una de control— i amb dos mesuraments: línia de base (2015) i avaluació posterior a la intervenció (2017).

Aquesta tesi doctoral contribueix a aprofundir en el coneixement sobre la coordinació assistencial a Xile, integrant la síntesi crítica de l'evidència nacional amb l'anàlisi empírica de la implantació i ús dels mecanismes en les xarxes estudiades, així com l'avaluació de l'efectivitat de la intervenció implementada mitjançant un procés participatiu per millorar el coneixement i l'ús dels mecanismes ja existents a la xarxa d'intervenció. El marc analític que sustenta aquest treball permet comprendre com operen aquests mecanismes en context i donar suport a decisions orientades a millorar la continuïtat assistencial a les xarxes públiques de salut del país i de la regió.

Objectiu

Analitzar la implantació dels mecanismes de coordinació clínica entre nivells assistencials en dues xarxes públiques de serveis de salut de l'àrea metropolitana de Xile.

Mètodes

L'estudi consta de dos components: una revisió de l'abast i un component empíric. Es va dur a terme una revisió bibliogràfica d'abast (scoping review) per identificar i sintetitzar l'evidència nacional disponible sobre els mecanismes de coordinació

assistencial entre nivells en el sistema públic xilè. Aquesta revisió va seguir les recomanacions PRISMA per identificar articles originals que analitzessin el coneixement, l'ús i/o els resultats de la implantació de mecanismes de coordinació clínica entre nivells en el sistema públic de salut de Xile. La cerca es va realitzar entre març i juny de 2023 a les bases de dades MEDLINE/PubMed, SCIELO, LILACS i EPISTEMONIKOS, amb una actualització l'agost de 2024. Es van incloure articles originals en anglès o castellà, sense restricció temporal ni de disseny metodològic, que abordessin mecanismes de coordinació de la informació o de gestió clínica entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada en el sistema xilè.

La selecció es va dur a terme en dues etapes: revisió de títols i resums, i posterior revisió dels textos complets preseleccionats. Les discrepàncies es van resoldre per consens entre la doctoranda i les directores, expertes en la temàtica. L'anàlisi es va orientar pel marc de coordinació i es va sintetitzar el coneixement disponible segons tipus de mecanisme, d'acord amb les tipologies de coordinació —de la informació i de la gestió clínica— i segons tipus de metodologia emprada —quantitativa o qualitativa.

El component quantitatiu, basat en dos estudis transversals mitjançant enquesta amb aplicació presencial del qüestionari COORDENA© a metges d'atenció primària i d'atenció secundària, va analitzar:

- a) La implantació dels mecanismes de coordinació en les xarxes seleccionades (Subestudi I), basada en la línia de base (2015), i
- b) L'efectivitat de la intervenció dissenyada i implementada de manera participativa en la millora del coneixement i ús dels mecanismes de coordinació a la xarxa intervinguda, mitjançant una anàlisi comparativa de les mesures pre (2015) i post intervenció (2017) (Subestudi II).

L'estudi es va realitzar en dues xarxes comparables de serveis de salut de la Regió Metropolitana de Xile. La selecció es va basar en els criteris següents: proveir un continu assistencial que integrés atenció primària i especialitzada, atendre

poblacions urbanes de nivell socioeconòmic baix o mitjà-baix i disposar de la voluntat institucional per participar en l'estudi. La xarxa intervinguda va ser el Servei de Salut Metropolità Nord (SSMN) i la xarxa control, el Servei de Salut Metropolità Sud (SSMS).

La població d'estudi va estar conformada per metges d'atenció primària i d'atenció especialitzada que, en la seva pràctica clínica, es relacionaven amb l'altre nivell, amb almenys tres mesos de treball a la xarxa.

En ambdues mesures (2015 i 2017), enquestadors formats van aplicar presencialment el qüestionari COORDENA©, adaptat al context xilè mitjançant pretest i pilot, per avaluar el coneixement, l'ús, les característiques i les dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació assistencial entre nivells, abans i després de la implantació participativa d'una intervenció orientada a millorar la coordinació internivell. Es van enquestar 348 metges el 2015 (SSMN=173; SSMS=175) i 361 el 2017 (SSMN=175; SSMS=183).

El Subestudi I, corresponent a 2015, va analitzar la implantació de la fulla d'interconsulta i de contrainterconsulta, l'informe d'alta hospitalària, les guies de pràctica clínica o protocols compartits, les consultories presencials o reunions clíniques conjuntes, així com l'ús de telèfon i correu electrònic institucional. Les variables estudiades van ser: nivell de coneixement, ús freqüent, finalitat i dificultats d'ús. Es va realitzar una anàlisi descriptiva per mecanisme, estratificada per xarxa i nivell assistencial.

El Subestudi II va analitzar l'efectivitat de la intervenció participativa en la millora del coneixement i ús de la fulla d'interconsulta, la fulla de contrainterconsulta, les guies de pràctica clínica o protocols i les consultories presencials entre nivells existents a la xarxa intervinguda. Les variables de resultat van ser el coneixement i l'ús freqüent dels mecanismes. Per identificar els canvis a) entre anys dins la xarxa intervinguda i b) entre xarxes en ambdós anys, es van estimar models de regressió de Poisson ajustats per les variables no influïdes per la intervenció (sexe, edat, país d'origen, anys d'experiència en el lloc de treball i hores de contractació).

A partir dels resultats de la línia de base i mitjançant un procés d'anàlisi participatiu amb professionals i gestors dels diversos nivells de la xarxa d'intervenció, es va identificar com a problema prioritari per a la coordinació assistencial entre nivells la “comunicació, confiança i col·laboració limitades entre professionals de diferents nivells assistencials”. Es va dissenyar i implementar una intervenció composta per dos components: consultories virtuals i visites internivell. El procés es va desenvolupar seguint un cicle continu i participatiu d'implantació, avaluació i ajust, liderat per grups de treball i per un comitè conductor local (grup motor) integrat per gestors, directius i professionals d'atenció primària i hospitalària, el Servei de Salut Metropolità Nord (SSMN) i l'equip investigador.

Les consultories virtuals consisteixen en trobades quinzenals entre metges i altres professionals de l'atenció primària i especialitzada, realitzades mitjançant videoconferència, per a la revisió de temes, casos clínics i protocols de derivació. Aquests espais operaven entre equips d'atenció primària i diversos equips d'especialitats, per dialogar sobre patologies i casos específics, establint acords per a la gestió clínica compartida dels pacients.

Les visites internivell van ser trobades presencials bidireccionals, quatre en total, entre equips d'atenció primària i hospitalària, centrades en la interacció per reforçar la coordinació clínica. Ambdós components van tenir per objectiu millorar la coordinació entre els nivells d'atenció.

Resultats

Els resultats de la revisió de l'abast van mostrar que el coneixement disponible és molt limitat i presenta buits importants. Els estudis seleccionats, onze en total, principalment descriptius, basats en enquestes i d'abast local, es van centrar sobretot en mecanismes de coordinació de la gestió clínica entre nivells, com consultories, guies de pràctica clínica i protocols, i en menor mesura en mecanismes de coordinació de la informació, com la fulla d'interconsulta, la contrainterconsulta o l'informe d'alta hospitalària. La majoria van analitzar el coneixement i l'ús dels

mecanismes, i pocs van avaluar resultats del seu ús, generalment indicadors d'accés entre nivells o de caràcter clínic.

Els resultats, que cal interpretar amb prudència, semblen indicar un alt coneixement i ús de mecanismes de coordinació de la informació com la fulla d'interconsulta o l'informe d'alta hospitalària, amb un ús més baix en el cas de la contrainterconsulta. Entre els mecanismes de coordinació de la gestió clínica, l'ús de guies de pràctica clínica va ser elevat, especialment aquelles vinculades al sistema de Garanties Explícites en Salut (GES), tot i que es van identificar barreres organitzatives i de pertinència local per al seu ús. L'avaluació de consultories entre professionals d'atenció primària i especialistes secundaris va mostrar bons resultats en diferents modalitats. En salut mental, les consultories presencials van evidenciar una reducció d'hospitalitzacions; les consultories virtuals van obtenir millores en la coordinació clínica, i altres intervencions, combinades amb protocols de derivació, van contribuir a reduir els temps d'espera. Entre els factors facilitadors de la implantació i ús dels mecanismes, es van identificar els processos participatius, el suport tecnològic, el recolzament normatiu i l'alineament organitzatiu.

Amb les degudes precaucions, els resultats suggereixen millors resultats en mecanismes implementats participativament, que promouen la interacció professional i la construcció d'acords. També indiquen que l'ús de tecnologies de la informació i comunicacions (TIC) pot contribuir a l'accés i participació en consultories virtuals, encara que el seu funcionament requereix recursos i condicions estructurals i organitzatives que no han estat prou estudiades.

Les dues xarxes metropolitanes analitzades (SSMN i SSMS), amb una població beneficiària propera al milió d'habitants, estaven conformades per l'atenció primària de tres districtes urbans en cada territori i els respectius hospitals de referència. Els metges participants en aquestes xarxes presentaven un perfil similar entre nivells, marcat per una major presència de dones, persones estrangeres i professionals joves en l'atenció primària, i un predomini d'homes xilens de més edat en l'atenció secundària. Entre els especialistes, era més freqüent tenir jornades parcials i exercici privat que entre els metges d'atenció primària.

Els resultats del Subestudi I, corresponents a 2015, van mostrar que el conjunt de mecanismes de coordinació en ús era el mateix a ambdues xarxes. El més conegut i utilitzat era la fulla d'interconsulta. Entre els mecanismes de coordinació de la gestió clínica, els més utilitzats van ser les guies de pràctica clínica o protocols compartits, amb major ús a la xarxa SSMN i per part dels metges d'atenció primària, que en general van mostrar nivells d'ús més elevats.

Tots els metges d'ambdues xarxes coneixien l'existència de la fulla d'interconsulta i la gran majoria va indicar que la feien servir per derivar o enviar informació a l'altre nivell, principalment el diagnòstic i, amb menor freqüència, els antecedents clínics, el motiu específic de la interconsulta i, en pocs casos, els resultats de proves realitzades. Les principals dificultats percebudes pels especialistes en rebre-les van ser el contingut incomplet, la lletra il·legible o amb errors, i amb menor freqüència, problemes de pertinença de la derivació.

La proporció de metges que coneixien la contrainterconsulta va ser molt menor, així com la seva emissió per part dels especialistes, especialment a la xarxa SSMN, amb diferències significatives respecte de la xarxa SSMS. S'utilitzaven principalment per donar indicacions de seguiment al metge d'atenció primària, seguit de l'enviament d'informació sobre tractaments indicats i diagnòstic, i en menor mesura, resultats d'exàmens o altres antecedents clínics. Tot i que una alta proporció considerava que la contrainterconsulta responia al motiu de la interconsulta, també s'indicava que sovint no arribava en temps útil per a la presa de decisions. Les principals dificultats identificades van ser la manca de completesa i el desinterès dels especialistes a elaborar-la.

Les guies de pràctica clínica i protocols eren àmpliament coneguts i la majoria dels metges va indicar seguir-ne les recomanacions, amb major freqüència al SSMN. En analitzar quines guies s'utilitzaven, els metges del SSMN feien un ús més gran de les guies GES, així com de protocols de referència i contrareferència. Utilitzades per definir criteris de derivació i priorització, així com per unificar criteris clínics, una mica més de la meitat dels metges considerava que es desenvolupaven incorporant el punt de vista dels professionals de tots dos nivells. Menys de la meitat havia

participat en capacitacions per al seu ús i es van identificar problemes d'aplicabilitat de les recomanacions i manca d'actualització com a principals dificultats.

Les consultories presencials van ser el mecanisme menys conegut, encara que la participació era elevada entre aquells que les coneixien. Es realitzaven amb diverses especialitats; al SSMN predominaven les associades a medicina interna, mentre que al SSMS va ser més freqüent la menció de consultories en salut mental. S'utilitzaven per revisar i discutir casos clínics, així com per a la definició de tractaments. Les principals dificultats referides per participar-hi van ser la manca de temps i una organització inadequada.

Els resultats de l'avaluació de 2017 (Subestudi II), tretze mesos després de la implantació, van mostrar que la intervenció dissenyada i implementada mitjançant un procés participatiu per millorar la coordinació internivell va ser efectiva per millorar el coneixement i l'ús dels mecanismes existents a la xarxa intervinguda (SSMN), tant en la comparació amb la línia de base com respecte de la xarxa control (SSMS). A més, va permetre implantar un nou mecanisme de coordinació entre nivells: les consultories virtuals.

Es van observar millores significatives en el coneixement de la majoria dels mecanismes a la xarxa intervinguda després de la intervenció. En relació amb la xarxa control, va augmentar significativament el coneixement de la contrainterconsulta, així com el seu ús, assolint els nivells observats a la xarxa control en la línia de base. El coneixement i ús de guies de pràctica clínica i protocols compartits va augmentar en ambdues xarxes, amb una millora més gran a la xarxa intervinguda, que va mantenir el seu avantatge respecte de la xarxa control. Finalment, les consultories presencials van augmentar el seu nivell de coneixement en ambdues xarxes, mentre que l'ús va créixer principalment a la xarxa intervinguda, tot i no assolir els nivells registrats a la xarxa control.

Conclusió

La coordinació assistencial constitueix un repte central per als serveis públics de salut a Xile, condicionat per la segmentació del sistema i per la fragmentació

estructural que afecta la provisió dels serveis. La implantació efectiva de mecanismes de coordinació entre nivells pot contribuir a mitigar-ne els efectes; tanmateix, en un marc de gestió centralitzat i jeràrquic, la manca d'avaluació i d'estudis d'efectivitat impedeix comprendre plenament els problemes i desafiaments que en dificulten la implantació i l'ús, limitant així el disseny d'abordatges realment efectius.

Aquesta tesi constata que l'existència formal de mecanismes de coordinació assistencial no en garanteix un ús adequat ni, en conseqüència, la seva efectivitat. Els resultats mostren diferències en el coneixement i l'ús dels mecanismes entre xarxes i entre nivells assistencials, malgrat l'impuls ministerial que ha orientat la seva implantació. Les dificultats identificades en el seu ús revelen la influència de factors organitzatius i de gestió en l'àmbit local, on també operen diferències en els incentius professionals entre l'atenció primària i l'especialitzada, entre altres aspectes que requereixen un estudi més aprofundit.

Els resultats de l'avaluació de la intervenció implementada són coherents amb l'evidència internacional sobre l'efectivitat d'intervencions dissenyades i implementades de manera participativa, de baix a dalt, alineades amb les polítiques públiques i amb el suport i lideratge dels directius i gestors dels nivells que conformen la xarxa. En aquest treball es va demostrar que les consultories virtuals, implantades mitjançant dinàmiques participatives a la xarxa del Servei de Salut Metropolità Nord, van introduir una nova forma d'interacció clínica, van facilitar el coneixement, la comunicació i la confiança per a l'acord clínic entre nivells i, addicionalment, van permetre millorar l'ús de mecanismes de coordinació ja existents.

Des d'una perspectiva de gestió, les troballes ofereixen evidència útil per orientar estratègies de millora de la coordinació, subratllant la necessitat d'institucionalitzar espais de coordinació internivell que promoguin la comunicació i la interacció, reforçar el paper articulador de l'atenció primària en la xarxa pública de salut i impulsar l'ús de metodologies participatives amb suport acadèmic, per generar

canvis sostenibles i contextualitzats a les xarxes públiques de salut del país i de la regió.

Abstract

In health systems across Latin America—and in Chile as well—the fragmentation of healthcare services weakens the system's capacity to respond effectively to the population's health needs. Fragmented service delivery, shaped by structural and organizational factors, negatively affects access, continuity, and quality of care, with consequences for equity in access and ultimately for population health outcomes.

Chile's health system is based on a social insurance model with two insurance schemes, public and private. The public sector, which is the focus of this study, covers the majority of the population (82%). Public healthcare services are organized within territorial jurisdictions into networks of increasing complexity, with only partial integration, as their administration is not under a single authority. Primary care is managed by municipalities, while hospital care is managed by the Health Services, which depend on the Ministry of Health. Although care is provided mainly through the public network, individuals may also use some private services through contracts, co-payments, or service vouchers—these latter depending on users' ability to pay—introducing further fragmentation across care processes. In this context, care coordination across levels is a major challenge to ensure continuity and quality of care.

Since the health system reform of the 2000s, policies and initiatives have been promoted to strengthen linkages across care levels, in line with the PAHO Integrated Health Services Networks strategy. These strategies include the introduction of care coordination mechanisms across care levels, mainly through ministerial guidelines and management agreements with the Health Services. However, these measures have been driven largely in a top-down manner, with very limited adaptation to local contexts or to the organizational conditions and professional dynamics within networks. Moreover, monitoring has focused primarily on compliance with activity

targets, without assessing their actual use or their contribution to improving clinical coordination.

Despite being promoted in policy, the evaluation of care coordination across levels and the factors influencing it, including the coordination mechanisms themselves, has received very limited attention. Consequently, there is little evidence on the implementation and effectiveness of coordination mechanisms between care levels in Chile. Available scientific evidence is scarce and fragmented, and the lack of robust analytical frameworks has constrained understanding of coordination processes and limited the development of actionable insights to inform policies and integration strategies in the public health system.

The analytical framework for care coordination proposed by Vázquez et al. conceptualizes care coordination as an intermediate outcome of healthcare networks, necessary to ensure continuity of care and contribute to equity in access and system efficiency. Achieving coordination across care levels requires institutional instruments and practices aimed at structuring interactions between levels. Among them are coordination mechanisms, which seek to articulate clinical processes to harmonize shared care pathways and ensure continuity of care across levels.

These mechanisms aim to improve information coordination, clinical management coordination, and administrative coordination, and they are effective to the extent that they are adapted to context and appropriated by professionals. Evidence shows that participatory approaches are those that best support contextual adaptation, operational relevance, and sustainability. The most successful implementation processes are those involving professionals from early stages, promoting interaction across levels, local adaptation of tools, and the creation of shared learning spaces.

In this line, the international project “Impact of different care integration strategies on the performance of healthcare networks in different Latin American health systems (Equity-LA II)” aimed to assess the effectiveness of care integration strategies for improving coordination and quality of care in public healthcare networks in six Latin American countries (Argentina, Brazil, Colombia, Chile, Mexico, and Uruguay). The

project adopted a controlled before-and-after quasi-experimental design, involving two public healthcare networks in each country, one intervention area and one control area. In both areas, a baseline (2015) and a post-intervention measurement (2017) were conducted.

This doctoral thesis contributes to advancing the understanding of care coordination in Chile by integrating a critical synthesis of national evidence with an empirical analysis of the implementation and use of coordination mechanisms in the studied networks, and an evaluation of the effectiveness of the participatory intervention in improving knowledge and use of existing coordination mechanisms in the intervention network. The analytical framework underpinning this work provides an approach for understanding how coordination mechanisms function in context and for supporting decision-making aimed at improving continuity of care within public healthcare networks in Chile and the region.

Objective

To analyse the implementation of clinical coordination mechanisms across care levels in two public healthcare networks in the metropolitan area of Chile.

Methods

The study comprises two components: a scoping review and an empirical component. A scoping review was conducted to identify and synthesise national evidence on care coordination mechanisms across levels in the Chilean public health system. This review followed PRISMA recommendations to identify original articles analysing knowledge, use and/or outcomes related to the implementation of clinical coordination mechanisms across care levels in the Chilean public sector. The search was carried out between March and June 2023 in MEDLINE/PubMed, SCIELO, LILACS and EPISTEMONIKOS, with an update in August 2024. Original articles in English or Spanish were included, with no restrictions on time period or study design, provided they addressed information or clinical management coordination mechanisms between primary care and specialised care in the Chilean system.

Study selection occurred in two stages: screening of titles and abstracts, followed by full-text review of preselected articles. Discrepancies were resolved by consensus

between the PhD candidate and the thesis directors, both specialists in the field. The analysis was guided by the coordination framework, and evidence was synthesised according to the type of mechanism—information coordination or clinical management coordination—and methodological approach—quantitative or qualitative.

The quantitative component, based on two cross-sectional survey studies using the COORDENA questionnaire administered face-to-face to primary care (PC) and secondary care (SC) physicians, examined: (a) the implementation of coordination mechanisms in the selected networks (Substudy I), using baseline data (2015); and (b) the effectiveness of the participatory intervention in improving knowledge and use of coordination mechanisms in the intervention network, based on a comparative analysis of pre-intervention (2015) and post-intervention (2017) measurements (Substudy II).

The study was conducted in two comparable public healthcare networks in the Metropolitan Region of Chile. Selection was based on the following criteria: providing a continuum of care including PC and SC; serving urban populations of low or lower-middle socioeconomic status; and demonstrating institutional willingness to participate. The intervention network was the Northern Metropolitan Health Service (SSMN), and the control network the Southern Metropolitan Health Service (SSMS).

The study population consisted of PC and SC physicians who, in their routine clinical practice, interacted with the other level and had at least three months of tenure in the network.

In both measurements (2015 and 2017), trained interviewers administered the COORDENA© questionnaire face-to-face. The questionnaire was adapted to the Chilean context through pretesting and a pilot study, and assessed knowledge, use, characteristics and difficulties related to the use of care coordination mechanisms across levels, before and after the participatory implementation of an intervention to improve coordination. A total of 348 physicians were surveyed in 2015 (SSMN=173; SSMS=175) and 361 in 2017 (SSMN=175; SSMS=183).

Substudy I analysed, in 2015, the implementation of referral and reply forms, hospital discharge reports, shared clinical practice guidelines or protocols, face-to-face consultancies or joint consultations, and the use of institutional telephone and email. The variables examined included level of knowledge, frequent use, purpose, and difficulties in use. A descriptive analysis was conducted for each mechanism, stratified by network and care level.

Substudy II assessed the effectiveness of the intervention in improving knowledge and use of the referral form, reply form, clinical practice guidelines or shared protocols, and face-to-face consultancies between levels existing in the intervention network. The outcome variables were knowledge and frequent use of the mechanisms. To identify changes (a) between years in the intervention network and (b) between networks in both years, Poisson regression models with robust variance were estimated, adjusted for variables not influenced by the intervention (sex, age, country of origin, years of experience in the workplace, and contracted working hours).

Participatory process and implemented interventions

Based on the baseline results and through a participatory analysis process involving professionals and managers from different care levels in the intervention network, the main problem affecting care coordination across levels was identified as the “limited communication, trust and collaboration among professionals from different levels.” A two-component intervention was therefore designed and implemented: virtual consultancies and inter-level visits. The process was conducted through a continuous and participatory cycle of implementation, evaluation and adjustment, led by working groups and a local steering committee composed of managers, directors and primary and hospital care professionals, together with representatives from the Health Service (SSMN) and the research team.

Virtual consultancies consisted of fortnightly videoconference meetings between primary care and specialised care physicians and other professionals to review topics, clinical cases and referral protocols. These meetings brought together PC teams with different specialty teams to discuss specific conditions and cases,

establishing agreements for shared clinical management of patients. Inter-level visits were bidirectional, face-to-face encounters—four in total—between primary care and hospital teams, focused on fostering interaction to strengthen clinical coordination. Both components sought to improve coordination across care levels.

Results

The scoping review results showed that the available evidence is very limited, with important gaps. The eleven selected studies—mostly descriptive, survey-based and locally focused—were primarily centred on clinical management coordination mechanisms across care levels, such as consultancies, clinical practice guidelines and protocols, and, to a lesser extent, on information coordination mechanisms such as referral forms, reply forms or hospital discharge reports. Most studies analysed knowledge and use of the mechanisms, while only a few evaluated outcomes of their use, generally indicators of access across levels or clinical outcomes.

Although they must be interpreted with caution, the findings suggest high levels of knowledge and use of information coordination mechanisms—particularly referral forms and hospital discharge reports—and lower levels for reply forms. Among clinical management coordination mechanisms, the use of clinical practice guidelines was high, especially those related to conditions covered by the Explicit Health Guarantees (GES) system, although organisational and local applicability barriers were identified. The evaluation of consultancies between primary care and specialised care professionals showed positive results across different modalities. In mental health, face-to-face consultancy was associated with reduced hospitalisations. Virtual consultancies improved clinical coordination, and others, when combined with referral protocols, contributed to reducing waiting times. Identified facilitators for implementation and use included participatory processes, technological support, regulatory backing and organisational alignment.

Although cautiously, the findings suggest better results from mechanisms implemented through participatory approaches, which foster professional interaction and the construction of shared agreements. They also indicate that information and communication technologies (ICTs) can facilitate access to and participation in virtual

consultancies, although they require structural and organisational conditions that have not been systematically studied.

The two metropolitan public healthcare networks studied (SSMN and SSMS), serving a beneficiary population of nearly one million inhabitants, were composed of primary care services from three urban municipalities in each territory and their corresponding referral hospitals. Physicians participating in these networks shared a similar profile across primary and specialised care. Primary care was characterised by a higher proportion of women, foreign-born physicians and younger professionals, whereas specialised care was predominantly composed of Chilean male physicians in older age groups. Among specialists, part-time contracts and engagement in private practice were more frequent than among primary care physicians.

Results from Substudy I in 2015 showed that the set of coordination mechanisms in use was the same in both networks. The best-known and most frequently used mechanism was the referral form. Among clinical management coordination mechanisms, clinical practice guidelines or shared protocols were the most widely used—particularly in the SSMN network and among primary care physicians, who generally reported higher levels of use.

All physicians in both networks reported knowing about the referral form, and the majority indicated routinely sending it to refer patients or transmit information to the other level, mainly diagnosis and, less frequently, clinical background and the specific reason for referral; only a minority included exam results. The main difficulties perceived by specialists when receiving these forms were incomplete content, illegible handwriting or errors, although less frequently they also reported problems regarding the appropriateness of the referral.

The proportion of physicians familiar with the reply form was much lower, as was its use by specialists—especially in the SSMN network, with significant differences compared to the SSMS. Reply forms were mainly used to provide primary care physicians with follow-up instructions, followed by the transmission of information on indicated treatments and diagnosis, and, to a lesser extent, exam results or other

clinical data. Although a high proportion considered that reply forms addressed the reason for the referral, they also reported that they frequently arrived too late for decision-making. Identified difficulties included incomplete content and specialists' limited interest in completing them.

Clinical practice guidelines and protocols were widely known, and most physicians reported following their recommendations, more frequently in the SSMN. Regarding specific guidelines used, SSMN physicians more often reported using GES guidelines as well as referral and reply protocols. Guidelines and protocols were mainly used to define referral and prioritisation criteria and to standardise clinical decision-making. Slightly more than half of physicians considered that their development takes into account perspectives from both care levels. Fewer than half had participated in training on their use, and the main difficulties identified were the applicability of recommendations and the need for updates.

Face-to-face consultancies were the least-known mechanism, although participation was high among those who knew about them. Conducted with different specialties, in SSMN they were mostly linked to internal medicine, whereas in SSMS they were more often reported in mental health. They were used to review and discuss clinical cases and define treatment plans. The main difficulties reported for participation were lack of time and inadequate organisation.

Results from the 2017 evaluation (Substudy II), thirteen months after implementation, showed that the intervention designed and implemented through a participatory process to improve cross-level coordination was effective in improving knowledge and use of existing mechanisms in the intervention network (SSMN), both in comparison with baseline and relative to the control network (SSMS), in addition to enabling the implementation of a new coordination mechanism across levels: virtual consultancies.

Significant improvements were observed in knowledge of most mechanisms in the intervention network after the intervention. Compared with the control network, knowledge and use of reply forms increased significantly, reaching levels similar to those observed in the control network at baseline. Knowledge and use of clinical

practice guidelines and shared protocols increased in both networks, with greater improvements in the intervention network, which maintained its advantage over the control network. Finally, knowledge of face-to-face consultancies increased in both networks, and their use grew mainly in the intervention network, although it did not reach the levels reported in the control network.

Conclusion

Care coordination is a central challenge for public healthcare services in Chile, shaped by the segmentation of the health system and the structural fragmentation that affects service delivery. The effective implementation of coordination mechanisms across care levels can help mitigate these effects; however, in a centralised and hierarchical management context, the lack of evaluation and effectiveness studies limits understanding of the problems and challenges surrounding their implementation and use, constraining the design of effective approaches.

This thesis shows that the mere existence of care coordination mechanisms does not guarantee their appropriate use and, therefore, their effectiveness. The results reveal differences in knowledge and use of mechanisms between networks and levels of care, despite the ministerial impetus behind their introduction. The difficulties identified in their use highlight the influence of organisational and management factors at the local level, where differences in professional incentives between primary and specialised care also play a role, alongside other aspects that warrant further study.

The evaluation results of the implemented intervention are consistent with international evidence on the effectiveness of participatory, bottom-up interventions that are aligned with public policies and supported by leadership from managers and directors across the different care levels that make up the network. In this study, virtual consultancies—implemented through participatory processes in the Northern Metropolitan Health Service—introduced a new form of clinical interaction, facilitated knowledge-sharing, communication and trust in cross-level clinical decision-making, and additionally improved the use of existing coordination mechanisms.

From a managerial perspective, the findings offer useful evidence to inform strategies aimed at strengthening coordination, underscoring the need to institutionalise cross-level coordination spaces that promote communication and interaction, reinforce the articulating role of primary care within the public health network, and support the use of participatory methodologies with academic backing to generate sustainable and contextually grounded changes in public healthcare networks in the country and the region.

Presentación

Esta tesis doctoral se enmarca en la línea de investigación en servicios de salud del Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC) y forma parte del proyecto “Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina (EQUITY-LA II)”, financiado por la Comisión Europea. Este proyecto se desarrolló de manera colaborativa entre instituciones de España, Bélgica, Brasil, Chile, México, Argentina, Uruguay y Colombia, con el propósito de evaluar la efectividad de diversas estrategias de intervención para mejorar la coordinación y la calidad de la atención en redes de servicios de salud de América Latina, mediante un diseño cuasi

experimental y un enfoque de investigación-acción participativa.

La tesis se llevó a cabo en Chile, entre 2019 y 2025, bajo la dirección de las doctoras Pamela Eguiguren Bravo, (Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile) y María Luisa Vázquez Navarrete (Consorci de Salut i Social de Catalunya), y los tutores de la Universidad Autónoma de Barcelona, Dra. Montserrat Ferrer Forés y el Dr. Jordi Casabona Barbara.

El estudio se sitúa en el contexto del sistema público de salud chileno, y se desarrolló en dos redes metropolitanas: Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS). Su propósito fue analizar la implantación y uso de mecanismos de coordinación asistencial entre la atención primaria y especializada, así como evaluar la efectividad de una intervención

participativa destinada a fortalecer la comunicación clínica y la confianza entre niveles asistenciales.

La doctoranda participó activamente en todas las fases del proyecto en Chile: en la adaptación y aplicación del cuestionario COORDENA-CH, la coordinación del trabajo de campo de las encuestas (2015 y 2017), la depuración y análisis de las bases de datos y elaboración de informes y comunicaciones conjuntas con el equipo de investigación, y la co-gestión del proceso de diseño e implementación de la intervención participativa en la red intervenida (SSMN). Desempeñó, además, el rol de integrante del Comité Conductor Local (CCL) del área intervenida, participando desde su posición institucional como gestora de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Norte, en la articulación entre las plataformas de gestión internivel y el proceso de investigación, contribuyendo al vínculo operativo entre la red asistencial y el equipo investigador del proyecto internacional.

La tesis aborda tres objetivos articulados que responden a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el estado del conocimiento sobre la implantación y resultados de los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles en el sistema público chileno?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento, uso y dificultades de utilización de dichos mecanismos entre médicos de atención primaria y especializada en dos redes metropolitanas de salud pública?
- ¿Qué efectos tiene una intervención participativa orientada a fortalecer la comunicación e interacción clínica entre niveles sobre el conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación asistencial?

La tesis se estructura en ocho capítulos. Inicialmente la introducción del estudio, donde se expone la relevancia del problema de investigación y su vinculación con los desafíos actuales del sistema de salud chileno. A continuación, se presenta marco teórico y conceptual, que comprende la contextualización del sistema de salud chileno, el marco de análisis de la coordinación asistencial y el estado del conocimiento nacional e internacional sobre los mecanismos de coordinación. El

segundo capítulo presenta la justificación, seguido de las preguntas de investigación y objetivos, para desarrollar posteriormente en el capítulo IV los métodos. El capítulo V presenta los resultados organizados para dar respuesta a los tres objetivos planteados. Finalmente se presentan la discusión de los resultados y su contraste con la literatura, para cerrar con las conclusiones y recomendaciones derivadas del conjunto de los estudios en los capítulos VII y VIII respectivamente.

Del trabajo de investigación se han derivado dos artículos científicos: el primero, vinculado al objetivo 1, una revisión de alcance denominada *“Implementación de mecanismos de coordinación clínica en servicios de salud de Chile. Revisión de Alcance”* que ha sido aceptada para publicación en la Revista Médica de Chile y se incluye como anexo; el segundo, asociado al objetivo 3, denominado *“Efectividad de una intervención participativa sobre el uso de mecanismos de coordinación interniveles en redes públicas de salud en Chile”* se encuentra en proceso de revisión en la Revista Chilena de Salud Pública. Ambos manuscritos recogen parte sustantiva de los resultados y contribuyen a la difusión del conocimiento generado sobre la coordinación asistencial en el sistema público de salud chileno.

Lista de abreviaturas

AP	: Atención Primaria
AE	: Atención especializada, atención secundaria-terciaria
CDT	: Centro de Diagnóstico y Tratamiento
CESFAM	: Centro de Salud Familiar
CECOSF	: Centro Comunitario d Salud Familiar
CENABAST	: Central Nacional de Abastecimiento
CIRA	: Consejo Integrado de la Red Asistencial
CLP	: Pesos chilenos
COMGES	: Compromiso de gestión
CRS	: Centro de Referencia en Salud
DALYS	: Años de Vida perdidos, ajustados por discapacidad
EAR	: Establecimiento Autogestionado en red
FFAA	: Fuerzas Armadas
FONASA	: Fondo Nacional de Salud
GES	: Garantías Explícitas en Salud
GPC	: Guías de Práctica Clínica
HI	: Hoja de interconsulta
HCR	: Hoja de contrarreferencia
IAP	: Investigación - Acción – Participativa
ISAPRE	: Institución de Salud Previsional
ISL	: Instituto de Seguridad Laboral
ISP	: Instituto de Salud Pública

MAI	: Modalidad de Atención Institucional
MAIS	: Modelo de atención integral en salud
MLE	: Modalidad Libre Elección
OCDE	: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
PIB-PPP	: Producto Interno Bruto, ajustado por paridad de poder adquisitivo
SEREMI	: Secretaría Regional Ministerial
SIGGES	: Sistema de Información de Garantías Explícitas en Salud
SNS	: Servicio Nacional de Salud
SNSS	: Sistema Nacional de Servicios de Salud
RNLE	: Repositorio Nacional de Lista de Espera (NO GES)
RISS	: Redes Integradas de Servicios de Salud
SIGTE	: Sistema de Información de gestión de tiempos de espera (NO GES)

I.- Introducción

En América Latina, la fragmentación de los sistemas de salud afecta negativamente el acceso, continuidad y calidad de la atención, comprometiendo tanto la equidad y eficiencia del sistema, como los resultados en salud de la población (1). En un sistema fragmentado se dificulta la coordinación asistencial y entre sus causas subyacen elementos de la estructura y organización de los servicios (1,2).

El sistema de salud chileno presenta una alta fragmentación (3–5). Esta problemática, ya identificada antes de la creación del Sistema Nacional de Salud en los años 50 (6), fue abordada con ese nuevo modelo, aunque mantuvo grados de fragmentación en la provisión de servicios. Con las reformas de los años 80(4) la fragmentación se profundizó, lo que se expresa, en primer lugar, en la segmentación del aseguramiento y provisión de servicios entre un sector público y otro privado. En segundo lugar, en el sector público, la gestión de los servicios está descentralizada a los municipios para la atención primaria (AP) y a los Servicios de Salud para hospitales. Además, la normativa permite derivación a prestadores privados por convenio o libre elección de los afiliados, acentuando los desafíos para la coordinación asistencial (4,5).

Desde la década de 1990, y especialmente con la reforma de salud de 2004 (7), se han desplegado esfuerzos para mitigar dicha fragmentación, entre otras medidas, la implantación de mecanismos de coordinación entre niveles de atención(8). Entre los principales se encuentran los mapas de derivación, guías de práctica clínica (GPC), guías para patologías con Garantías Explícitas en Salud (GES), protocolos y hojas de referencia y contrarreferencia, así como sistemas de información compartidos (3,8). Estas medidas se alinearon con las recomendaciones internacionales en torno a promover un modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (1,9); sin embargo, han sido escasamente estudiadas.

1. Contexto general del país

Chile es una república democrática, ubicada en el extremo austral de América del Sur, y uno de los 12 países que conforman esta región. En 2023, alcanzó los 19,7 millones de habitantes y mantiene una proyección de crecimiento moderado hacia 2050, con una tasa anual de 0,54% (10). Bajo los parámetros del Banco Mundial es considerado un país de ingresos medianos altos, con una economía reconocida dentro de las más estables de la región. En 2010, tras una invitación de los países miembros y un extenso proceso de evaluación, Chile se incorporó a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), convirtiéndose en el primer país sudamericano en integrarse a dicho organismo.

El PIB per cápita (PPP) de Chile alcanzó USD 34.637 en 2024, situándose por sobre la media de la región (USD 23.000) (11); aunque por debajo del promedio de los países de la OCDE (en torno a USD 55.000) (12). El gasto total en salud corresponde aproximadamente al 8.5% del PIB, y el gasto público, a un 5% (13).

En cuanto a disponibilidad de servicios, el 99% de la población dispone de electricidad y agua potable, cerca del 97% cuenta con servicios de saneamiento seguros y el 95% de las personas cuenta con acceso a internet (10). No obstante, persisten altos niveles de desigualdad, con un índice de Gini situado entre los más altos de los países miembros de la OCDE (0,43) (14), junto con Brasil (0.5) y Sudáfrica (0.6) (12).

Con una esperanza de vida al nacer de 81,4 años, y el 15,2% de la población con más de 65 años (15), el país se encuentra en una etapa avanzada de envejecimiento demográfico. Esto se acompaña de una tasa de fecundidad persistentemente baja (1,03 hijos por mujer) y un alto índice de dependencia (45,1%) (15). El perfil epidemiológico consecuentemente muestra que las enfermedades no transmisibles explican más del 70% de las defunciones, las enfermedades cardiovasculares en primer lugar, luego cáncer y, en tercer lugar, las enfermedades respiratorias crónicas (10).

Estas características—configuran el contexto estructural en que se organiza y desarrolla el sistema de salud chileno.

2. Sistema de salud chileno

Inspirado en principios de solidaridad y seguridad social, el sistema de salud en Chile establece sus bases en la década del 20, con la creación en 1924 del Seguro Obrero Obligatorio, siguiendo el modelo conocido como bismarckiano, caracterizado por la contribución obligatoria de trabajadores y empleadores (4,5). Limitado a los trabajadores del sector privado y formal, dejaba fuera a amplios sectores de la población más vulnerable, cobertura de atención de salud que dependía principalmente de iniciativas filantrópicas, religiosas o servicios municipales precarios (4).

En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), destinado a otorgar cobertura de atención a empleados públicos y particulares. Posteriormente, en 1952, la Ley N.º 10.383, dio origen al Servicio Nacional de Salud (SNS), que integró los restantes servicios e instituciones públicas existentes, en un sistema de carácter nacional, con financiamiento estatal y organización territorial. Este proceso configuró una estructura fundacional para las redes asistenciales públicas, que en gran medida sigue definiendo hasta hoy, el funcionamiento del sistema público de atención en salud chileno (4,5,16).

Las reformas impulsadas por Decreto Ley N.º 2.763 de 1979 y N.º3 de 1981 marcaron un profundo proceso de reorganización del sistema de salud chileno. Se transformó el Servicio Nacional de Salud (SNS) en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el SERMENA se suprimió, e integró sus funciones de aseguramiento en el recién creado Fondo Nacional de Salud (FONASA) (4,16). Posteriormente, se estableció la cotización obligatoria del 7% de la remuneración imponible para salud y se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs) (4,5), entidades privadas que ingresan a la función de gestión del aseguramiento, configurando la actual estructura segmentada del sistema de salud chileno, donde

la población asalariada opta por afiliarse a FONASA o a una ISAPRE para acceder a las prestaciones del sistema.

2.1 Configuración actual del sistema de salud chileno

El sistema de salud chileno es un modelo de seguridad social, basado en la afiliación obligatoria de los trabajadores a un seguro de salud financiado principalmente mediante cotización del 7% de los ingresos (4,16) e impuestos generales que permiten asegurar a los no asalariados. Se caracteriza por la segmentación de la gestión del aseguramiento según grupos de población: de gestión pública a través del FONASA, que da cobertura al 82% de la población trabajadora y no asalariada, y privada, a través de las ISAPRES, que cubre en torno al 15% de la población de mayores ingresos. Además de un sistema propio de las Fuerzas Armadas, que cubre en torno al 3% de la población (17).

Rectoría

La función de rectoría del sistema de salud recae en el Ministerio de Salud (MINSAL). Desde 2004, a partir de Ley N.º 19.937 de Autoridad Sanitaria (7) se estableció una organización institucional que separó las responsabilidades de rectoría sanitaria y gestión asistencial, las que se ejercen a través de dos subsecretarías con atribuciones complementarias (Figura 1).

La Subsecretaría de Salud Pública comprende la formulación de políticas, normas y regulaciones en salud; la vigilancia epidemiológica y ambiental, la fiscalización del cumplimiento normativo, y la conducción de las estrategias de salud poblacional. En el nivel regional, estas funciones se ejecutan mediante Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), que actúan como autoridades sanitarias regionales, responsables de resguardar la salud pública y la observancia normativa (7,16).

Dependen de esta Subsecretaría, la Superintendencia de Salud y el Instituto de Salud Pública (ISP). La primera fiscaliza a las entidades aseguradoras, tanto pública (FONASA) como privadas (ISAPRES), así como fiscaliza y acredita la calidad de los prestadores públicos y privados, supervisando el cumplimiento de normas y

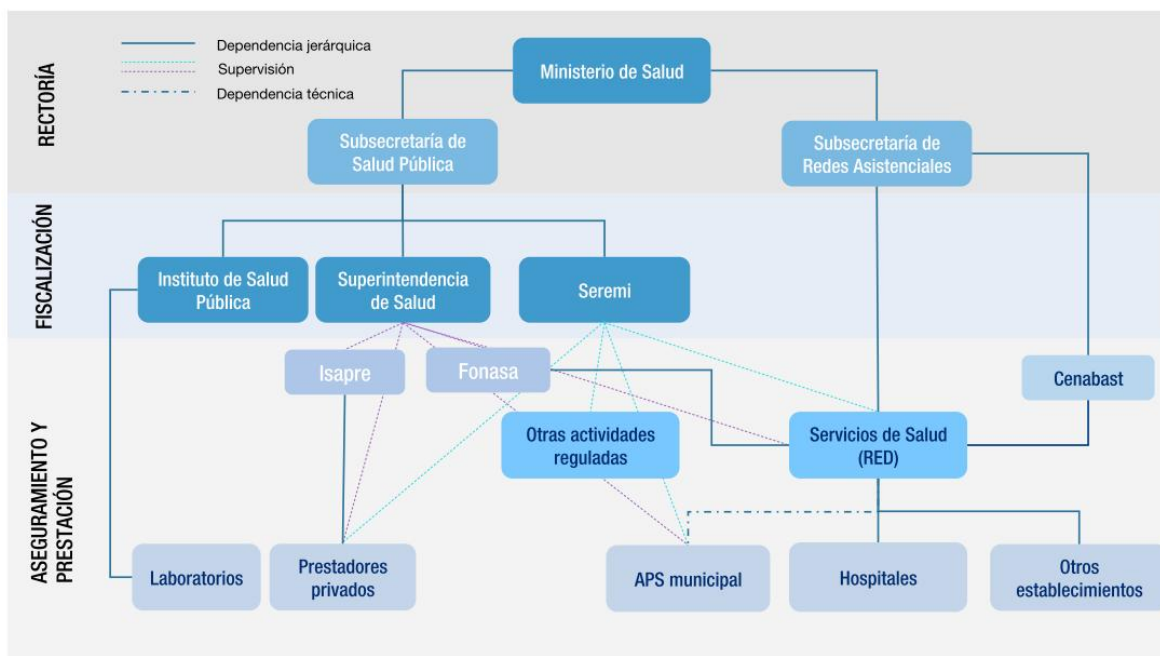
garantías legales. El ISP en tanto, regula y supervisa la calidad y seguridad de medicamentos, dispositivos médicos y laboratorios, además de actuar como laboratorio de referencia nacional (16).

La Subsecretaría de Redes Asistenciales por su parte, es responsable de la prestación de servicios sanitarios del sistema público: organiza, coordina y supervisa las redes de establecimientos. Le corresponde la planificación y asignación de recursos a los Servicios de Salud, la evaluación del desempeño de los hospitales y centros de atención primaria, y la implantación de estrategias de mejora continua en la atención (7,8).

Las prestaciones que provee el sistema de salud son definidas por el Ministerio de Salud, a través de un catálogo nacional de prestaciones (Arancel FONASA), que determina tanto las prestaciones y tarifas en modalidad institucional (MAI); que se ofrecen dentro de la red pública de salud, así como aquellas que pueden ser realizadas por prestadores en convenio mediante modalidad libre elección (MLE). Desde 2004, la Ley N.º 19.966 instauró además el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), que determina un conjunto priorizado de problemas de salud garantizados bajo cuatro principios: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Este régimen, de carácter obligatorio para las aseguradoras públicas y privadas (FONASA e ISAPREs), incluye actualmente 87 condiciones de salud, con un listado mínimo de prestaciones garantizadas, cuya atención debe asegurarse en los tiempos que cada garantía determina (18).

La red pública ofrece un amplio conjunto de prestaciones que comprenden acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, definidas según nivel de atención en el catálogo de prestaciones y que se actualiza anualmente desde el nivel central (18–20).

Figura 1. Estructura funcional del sistema de salud chileno



Fuente: Serie de Salud Poblacional: Estructura y Funcionamiento del sistema de salud chileno(16)

Financiación y gestión del aseguramiento

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es la entidad estatal encargada de la gestión financiera y la administración de la cartera de servicios del sistema público de salud, así como la relación con prestadores privados en convenio (16,21). El financiamiento de FONASA proviene de la cotización obligatoria del 7% de los ingresos imposables de los trabajadores dependientes y formales, y de la cotización de los trabajadores independientes, recaudada mediante la retención de impuestos sobre la facturación (obligatoria desde el año 2019). Estos ingresos se complementan por aportes fiscales, definidos en la Ley de presupuesto anual, para el financiamiento del sistema (4,16). FONASA transfiere el financiamiento a los establecimientos de la red pública a través de los Servicios de Salud y éstos a su vez a los hospitales, y a los municipios, que administran el primer nivel de atención. El financiamiento de la atención primaria se basa en un pago per-cápita (22), asociado a una cartera de prestaciones mínimas; mientras que, en el nivel secundario y terciario, mediante presupuesto histórico y asociado a producción (20).

La vertiente de aseguramiento público funciona bajo un modelo de reparto, pero con condiciones de acceso diferentes según tramo (4). Los beneficiarios se clasifican en 4 tramos: “A” al “D” según sus ingresos, en forma creciente (23), donde el tramo “A” corresponde a la población sin ingresos. Hasta 2022, los tramos “B”, “C” y “D” mantenían copagos diferenciados para ciertas atenciones, posteriormente eliminados (24). Únicamente los tramos “B”, “C” y “D” pueden acceder a algunos servicios con prestadores privados (en convenio), mediante vouchers y copagos, bajo la modalidad de libre elección (MLE) (16).

Las ISAPREs, aseguradoras privadas con fines de lucro, se financian mediante la cotización obligatoria de sus afiliados. Además, los afiliados pueden pagar una prima adicional para ampliar la cobertura de atención según el plan que elijan, y su perfil de riesgo (edad, sexo, carga familiar) (16). El acceso a atención según el plan individual convenido con la ISAPRE debe proporcionar, como mínimo, las prestaciones definidas por ley (25).

El sistema de provisión de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden, constituye un régimen independiente de FONASA e ISAPREs, que cubre aproximadamente al 3% de la población, incluyendo al personal en servicio activo, retirados y sus cargas familiares. Su financiamiento proviene de la cotización obligatoria del 7% de los ingresos imponibles, complementado con aportes fiscales directos, que se transfieren a las instituciones previsionales de cada rama (Ejército, Armada, Fuerza Aérea y Carabineros) (16). Los beneficiarios tienen acceso a atención integral en una red cerrada de prestadores propios, sin planes individuales, coberturas diferenciadas ni copagos (4,5).

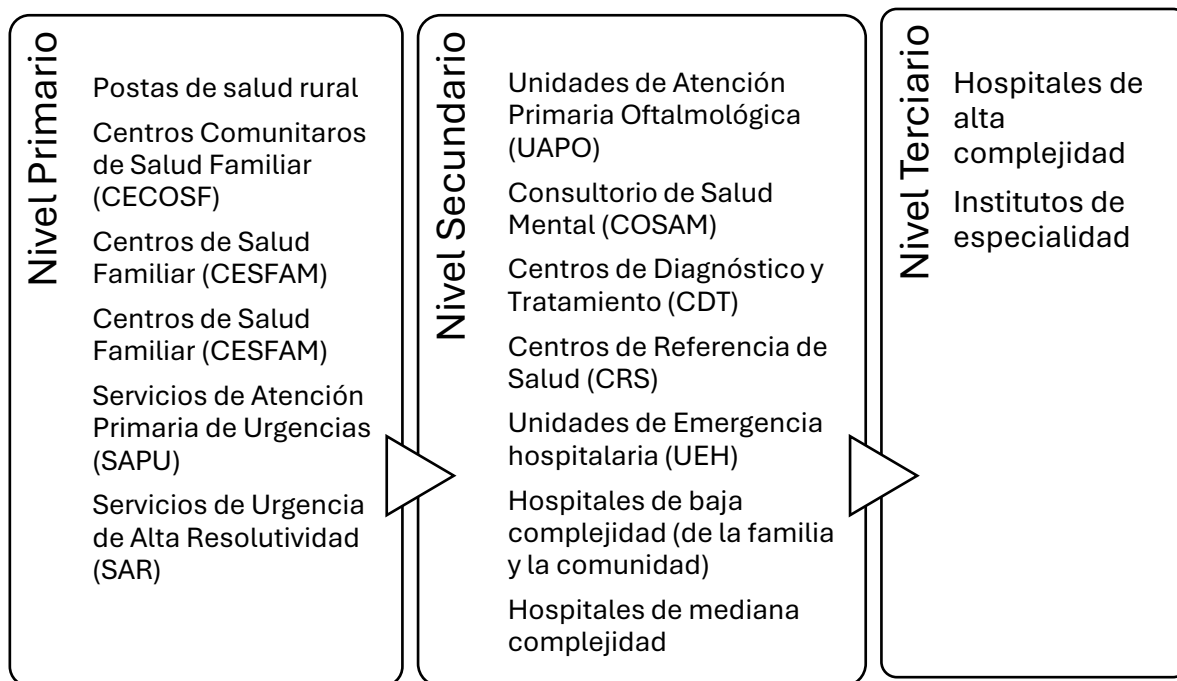
Provisión de servicios

La provisión de servicios de salud públicos (para los afiliados al FONASA), se organiza territorialmente a través de 29 Servicios de Salud, foco de este trabajo. En el área de influencia de cada Servicio de Salud, la red de prestadores públicos se estructura según nivel de complejidad creciente, con centros de atención primaria, puerta de entrada al sistema y con un rol central en la coordinación de la atención

del paciente a lo largo del continuo asistencial (8), y dispositivos de mayor complejidad que permiten organizar la atención continua desde la promoción y prevención, hasta la resolución de patologías que requieren abordaje especializado y rehabilitación (7,8).

Los establecimientos de atención primaria (AP) engloban centros de atención de distinto nivel de resolutividad, de atención electiva y de urgencias como Centros Comunitarios de Salud Familiar (CESFAM) y Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), mientras que los centros de diagnóstico, tratamiento y hospitales corresponden a los niveles secundario y terciario, algunos de referencia nacional o por macro redes (que reúnen a varios Servicios de Salud), encargados de la atención especializada (AE) (Figura 2). Los flujos de atención son definidos por el nivel central y en cada Servicio de Salud a través de mapas de derivación (7); mientras que el tránsito de los pacientes entre niveles está mediado por procesos de referencia y contrarreferencia.

Figura 2 Establecimientos de Salud según nivel de complejidad, red pública de salud



Elaboración propia

El tipo y número de dispositivos en cada Servicio de Salud están determinados por criterios como el volumen de la población y sus características geográficas, demográficas y epidemiológicas (8).

Para la provisión de las prestaciones que no pueden proporcionar la red pública, se establecen convenios con prestadores privados, a través de FONASA y los Servicios de Salud. Las ISAPREs a través de convenios ofrecen una red de prestadores a sus afiliados, para las prestaciones contenidas en sus planes contratados. Las Fuerzas Armadas por su parte, cuentan con su red propia de prestadores, además de convenios con prestadores fuera de su red, para prestaciones específicas (16,18,25).

Finalmente, los proveedores privados también ofrecen atención mediante pago directo a aquellas personas que los pueden pagar. Su distribución es heterogénea, con concentración en centros urbanos y en zonas de mayores ingresos (21).

2.2 Mecanismos de coordinación entre niveles en las redes públicas

El adecuado funcionamiento de las redes de servicios de salud requiere entre otras estrategias, la implantación de mecanismos que permitan la articulación efectiva entre los distintos niveles de atención, de modo que las personas reciban atención continua y oportuna a lo largo del continuo asistencial. En las últimas décadas, el Ministerio de Salud ha impulsado diversas estrategias destinadas a mejorar la coordinación asistencial entre niveles dentro de las redes públicas, promoviendo su implantación progresiva en los Servicios de Salud del país (3). Estas estrategias incluyen orientaciones normativas, instrumentos técnicos y compromisos de gestión suscritos con los Servicios, con el propósito de favorecer la articulación entre niveles asistenciales en las redes de cada territorio (8,26,27) (Tabla 1).

Los principales mecanismos de coordinación entre niveles promovidos mediante lineamientos técnicos ministeriales durante las últimas décadas en los servicios de salud chilenos se pueden agrupar según el tipo de coordinación al que contribuyen mayormente: de la información clínica, de la gestión clínica o administrativa. Algunos

son de implantación nacional con apoyo centralizado, como los sistemas de información del régimen de garantías GES (SIGGES) o las guías de práctica clínica asociadas a patologías con garantía legal (GES); mientras que otros, dependen de la implantación por parte de los Servicios de Salud con diverso grado de apoyo financiero y normativo (3) (Tabla 1).

Tabla 1. Mecanismos de coordinación en los servicios de salud de Chile

Mecanismo	Descripción	Nivel de implantación
Mecanismos de coordinación de la información clínica		
Seguimiento de listas de espera (GES y NO GES)(3,28)	Repositorios nacionales (RNLE/SIGTE y SIGGES) para registrar y monitorear derivaciones a especialidad y garantías de oportunidad, para la trazabilidad de pacientes en lista de espera.	Implantación centralizada desde el Ministerio de Salud, monitoreo en AP, Hospitales y Servicios de Salud.
Referencia y contrarreferencia(3,27)	Formatos estandarizados (físico o electrónico) que acompañan las derivaciones entre niveles, garantizando el intercambio mínimo de información clínica del paciente.	Lineamiento del Ministerio de Salud, de implantación por los Servicios de Salud
Mecanismos de coordinación de la gestión clínica		
Médico gestor de demanda(3,29)	Profesional de atención primaria encargado de priorizar derivaciones y coordinar la demanda asistencial, conforme a protocolos y flujos de atención definidos en la red.	Lineamiento del Ministerio de Salud, implantación local en AP por los municipios.
Gestores líderes(30)	Gestores de los Servicios de Salud y hospitales que definen objetivos de coordinación de redes locales	
Guías y protocolos de referencia y contrarreferencia(3,31)	Documentos que estandarizan criterios clínicos, tiempos y flujos de derivación entre niveles, adaptados al perfil epidemiológico y recursos de cada red.	Lineamiento del Ministerio de Salud, implantación local por los Servicios de Salud.
Guías de práctica clínica(32)	Recomendaciones basadas en evidencia para estandarizar diagnósticos y tratamientos por patología (GES y NO GES)	Desarrollo centralizado desde el Ministerio de Salud, implantación de responsabilidad local
Tele interconsulta(30,33)	Estrategias de apoyo diagnóstico y terapéutico mediante consulta asincrónica con especialista (tele dermatología, tele radiología, tele oftalmología, etc.)	Implantación centralizada e iniciativas locales
Atención compartida y formación entre niveles(3)	consultorías para atención conjunta o revisión de casos y formación	Lineamiento del Ministerio de Salud, implantación local por los Servicios de Salud
Gestores de casos oncológicos(34)	Enfermeras/os hospitalarias que coordinan la atención de pacientes oncológicos asegurando continuidad y seguimiento clínico intranivel o internivel según perfil local	Lineamiento Ministerial, implementación local por hospitales

Tabla 1. Mecanismos de coordinación en los servicios de salud de Chile (cont.)

Mecanismos de coordinación administrativa		
Consejo integrado de la red asistencial (CIRA)(3)	Instancia de coordinación interinstitucional de nivel meso, en cada Servicio de Salud, con representación de prestadores públicos y privados en el territorio.	Lineamiento del Ministerio de Salud, implantación local por los Servicios de Salud
Mapas de derivación(3)	Esquemas territoriales que definen flujos de referencia y contrarreferencia por especialidad o patología, establecidos por cada Servicio de Salud y macrored.	
Elaboración propia a partir de Almeida (3) y revisión documentos ministeriales (3,8,26,27,35–37)		

Además del impulso normativo y técnico, los Compromisos de Gestión (COMGES) son el principal instrumento mediante el cual el Ministerio de Salud ha promovido la implantación, monitoreo y evaluación de los mecanismos de coordinación entre niveles en las redes (27). Estos compromisos, suscritos periódicamente por el Ministerio con los Servicios de Salud, establecen metas de desempeño e indicadores de gestión que buscan alinear la acción local con los objetivos nacionales, e incorporan algunos relacionados con la coordinación asistencial y la articulación en red. Los compromisos definidos en cada período reflejan variaciones en los énfasis de la política sanitaria respecto de la coordinación asistencial entre niveles en los últimos tres ciclos (27,35,36). En el primero (2014–2018), los compromisos se orientaron a fortalecer la programación de la oferta de atención, reducir los tiempos de espera en atención especializada (AE) tras la derivación desde atención primaria (AP), desarrollar protocolos resolutivos entre niveles y disminuir derivaciones no pertinentes desde AP. En esta etapa se promovió, además, la formación de directivos en competencias de gobernanza para la gestión de redes integradas (27). Durante el segundo período (2019–2022), se mantuvieron metas centradas en la reducción de esperas en AE tras la derivación desde AP, la mejora de la pertinencia en la derivación mediante el desarrollo de protocolos entre niveles y la programación de la atención, incorporando además acciones de coordinación del acceso a la oferta de atención disponible, como la estandarización de los procesos de agendamiento en cada nivel. Asimismo, se impulsó el fortalecimiento de los Consejos Integrados de la Red Asistencial (CIRA), como espacios de gobernanza y articulación en cada Servicio de Salud (20,38). En el ciclo actual (2023–2026), la coordinación entre niveles dejó de figurar como objetivo

explícito en los compromisos de gestión, desplazándose el foco y el impulso al desarrollo de la digitalización de la atención, con énfasis en el programa Hospital Digital, que ha expandido la telemedicina a través de diversas estrategias de salud digital como tele informes o consultorías con especialistas fuera de la red territorial (36) (Tabla 2).

Esta evolución refleja una tendencia a sostener compromisos orientados a la optimización de recursos y reducción de tiempos de espera, mientras se debilita la prioridad otorgada a la coordinación asistencial como eje explícito de la gestión, observada en los primeros períodos.

Tabla 2. Compromisos de gestión relacionados con estrategias o mecanismos de coordinación entre niveles, períodos 2014-2018, 2019-2022 y 2023-2026.

Ámbito	Compromisos de gestión 2014–2018	Compromisos de gestión 2019–2022	Compromisos de gestión 2023–2026
Gobernanza de las RISS	Formación de directivos en competencias para el gobierno de las RISS.	Activación y mejora de coordinación a través de CIRA y consejos macrorregionales.	—
Programación en red	Mecanismos de programación de oferta de consultas médicas en cada establecimiento de la red, con criterios de respuesta a la demanda desde AP	Programación de profesionales y actividades en red, foco en optimización de uso de horas médicas y orientación a la demanda.	Continuidad de compromiso de programación de profesionales y actividades con visión de red.
Tiempos de espera en AE, tras la derivación de AP	Reducción de tiempos para consulta nueva de especialidad y cirugía electiva, tras la derivación	Mantenición como indicador clave.	Mantenición como indicador clave.
Mecanismos de Coordinación entre niveles	Protocolos resolutivos en especialidades de alta demanda, con definición de tiempos máximos de permanencia en atención especializada.	Fortalecimiento de referencia y contrarreferencia con metas en desarrollo de protocolos entre niveles y porcentaje de altas médicas de especialidad.	
	Evaluación de pertinencia en derivaciones desde AP a AE.	Evaluación de pertinencia en derivaciones desde AP a AE.	—
Estandarización de agendamiento	—	Estandarización del proceso para mejorar transparencia, gestión de horas de atención y disponibilidad de información para la toma de decisiones en cada nivel	—

Elaboración propia. RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud; CIRA (Consejo Integrado de la Red Asistencial, AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada.

En síntesis, el desarrollo de los mecanismos de coordinación en Chile muestra avances normativos y programáticos relevantes, pero también condiciones heterogéneas para su implantación y sostenibilidad.

3.- Marco teórico

3.1 Redes integradas y marco de análisis para la coordinación.

La fragmentación en la provisión de los servicios continúa siendo un desafío que enfrentan los sistemas de salud en América Latina y también en Chile (1). Sus consecuencias se expresan en problemas de acceso, continuidad y calidad de la atención, comprometiendo la equidad, la eficiencia del sistema y los resultados en salud de la población (39–41). Esta fragmentación dificulta la coordinación asistencial, lo que se traduce en duplicidad de servicios, provisión en lugares no apropiados y uso ineficiente de recursos (42,43).

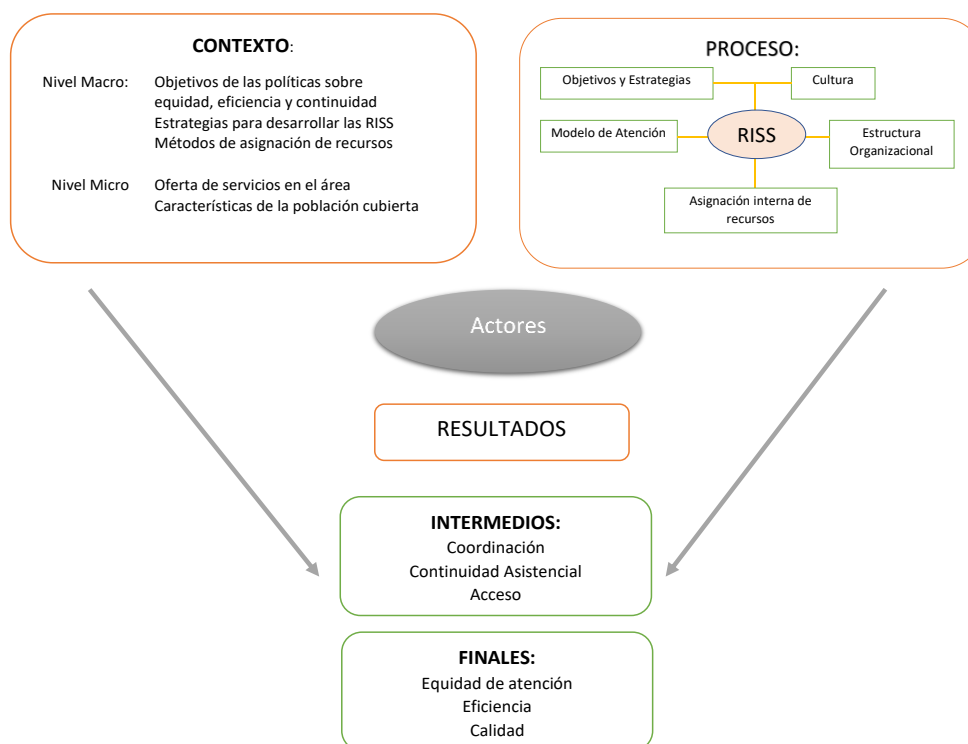
En respuesta, distintos países han impulsado estrategias orientadas a fortalecer la coordinación asistencial como un eje para avanzar hacia sistemas más integrados (1,2). En este contexto, surgen los modelos de redes integradas de servicios de salud (RISS) (1), también llamados Sistemas Integrados de Servicios u Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) (42), que buscan articular la provisión de servicios y promover la coordinación entre los distintos niveles de atención.

El marco de análisis adoptado en este trabajo, desarrollado por Vázquez et al. (2) entiende la coordinación como un resultado intermedio del desempeño de las redes, indispensable para alcanzar los objetivos finales de equidad, eficiencia y calidad. Dicho desempeño depende de la interacción entre tres dimensiones: el contexto (políticas, financiamiento y características de la población), los procesos internos (estructuras, liderazgos y estrategias compartidas) y los actores (profesionales, gestores y usuarios), cuyas relaciones determinan el grado de coordinación y continuidad alcanzado (Figura 3).

Desde esta perspectiva, la coordinación asistencial no constituye un fin en sí misma,

sino una condición necesaria para avanzar hacia la equidad, la eficiencia y la calidad de la atención de salud.

Figura 3. Marco de análisis para el desempeño de las redes integradas



Modificado de Vázquez et al 2009(2,44)

3.2 Coordinación asistencial entre niveles de atención

3.2.1 Concepto y dimensiones.

A pesar de la relevancia otorgada en el ámbito de la gestión sanitaria, el concepto de coordinación ha sido objeto de confusión frecuente con conceptos relacionados como continuidad o integración asistencial, e incluso, con mecanismos operativos diseñados para promoverla (45,46). Este estudio adopta la definición propuesta por Longest y Young (47), quienes entienden la coordinación como: “la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del paciente, con independencia del

lugar donde se reciben, de manera que se armonicen para alcanzar un objetivo común sin que se produzcan conflictos". Esta perspectiva enfatiza la articulación funcional de los distintos servicios y niveles de atención, que interactúan durante el proceso asistencial (48).

Es importante distinguir entre coordinación y continuidad asistencial: la primera alude a los procesos organizativos y de interacción profesional que posibilitan la integración de la atención; la segunda, en cambio, se refiere a la percepción del paciente sobre la coherencia y fluidez del cuidado que recibe a lo largo del proceso de atención en el tiempo. En este sentido, la continuidad constituye una manifestación observable, desde la experiencia del paciente, del grado de coordinación alcanzado por el sistema (49,50). A su vez, se reconoce que el nivel más alto de coordinación se traduce en una atención integrada (41,45).

A partir de esta definición general, se distinguen tres tipos principales de coordinación asistencial entre niveles (42,45): a) coordinación de la información, b) coordinación de la gestión clínica y c) coordinación administrativa.

Coordinación de la información

La coordinación de la información es la transferencia y utilización de información clínica de los pacientes entre niveles de atención. La información del paciente debe acompañar de manera efectiva y oportuna su atención en los distintos niveles, por los distintos equipos y especialidades, así como en los establecimientos de la red. La información involucra el historial clínico, actual y acumulado, registros relacionados con la referencia, contrarreferencia y procesos de atención, además de información de aspectos psicosociales relevantes (49,51).

Incluye dos dimensiones principales: la transferencia de información y la utilización de la información:

- a) Transferencia de la información clínica y biopsicosocial entre niveles de atención: consiste en el intercambio de información sobre el paciente entre los distintos niveles de atención. Atributos necesarios en esta dimensión son:

- Disponer de mecanismos adecuados para el intercambio de información; lo que implica:
 - Un acceso ágil y oportuno a la información compartida por parte de todos los profesionales involucrados en el proceso de atención en los distintos niveles; es decir, “que esté accesible y disponible en el momento en que se requiere”.
 - La adecuación de contenidos de información a las necesidades de atención de los distintos profesionales (por ejemplo, motivos de referencia del paciente, pautas de tratamiento a seguir, y cualquier otra información que contribuya a la toma de decisiones clínicas).
 - Contar con un registro adecuado de la información por parte de los profesionales (por ejemplo, informar todos los campos que contiene el formato de referencia y contrarreferencia).
- b) Uso de la información: implica tener en consideración la información recibida sobre los eventos y condiciones del paciente en la toma de decisiones sobre su atención de salud. Los atributos de esta dimensión incluyen:
- Consultar activamente la información transferida
 - Integrar de manera efectiva la información en la toma de decisiones clínicas (por ejemplo, para la indicación de pruebas, confirmación diagnóstica o prescripción de medicamentos).

Coordinación de la gestión clínica

La coordinación de la gestión clínica se refiere a la provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido por los diferentes servicios y niveles que participan en el proceso de atención. Su propósito es que la atención brindada sea continua, adecuada y coherente, integrando las intervenciones de diferentes profesionales y niveles de atención (51).

Comprende tres dimensiones principales: coherencia en la atención, seguimiento adecuado del paciente y accesibilidad entre niveles.

- a) Coherencia o consistencia en la atención: se refiere a la existencia de enfoques y objetivos de tratamiento comunes entre los profesionales que intervienen en el cuidado de un paciente. Los atributos de una atención coherente incluyen:
- Definir objetivos clínicos compartidos
 - Conciliar y acordar la indicación de exámenes, medicamentos y tratamientos, evitando duplicaciones innecesarias y contradicciones en el manejo clínico entre niveles.
- b) Seguimiento: apunta a garantizar la continuidad de la atención a lo largo de las transiciones entre niveles de atención. Sus atributos principales son:
- Definir un personal responsable del seguimiento clínico, que actúe como un coordinador de su atención entre niveles (por ejemplo, el médico de cabecera en atención primaria).
 - Comunicar oportunamente los momentos y condiciones de transferencia del paciente entre niveles, desde el nivel que transfiere hacia quien será el responsable de la atención y/o seguimiento.
 - Asegurar atención oportuna con el responsable del seguimiento, una vez ocurrida una transferencia.
- c) Accesibilidad entre niveles: implica un tránsito fluido y sin interrupciones durante la prestación de servicios. Su atributo central es:
- Evitar tiempos de espera excesivos para la atención oportuna y continua del paciente al pasar de un nivel a otro.

Estas dimensiones, en conjunto, buscan asegurar que la atención clínica se organice de manera oportuna, coherente y continua, permitiendo que el paciente reciba cuidados integrados y seguros a lo largo de todo su proceso asistencial.

Coordinación administrativa

La coordinación administrativa (52), se refiere los procesos que facilitan el tránsito oportuno, adecuado y eficiente del paciente entre niveles de atención, mediante la organización del acceso a la atención a lo largo del continuo asistencial. Su

propósito es que cada paciente reciba la atención que necesita en el momento y lugar apropiados, reforzando así la continuidad y la eficiencia del proceso de atención. Los atributos de esta dimensión son:

- a) Disponer de mecanismos específicos para la gestión del acceso, como circuitos administrativos o mapas de derivación que orienten el tránsito entre niveles.
- b) Garantizar la referencia administrativa pertinente hacia el servicio más adecuado, de acuerdo con las necesidades del paciente y los recursos disponibles.
- c) Programar previamente las atenciones en las transiciones entre niveles, con el fin de optimizar tiempos de espera y reducir interrupciones en el continuo asistencial.

En síntesis, los tres tipos de coordinación: de información, gestión clínica y administrativa, deben actuar de manera articulada, constituyendo la base sobre la cual se organiza una atención integrada y percibida como continua por los pacientes.

3.2.2 Factores que influyen en la coordinación

El grado de coordinación alcanzado entre niveles asistenciales no depende únicamente de la existencia formal de mecanismos, sino que está condicionado por un conjunto de factores externos e internos que configuran las posibilidades reales de interacción entre profesionales y servicios. Según el marco analítico desarrollado por Vázquez et al. (2), y aplicado en otros estudios recientes (53–55), estos factores operan como facilitadores u obstáculos que modulan la efectividad de los mecanismos y la articulación cotidiana entre niveles.

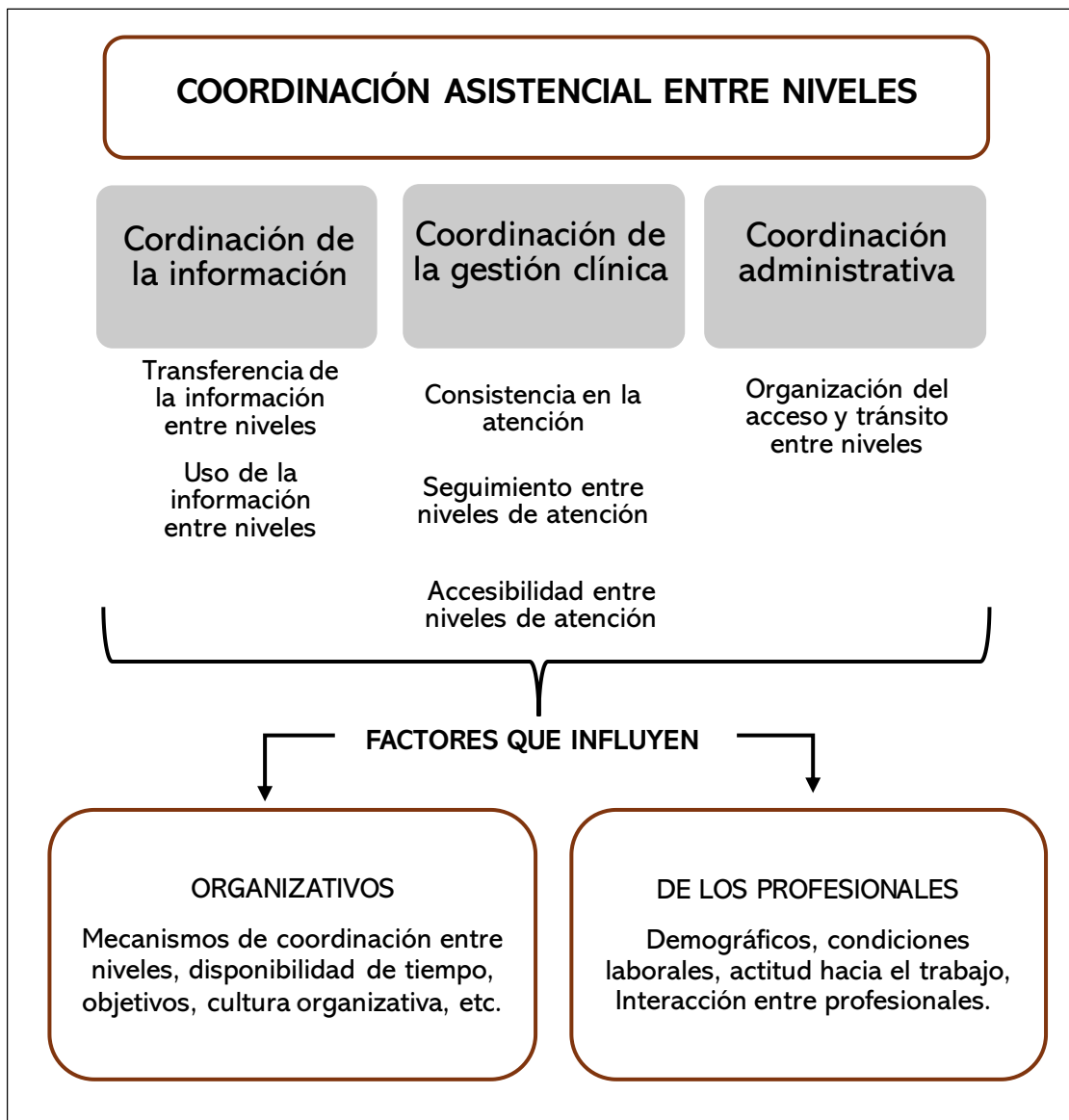
Los factores externos comprenden los elementos estructurales del sistema de salud que determinan el entorno en que se despliega la coordinación asistencial. Incluyen el modelo de organización y provisión de servicios, los esquemas de financiamiento, así como las políticas públicas, regulaciones e incentivos que promueven o desincentivan la colaboración entre niveles (56). La evidencia latinoamericana ha

mostrado que la fragmentación institucional, la diversidad de proveedores en un mismo territorio y los sistemas de pago orientados a la productividad hospitalaria generan importantes barreras para la coordinación (55,57). Estos elementos condicionan las reglas del juego institucional y pueden favorecer la integración, por ejemplo, mediante incentivos alineados o modelos de redes territoriales o, por el contrario, reforzar la fragmentación cuando introducen barreras financieras, administrativas o regulatorias entre los distintos niveles de atención (2,55).

Los factores internos se relacionan con el funcionamiento propio de las redes y los servicios, e incluyen factores organizativos y de los profesionales. En el plano organizativo, el marco identifica elementos como la cultura organizativa, el grado de integración de los procesos de gestión, la existencia de objetivos compartidos y liderazgos colaborativos, la disponibilidad de tiempo y recursos (2), así como la presencia efectiva de mecanismos de coordinación, que facilitan la interacción, comunicación y toma de decisiones conjuntas (45,55). La coherencia entre estos factores determina la capacidad real de las organizaciones para promover una coordinación sostenida.

A nivel profesional, los factores comprenden características sociodemográficas (edad, experiencia), condiciones laborales (tipo de contrato, jornada de trabajo, estabilidad laboral) y elementos relacionales como el conocimiento mutuo, la confianza, la comunicación, la disposición a colaborar y la percepción de utilidad de los mecanismos. La evidencia empírica en América Latina confirma que la comunicación fluida, el conocimiento y la relación entre profesionales, junto con valores y actitudes colaborativas, son determinantes centrales para lograr coordinación entre niveles (55,57). Estos factores relacionales condicionan el uso efectivo de los mecanismos disponibles y la capacidad de los equipos para sostener prácticas asistenciales articuladas en el tiempo (Figura 4).

Figura 4. Tipos, dimensiones de coordinación y factores que la influyen



Adaptado De (Longest and Young 2000; Reid, Haggerty, and McKendry 2002; Vázquez et al. 2009)

3.3 Estrategias para la mejora de la coordinación asistencial

La mejora de la coordinación asistencial entre niveles de atención en las redes de servicios de salud puede abordarse mediante intervenciones desplegadas en distinto nivel: macro, meso y micro (2,42).

En el nivel macro, las intervenciones se centran en la definición de políticas sanitarias, marcos regulatorios y mecanismos de financiamiento orientados a fortalecer la integración del sistema. La responsabilidad recae en las autoridades nacionales de salud, encargados de generar condiciones estructurales que favorezcan la articulación entre los distintos niveles. Entre estas estrategias se incluye la compra integrada de servicios, el pago por capitación (per cápita) o las evaluaciones por desempeño.

En el nivel meso, las acciones se orientan a la planificación y gestión operativa de las redes asistenciales, así como a la implantación de mecanismos que faciliten la integración funcional de sus componentes, bajo la responsabilidad de los gerentes de los servicios de salud. Ejemplos de estas intervenciones son la creación de comités de gestión interniveles y la designación de directores de área o distrito con responsabilidad en la coordinación entre distintos niveles de complejidad (2).

En el nivel micro, las intervenciones se centran en el diseño e implantación de mecanismos específicos de coordinación por parte de los profesionales y gestores locales, que intervienen directamente en el proceso de atención. Estas acciones buscan mejorar la coordinación asistencial y la continuidad del cuidado mediante instrumentos que promueven la comunicación y el trabajo conjunto entre niveles (2,41).

La mejora de la coordinación asistencial requiere de intervenciones articuladas en los tres niveles (58). No obstante, la evidencia sugiere que estrategias desarrolladas en el nivel micro, lideradas por equipos locales desde la conformación de las redes (1), resultan especialmente efectivas para favorecer la colaboración y la coordinación asistencial entre niveles (55).

Sobre esta base, el siguiente apartado aborda los mecanismos de coordinación, entendidos como los instrumentos operativos que materializan dichas estrategias en la práctica asistencial.

3.4 Mecanismos de coordinación asistencial

Para analizar los mecanismos de coordinación, se adopta el marco analítico propuesto por Terraza et al. (45), fundamentado en la teoría organizacional y en los modelos clásicos de Mintzberg (59) y Gailbraith (60). Este enfoque ofrece una estructura analítica para comprender cómo determinadas condiciones organizativas influyen en la necesidad de coordinación y en la selección de los mecanismos más apropiados en cada contexto asistencial (45).

Según este marco, se identifican tres factores, vinculados a la naturaleza de las actividades a coordinar y a la capacidad de procesar información:

- a) El grado de diferenciación de las actividades, que alude al grado de especialización de las tareas requeridas para la atención.
- b) La interdependencia entre los servicios o profesionales involucrados, que describe cómo se relacionan sus actividades para alcanzar un objetivo común, pudiendo ser compartidas (simultáneas e independientes), secuenciales (la salida de un servicio constituye la entrada para otro) o recíprocas (cuando las acciones de uno afectan directamente las del otro)
- c) El nivel de incertidumbre, entendido como la diferencia entre la cantidad de información necesaria para realizar una tarea y la efectivamente disponible en el momento de decidir (45,51). A medida que aumentan la diferenciación e interdependencia, también lo hace la incertidumbre, lo que exige mecanismos capaces de facilitar el procesamiento y la transferencia de información oportunamente, así como favorecer la comunicación y el acuerdo entre quienes intervienen en el continuo asistencial (45).

Los factores descritos permiten comprender cuándo y en qué medida es necesaria la coordinación; las bases de coordinación explican cómo se realiza. Desde el marco propuesto (45,59,60), se distinguen dos procesos fundamentales para articular las actividades: la programación o normalización, que estandariza y anticipa las

acciones, y la retroalimentación, que se apoya en la comunicación y la adaptación mutua para resolver problemas en tiempo real (45).

La programación consiste en estandarizar y predeterminar las acciones, definiendo por adelantado responsabilidades, actividades y competencias necesarias para su ejecución. Este tipo de coordinación es eficaz en contextos donde las situaciones pueden anticiparse, con bajo nivel de incertidumbre, interdependencias secuenciales y necesidades limitadas de procesamiento de información. Dentro de este grupo se incluyen la estandarización de procesos de trabajo (en tareas repetitivas e independientes entre sí, como guías o protocolos), la estandarización de habilidades (definiendo previamente los conocimientos o preparación requerida para una tarea, como estrategias de formación) y la estandarización de resultados (estableciendo objetivos y metas previamente acordados, como mapas de procesos o metas de desempeño) (45).

La retroalimentación, en cambio, se basa en la coordinación mediante el intercambio de información entre profesionales y servicios, permitiendo resolver problemas en el punto donde se originan. Este tipo de coordinación es más adecuado en escenarios complejos, con alta especialización, interdependencias recíprocas y elevados niveles de incertidumbre, donde es difícil prever escenarios y se requiere procesamiento ágil y continuo de información, junto con comunicación y acuerdos entre los involucrados. Dentro de este grupo se distinguen los mecanismos de supervisión directa (como personal responsable de conducir tareas) y los de adaptación mutua, que operan mediante la comunicación en forma de dispositivos de enlace o sistemas de información vertical (45,59,60)

En la tabla 3 se presentan los principales mecanismos de coordinación asistencial, organizados según las dos bases de coordinación descritas: programación, que incluye los basados en estandarización de habilidades, procesos de trabajo o resultados, y retroalimentación que comprende aquellos de supervisión directa, comunicación informal y adaptación mutua. Esta clasificación integra los fundamentos teóricos del modelo con ejemplos prácticos de mecanismos utilizados en las redes de servicios de salud.

Tabla 3. Tipos de mecanismos de coordinación asistencial según la base de coordinación.

Base de coordinación	Mecanismos teóricos de coordinación	Mecanismo de coordinación asistencial
Programación	Estandarización de habilidades	Sistema de experto Formación continuada
	Estandarización de procesos de trabajo	Guías de práctica clínica compartidas Mapas de atención o trayectorias clínicas Protocolos y circuitos para la referencia de pacientes Sistema de petición de citas compartido Sistema de planificación de acciones
	Estandarización de resultados	Mapas de atención o trayectorias clínicas Estandarización de resultados o sistemas de control del rendimiento
	Supervisión directa	Gestor de programa o proceso asistencial
	Comunicación informal	e-mail, correo, web, teléfono, reuniones informales
	Grupos de trabajo	Grupos de trabajo multidisciplinares, interdisciplinares y transdisciplinares
Retroalimentación	Puesto de enlace	Gestor de casos o profesional de enlace internivel Central de regulación
	Adaptación mutua	Comités Permanentes Comité de gestión interniveles
	Directivos integradores	Director asistencial, director de ámbito transversal Director de área o distrito
	Estructuras matriciales	Estructuras matriciales (estructuras funcionales horizontales)
	Sistema de información vertical	Formato de referencia y contrarreferencia Sistema de registro único Sistemas informatizados de orientación a las decisiones clínicas

Adaptado de Terraza (45), Vargas(52) y León(54)

Además de clasificarse según la base de coordinación en que se sustentan (programación o retroalimentación), los mecanismos pueden diferenciarse también según el tipo de coordinación al que principalmente contribuyen (61). Este constituye un criterio complementario de clasificación, que se usa en este trabajo, centrado en la función que los mecanismos cumplen en la articulación del proceso de atención.

La tabla 4 sintetiza la relación entre ambos criterios de clasificación, la base de coordinación y el tipo de coordinación asistencial al que contribuye cada mecanismo, agrupando los instrumentos según los tres tipos de coordinación descritos previamente: información, gestión clínica y administrativa.

Cabe destacar que un mismo mecanismo puede contribuir simultáneamente a más de un tipo de coordinación (44,45,61), ya que muchos combinan la transferencia de información con acuerdos clínicos o procedimientos administrativos. No obstante, para fines analíticos, en este trabajo se clasifican según su función predominante dentro del proceso asistencial.

Tabla 4. Principales mecanismos de coordinación según tipo y base (procesos básicos) de coordinación

	Programación	Retroalimentación
Coordinación de Información	Hoja de interconsulta y contrarreferencia	Comunicación Informal (teléfono o correo electrónico)
	Informe de alta hospitalaria	Sistemas de información vertical
Coordinación de la gestión clínica	Guías de Práctica Clínica compartidas (GPC)	Reuniones conjuntas o consultorías
	Protocolos de referencia y contrarreferencia	Profesionales de enlace
Coordinación administrativa	Mapas de atención o trayectorias clínicas	
	Sistema de gestión de citas compartido	Sistemas de información de análisis de resultados
	Protocolos administrativos de referencia y contrarreferencia	

Elaboración propia

Mecanismos de coordinación de la información

Los mecanismos de coordinación de la información son las herramientas concretas que permiten que la información clínica y administrativa relevante acompañe al paciente en su tránsito por los distintos niveles de la red, de manera oportuna y accesible para los equipos involucrados en su atención.

Hoja de interconsulta y contrarreferencia.

Se trata de un documento estructurado, en formato papel o electrónico, de transferencia de información, que formaliza el proceso de derivación de un paciente

desde el primer nivel de atención a atención especializada (referencia) y su retorno con la respuesta correspondiente al nivel primario (contrarreferencia). Asegura la trazabilidad del proceso asistencial entre niveles. Debe permitir documentar y transmitir información clínica sobre el motivo de derivación del paciente, su estado de salud, las acciones realizadas en el nivel de origen y las indicaciones para la continuidad de la atención (45,51).

Informe de alta hospitalaria

Es un mecanismo formal de transferencia de información clínica desde el nivel hospitalario hacia el primer nivel de atención. Su propósito es garantizar la continuidad del cuidado del paciente tras un episodio de hospitalización, mediante la entrega oportuna de información y antecedentes relevantes sobre el diagnóstico, evolución, procedimientos realizados e indicaciones para el seguimiento en atención primaria (45,51).

Teléfono y correo electrónico

Son mecanismos informales de coordinación basado en la retroalimentación. Facilitan el intercambio ágil de información clínica o administrativa, sin necesidad de protocolos estructurados, pudiendo ser empleados tanto para resolver dudas puntuales como para el seguimiento de casos específicos. Se sustentan en la adaptación mutua, a través del contacto directo y sincrónico en el caso del teléfono, o asincrónico en el caso del correo electrónico, resultando especialmente útil en contextos donde no existen herramientas formales de comunicación entre los profesionales internivel (45,51).

Sistemas de información vertical

Consisten en mecanismos que permite el flujo estructurado de información entre distintos niveles de la red a través de plataformas, reportes o circuitos formales. Recogen, procesan y transmiten información relevante para la atención clínica y la gestión; por ejemplo, del proceso de referencia y contrarreferencia o la evaluación del desempeño de los servicios, promoviendo una retroalimentación organizada entre niveles (45,51).

Mecanismos de coordinación de la gestión clínica

Estos mecanismos buscan llevar a la práctica, los principios de coherencia, continuidad y complementariedad de la atención, asegurando que los distintos profesionales y niveles actúen de manera articulada en torno a un plan común, evitando duplicidades, contradicciones o quiebres en el proceso asistencial.

Guías de práctica clínica compartidas (GPC)

Se trata de mecanismos que permiten la estandarización de la práctica reduciendo la variabilidad. Su objetivo es asegurar que los profesionales involucrados en la atención de un mismo paciente, desde distintos puntos de la red asistencial, operen con criterios diagnósticos y terapéuticos comunes frente a un mismo problema de salud, basados en la mejor evidencia disponible (45,51).

Protocolos de derivación y contrarreferencia

Son documentos normativos que establecen criterios clínicos y administrativos estandarizados para la derivación de pacientes entre niveles de atención, en complementariedad a la hoja de interconsulta y contrarreferencia. Su finalidad es estandarizar el flujo de atención entre niveles y las condiciones de derivación, anticipando las acciones que deben seguir los profesionales para una adecuada referencia y contrarreferencia (45,51).

Reuniones clínicas conjuntas o consultorías internivel

Se trata de espacios de interacción directa entre profesionales de distintos niveles de atención; que pueden realizarse de forma presencial o remota, para discutir casos clínicos, compartir criterios diagnósticos y terapéuticos, o establecer acuerdos de manejo común. Pueden tener distintos grados de formalización y periodicidad, desde sesiones clínicas programadas hasta reuniones bilaterales ad hoc para abordar situaciones específicas. Permiten fortalecer la coherencia clínica entre niveles a través de la construcción de una visión compartida de los casos y la resolución conjunta de problemas. Contribuyen, además, a mejorar las

competencias clínicas del primer nivel y a evitar derivaciones innecesarias (45,51,61).

Profesionales de enlace

Consisten en la asignación de la responsabilidad explícita de articular la atención entre distintos niveles de atención a un profesional o equipo de trabajo, facilitando la continuidad del cuidado. Este mecanismo se basa en la designación de un referente clínico o administrativo que actúa como punto de contacto entre servicios, encargándose de coordinar el flujo de información, asegurar la implantación de planes compartidos y resolver obstáculos operativos. Definidos por patología, especialidad o general por nivel de atención, permite el ajuste continuo entre actores de los distintos niveles, según los requerimientos de coordinación existentes (45,51).

Mapas de atención o trayectorias clínicas

Son instrumentos de coordinación que describen de manera secuencial y estandarizada las distintas etapas que debe seguir un paciente en la red asistencial para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un problema de salud específico. Estos mecanismos están orientados a estandarizar la secuencia, responsabilidades y flujos de atención de un paciente a través de la red asistencial (45,51).

Mecanismos de coordinación administrativa

Estos mecanismos se orientan a organizar el acceso y tránsito de los pacientes a lo largo del continuo asistencial.

Sistemas de gestión de citas

Se trata de mecanismos que permiten a los establecimientos de un nivel de atención programar directamente citas o prestaciones en servicios del otro nivel, dentro de la red. Este mecanismo opera en complementariedad con protocolos de referencia y contrarreferencia, dado que los criterios para realizar dicho agendamiento deben estar previamente acordados y formalizados (45,51).

Estrategias de gestión compartida

En las estrategias de gestión compartida convergen múltiples instrumentos de coordinación para responder a necesidades complejas. La evidencia muestra que una coordinación efectiva entre niveles suele sustentarse en este tipo de estrategias, que articulan mecanismos dentro de modelos de gestión colaborativos (46,51). Su característica más común es la organización integral de la atención, donde distintos servicios o equipos comparten responsabilidades, flujos y decisiones clínicas o administrativas, para la atención del paciente entre niveles.

Según el contexto sanitario, estas estrategias adoptan denominaciones como programas de gestión de patologías, líneas de cuidado, modelos de atención integral o unidades funcionales (62), y se sustentan en la combinación estructurada de mecanismos que posibilitan la articulación entre niveles (46,51). Entre las más representativas se encuentran la gestión de enfermedades o por patología, orientada a grupos poblacionales definidos mediante la estandarización de procesos, guías clínicas compartidas y el seguimiento sistemático de resultados, y, la gestión de casos, dirigida a personas con necesidades complejas que requieren planificación individualizada del cuidado y una coordinación intensiva de recursos a lo largo del continuo de atención, basada en la figura del gestor de casos como enlace entre servicios y profesionales (51,54).

En síntesis, los mecanismos de coordinación constituyen los instrumentos operativos que permiten articular la atención entre niveles mediante la transferencia de información, la coherencia clínica y la regulación de los flujos asistenciales.

En el siguiente apartado se abordan las estrategias orientadas a mejorar el conocimiento, apropiación y utilización de estos mecanismos, elementos esenciales para que cumplan su función en la coordinación asistencial.

3.5 Estrategias para mejorar el uso de los mecanismos de coordinación

La efectividad de los mecanismos de coordinación no es inherente a su existencia formal, sino que depende de su diseño, implantación y uso sostenido por parte de

los equipos de salud (51). Como se ha revisado previamente, su apropiación está influida por factores contextuales, organizativos y de los profesionales que influyen en la coordinación asistencial (55,63).

La evidencia identifica un conjunto de condiciones clave para favorecer la implantación y el uso efectivo de los mecanismos: a) un diseño e implantación participativas, con involucramiento temprano de los profesionales clínicos; b) una difusión oportuna y contextualizada dentro de la organización; c) evaluaciones periódicas que permitan ajustes según la experiencia y el contexto local; y d) procesos de actualización continua que aseguren su vigencia clínica y operativa a lo largo del tiempo (51,52,54).

Diseño e implantación participativa

Las estrategias de diseño e implantación de mecanismos de coordinación entre niveles suelen seguir enfoques centralizados y jerárquicos, con decisiones tomadas desde niveles centrales y aplicadas en los servicios sin involucrar a los equipos clínicos (51). Este enfoque “de arriba hacia abajo” ha mostrado limitaciones, produciendo instrumentos poco adaptados a las realidades locales y con escasa apropiación por parte de los usuarios finales, lo que deriva en un uso limitado (52). En contraste, los estudios señalan que el involucramiento temprano de los profesionales en el diseño y la implantación favorece una mayor adecuación contextual, viabilidad operativa y legitimidad interna, factores decisivos para su sostenibilidad e integración en la práctica cotidiana (51,52).

Difusión oportuna y contextualizada

Se requieren estrategias de difusión planificadas, que aseguren el conocimiento de los mecanismos por los distintos actores de la red, primer paso para su utilización. Las más efectivas son las actividades in situ, participativas y adaptadas a los perfiles profesionales, tales como demostraciones en el puesto de trabajo, revisión conjunta de casos y sesiones de retroalimentación formativa, las cuales promueven el aprendizaje reflexivo y la adhesión de los equipos (51,54).

Evaluación periódica

La evaluación sistemática del uso y efectividad de los mecanismos es aún una práctica poco extendida, pese a ser clave para identificar barreras, ajustar procesos y sostener el compromiso de los equipos con su uso. La evidencia destaca la ausencia de criterios e instancias de retroalimentación con los usuarios como un obstáculo recurrente (32,52). La evaluación debe integrarse en los procesos de gestión clínica e incorporar la participación de los profesionales para garantizar la pertinencia de las mejoras propuestas (51). Además, deben abarcar una revisión integral que considere el contenido del mecanismo, la metodología empleada en su diseño, las estrategias de implantación, así como el propio sistema de evaluación, con el fin de determinar si requieren ajustes que mejoren su adecuación y orienten la actualización o diseño de nuevos instrumentos (51,54).

Actualización continua

Los mecanismos deben actualizarse periódicamente para mantener su relevancia y adecuación frente a los cambios en el contexto organizativo, en la evidencia científica o en las condiciones epidemiológicas (51). La falta de actualización reduce su utilización y desincentiva su uso (52).

Las estrategias revisadas, buscan fortalecer las condiciones que favorecen la implantación y el uso sostenido de los mecanismos de coordinación, y en conjunto, señalan la necesidad de promover entornos de trabajo más colaborativos y reflexivos. Estas orientaciones constituyen la base para la aplicación de enfoques metodológicos participativos que integren la experiencia de los equipos de salud en los procesos de mejora organizativa.

3.6 Investigación Acción Participativa como enfoque metodológico para la implantación de mecanismos de coordinación.

La Investigación-Acción Participativa (IAP) se define como un enfoque colaborativo que integra la generación de conocimiento y la acción orientada al cambio, a partir

de la participación de los actores involucrados en el problema que se investiga(64). Sus orígenes se sitúan en el ámbito del desarrollo comunitario y la salud pública, con el propósito de empoderar a las comunidades en la identificación de sus necesidades, la formulación de soluciones y la toma de decisiones sobre los procesos que las afectan. En ese campo existe una larga tradición en la región, siguiendo el camino iniciado por Paulo Freire, cuyos desarrollos teóricos han influido a nivel global. Cargo y Mercer desde el campo de la salud en 2008 caracterizaban la IAP como una investigación conducida por académicos con partners no académicos (65), la IAP y sus métodos difuminan los límites y acortan la distancia entre investigadores y sujetos de investigación. La IAP postula una participación horizontal del grupo durante todo el desarrollo de la investigación, destacando una dinámica en espiral, de ciclos sucesivos de planificación, acción, observación y reflexión, que permiten a partir de un diagnóstico inicial, generar conocimiento y viabilizar su aplicación para transformar la realidad(66).

La elección de la IAP como metodología de investigación en el ámbito de las organizaciones de salud es más reciente y visible en el marco de las ciencias de la implementación. Ha mostrado ser útil para abordar problemas complejos como la coordinación asistencial (67). En este nivel, la IAP fomenta la colaboración horizontal entre profesionales, gestores y usuarios, favorece la reflexión crítica sobre las prácticas y estimula el aprendizaje organizativo (68). Su carácter iterativo y reflexivo posibilita que los equipos identifiquen barreras, co-construyan estrategias de mejora y evalúen sus resultados, generando soluciones contextualizadas, sostenibles y socialmente legítimas.

Desde esta perspectiva, la IAP constituye una aproximación metodológica pertinente para el diseño e implantación de nuevos mecanismos de coordinación entre niveles, que se adapten al contexto, mejoren la coherencia de la gestión clínica entre profesionales y en ese proceso, también influyan positivamente en el uso de otros mecanismos de coordinación existentes.

3.7 Evaluación de los mecanismos de coordinación asistencial

Los mecanismos de coordinación de la atención entre niveles asistenciales han recibido poca atención dentro del ámbito de estudio de los servicios de salud. La evidencia empírica disponible, así como el desarrollo de marcos conceptuales para valorar su implantación, uso y efectividad, resultan limitados (2,45). El aporte de Terraza y colaboradores, de 2006 (45) constituye una referencia obligada en esta materia, desde una perspectiva crítica y sustentada en la teoría organizacional, las autoras (45) han propuesto un enfoque y un marco evaluativo integral. Sitúan la coordinación asistencial como un proceso relacional e inserto en un contexto estructural y organizativo necesario de considerar, ya que condiciona la división y articulación del trabajo asistencial y las interdependencias entre servicios. Este enfoque plantea la necesidad de evaluar no solo la existencia formal de los mecanismos, sino también su uso efectivo y su capacidad para generar procesos de atención coherentes.

Desde ese marco, la evaluación de los mecanismos de coordinación debería considerar en su análisis tres dimensiones: estructural (su existencia y formalización), de procesos (utilización, adherencia y sostenibilidad) y resultados (efectos sobre la continuidad y calidad de la atención) (45). De este modo, el enfoque vincula las dimensiones analíticas de la coordinación con las dimensiones clásicas de evaluación en salud, a saber: estructura, proceso y resultado (69), ofreciendo así una mirada multidimensional y contextual para la comprensión y evaluación de su efectividad (45).

Abordajes evaluativos aplicados al estudio de los mecanismos

Con aproximaciones evaluativas heterogéneas (54,70), la evidencia está centrada, más que en procesos de utilización, en algunos aspectos parciales del funcionamiento de algunos mecanismos, o en indicadores clínicos como resultado esperado de su aplicación (45,71).

Los abordajes cuantitativos son los más frecuentes, predominando los diseños descriptivos transversales y la aplicación de cuestionarios a profesionales o

gestores, como usuarios directos e informantes clave (61,72,73). También existen estudios basados en indicadores a partir del análisis de fuentes de datos secundarios (74), y análisis de calidad basados en aplicación de listas de chequeo (75,76).

Para medir nivel de conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación, generalmente se utilizan cuestionarios, aplicados a profesionales de los distintos niveles, sobre mecanismos de coordinación de la información y gestión clínica (61). La aplicación de estos instrumentos también aborda las características y percepciones sobre su implantación, utilidad percibida y satisfacción profesional con el uso (73,74,77). Estudios de este tipo también han explorado la existencia de facilitadores y barreras que condicionan la adopción de los mecanismos de coordinación entre niveles (74,77), y han analizado resultados de aquellos de interacción entre niveles como la oportunidad de respuesta del especialista y la reducción de derivaciones presenciales con el uso de asesoramiento especializado telefónico (74) o mejoras de comunicación y coordinación a partir de sesiones virtuales de presentación de especialistas con médicos de atención primaria (73) y, sobre la mejora de calidad de las derivaciones (pertinencia, claridad y completitud), con el uso de plantillas de derivación, consultas electrónicas y acuerdos de servicio entre niveles (72,76).

Entre las limitaciones observadas en este tipo de abordajes son la falta de estandarización metodológica de los estudios y limitaciones en la validez de los instrumentos, con la consecuente dificultad para la comparabilidad en diferentes contextos (45,54,71).

También se han utilizado en este campo, diseños con métodos cualitativos de investigación, los que adquieren especial relevancia cuando se trata de identificar factores contextuales y organizativos y comprender su influencia en la implantación, adopción y sostenibilidad de los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles. Estos métodos se han aplicado al estudio del proceso de diseño e implantación de mecanismos de coordinación entre niveles (78), para comprender problemas en el uso de consultas electrónicas asincrónicas entre niveles (79), y

también en análisis de casos para la identificación de estrategias que faciliten la coordinación entre niveles al interior de sistemas de salud (80).

A través de entrevistas semiestructuradas a profesionales y gerentes (79), grupos de discusión, análisis documental (80,81) y estudio de casos con técnicas integradas (80,82), o enfoques de implantación (81), se han explorado las condiciones que facilitan o limitan la adopción de los mecanismos, su aceptabilidad y adecuación percibidas por los profesionales, así como los procesos de integración en la práctica clínica y organizacional.

En los últimos años, se observa la incorporación de enfoques metodológicos mixtos, que combinan técnicas cuantitativas y cualitativas para estudiar distintas dimensiones de la coordinación asistencial y la integración de la atención entre niveles (82). Así como también creciente número de estudios interesados en el aporte de las tecnologías a la coordinación y comunicación entre niveles de atención en los sistemas de salud (70,83,84).

Las evaluaciones de efectividad del uso de mecanismos de coordinación son los estudios más escasos y se trata de diseños experimentales y cuasiexperimentales. Estos diseños han permitido vincular la medición de resultados con la comprensión de los factores estructurales, organizativos y profesionales que intervienen en su funcionamiento, como el caso del proyecto EQUITY-LA II (44), en que se enmarca este trabajo, que, usando enfoques participativos y un marco de análisis de coordinación, han evaluado intervenciones para la mejora de la coordinación asistencial entre niveles en redes de servicios de salud en América Latina, incluido Chile.

En síntesis, los enfoques de investigación aplicados al estudio de los mecanismos de coordinación siguen siendo heterogéneos (70) y de calidad moderada, baja o no evaluada (70,73,85), con escaso uso de marcos teóricos explícitos y en general, evaluaciones de corto alcance (83,86–88); pese a ello, se observan avances hacia una mayor integración metodológica y un sustento teórico más robusto.

3.8 Estado del conocimiento sobre los mecanismos de coordinación asistencial

La evidencia científica sobre los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles es limitada y heterogénea, y este escenario ha cambiado poco a lo largo del tiempo. La evidencia disponible sobre mecanismos de coordinación asistencial se concentra principalmente en países de altos ingresos, mientras que en contextos de ingresos medios y bajos la producción y análisis de datos ha sido y sigue siendo limitada (54,89). En América Latina, el desarrollo de evidencia también ha sido reducido, aunque destacan algunos esfuerzos relevantes: por un lado, los estudios de Almeida et al. en Brasil que han analizado la coordinación y sus mecanismos desde una perspectiva organizativa y de redes asistenciales (90–92); y, por otro, la línea de investigación consolidada por Vázquez et al., que han estudiado de manera sistemática, la coordinación asistencial entre niveles y sus mecanismos en redes públicas de salud de países latinoamericanos en el marco de los proyectos EQUITY-LA y EQUITY-LA II (44,52), en que también se inscribe esta tesis.

Por su parte, la investigación en este campo se ha concentrado históricamente en mecanismos de coordinación de la información, especialmente aquellos basados en la programación o estandarización, como el sistema de referencia y contrarreferencia o los informes de alta hospitalaria. En menor medida, aunque con creciente atención en los últimos años, se han estudiado mecanismos basados en la retroalimentación y de coordinación de la gestión clínica, tales como consultorías internivel, guías de práctica clínica o protocolos compartidos (54).

La aceleración tecnológica posterior a la pandemia de COVID-19 impulsó un aumento importante de estudios sobre mecanismos apoyados en tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) (70), incluyendo consultas electrónicas asincrónicas (79) y sincrónicas (74), sistemas digitales de referencia (84) y plataformas compartidas de registro clínico (80). Este desarrollo ha favorecido no solo la expansión de los mecanismos de coordinación de la información con soporte digital, sino también un mayor interés en mecanismos de gestión clínica (77,81,87)

y en estrategias integradas que combinan funciones de coordinación de la información y de la gestión clínica (72,80,81,84).

A continuación, se presentan hallazgos a partir de la revisión del estado del conocimiento en esta materia según el tipo de coordinación al que contribuyen de forma principal los mecanismos de coordinación: primero mecanismos de coordinación de la información, luego de gestión clínica, y finalmente aquellos que integran estrategias multicomponente, que articulan varios mecanismos y/o abordan varias dimensiones de coordinación entre niveles de atención.

Entre los mecanismos de coordinación de la información, los que muestran mayor frecuencia y un uso más extendido a nivel internacional son la hoja de interconsulta, el informe de alta hospitalaria y, un menor nivel de uso, la contrarreferencia (61,93,94) y registros clínicos compartidos (54). Se trata de mecanismos que permiten transferencia y uso de la información para el acceso a la atención entre niveles, favoreciendo la continuidad de atención. Los sistemas de referencia son los mecanismos más extendidos en América Latina, formalizados junto con la estructuración de las redes de servicios de salud (3,94). Con poca diferencia entre países, presentan dificultades en el uso efectivo y principalmente en la entrega y oportunidad de la retroalimentación de información desde la especialidad, lo que se evidencia en bajos niveles de uso de la contrarreferencia (61,93,94). Estudios han identificado entre las dificultades para su uso, problemas de tiempo y comunicación (93), rotación profesional, respaldo tecnológico e interés profesional (95).

En este ámbito, los sistemas de información compartida son señalados como una herramienta fundamental, y aunque no definen por su sola existencia la coordinación o la integración de servicios, su incorporación se reconoce como un elemento sustancial y facilitador para mecanismos de coordinación de la información y también de la gestión clínica (72,79,85,86,88). En esa línea, los sistemas de referencia electrónicos mejoran las derivaciones, ya que permiten transmitir información legible, más completa y oportuna (72,84), y contribuyen a reducir derivaciones innecesarias, facilitando el acceso oportuno a atención especializada (84). Asimismo, sistemas electrónicos compartidos con avisos de

notificación de encuentros clínicos, que se envían automáticamente para informar a profesionales de atención primaria sobre la atención de sus pacientes en servicios de urgencia hospitalaria, mejoran la oportunidad de seguimiento post-alta en atención primaria y reducen reingresos hospitalarios de pacientes atendidos en urgencias (88). Entre los factores que condicionan la implantación y adopción de este tipo de mecanismos, se han documentado brechas de interoperabilidad entre sistemas de información, comunes a otros mecanismos con apoyo de tecnología (83,84), y sobrecarga de alertas o notificaciones que limiten la capacidad de seguimiento de los casos por atención primaria (88).

Entre los mecanismos de coordinación de la gestión clínica, se reconocen distintas modalidades de retroalimentación sincrónica y asincrónica entre niveles, como consultorías o tele interconsultas entre profesionales internivel, incluyendo el asesoramiento telefónico (74,77,87) y mecanismos de estandarización de la práctica, como guías de práctica clínica (GPC) compartidas (96).

Estudios recientes muestran un uso creciente de las llamadas e-consults, denominación en inglés para señalar consultas asincrónicas que ocurren entre profesionales de los distintos niveles de atención, a través de plataformas institucionales específicas (86) o como funcionalidad vinculada a registros clínicos electrónicos compartidos (72,79,85), con la finalidad de intercambiar información clínica (85), recibir asesoramiento especializado y resolver dudas clínicas (72). Este tipo de mecanismo, si bien su evaluación aún es limitada, ha mostrado reducir derivaciones presenciales y mejorar la oportunidad de respuesta desde la atención especializada, junto con mejoras de resolutiveidad en atención primaria vinculadas a la transferencia de conocimiento (85,86). Evaluaciones sobre la calidad de estas consultas electrónicas muestran que la consulta emitida debe ser clara, precisa e incluir información suficiente, como atributos de buena calidad que condicionarían su uso (79), asimismo su integración al registro clínico electrónico compartido sería un facilitador de adopción y uso, al permitir acceder a antecedentes clínicos adicionales que mejoren la respuesta (85). Dentro de las dificultades, coinciden los estudios disponibles en destacar aspectos organizativos que derivan en falta de

tiempo y sobrecarga de trabajo (79,86), así como problemas de interoperabilidad de los sistemas de información y confidencialidad de los datos de los pacientes (85).

Las consultorías y tele interconsultas internivel contribuyen a mejorar la comunicación entre profesionales, aumentan la resolución de casos en atención primaria, y reducen derivaciones presenciales innecesarias, acortando los tiempos de espera para atención especializada (54,70,74,87); mostrando altos niveles de satisfacción y percepción de utilidad (74,77).

Por su parte, las GPC compartidas favorecen la coherencia en la toma de decisiones y el seguimiento de los pacientes entre niveles (96).

La literatura coincide en que factores que facilitan el uso de estas estrategias dependen de su integración en los flujos de trabajo clínico, la claridad de los protocolos de comunicación y el compromiso organizacional que asegure su continuidad operativa (54,70,74). Entre los factores que limitan su implantación destacan la escasez de tiempo para una participación sostenida de los profesionales (77), la falta de incentivos institucionales y de soporte administrativo (70), junto con barreras tecnológicas y de conectividad que afectan la calidad de las interacciones (73).

En el caso de las GPC, revisiones recientes señalan que la falta de adaptación local (32) y de tiempo disponible constituyen las principales barreras, mientras que procesos participativos de implantación, capacitación y apoyo organizativo, así como su integración a los registros clínicos electrónicos, favorecerían su adopción y uso sistemático (96).

Finalmente, los estudios sobre estrategias integradas o multicomponentes describen intervenciones que combinan mecanismos de coordinación de la información y de la gestión clínica. Estas incluyen, por ejemplo, sistemas de información vertical articulados con profesionales de enlace y plataformas de seguimiento compartidas (81), plataformas de referencia electrónica combinadas con instancias de educación y trabajo colaborativo entre niveles (84), o formatos

estandarizados de referencia, junto con acuerdos de servicios y consultas electrónicas (72), entre otras estrategias implantadas en contextos diversos (70,80,82).

La evidencia muestra mejoras de la comunicación interprofesional, la pertinencia de las derivaciones y la continuidad asistencial, particularmente cuando los mecanismos se insertan en estructuras organizativas integradas, cuentan con apoyo tecnológico adecuado y son respaldados por liderazgo clínico (70,72). Asimismo, se observa una colaboración más estrecha entre niveles y un uso más eficiente de recursos, al evitar duplicidad de atenciones o derivaciones innecesarias (84).

En los últimos años, la evidencia internacional muestra un avance progresivo desde el estudio aislado de mecanismos de información o de gestión clínica (54) hacia estrategias integradas, en que las tecnologías vienen desempeñando un papel facilitador en la transferencia de información, la retroalimentación entre niveles y la gestión compartida de la atención. No obstante, la evidencia sigue siendo escasa y metodológicamente heterogénea, con evaluaciones de corto alcance y limitada aplicación de marcos teóricos (70,83).

En el caso de Chile, el estado del conocimiento sobre los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles es aún más limitado y fragmentado. Hasta la fecha, no existen revisiones sistemáticas o de alcance que sintetizen la evidencia disponible sobre su implantación, uso o efectividad en el sistema público de salud.

La evaluación de los mecanismos promovidos por las políticas de las últimas décadas ha sido escasa y principalmente de carácter administrativo, basada en el seguimiento ministerial de metas y compromisos de gestión, que se han centrado en la evaluación de personas y tiempos de espera (97); indicadores que permiten evidenciar problemas de acceso y oportunidad de atención, pero no analizar los problemas de coordinación que subyacen, ni el grado de utilización o efectividad de los mecanismos existentes.

Las evaluaciones formales del modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) también han sido limitadas. En 2016 se aplicó en cinco servicios de salud un instrumento de valoración de los atributos de las RISS de OPS, señalando de manera general, un desarrollo limitado (38% promedio) de la dimensión “coordinación asistencial y sus mecanismos”, con baja implantación de grupos de trabajo, puestos de enlace o directivos integradores (98).

Desde entonces, no se han documentado evaluaciones oficiales actualizadas que profundicen en la efectividad de los mecanismos implementados o en su aporte a la coordinación y calidad de la atención.

En la literatura científica nacional, se observa un interés creciente por analizar mecanismos introducidos tras la reforma sanitaria de los años 2000. Los trabajos disponibles, en su mayoría sin marcos de análisis explícitos, se concentran en mecanismos específicos y dimensiones parciales, como la calidad de las recomendaciones y contenidos de las guías de práctica clínica (GPC) (99); el desarrollo de estrategias de telemedicina para reducir listas de espera y brechas territoriales (100–102); y los debates sobre las implicancias ético-normativas de los registros clínicos electrónicos (103).

En el conjunto de la literatura latinoamericana y nacional, los estudios siguen siendo escasos y heterogéneos, evidenciando brechas persistentes en el conocimiento sobre la implantación, evaluación y sostenibilidad de los mecanismos. Pese a que la literatura internacional es creciente en torno al tema, se centra en países de altos ingresos lo que limita su aplicabilidad a los contextos de Chile y la región (54,57,61,95,104).

4.- Contexto: proyecto EQUITY LA II

Esta tesis se enmarca en el proyecto “Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina, Equity LA II”, estudio multicéntrico que forma parte de la línea de investigación en Servicios de Salud impulsada desde el

Consortio Social y de Salud de Cataluña, liderada por Vázquez, Vargas y colaboradores (44). El proyecto ha contribuido a ampliar la evidencia sobre el impacto de la introducción de las redes integradas de servicios de salud (RISS) en América Latina y a identificar intervenciones que permitan mejorar la coordinación asistencial entre niveles (105).

Su objetivo fue evaluar la efectividad de diversas estrategias de integración de la atención, en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención en redes de servicios de salud de distintos sistemas de salud en seis países de latinoamericanos: Colombia, Brasil, México, Chile, Argentina y Uruguay (44).

Con un diseño cuasiexperimental (controlado antes-después) para evaluar intervenciones complejas y un enfoque de investigación-acción-participativa “IAP”, el estudio se desarrolló entre el año 2013 y 2018. En cada país participaron dos subredes de servicios públicos (una intervenida y un control), donde se aplicaron métodos mixtos, cuantitativos y cualitativos, para establecer una línea de base y evaluación sobre la coordinación y continuidad asistencial, los factores asociados, y el conocimiento y uso de mecanismos de coordinación entre niveles.

A partir de la línea de base y tras un proceso de devolución participativa de resultados a los equipos de salud, gestores y directivos de cada red, mediante sesiones territoriales de análisis y priorización colectiva, se identificaron y priorizaron problemas, y se diseñaron e implementaron intervenciones locales orientadas a mejorar la coordinación entre atención primaria (AP) y atención especializada (AE).

En cada país, estas intervenciones fueron sometidas a una evaluación post intervención, que incluyó una nueva medición con los mismos métodos de la línea de base, sumado el análisis cualitativo del proceso y resultados, con el fin de comparar los cambios en la red intervenida respecto de la red control y de identificar los factores que facilitaron o dificultaron su implantación y sostenibilidad.

Para conducir el proceso se constituyeron, en la red intervenida, Comités Conductores Locales (CCL), integrados por representantes de los servicios de salud, hospitales, atención primaria y el equipo de investigación, espacio que asumió la gobernanza técnico-política del estudio y el acompañamiento de las fases sucesivas de implantación y evaluación. En cada red se conformaron además plataformas de profesionales internivel, espacios de trabajo conjunto entre atención primaria (AP) y atención especializada (AE) encargados del diseño, planificación y seguimiento de las intervenciones, con apoyo metodológico del equipo del equipo de investigación.

En Chile, el estudio se desarrolló en la Región Metropolitana, con el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) como red de intervención y el Servicio Metropolitano Sur (SSMS) como red control. El proceso participativo local, iniciado en 2015 con la conformación del CCL en el SSMN y la medición de línea de base, continuó con sesiones de análisis de los resultados del diagnóstico en distintos espacios de los distintos niveles de la red asistencial, a partir del cual se identificó como problema prioritario la limitada comunicación, confianza y colaboración entre médicos y equipos de distintos niveles asistenciales, así como la falta de una visión compartida de la existencia de la red.

A partir de este diagnóstico, el CCL y las plataformas internivel diseñaron e implementaron una intervención con dos componentes complementarios: consultorías virtuales y visitas internivel bidireccionales. Ambas estrategias se implementaron en ciclos sucesivos de investigación-acción participativa (IAP), con ajustes iterativos según la evaluación continua de los equipos. La medición post intervención se realizó entre 2017 y 2018 en ambas redes.

Esta tesis se enmarca en el desarrollo del proyecto en Chile, y utiliza los datos de línea de base y evaluación cuantitativa del estudio para analizar el conocimiento y uso de mecanismos de coordinación asistencial entre niveles y la efectividad de la intervención en la mejora del uso de otros mecanismos. Los detalles metodológicos, la caracterización de las redes participantes y la descripción específica de las intervenciones se desarrollan con mayor detalle en el capítulo de métodos.

II. Justificación

La fragmentación en la provisión de los servicios continúa siendo uno de los principales desafíos de los sistemas de salud en América Latina y en Chile. En un sistema fragmentado se dificulta la coordinación asistencial y entre sus causas subyacen elementos de la estructura y organización de los servicios (1,2). Sus consecuencias se expresan en problemas de acceso (41), continuidad y calidad de la atención (39,40), así como en ineficiencias para el sistema (2), comprometiendo los resultados en salud de la población (1).

Dentro de las estrategias de mejora de la coordinación asistencial, la evidencia sugiere intervenir en múltiples niveles, pero especialmente en el micro, a través del diseño de mecanismos específicos de coordinación por parte de profesionales y gestores que intervienen directamente en el proceso de atención (1,2,41,45,51).

En Chile, la fragmentación de la provisión de servicios, determinada por elementos estructurales y organizativos del sistema de salud (4,5), así como las limitaciones en la evaluación de las estrategias de coordinación implantadas (106), han dificultado la consolidación de redes efectivamente integradas (97,106). Pese a los avances normativos y a la incorporación de diversos mecanismos impulsados desde el nivel central en las últimas décadas (30), las políticas existentes, basadas en recomendaciones internacionales (1), no se han acompañado de evaluaciones sistemáticas basadas en marcos de análisis robustos, que permitan comprender cómo estos mecanismos se implantan, se utilizan y contribuyen efectivamente a la coordinación asistencial, en el contexto de las redes públicas chilenas. Esta carencia de conocimiento sistematizado restringe la capacidad de orientar las decisiones institucionales y de formular políticas basadas en evidencia que promuevan una atención más integrada y eficiente.

En este escenario, cobra relevancia el marco analítico de la coordinación asistencial propuesto por Vázquez et al. (2), que concibe la coordinación como un resultado intermedio necesario para garantizar la continuidad de la atención, la equidad en el acceso y la eficiencia del sistema. Desde este enfoque, que adopta este trabajo, los mecanismos de coordinación se entienden como instrumentos organizativos que

articulan la gestión clínica, el intercambio de información y los procesos administrativos entre niveles de atención, de modo que la atención se preste de manera coherente y sin interrupciones a lo largo del continuo asistencial (45).

La implantación de los mecanismos de coordinación busca facilitar la comunicación, el intercambio de información y la gestión clínica compartida entre niveles asistenciales (2,45,51). No obstante, el alcance de dichos objetivos depende de diversos factores, tanto organizativos como de los profesionales (2,55), que determinan las condiciones de implantación, uso y adherencia de los mecanismos en la práctica asistencial (51,55,63).

El diseño e implantación participativos, junto con la difusión contextualizada y la evaluación periódica, forman parte de las estrategias recomendadas para mejorar el uso de mecanismos (51). El enfoque de investigación-acción participativa (IAP), constituye un marco idóneo para acompañar estos procesos (64,66). La IAP integra la generación de conocimiento y la acción orientada al cambio, por lo que resulta especialmente útil su aplicación al ámbito organizacional (67). Al fomentar la colaboración horizontal entre profesionales y gestores (64) y promover la reflexión crítica junto con el aprendizaje organizativo, facilita una implantación efectiva y adaptada de los mecanismos de coordinación a las condiciones reales de las redes de servicios (64,66–68). No obstante, en Chile no se reportan experiencias previas de su uso para abordar el problema de coordinación asistencial entre niveles.

La evidencia disponible sobre los mecanismos de coordinación asistencial es escasa. Principalmente producida en países de altos ingresos, predominan estudios centrados en aquellos mecanismos que facilitan la coordinación de la información, como la hoja de referencia y contrarreferencia o los informes de alta hospitalaria, y, en menor medida, en los de coordinación de la gestión clínica, como guías de práctica clínica, protocolos compartidos o reuniones conjuntas entre niveles (54,61). En los últimos años, se han documentado estrategias integradas que combinan mecanismos de coordinación de información y gestión clínica (77), así como el uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) para favorecer la comunicación entre niveles (70,72,81,83,84). En Chile, la literatura disponible da

cuenta de algunos estudios centrados en mecanismos o dimensiones específicas, como la calidad de las guías de práctica clínica (GPC) (107), de uso creciente en los últimos años (32), o el desarrollo de estrategias de telemedicina para reducir listas de espera y brechas territoriales (100–102).

La mayoría de los estudios internacionales describen la disponibilidad o el grado de implantación de los mecanismos de coordinación (54,61), con escasos análisis sobre su efectividad o los factores que condicionan su uso (55,96). Predominan diseños transversales basados en encuestas o en la revisión de registros administrativos (72,73), con poca aplicación de métodos mixtos (70) o evaluaciones que permitan valorar su sostenibilidad (108) o impacto sobre los resultados en coordinación o calidad de la atención (83). La evidencia indica que, si bien la introducción de mecanismos mejora la comunicación, la calidad de las derivaciones y el acuerdo clínico (72,84); su efectividad depende del alineamiento institucional, la disponibilidad de recursos y soporte tecnológico, así como el liderazgo y la existencia de una cultura de colaboración (70,83,84,109).

En este contexto, el proyecto multicéntrico EQUITY-LA II *“Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina”* (44) buscó generar evidencia contextualizada sobre la efectividad de intervenciones locales desarrolladas con la participación de profesionales, gestores y equipos directivos, para fortalecer la coordinación asistencial en los sistemas públicos de salud de seis países latinoamericanos (Colombia, Brasil, México, Argentina, Uruguay y Chile) (44,110).

Con un diseño cuasiexperimental y un enfoque de investigación-acción participativa (IAP), el estudio combinó métodos cuantitativos y cualitativos para analizar la coordinación y continuidad de la atención, incluyendo el conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles. En Chile, el proyecto permitió analizar la situación basal de las redes públicas participantes y desarrollar una intervención adaptada a su contexto organizativo y profesional.

En dicho marco, esta tesis se plantea como una contribución teórica, metodológica y aplicada al estudio de la coordinación asistencial en Chile. Desde el plano teórico,

adopta un marco analítico que permite comprender la coordinación como un proceso relacional, situado en contextos institucionales y organizativos específicos. En el ámbito metodológico, integra la revisión sistemática de la evidencia nacional con el análisis empírico de la situación en redes públicas y la evaluación de una intervención desarrollada mediante metodologías participativas, en el marco del proyecto EQUITY-LA II, aportando un enfoque comprensivo que vincula el conocimiento acumulado con la práctica real. Desde la perspectiva de la política pública, la tesis aspira a generar evidencia que contribuya a fortalecer la implantación y el uso efectivo de los mecanismos de coordinación en el sistema público, orientando el diseño de estrategias que promuevan una atención más integrada y eficiente en los servicios públicos de salud.

III. Preguntas de investigación, hipótesis y objetivos

Preguntas de investigación:

¿Cuál es el estado del conocimiento sobre la implantación y resultados de los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles, en el sistema de salud público chileno?

Hipótesis (estudio cuantitativo)

En las redes públicas de servicios de salud el nivel de conocimiento y uso de mecanismos de coordinación asistencial entre niveles existentes es limitado, similar entre redes, pero con diferencias entre niveles de atención.

La implantación participativa de mecanismos de coordinación que facilitan la comunicación e interacción entre médicos de ambos niveles de atención, mejoraran el conocimiento y uso de otros mecanismos implantados en la red.

Objetivo general

Analizar la implantación de mecanismos de coordinación clínica entre niveles de atención en dos redes públicas de servicios de salud del área metropolitana de Chile

Objetivos específicos

- (1) Sintetizar el conocimiento disponible sobre la implantación de mecanismos de coordinación asistencial entre niveles en el sistema público de salud chileno e identificar los vacíos de conocimiento.
- (2) Analizar el nivel de conocimiento, la frecuencia, características y dificultades de uso de mecanismos de coordinación asistencial entre niveles, en dos redes de servicios de salud de la región metropolitana en Chile.
- (3) Analizar la efectividad de la implantación de consultorías virtuales internivel (sesiones clínicas virtuales) en la mejora del conocimiento y uso de otros mecanismos de coordinación asistencial entre niveles en la red del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

IV. Métodos

Para responder a los objetivos, esta tesis se estructura en dos componentes. El primero corresponde a una revisión de alcance (scoping review), orientada a sintetizar el conocimiento disponible sobre la implantación de mecanismos de coordinación asistencial en el sistema público de salud chileno (objetivo específico 1). El segundo se enmarca en el proyecto EQUITY-LA II con diseño cuasiexperimental (controlado antes después) y enfoque de investigación-acción participativa y se divide en dos subestudios basados en las dos mediciones mediante encuestas a médicos: a) un análisis de la línea de base, mediante un estudio descriptivo transversal, (2015), para determinar el nivel de implantación de mecanismos de coordinación clínica en las redes de estudio (objetivo específico 2), y un análisis antes-después para determinar la efectividad de la intervención (consultorías virtuales internivel) en la mejora de la implantación de otros mecanismos de coordinación clínica en las redes de estudio (2015–2017), (objetivo específico 3).

Revisión de alcance

Diseño

Se realizó una revisión bibliográfica de alcance (scoping review), siguiendo las recomendaciones de la extensión para revisiones de alcance de la guía PRISMA-ScR (111,112), para identificar artículos originales que analizaran la utilización y resultados de la introducción de mecanismos de coordinación clínica entre niveles de atención en el sistema de salud público chileno.

Este tipo de revisión se adecuaba al problema en estudio ya que permite explorar un tema amplio y con un diseño flexible, mapear la evidencia existente, los enfoques metodológicos utilizados e identificar vacíos de conocimiento para orientar futuras investigaciones (111–113).

La extensión de las recomendaciones PRISMA para revisiones de alcance “Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews” aporta con una lista de verificación simple que asegura que el protocolo para conducir la revisión, así como la estructura para reportar los resultados, se desarrolle de manera transparente y rigurosa (111,112).

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE/PubMed, SCIELO, LILACS y EPISTEMONIKOS, entre marzo y junio de 2023. De manera complementaria, se revisaron de forma manual las referencias bibliográficas de los estudios elegibles. Posteriormente, se efectuó una actualización en Medline/PubMed revisión en PubMed en agosto de 2024, para identificar e incluir artículos recientes (Tabla 6).

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron artículos originales en inglés o español, sin límite de tiempo ni diseño metodológico (cualitativos, cuantitativos o mixtos), que estudiaran mecanismos de coordinación asistencial entre niveles: atención primaria (AP) y atención especializada (AE), existentes en el sistema público de salud chileno.

Se consideraron mecanismos que contribuyeran a la coordinación de información, gestión clínica y/o administrativa, y para su identificación, se siguieron los criterios de clasificación de Terraza et al. (45), basados en la estandarización de procesos (p. ej., mapas de derivación o guías de práctica clínica compartidas), habilidades (p. ej., formación continua) o resultados (p. ej., estandarización de resultados) y de retroalimentación, como medios de comunicación informal (p. ej., teléfono, correo electrónico o reuniones informales), dispositivos de enlace (p. ej., profesional de enlace internivel o grupos de trabajo) o sistemas de información vertical (p. ej., historia clínica compartid). Se incluyeron denominaciones propias de mecanismos existentes revisados en la literatura.

Se incluyeron estudios que abordaran como variables o dimensiones de análisis: 1) nivel de conocimiento y uso; 2) características de uso; 3) resultados o impacto de su implantación.

Se excluyeron estudios centrados en mecanismos implantados únicamente en un nivel de atención, como equipos multiprofesionales o en que la coordinación se diera con especialistas u otros actores fuera del sistema público de salud.

Proceso de búsqueda y selección de estudios

Se combinaron descriptores controlados (Mesh y DeCS) y términos libres relacionados con cada mecanismo de coordinación, usando nombre principal y denominaciones identificadas para cada mecanismo en la literatura en inglés y español, aplicados en los campos de título y resumen, sin límites temporales. Se añadieron descriptores complementarios basados en el marco de análisis para precisar la búsqueda, como “coordination of care” OR “health services”, y se utilizó como filtro geográfico “Chile” en cualquier campo del artículo, para restringir los resultados a estudios que abordaran publicaciones sobre el contexto chileno (Tabla 5). Adicionalmente se revisaron manualmente referencias de artículos que cumplieron criterios de selección.

Tabla 5. Términos de búsqueda

Términos Mesh	Términos libres (inglés)	Términos libres (español)^a
"Referral and Consultation"[Mesh]	referral letter	referencia y contrarreferencia
"Delivery of Health Care"[Mesh]	counter-referral	protocolos de referencia
"Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh]	referral protocols	protocolos de contrarreferencia
"Secondary Care"[Mesh]	clinical practice guidelines	guías de práctica clínica
"Primary Health Care"[Mesh]	care coordination mechanisms	mecanismos de coordinación
	Consulting	consultorías
	Consultancy	revisión de casos clínicos
	telemedicine	telemedicina
	clinical meeting	reuniones clínicas
	coordination of care	reuniones conjuntas
	integrated care	ficha clínica compartida
	health services	historia clínica compartida
	health professionals	colaboración profesional entre niveles
	transitional care	comunicación entre niveles

^a: principales descriptores libres en español usados en búsquedas en LILAC y SCIELO

Tabla 6. Sintaxis búsqueda PubMed

((("Referral and Consultation"[Mesh]) OR (referral letter[Title/Abstract] OR "counter-referral"[Title/Abstract] OR "referral protocols"[Title/Abstract] OR "clinical practice guidelines"[Title/Abstract] OR "care coordination mechanisms"[Title/Abstract] OR consulting[Title/Abstract] OR consultancy[Title/Abstract] OR telemedicine[Title/Abstract] OR "clinical meeting"[Title/Abstract])) AND (("coordination of care"[Title/Abstract] OR "integrated care"[Title/Abstract] OR "health services"[Title/Abstract] OR "health professionals"[Title/Abstract] OR "transitional care") OR (((("Delivery of Health Care"[Mesh]) OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh]) OR "Secondary Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]))) AND (Chile)

Proceso de extracción, revisión y análisis de los estudios.

La selección de los estudios se realizó en dos etapas: la primera de revisión de título y resumen, a partir de la cual se extrajeron los textos completos de los artículos preseleccionados. La segunda, consistió en la revisión de los textos completos por la doctoranda, con apoyo del gestor de referencias Mendeley®, en el cual se almacenaron los artículos seleccionados para el análisis. La selección de los artículos fue corroborada con las directoras, especialistas en el tema. La resolución de discrepancias sobre la inclusión o no, se realizó en conjunto entre la doctoranda y las directoras, a partir de la revisión y aplicación de los criterios de elegibilidad.

Para cada etapa, se elaboró una matriz de información en Excel que permitiera el registro de los resultados de la extracción para cada buscador y la identificación de duplicados. La primera (Tabla 7) con el registro de búsquedas y preselección de estudios y la segunda (Tabla 8) con el registro de los estudios preseleccionados y variables relevantes de cada uno para el análisis de criterios de inclusión definitiva.

Los hallazgos se extrajeron y sintetizaron teniendo en cuenta las variables de estudio y dimensiones de análisis, organizando los resultados según tipo de mecanismo: coordinación de la información, coordinación de la gestión clínica y coordinación administrativa, y metodología: cuantitativos y cualitativos.

Tabla 7. Variables base de datos de extracción de resultados, etapa 1

Variable	Descripción
ID búsqueda	Identificador correlativo de búsqueda
Fecha de búsqueda	Fecha de búsqueda
Fuente	Base de datos de búsqueda
Descriptor	Descriptor o sintaxis ^a
Resultados	Número de resultados que arrojó la búsqueda
Cumplen Criterio Inclusión Etapa 1	Número de resultados que cumplió criterio de preselección a partir de título y resumen

^a: se realizaron búsquedas exploratorias por cada descriptor, previo a la sintaxis definitiva

Tabla 8. Variables base de datos de extracción de resultados, etapa 2

Variable	Descripción
ID búsqueda	Identificador correlativo de búsqueda
ID artículo	Identificador correlativo de artículos preseleccionados
PMID /DOI	Identificador único de artículo en la base de datos de referencias
Selección	Seleccionado / descartado
Motivo descarte	No incluye Chile / No aborda mecanismos / no aborda variables de estudio, o área de estudio (fuera del sistema público de salud)
Título	Título del artículo
Autores	Autores
Diseño	Diseño del estudio
Métodos	Métodos
Mecanismo	Mecanismo/s de coordinación que aborda el artículo
Resultados	Principales resultados en torno a los objetivos de la revisión
Limitaciones del estudio	Limitaciones identificadas

Consideraciones para asegurar la calidad de la revisión y selección

Para asegurar la calidad de la revisión, se siguieron las recomendaciones de la guía PRISMA y checklist para revisiones de alcance (111,112). Para asegurar la incorporación de todos los descriptores que permitieran explorar el cuerpo de evidencia disponible, las búsquedas en cada base de datos se realizaron inicialmente en forma independiente para cada mecanismo y descriptor; lo que permitió ir incorporando nuevos descriptores en la medida que la exploración y registro de los resultados preliminares arrojaba antecedentes que permitirán ampliar la cobertura de búsqueda. Concluida dicha etapa, se consolidó sintaxis de la revisión, la cual fue revisada con las directoras, además de requerir su revisión a especialista bibliotecóloga de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Considerando la base que arrojó mayores resultados (PubMed/Medline), se actualizó la búsqueda aplicando la sintaxis previamente validada, (Tabla 6) en agosto de 2024.

Estudio cuantitativo.

Diseño

El componente cuantitativo se enmarca en el proyecto EQUITY-LA II en Chile, de diseño cuasiexperimental controlado antes-después con una red de intervención y una red control y con un enfoque de investigación-acción participativa. Consta de dos subestudios complementarios basados en las dos mediciones mediante encuesta con aplicación del cuestionario COORDENA-CH a médicos de atención primaria (AP) y de atención especializada (AE) en las dos redes públicas de servicios de salud del área metropolitana en Chile: Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), red de intervención y Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), red de control, antes y después de la intervención, (2015 y 2017).

Ambas mediciones comparten, área y población de estudio, criterios muestrales, instrumento y procedimientos de recolección y control de calidad de datos, así como consideraciones éticas.

El subestudio I, descriptivo y corte transversal, analiza el nivel de conocimiento, uso, características y dificultades de uso de los mecanismos de coordinación existentes en ambas redes intervención (SSMN) y control (SSMS) en el año 2015, línea de base.

El subestudio II, analiza los dos estudios transversales: la línea de base de 2015 y la evaluación en 2017, para evaluar la efectividad de una intervención diseñada e implementada participativamente (consultorías virtuales y visitas internivel) sobre el conocimiento y uso de otros mecanismos existentes.

Área de estudio

El área de estudio estuvo conformada por dos subredes pertenecientes a los Servicios de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y Metropolitano Sur (SSMS), de los seis que integran la red pública del área metropolitana de Santiago de Chile. La selección se basó en los siguientes criterios (44): proveer un continuo asistencial que incluyera atención primaria (AP) y atención especializada (AE), atender poblaciones urbanas de nivel socioeconómico bajo o medio-bajo y contar con la disposición institucional para participar en el estudio. Cada subred comprendió tres comunas urbanas con sus respectivos establecimientos de AP y el hospital de referencia de adultos.

La subred del SSMN estuvo integrada por tres de las ocho comunas que conforman el Servicio de Salud: Recoleta, Huechuraba e Independencia, y su hospital de referencia: el Complejo Hospitalario San José (CHSJ) con su Centro de Diagnóstico y Tratamiento ambulatorio (CDT). En 2015, esta subred concentraba una población total de 349.254 habitantes, de los cuales el 74,3% eran beneficiarios de FONASA, cifra levemente superior al promedio nacional (73,2%) y al promedio del propio servicio (70,0%). Estas comunas representaban el 37,4 % de la población total y el 39,7 % de los beneficiarios FONASA del SSMN (17) (Tabla 9).

La subred del SSMS estuvo conformada por tres de las once comunas del Servicio: Pedro Aguirre Cerda, San Miguel y San Joaquín, y el Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau (CHBLT) con su CDT. En conjunto reunían 338.301 habitantes, 67,7%

beneficiarios de FONASA, proporción inferior a la del promedio nacional (73,2%) y del Servicio de Salud, que era igual al país, representando un 27,7% de la población total y el 25,5% de los beneficiarios del SSMS (17).

Las seis comunas son urbanas, con alta densidad poblacional, predominio de población de nivel socioeconómico medio-bajo, y una estructura demográfica con mayor proporción de adultos mayores que el promedio nacional, salvo la comuna de Huechuraba en la red SSMN (114).

Tabla N°9. Comunas y centros de salud participantes según red

Red	Centros de Atención Primaria	Centros de Atención Especializada	Gestor de Red
Servicio de Salud Metropolitano (SSMN)	COMUNA RECOLETA		
	CESFAM ^a Patricio Hevia		
	CESFAM Recoleta		
	CESFAM Petrinovic		
	CESFAM Quinta Bella		
	COMUNA INDEPENDENCIA		
	CESFAM Cruz Melo	Complejo Hospitalario San José	Dirección de Servicio de Salud Metropolitano Norte
	CESFAM Juan Antonio Ríos		
	COMUNA HUECHURABA		
	CESFAM Pincoya		
	CESFAM Barrero		
	CESFAM Salvador Allende		
	CECOSF ^b Los Libertadores		
Servicio de Salud Metropolitano (SSMS)	COMUNA SAN MIGUEL		
	CESFAM Barros Luco		
	CESFAM Recreo		
	COMUNA PEDRO AGUIRRE CERDA		
	CESFAM Edgardo Henríquez	Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau	Dirección de Servicio de Salud Metropolitano Sur
	CESFAM Amador Neghme		
	CESFAM Pierre Dubois		
	COMUNA SAN JOAQUÍN		
	CESFAM San Joaquín		
	CESFAM Santa Teresa		
	CECOSF Reverendo Perú		
	CECOSF Sierra Bella		

^a: CESFAM: Centros de Salud Familiar; ^b: CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar

Diseño e implantación de la Intervención

La intervención se desarrolló en el marco del proyecto EQUITY-LA II (ver capítulo 4), en la red del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), durante el periodo comprendido entre la medición de línea de base (2015) y la evaluación post intervención (2017-18).

El proceso participativo que le dio marco tuvo la conducción técnico-política del Comité Conductor Local (CCL), integrado por directivos y gestores de los distintos niveles de la red: Departamentos de Salud Comunal y centros de salud de Recoleta, Independencia y Huechuraba, Hospital San José y Dirección del SSMN, y el acompañamiento del equipo de investigación, responsable del soporte metodológico y la sistematización del proceso.

Tras la aplicación de la línea de base en 2015, los resultados cuantitativos y cualitativos fueron objeto de un análisis participativo amplio en sesiones de devolución territorial y reflexión colectiva, que reunieron cerca de 300 profesionales, gestores y directivos de distintos niveles asistenciales de la red del SSMN. Se identificaron y priorizaron los problemas: limitada comunicación, confianza y colaboración entre médicos y equipos de distintos niveles, así como la falta de una visión compartida de la existencia de la red.

Se constituyeron entonces, dos plataformas de profesionales internivel, encargadas de transformar los problemas priorizados en propuestas de acción, basadas en recursos existentes en la red. Una plataforma, centrada en la “Comunicación entre niveles”, y otra, orientada a la “Inducción al trabajo en red”, elaboraron y validaron, en coordinación con el CCL, el diseño participativo de dos componentes complementarios: un modelo de comunicación entre AP y AE con consultorías virtuales y un programa de inducción al trabajo en red a través de visitas bidireccionales entre niveles asistenciales.

a) Consultorías virtuales

Encuentros clínicos sincrónicos quincenales, realizados mediante plataforma web de videoconferencia entre médicos y otros profesionales de AP y AE, desarrolladas durante trece meses al momento de la evaluación.

Comenzaron con las tres comunas participantes del estudio y se ampliaron progresivamente a las ocho que conforman la red del SSMN, con participación de la Unidad de enlace con la red del Hospital San José, integrante activa del CCL, encargada de las coordinaciones logísticas y de la participación rotativa de al menos diez especialidades del hospital. Las sesiones incluían:

- (i) Revisión conjunta de temas clínicos, inicialmente propuestos desde AE y, con el tiempo, por AP según sus necesidades de coordinación.
- (ii) Revisión de casos clínicos preparados y presentados por los equipos.
- (iii) Revisión de protocolos de derivación y acuerdos para la gestión clínica de pacientes entre niveles.

La formalización y difusión de los acuerdos alcanzados se realizó a través de espacios institucionalizados definidos para ello, las Unidades de Gestión de Red Local (UGRL).

b) Visitas internivel bidireccionales

Realizadas entre enero y julio de 2017, involucraron en total a 170 profesionales de ambos niveles asistenciales (médicos, otros profesionales clínicos y personal de apoyo). Consistieron en cuatro visitas en total: dos desde AP hacia el Hospital San José, y dos desde AE a los centros de AP de las comunas de Recoleta y Huechuraba. Cada encuentro siguió una estructura común:

- (i) Bienvenida y presentación de los equipos
- (ii) Recorrido guiado por los establecimientos (en AP por distintos dispositivos de salud en la comuna; en AE, por unidades clínicas y de apoyo vinculadas al flujo de atención de pacientes derivados)
- (iii) Instancias de interacción en grupos pequeños para la coordinación de la atención de pacientes entre equipos clínicos de AP y AE de áreas afines, como, por ejemplo, el manejo de pacientes diabéticos.
- (iv) Diálogo de cierre y evaluación de la visita, mediante instrumento acordado previamente en el CCL.

Ambos componentes se implementaron en dos ciclos sucesivos de investigación-acción-participativa, con instancias de monitoreo, retroalimentación y ajuste continuo, desarrolladas con la participación de los equipos clínicos y de gestión de la red a través del CCL y las plataformas internivel. Los directivos y gestores de cada nivel participaron en la planificación y organización de los espacios requeridos para las actividades, garantizando la disponibilidad de tiempos y recursos necesarios para su desarrollo e integración a la dinámica organizativa habitual de la red del SSMN.

Población de estudio y muestra

La población de estudio estaba constituida por médico/as que trabajaban en los centros de las redes seleccionadas, en AP y AE (consultas externas, urgencias u hospitalización), que llevaban más de tres meses trabajando en la red, proporcionando atención directa a pacientes adultos con enfermedades crónicas y que se relacionaban con el otro nivel de atención en su práctica clínica

Se excluyeron especialidades cuya práctica no incluía colaboración con la AP (como anatomía patológica; medicina intensiva, entre otras)

Se estimó un tamaño de muestra de 174 médicos por red y año, para asegurar la detección de una diferencia del 15% en el conocimiento y uso de los mecanismos en un contraste bilateral entre redes y años, con una potencia estadística del 80% ($\beta=0.20$) y un nivel de confianza del 95% ($\alpha=0,05$).

Selección de la muestra

Se hizo una selección estratificada no proporcional por nivel de atención para alcanzar un tamaño muestral suficiente para las comparaciones.

Se contó con la información del universo de médicos/as contratados y sus fechas de contratación en cada nivel para construcción del marco muestral: en AP, a través de los Departamentos de Salud Comunes y directivos de los CESFAM; en el caso de atención especializada (AE), a través de las direcciones de Servicios de Salud y Hospitales, y los jefes de servicios de especialidad.

En 2015, en AP, la muestra abarcó la casi totalidad del universo, mientras que en AE, se realizó un muestreo por cuota para representar proporcionalmente las distintas especialidades que atienden pacientes adultos remitidos desde la atención primaria. En la medición 2017, se siguió la misma estrategia para mantener la comparabilidad con la muestra 2015.

Instrumento: cuestionario COORDENA-CH

Se aplicó el “Cuestionario de Coordinación entre niveles de Atención, COORDENA” diseñado en el marco del proyecto Equity-LA II, bajo un proceso riguroso que consideró validación de expertos/as, revisión de la bibliografía, instrumentos existentes y los resultados del estudio cualitativo (44). El cuestionario fue adaptado al lenguaje y características del sistema público de salud chileno, sin modificar el sentido de las preguntas, sometido a pretest, prueba piloto y ajuste posterior, lo que dio origen a la versión COORDENA-CH.

El cuestionario final en 2015 constaba de 11 secciones. La primera con 13 ítems medía la coordinación asistencial entre niveles experimentada por los médicos: a) coordinación de la información (transferencia y uso), b) coordinación de la gestión clínica (coherencia de la atención, seguimiento de los pacientes y acceso) y c) percepción general de coordinación. A continuación, una sección sobre factores de los profesionales y de la organización relacionados con la coordinación. Ambas secciones con una escala Likert (siempre, muchas veces, a veces, muy pocas veces, nunca). Las secciones 3 y 4, en que se centró este trabajo, se refieren al conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación asistencial existentes en la red (hoja de interconsulta, hoja de contrarreferencia, informe de alta hospitalaria, guías de práctica clínica compartidas entre niveles y/o protocolos de derivación, consultorías, teléfono y correo electrónico institucional), seguida de una sección de sugerencias para mejorar la coordinación entre niveles. Las dos últimas secciones, recogen factores organizativos, laborales y actitudes relacionadas con el trabajo, además de variables sociodemográficas (Anexo 1).

Para la medición 2017 se actualizó la sección sobre mecanismos de coordinación, incorporando: consultorías virtuales y visitas internivel (componentes de la

intervención) y telemedicina, además de una sección sobre la participación en la medición 2015, quedando constituido por 12 secciones. (Anexo 2).

Recogida de los datos

El trabajo de campo se realiza mediante la aplicación de forma presencial del cuestionario (COORDENA-CH) entre el 8 de mayo y el 16 de septiembre de 2015, simultáneamente en ambas redes. En 2017, la recogida de datos se inició en la red control (SSMS) entre el 18 de octubre de 2017 y el 22 de febrero de 2018, mientras que, en la red intervenida (SSMN), que se encontraba desarrollando la intervención, se realizó entre el 2 de enero y el 5 de abril de 2028.

La aplicación se realizó mediante entrevistas presenciales por encuestadores entrenados, en el lugar de trabajo de los profesionales, en horarios hábiles de trabajo y tiempos previamente concertados con ellos y sus jefaturas. En algunos casos, contaron con tiempo protegido para la aplicación de la encuesta, principalmente en el SSMN, por gestiones del Comité Conductor Local. En otros casos, se aprovecharon actividades administrativas o reuniones de equipo, y en una menor proporción, se esperó a los médicos al finalizar su jornada de trabajo.

Los encuestadores eran profesionales egresados y estudiantes de último año de carreras de la salud y ciencias sociales (como medicina, kinesiólogos y antropólogos) que recibieron entrenamiento teórico-práctico específico, con jornada formativa con presentación del marco conceptual, el instrumento y una actividad práctica con ejercicios de aplicación del cuestionario; que aplicaron a médicos de redes distintas a las del estudio.

Los profesionales seleccionados, fueron contactados en el caso de APS en cada centro, a través de sus jefaturas y direcciones de salud comunal. En el caso de los especialistas, se siguieron los conductos regulares en cada hospital, a través de directivos y jefes de servicios clínicos en cada especialidad para informar a los médicos del estudio e invitarles a participar.

Estrategias para asegurar la calidad de los datos

Para asegurar la calidad de los datos se tomaron las siguientes medidas en cada fase del estudio, además del entrenamiento de encuestadores previamente descrito:

- Encuestadores reclutados, capacitados y aplicando instrumento bajo supervisión, con detección de problemas, corrección y retroalimentación in situ.
- La primera aplicación del cuestionario de cada encuestador se hizo en compañía de su supervisora, con corrección y retroalimentación in situ de ser necesaria. Además, se propició que un alto porcentaje de encuestas se aplicara en compañía de su supervisora, quién también aplicó encuestas a un número importante de especialistas.
- Revisión de cada cuestionario aplicado, diariamente con uso de checking list, corrección de errores y retroalimentación a encuestadores. En casos requeridos por omisión o dudas de información, se contactó nuevamente a la persona encuestada.
- Control de calidad aleatorio por la supervisora, presencial o telefónico, con re-entrevista a de algo menos del 20% de las encuestas aplicadas en 2015, cifra que se elevó al 27%, en 2017.
- Control de calidad por coordinadoras, como segundo nivel de control a partir del cual se instruía a supervisores y encuestador a tomar contacto con la persona encuestada para corregir o aclarar la información, si fuera necesario.
- Los errores detectados en la digitación no superaron el 2% del total de encuestas en 2015 y en 2017, fueron menores al 1%.
- En 2015 se llevó a cabo doble digitación del 50% de los datos y revisión del 20% de los cuestionarios digitados, en que se identificaron errores marginales. En 2017 se incrementó al 100% la doble digitación de los datos.
- Antes del análisis se realizó la depuración de la base de datos, con revisión por variable y cruces de consistencia. En esta etapa se identificaron algunos errores menores de codificación u omisiones parciales en respuestas abiertas, sin afectar la validez de las variables principales.

Variables de estudio y análisis de datos

Subestudio I

Las variables en el análisis descriptivo fueron el conocimiento, frecuencia de uso, caracterización y dificultades de uso de los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles existentes en la red: hoja de interconsulta y contrarreferencia, Guías de Práctica Clínica, consultorías presenciales entre niveles, teléfono y correo electrónico institucionales. Características sociodemográficas: sexo, edad y país de origen; y de situación laboral: experiencia en el centro y horas de trabajo semanal. Variables de estratificación fueron la red (SSMN y SSMS) y el nivel de atención (AP y AE) (Tabla 10).

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, y, para cada mecanismo, del conocimiento, uso, características de uso y dificultades. Los resultados se presentan estratificados por red (SSMN y SSMS) y nivel de atención en cada red (AP y AE).

La frecuencia de uso de cada mecanismo se calculó entre quienes declararon conocer el mecanismo y respondieron la pregunta, (no sabe o no responde, se consideraron datos perdidos). Si dicotomizó la respuesta en uso frecuente (categorías siempre y muchas veces) o no frecuente (a veces, muy pocas veces o nunca). Las variables de respuesta múltiple, como finalidad o dificultades de uso de cada mecanismo, se reportan como tasa de respuestas sobre el total de médicos que respondieron el ítem.

Las diferencias entre redes y nivel de atención en cada red sobre conocimiento y frecuencia de uso se evaluaron mediante pruebas de chi-cuadrado de Pearson o exacta de Fisher cuando las frecuencias eran menores a 5. En las tablas de resultados, las diferencias estadísticamente significativas ($\alpha < 0.05$, prueba bilateral), se señalan con un asterisco (*) y nota al pie. Para el análisis se utilizó el software estadístico SPSS 21.

Tabla 10. Variables de estudio, subestudio I: nivel de conocimiento, uso, características y dificultades de uso de los mecanismos de coordinación

Variable	Categorías de la variable
Variables de estratificación	
Nivel de atención	Atención Primaria y Atención Especializada ^a
Red asistencial /Servicio de Salud	Servicio de Salud Metropolitano Norte / Metropolitano Sur ^b
Variables independientes	
Sexo	hombre / mujer
Edad	25 a 40 años / 41 a 55 años / > 55 años
País de origen	Pregunta abierta, categorizada
Experiencia en el lugar de trabajo	Hasta 12 meses / de 12 a 36 meses / más de 36 meses
Jornada de trabajo (horas semanales contratadas)	≤ 22 hrs. semanales / > 22 hrs. semanales
Complementa su trabajo con atención privada	Si / No
Variables dependientes	
Conocimiento de mecanismos de coordinación de la red	
Hoja de interconsulta	Si/ No
Hoja de contrarreferencia	Si/ No
Informe de alta hospitalaria (o epicrisis)	Si/ No
Guías de práctica clínica compartidas y/o protocolos de derivación	Si/ No
Consultorías presenciales entre niveles de atención	Si/ No
Teléfono Institucional	Si/ No
Correo electrónico institucional	Si/ No
Uso frecuente de mecanismos de coordinación	
Frecuencia con que envía la hoja de interconsulta (AP) o contrarreferencia (AE)	
Frecuencia con que recibe la hoja de interconsulta (AP) o contrarreferencia (AE)	
Frecuencia con que envía el informe de alta hospitalaria	Uso frecuente= siempre, muchas veces
Frecuencia con que recibe el informe de alta hospitalaria	
Frecuencia con la que sigue las recomendaciones de GPC compartidas y/o protocolos de derivación	
Participación en consultorías presenciales con el otro nivel	Participa= siempre, muchas veces, a veces, muy pocas veces
Frecuencia con que usa teléfono institucional para tratar temas de atención del paciente	Uso Frecuente= diariamente, semanalmente
Frecuencia con que usa correo electrónico institucional para tratar temas de atención del paciente	Uso Frecuente= diariamente, semanalmente
Características de uso	
Hoja de interconsulta y contrarreferencia	
Finalidad de uso	Pregunta abierta, categorizada
Contenido recibido hoja de interconsulta (AE), contrarreferencia (AP)	
Antecedentes	Si/No
Motivo de la interconsulta	Si/No
Diagnóstico	Si/No
Tratamiento	Si/No
Exámenes	Si/No
Datos administrativos	Si/No
Consistencia HCR: La información de la contrarreferencia responde al motivo de la referencia	Consistente=siempre, muchas veces
Oportunidad HCR: Recibe la contrarreferencia en tiempo útil para la toma decisiones	Oportuna= siempre, muchas veces
Motivos de no recibir de hoja de interconsulta / contrarreferencia	Pregunta abierta categorizada

Tabla 10. Variables de estudio, subestudio I: nivel de conocimiento, uso, características y dificultades de uso de los mecanismos de coordinación (cont.)

Informe de alta hospitalaria	
Finalidad de uso	Pregunta abierta categorizada
Contenido recibido en el informe de alta hospitalaria	
Diagnóstico	Si/No
Indicación para seguimiento	Si/No
Tratamiento farmacológico	Si/No
Procedimientos realizados	Si/No
Motivo de hospitalización	Si/No
Resultados de exámenes	Si/No
Oportunidad: Recibe la información en tiempo útil	Oportuna= siempre, muchas veces
Guías de práctica clínica compartida entre niveles de atención y/o protocolos de derivación (GPC)	
Cuáles utiliza	Pregunta abierta, categorizada
Finalidad de uso	Pregunta abierta categorizada
Consultorías o consultas conjuntas entre niveles de atención	
Con qué especialidades se realizan	Pregunta abierta categorizada
Finalidad de uso	Pregunta abierta categorizada
La institución le proporciona tiempo para participar	Si / A veces
Dificultades de uso	
En la hoja de interconsulta / contrarreferencia (AP/ AE)	Si/ No
Tipo de dificultades en uso de la hoja de interconsulta / contrarreferencia	Pregunta abierta categorizada
En Informe de alta hospitalaria (o epicrisis)	Si/ No
Tipo de dificultades en uso del Informe de alta hospitalaria	Pregunta abierta categorizada
En guías de práctica clínica o protocolos (GPC)	Si/ No
Tipo de dificultades en uso de (GPC)	Pregunta abierta categorizada
En consultorías o consultas conjuntas	Si/ No
Tipo de dificultades en uso consultorías o consultas conjuntas	Pregunta abierta categorizada

^a: Atención Especializada= secundario/terciario; en AP puede haber especialistas, principalmente en Medicina Familiar, Medicina Interna y Pediatría; ^b: Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS)

Subestudio II

Para el análisis de efectividad de la intervención, las variables de resultado fueron el conocimiento y frecuencia de uso de los mecanismos de coordinación entre niveles, que se orientan a la coordinación de atención de pacientes ambulatorios entre niveles, en los que se esperaba impactar con la intervención realizada: a) Hoja de interconsulta y hoja de contrarreferencia b) Guías de práctica clínica o protocolos y c) Consultorías presenciales entre niveles. Variables de ajuste, no influenciadas por la intervención, el sexo, la edad, país de origen, años de experiencia en el lugar de trabajo y las horas de trabajo contratadas por semana (Tabla 11). Para la estratificación de resultados, se consideró la red, año y nivel de atención.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio, estratificando los resultados por red, nivel de atención y año. Se exploraron las diferencias con χ^2 de

Pearson o prueba exacta de Fisher cuando correspondió. En las tablas, las diferencias significativas se marcan con (*) y se explican en la nota al pie.

Las variables dependientes categóricas se dicotomizaron; según conocimiento, uso frecuente o participación, según mecanismo (tabla 11).

Para HI y HCR, el análisis se estratificó según el rol de cada nivel (AP envía HI y AE la recibe; mientras que AE envía HCR y AP la recibe). Para GPC el uso frecuente corresponde a frecuencia con que sigue recomendaciones de las guías o protocolos (siempre o muchas veces). En el caso de consultorías presenciales, se analizó la participación (considerando todas las categorías de frecuencia, salvo nunca).

Para evaluar la efectividad de la intervención, se analizaron los cambios en el conocimiento y uso de los mecanismos seleccionados, entre años y entre redes, para conocimiento de HI, HCR y GPC también en cada nivel de atención. Se estimaron razones de prevalencia (RP) con IC95% mediante modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, ajustados por variables no influenciadas por la intervención (sexo, edad, país de origen, años de experiencia en el centro y horas contratadas por semana).

El análisis descriptivo se realizó con software SPSS v21 y los modelos para análisis de efectividad, con software Stata 12.

Tabla 11. Variables de estudio, subestudio II. Efectividad de la intervención sobre el conocimiento y uso de otros mecanismos existentes

Variable	Valores de la variable
Variables de estratificación	
Nivel de Atención	Atención primaria) / Atención especializada
Red de servicios de salud	Red Intervenido (SSMN) / Red Control (SSMS)
Variables Independientes	
Sexo	hombre / mujer
Edad	25 a 40 años / 41 a 55 años / > 55 años
País de origen	Chileno(a) / otra nacionalidad
Jornada de trabajo	≤ 22 hrs. semanales / > 22 hrs. semanales
Experiencia en el lugar de trabajo	menos de 12 meses / de 12 a 36 meses / más de 36 meses

Tabla 11. Variables de estudio, subestudio II. Efectividad de la intervención sobre el conocimiento y uso de otros mecanismos existentes (cont.)

Variables dependientes	
<i>Conocimiento de mecanismos de coordinación</i>	
Hoja de Interconsulta o referencia	Si/No
Hoja de Contrarreferencia	Si/No
Guías de práctica clínica compartida entre niveles de atención y/o protocolos de derivación	Si/No
Consultorías presenciales	Si/No
<i>Uso frecuente de mecanismos de coordinación</i>	
Frecuencia con que envía la hoja de interconsulta ^a o contrarreferencia ^b	Uso frecuente= siempre, muchas veces
Frecuencia con que recibe la hoja de interconsulta ^a o contrarreferencia ^b	Uso frecuente= siempre, muchas veces
Frecuencia con la que sigue las recomendaciones de Guías de práctica clínica compartidas y/o protocolos de derivación	Uso frecuente= siempre, muchas veces
Frecuencia con que participa en consultorías presenciales con el otro nivel	Participa= siempre, muchas veces, a veces, muy pocas veces

^a: médico de Atención Primaria; ^b: médico de Atención Especializada

Aspectos éticos

El proyecto Equity-LA en Chile dentro del cual se enmarca parte de este trabajo (115) se desarrolló en completa adherencia con la legislación de la UE vigente, así como la de Chile. El estudio fue revisado y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur y también el comité de Ética de la Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte; ambos comités acreditados para la aprobación de investigación en salud. En ambos comités, hubo una sesión de presentación del proyecto, así como ajustes al consentimiento informado, que permitieron una versión unificada y visada por cada comité para su uso en las aplicaciones del cuestionario en ambas redes (SSMN y SSMS).

Antes de cada encuesta, se realizó el proceso de consentimiento informado con cada participante, momento en que se explicaron los objetivos del estudio, así como su derecho a participar o a expresar libremente y en cualquier momento su voluntad de retirarse de la encuesta. Asimismo, se ratificó el compromiso de confidencialidad y resguardos con el uso de los datos.

V. Resultados

¿Qué sabemos sobre la implantación de mecanismos de coordinación clínica entre niveles en los servicios de salud de Chile? Revisión de alcance.

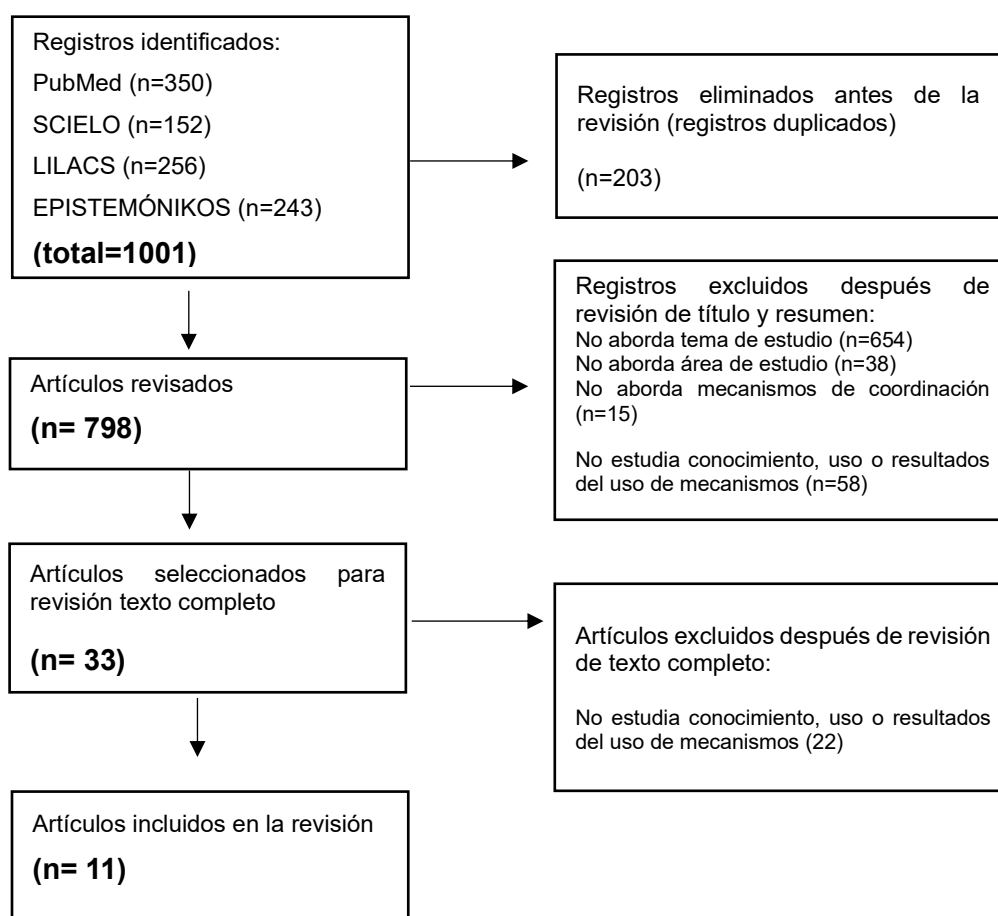
Características de las publicaciones seleccionadas

La búsqueda arrojó 1001 resultados, tras eliminar duplicados (203), se examinaron 798 publicaciones (título y resumen) y 33 a texto completo, de las cuales 11 cumplieron criterios de selección (Figura 5). Los artículos, publicados entre 2017 (32) y 2022 (110), fueron mayormente cuantitativos (8): tres descriptivos transversales (93,116,117), tres de evaluación (118–120), uno ecológico (121), con análisis de datos agregados a nivel de municipio, y uno cuasiexperimental (110) (Tabla 9.1). La encuesta fue el principal método de recogida de datos, dirigida a médicos (93,110,116,117) (4) o por centro de salud (121) (1), seguida del análisis secundario de registros (118–121) (4). Tres estudios cualitativos (29,32,122) uno descriptivo-interpretativo (29), uno de evaluación (122) y uno con enfoque de investigación-acción (32), se basaron en entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión (29,32,122) con tomadores de decisión, gestores, médicos y otros profesionales (Tabla 12). Del total de estudios incluidos en la revisión, sólo tres eran de alcance nacional (32,117,121), los demás abordaron redes o subredes de servicios de salud, principalmente en servicios de salud de la región metropolitana de Santiago.

Los estudios se enfocaron en uno (7) (29,32,93,117–119,121) o varios (4) mecanismos (110,116,120,122). La mayoría, de coordinación de la gestión clínica: seis abordaron distintas modalidades de reuniones conjuntas o consultorías entre niveles: presenciales en salud mental (121) y virtuales para la revisión de casos clínicos o discusión de protocolos (93,110,116,122), o junto a la introducción de un protocolo para evaluación y manejo de casos en lista de espera de traumatología (120); tres, se enfocaron en GPC (32,116,117) principalmente vinculadas a patologías del régimen de garantías GES (32,117); tres estudiaron protocolos de

derivación por patología (119), especialidad (120) o procedimientos específicos de especialidad (118) y uno, las funciones del médico gestor de demanda en AP, como dispositivo de enlace entre niveles de atención (29). Sobre los mecanismos de coordinación de la información, dos estudios examinaron la hoja de interconsulta (HI) y hoja de contrarreferencia (HCR) (93,116), y uno además incluyó el informe de alta hospitalaria, el correo electrónico y el teléfono institucional (116) (Tablas 12 y 13).

Figura 5. Esquema de búsqueda y selección, revisión de alcance.



Los tres estudios descriptivos cuantitativos (93,116,117) midieron nivel de conocimiento, frecuencia, características y dificultades en el uso de consultorías, GPC, HI y HCR e informe de alta hospitalaria y, los estudios cualitativos, analizaron los factores que influyen en el uso de GPC-GES (32) y el perfil y funciones del

médico gestor de demanda (29). Cinco estudios cuantitativos y uno cualitativo, evaluaron los resultados de la implantación de consultorías (110,121), protocolos (118,119), y de ambos, protocolización y consultoría (120). Los estudios cuantitativos midieron cambios en tiempos de espera para AE (120), diagnóstico temprano (118,119), reducción de tasas de hospitalización (121) y cambios en la experiencia de coordinación y factores asociados (110). El estudio cualitativo evaluó las contribuciones de las consultorías virtuales y visitas internivel a la coordinación y factores que influyeron en su implantación (122) (Tablas 12 y 13).

Mecanismos de coordinación de la gestión clínica

Los mecanismos de coordinación de la gestión clínica estudiados incluyeron consultorías entre niveles (110,120–122), GPC (32,117), protocolos de derivación (118–120), y el médico gestor de la demanda (29). El conocimiento y uso fueron medidos para consultorías y GPC (32,116), siendo mayor en éstas últimas (116). Para todos se describieron dificultades de uso; baja frecuencias y limitaciones de tiempo de los médicos para participar de consultorías (116), dificultades de aplicación de la GPC a los contextos locales (32) y variabilidad en las funciones asignadas al médico gestor de demanda, junto con falta de tiempo dedicado para cumplirlas (29). Sólo se evaluaron resultados de consultorías y protocolos. Las consultorías mostraron mejoras en la coordinación asistencial (110,122), reducción de listas de espera (120) y en salud mental, disminución de hospitalizaciones (121). Los protocolos contribuyeron a reducir esperas (118,119).

Reuniones conjuntas o consultorías entre niveles de atención

Se analizó la implantación de Consultorías o reuniones conjuntas entre niveles de atención presenciales y virtuales. Los resultados muestran que las presenciales entre equipos de AP y especialistas en salud mental, estaban implementadas en 62,4% de los centros de AP del país, aunque sólo en el 28,3%, con calidad óptima (disponibilidad, frecuencia, continuidad de especialista y de atención del paciente referido) (121). En redes metropolitanas, el análisis de las reuniones conjuntas o consultorías presenciales entre médicos de AP y AE (116) eran conocidas por la

mayoría (83,7%), usadas para estandarizar criterios, pero con baja participación (23,7%), señalando limitaciones de tiempo para participar y poca regularidad (116). Las consultorías virtuales, implantadas como intervención participativa para la mejora de la comunicación y coordinación entre niveles, dedicadas a la revisión de casos y acuerdos clínicos para derivación o seguimiento, fueron conocidas por el 63,5% de los médicos en la red intervenida y el 20,8% de ellos manifestó participar (110).

En cuanto a su evaluación, las consultorías presenciales en salud mental mostraron, mediante un estudio ecológico, menores tasas de hospitalización por diagnósticos psiquiátricos en comunas con consultorías óptimas (disponibilidad, frecuencia, continuidad del especialista y de atención del paciente derivado) (121); mientras que, la evaluación post implantación de una consultoría virtual junto a protocolo para manejo y discusión de casos en espera de atención traumatológica, mostró, mediante revisión de registros, reducción de tiempos de espera (de 201,4 a 40 días promedio) y una resolución del 69,6% de los casos sin derivación (120). Finalmente, la evaluación de la intervención basada en consultoría virtual y visitas internivel, mediante métodos mixtos (EQUITY LA II) (110,122), mostró mejoras en coordinación de la gestión clínica con entrega de recomendaciones para el seguimiento clínico (RP=1,32) y menor repetición de pruebas (RP=0,73) (110) (Tabla 12). Asimismo, su evaluación cualitativa (122) señaló mejoras en la comunicación entre niveles para el acuerdo clínico y seguimiento de pacientes y en los factores de interacción que favorecen la coordinación, como conocimiento y confianza mutua (Tabla 13). Entre los facilitadores, destacaron el proceso participativo de diseño e implantación, alineamiento de la intervención con políticas vigentes y el uso de tecnología que permitió superar barreras geográficas y de tiempo, favoreciendo la participación (110,122).

Guías de Práctica Clínica y protocolos compartidos entre niveles

Los estudios cuantitativos basados en encuestas mostraron un alto nivel de conocimiento de las GPC, en general, principalmente entre médicos de AP (86,5%) (116) y de las GPC-GES (99%) (117), así como también alto nivel de uso (92,6%

(116) y 97% (117)); algo menor entre especialistas (50,2% de los especialistas las conocían y 85,6% las usaban) (116). Se señaló su uso para unificar y estandarizar criterios de atención y derivación (116,117). Entre las dificultades, la limitada aplicabilidad de sus recomendaciones, difícil acceso y escasa capacitación (Tabla 12) (116), también señaladas por el estudio cualitativo con gestores y tomadores de decisión a nivel país (32). Estos estudios consideraban como facilitadores del uso, la calidad metodológica del proceso de elaboración y el apoyo a la toma de decisiones que suponen las GPC (32).

Dos estudios, basados en registros, evaluaron los resultados sobre los tiempos de espera tras la implantación de *protocolos para la derivación* a procedimientos (118) y atención por especialista (119), en ambos casos apoyados por capacitación para su uso. El primero, que comparó registros pre y post implantación, mostró una reducción en el tiempo (51,9%) y número de casos en espera (52%) (118); el segundo, descriptivo post implantación, mostró un tiempo de espera tras la derivación de 14,6 días promedio (119). En ambos se registró detección de casos con diagnóstico temprano, aunque sin línea de base (12,8% (118), y 33% (119) respectivamente) (119).

Profesional de enlace

Un estudio cualitativo, con médicos y directivos de AP analizó el perfil del *médico gestor de la demanda en centros de AP* en una red metropolitana (29) y mostró que, con diferencias entre centros y comunas, ejerce un rol de enlace para la atención entre niveles: evalúa y prioriza las interconsultas y realiza tutorías a otros médicos sobre protocolos y guías, entre otras funciones. Como dificultades para el desempeño, se describieron la falta de tiempo formal destinado para sus funciones y múltiples actividades paralelas (Tabla 13).

Mecanismos de coordinación de la información entre niveles

Los dos estudios que analizaron la HI (hoja de interconsulta) y HCR (hoja de contrarreferencia) y uno, el informe de alta hospitalaria, mostraron que la HI es

ampliamente conocida y usada por los médicos de AP, mientras que la HCR e informe de alta, si bien se conocen, su uso es menor. La principal finalidad del uso de estos mecanismos es envío de información al otro nivel, mientras que, entre las dificultades, destaca la información incompleta y letra ilegible (93,116).

Hoja de interconsulta (HI) y contrarreferencia (HCR)

Dos estudios (93,116) mostraron que todos los médicos en ambos niveles conocían la HI y HCR. Mientras un 95% en AP refirió enviar la referencia, sólo el 58,9% en AE envía la respuesta; y únicamente el 21,3%, en AP, refirió recibirla (93). De éstos, sólo un tercio indicó que llega oportunamente para la toma de decisiones (28,9%). La información que la AP envía en la HI fue la sospecha diagnóstica (79,9%); y sólo un tercio incluye antecedentes clínicos (36,8%) o motivo de derivación (33,3%). En la HCR, la mayoría informa el tratamiento realizado (93,4%), el diagnóstico (80,2%), y sólo el 12,4%, antecedentes clínicos (93). Un 56,9% de los médicos refirió dificultades de uso; principalmente el envío de información incompleta y letra ilegible (93) (Tabla 12).

Informe de Alta Hospitalaria

El estudio que analizó el *Informe de alta hospitalaria* mostró que era altamente conocido en ambos niveles (sobre 90%) (116), aunque su uso fue dispar: mayor el envío desde AE (65%), que el recibo por AP (38,4%). La mitad de los médicos lo usaba para enviar o recibir información (52,8% AP y 51% AE) y un tercio, transmite recomendaciones de seguimiento (36,9% AP y 22,4% AE). Las dificultades percibidas por el 30,5% de los encuestados, fueron la información incompleta y letra ilegible (116).

Finalmente, el correo electrónico y teléfono institucional eran conocidos por un 68,1% y 71,6% respectivamente por médicos AP y 63,8% y 53,1% entre especialistas, aunque con bajos niveles de uso; otras características de uso no fueron analizadas (116) (Tabla 12).

Tabla 12. Resultados de los estudios cuantitativos sobre conocimiento, uso y resultados de la introducción de mecanismos de coordinación

Primer autor, año, país	Diseño, fuente de datos	Área de estudio	Población de estudio y muestra	Mecanismo	Variables de estudio	Resultados
Conocimiento y uso						
Miranda-Mendizábal, 2020 ¹⁵	Descriptivo, corte transversal	Dos redes de servicios públicos, en Chile:	Médicos AP y AE de cada red por país	-Guías de práctica clínica (GPC) y protocolos	-Nivel de conocimiento	Guías de práctica clínica o protocolos -Conocimiento: AP 86,5%; AE 50,2% -Uso frecuente: AP 92,6%; AE 85,6% -Finalidad de uso: definir criterios de derivación (AP 50,8%; AE 26,9%), unificar criterios de atención (AP 36,1%; AE 44,2%), mejorar la atención del paciente (AP 34,4%; AE 13,5%) -42,5% de los médicos participa en capacitaciones sobre su uso -50% identifica dificultades de uso (aplicabilidad de recomendaciones 38,6% y accesibilidad 26,3%) Reuniones conjuntas/consultorías internivel -Conocimiento: AP 83,7%; AE 30,9% -Uso frecuente AP 23,7%; AE 42,2% -Finalidad de uso: mejorar calidad de atención (AP 29,6%; AE 37,9%) estandarizar criterios de derivación (AP 21,3%; AE 32,2%) -70,9% considera el contenido adecuado y 37,7% siempre tiene disponibilidad para asistir -66,5% identifica dificultades de uso (tiempo para asistir 37,4%, poca participación 24,5% y falta de periodicidad 25,2%) Hoja de referencia y Contrarreferencia -Conocimiento: AP 100%; AE 100% -Uso frecuente: 95% AP; 59% AE -Finalidad de uso: derivar al otro nivel (36% AP; 10,5% AE) enviar información al otro nivel -(34,9% AP; 19,6% AE), dar indicaciones de seguimiento (AP 0%; AE 56,5%) Informe de alta hospitalaria -Conocimiento: AP 97,9%; AE 96,6% -Uso frecuente: AP 38,4%; AE 65% -Finalidad de uso: enviar/recibir información (AP 52,8%; AE 51%) o recomendaciones de seguimiento (AP 36,9%; AE 22,4%) del otro nivel
Chile, Brasil, Argentina, Uruguay, Colombia y México.	Encuesta, cuestionario COORDENA 2015	Servicios de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y Sur (SSMS)	En Chile: (n=348) AP n=141 y AE n=207	-Reuniones conjuntas internivel	-Nivel de uso	
				-Hoja de referencia (HR) y Hoja de contrarreferencia (HCR)	-Finalidad de uso	
					-Características de uso	
					-Dificultades de uso	
				-Informe de alta hospitalaria		
				-Teléfono y correo electrónico institucionales		

Tabla 12. Resultados de los estudios cuantitativos sobre conocimiento, uso y resultados de la introducción de mecanismos de coordinación (cont.)

						-30,5% identifica dificultades de uso (información incompleta 25%, letra ilegible 22,7%) Teléfono y correo electrónico Conocimiento AP 68,1%; AE 63,8% teléfono institucional Conocimiento AP 71,6%; AE 53,1% correo electrónico Uso frecuente teléfono: AP 7,8%; AE 12,6%
Rodríguez, 2019 ¹⁹ Chile	Descriptivo de corte transversal Encuesta online	Atención primaria del sistema de salud chileno	Médicos de AP de Servicios de Salud de todo el país n=354	-Guías de Práctica Clínica ministeriales de patologías (GPC-GES)	-Nivel de conocimiento -Nivel de uso -Finalidad de uso -Factores que influyen en el uso de las GPC-GES	-Conocimiento 99% de médicos de AP 97% las usan, 42% al menos una vez por semana. - Principalmente algoritmos (82%) y recomendaciones clave (50%) -85% estandarizar y homogeneizar la práctica asistencial -Factores asociados a mayor uso de GPC-GES: ser menor 35 años, nacionalidad chilena y actitud-control percibido positivo ^a
Vargas, 2018 ¹⁶ Chile, Brasil, Argentina, Uruguay, Colombia y México	Descriptivo, corte transversal Encuesta, cuestionario COORDENA 2015	Dos redes de servicios públicos, en Chile: Servicios de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y Sur (SSMS)	348 médicos AP y AE por país. En Chile: AP 141 y AE 207	-Hoja de referencia (HR) y contrarreferencia (HCR)	-Nivel de conocimiento -Nivel de uso -Características de uso: contenido, respuesta de HCR a motivo de HR y oportunidad de recibo -Dificultades de uso	-100% AP y 100% AE conocen la HR y HCR -95% de médicos de AP envía la HR y 58,9% de AE envía la HCR Contenido: -HR: __Sospecha diagnóstica (79,9%), Historial clínico (36,8%), Motivo de derivación (33,3%) -HCR: __Tratamiento (93,4%), Diagnóstico (80,2%), Pruebas realizadas (16,5%) Respuesta a motivo de derivación: -71,9% de la HCR responde al motivo de la HR Oportunidad: -28,9% de los médicos AP recibe la HCR a tiempo para tomar decisiones -56,9% de los médicos detectaron dificultades: data incompleta (49%), letra ilegible (25,3%)

Tabla 12. Resultados de los estudios cuantitativos sobre conocimiento, uso y resultados de la introducción de mecanismos de coordinación (cont.)

Resultados						
Espinoza, 2018 ²³ Chile	Descriptivo, evaluación de implementación piloto Registros de derivación y atención	Servicio de Salud Metropolitano Oriente. CRS Cordillera, Unidad de Artritis Reumatoide Temprana UART	Pacientes derivados a UART por sospecha de ART de 9 centros de las comunas de Macul y Peñalolén entre 2014 a 2016, n=120	-Protocolo de referencia a unidad especializada de manejo temprano de artritis reumatoide (Acompañado de capacitación y visita a AP)	-Tiempo de espera desde derivación -Detección temprana de ART -Valor predictivo positivo de los criterios de derivación	-14,6 +- 12,6 días entre derivación y evaluación por especialista -33% de casos con detección temprana de ART -El Valor predictivo positivo del conjunto de criterios implementados fue de 68,1%
Coppelli, 2019 ²² Chile	Descriptivo, evaluación implementación antes-después Registros de derivación y atención (2015-2017)	Hospital Villarrica, Servicio de Salud Araucanía Sur	Pacientes atendidos en servicio de endoscopia del Hospital en el período pre y post implementación del protocolo, derivados por dispepsia entre años 2016 y 2017	-Protocolo de referencia a procedimientos endoscópicos. (Acompañado de programa educativo para médicos de AP sobre su uso)	-Cambio en número de casos -Cambio en tiempo de espera -Detección de lesiones incipientes y premalignas -Recursos ahorrados	-Reducción de casos en espera de 51,6% (1964 a 950 casos) -Reducción de tiempo de espera en 51,9% (384 a 183 días) -Detección de un 12,8% de cáncer incipiente -Detección de lesiones premalignas 30,7% de Endoscopías -2631 procedimientos endoscópicos ahorrados
Sepúlveda, 2020 ²⁰ Chile	Transversal, ecológico Encuesta, cuestionario adaptado ^b y registro de egresos hospitalarios 2009	Centros de AP de Servicios de Salud del país	502 centros de AP (87,3% del total) pertenecientes a 275 comunas de Chile	-Consultoría de enlace de psiquiatría (reunión conjunta internivel presencial)	-Calidad -Disponibilidad -Continuidad de atención -Cambios en índices de hospitalización	-Centros con consultoría de enlace óptima ^c 28,3% durante el año anterior (IC 24,4%-32,2%) -62,4% de los centros reportó disponibilidad de consultoría (IC 58,2% a 66,7%), 54,6% de ellos tuvo el último mes -52,6% de los centros reportó que siempre o casi siempre la realizó el mismo psiquiatra y un 38% de los centros, que los pacientes al ser derivados eran atendidos por el mismo especialista -Reducción de tasa de hospitalización en municipios con consultoría óptima. Esquizofrenia 35% (TIR=0,65 [0,49-0,85]) y otras psicosis 32% (TIR=0,68 [0,52-0,89])

Tabla 12: Resultados de los estudios cuantitativos sobre conocimiento, uso y resultados de la introducción de mecanismos de coordinación (cont.)

Prada, 2020 Chile	Descriptivo, corte transversal Registros de atención AP y AE	Red Servicio de Salud Reloncaví en Hospital Puerto Montt	Pacientes beneficiarios Hospital Calbuco en lista de espera para traumatología	Reuniones conjuntas (Videoconferencia entre niveles) y protocolización	-Número de pacientes de lista de espera atendidos por médico general - Casos resueltos por médico general - Casos presentados en videoconferencia con especialista - Cambio en tiempos de espera	-293 casos evaluados por médico general entre junio 2017 y julio 2018 -204 pacientes (69,6%) resueltos por médico general, no requirieron evaluación con especialista -89 pacientes (30,4%) fueron presentados en videoconferencia con especialista -Reducción de tiempo promedio de espera de 201,4 a 40 días. Tiempo medio de resolución desde la primera evaluación= 46,9 días
Vázquez, 2022 ¹⁷ Chile, Brasil, Argentina, Uruguay, Colombia y México	Cuasiexperimental, (diseño controlado antes-después) Encuesta, cuestionario COORDENA, adaptado para cada país, 2015 y 2017	Dos redes de servicios públicos, en Chile: Servicios de Salud Metropolitano Norte (SSMN), red intervenida y Sur (SSMS), red control	Población de estudio y muestra: 178 médicos AP y 195 en SSMS	-Reuniones conjuntas/ consultorías entre niveles (21): revisión de casos, acuerdos de derivación o seguimiento de pacientes; visitas internivel bidireccionales (4) de AP y AE para conocimiento mutuo	-Nivel de conocimiento -Nivel de uso -Cambios en factores que influyen en la coordinación -Cambios en la coordinación experimentada	Conocimiento de la intervención: -63,5% conocía consultorías virtuales y 12,4% las visitas internivel -Uso: 20,8% participaron de las consultorías virtuales y 5,8% en visitas internivel Cambios post intervención, red intervenida: -Aumento de médicos de AE que hacen recomendaciones a médicos de AP para seguimiento de pacientes (RP=1,32 [1,04-1,66]) en 2017 Respecto de red control: -Aumento de identificación del médico de AP como coordinador de la atención del paciente entre niveles (RP=1,17 [1,02-1,34]) -Reducción de repetición de pruebas ya realizadas en el otro nivel (RP=0,73 [0,55 – 0,98]) -Reducción de referencias de AP a AE cuando es necesario (RP=0,84[0,74-0,96])

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada; GPC-GES: Guías de Práctica Clínica - Garantías Explícitas en Salud; ^a medición según dimensiones de constructo basado en Teoría del Comportamiento Planeado (TCP); CRS: Centro de Referencia de Salud; UART: Unidad de Artritis Reumatoide Temprana; ART: Artritis Reumatoide Temprana; ^b: Adaptado de EvaRed-ComTMS, instrumento validado en Chile para evaluación del modelo de atención comunitaria en salud mental; ^c: Consultoría óptima: Disponibilidad, frecuencia, continuidad de especialista y de atención del paciente referido; TIR: razón de tasas de incidencia; RP: Razón de prevalencia

Tabla 13: Resultados de los estudios cualitativos sobre opiniones y resultados percibidos de los mecanismos de coordinación

Autor/año	Diseño	Técnica de recogida de información	Área de estudio	Población y muestra	Mecanismo y dimensiones de análisis	Resultados
Conocimiento y uso						
Herrera, 2017 ¹⁸	Descriptivo con enfoque de investigación-acción	Entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión	Distintos niveles y áreas geográficas del sistema de salud	Tomadores de decisión, diseñadores de políticas públicas y funcionarios de salud zonas norte, centro y sur del país, 19 entrevistas y 9 grupos de discusión (no identifica número de informantes)	Guías de Práctica Clínica ministeriales de patologías GPC-GES Facilitadores y dificultades para el uso	Facilitadores: -Calidad metodológica -Estandarización del proceso de elaboración -Recomendaciones apoyan la toma de decisiones Dificultades: -Falta adecuación de las recomendaciones en función de los contextos locales, variables según zonas del país -Dificultad de acceso a las guías y a sus recomendaciones -Brecha de capacitación permanente al personal -Implementación de las recomendaciones supeditado a contexto y recursos locales -Brecha de proceso estandarizado que guíe la implementación y monitoreo
Troncoso, 2021 ²⁴	Descriptivo-interpretativo, con enfoque de teoría fundamentada	Entrevistas semi-estructuradas y un grupo de discusión	Red del Servicio de Salud Metropolitano Suroriental	Médicos gestores de demanda, médicos generales y directores de centros de AP de tres comunas (La Florida, San Ramón y La Pintana) n=13 informantes.	Médico gestor de demanda (MGD) -Funciones reconocidas en AP - Factores que influyen en su desempeño	Diferencias en las funciones del MGD según centro y comuna -Contralor del proceso de referencia (gestión de interconsultas, revisión de pertinencia y priorización según protocolos) -Enlace con el otro nivel para favorecer la continuidad de atención -Retroalimentación a jefaturas y equipo médico sobre calidad y pertinencia de la derivación por medio de reuniones clínicas o revisión de casos y/o protocolos. -Inducción en el tema a médicos nuevos Factores de los profesionales y la Institución: -Competencias técnicas, capacitación, experiencia, liderazgo, habilidades blandas y de comunicación. -Tiempo, estandarización de roles y funciones, coordinación con el nivel secundario, espacios de revisión con el otro nivel de criterios de referencia y protocolos

Tabla 13. Resultados de los estudios cualitativos sobre opiniones y resultados percibidos de los mecanismos de coordinación (cont.)

Resultados						
Vargas, 2020 ²¹	Descriptivo-interpretativo Evaluación de una intervención	Entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión	Dos redes de servicios de salud públicos en Chile, Brasil, Argentina, Uruguay, Colombia y México	Miembros del comité conductor del proyecto: gestores, directivos y profesionales de la red SSMN n=15 entrevistas individuales y n=26 en 5 grupos, de discusión	Consultorías virtuales entre niveles y visitas internivel implantadas participativamente -Contribuciones a la coordinación y factores que influyen -Condiciones para la sostenibilidad y transferibilidad	Contribución de la intervención: -Mejorar la coordinación clínica: la comunicación en el seguimiento de los pacientes, el acuerdo clínico, a adecuar protocolos de atención teniendo en consideración los contextos locales y reducir derivaciones innecesarias -Mejorar los factores que influyen: la interacción entre los profesionales y gestores (conocimiento y confianza mutua), y el sentido de pertenencia a la red Condiciones para la sostenibilidad: -El método (enfoque IAP), que permitió relevar el problema y la necesidad de intervenir -El alineamiento de las intervenciones con las políticas locales y nacionales -El apoyo institucional para la programación de actividades, el tiempo protegido y la destinación de recursos
GPC-GES: Guías de Práctica Clínica-Garantías explícitas en salud; AP: Atención Primaria; IAP: Investigación Acción Participativa						

Vacíos de conocimiento

La revisión permitió identificar vacíos relevantes en la evidencia disponible sobre la implantación, uso y resultados de los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles en el sistema público de salud chileno. En primer lugar, se observa una escasa evaluación de los mecanismos promovidos por las políticas públicas de las últimas décadas (3), como mapas de derivación, sistemas de referencia y contrarreferencia o espacios de articulación de las redes territoriales, así como una limitada evidencia sobre mecanismos apoyados en tecnologías de la información y comunicación (TIC), incluidos los sistemas de información vertical, como el sistema de información implantado para seguir las garantías explícitas en salud desde la reforma de los años 2000 (SIGGES), o las derivaciones no garantizadas desde 2014 (RNLE-SIGTE) ni los registros clínicos electrónicos compartidos, pese a su expansión progresiva en el marco de la salud digital (33,123).

También se constata la falta de estudios sobre intervenciones que combinen distintos mecanismos o integren componentes de coordinación de información, gestión clínica y administrativa.

Desde el punto de vista metodológico, predominan los diseños descriptivos y transversales, con escasa aplicación de métodos mixtos, diseños cuasiexperimentales o estudios de implantación que permitan valorar efectos, sostenibilidad o factores contextuales asociados. Finalmente, se evidencian brechas analíticas en torno a dimensiones específicas de la coordinación, transferencia y uso de la información entre niveles, coherencia y seguimiento clínico, y gestión administrativa de los flujos y programación de la atención, así como una ausencia de estudios que profundicen en los recursos organizativos y profesionales requeridos para su implantación y uso efectivo.

Estudio cuantitativo

Subestudio I: Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación asistencial entre niveles, en dos redes de servicios de salud de la región metropolitana de Chile.

Características de la muestra

La muestra final estuvo conformada por 348 médicos, 173 del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y 175 del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) (Tabla 14). En ambas redes, alrededor del 40% se desempeñaba en atención primaria (AP) (41,0% SSMN y 40,0% en SSMS). Poco menos de la mitad de los participantes eran mujeres (46,2% en SSMN y 49,1% en SSMS). No obstante, al desagregar por nivel asistencial, se observó en ambas redes, que la proporción de mujeres en AP fue mayor (64,8% en SSMN y 74,3% en SSMS) que en atención especializada (AE) (33,3% y 32,4% respectivamente).

En ambas redes los médicos se concentraron mayormente entre los 25 y 40 años (56,2% SSMN y 63,9% en SSMS), seguido del grupo entre 41 y 55 años y en menor medida, mayores de 55 años. Sin diferencias por nivel, en el SSMN la distribución por niveles fue similar, mientras que en el SSMS fue algo mayor el grupo de mayores de 55 años entre especialistas (8,6% AP y 20,0% AE) (Tabla 14)

Aunque la mayoría de los médicos había nacido en Chile (72,3% SSMN y 78,3% en SSMS), la proporción era mucho menor en AP, (54,9% SSMN y 61,4% en SSMS), que en AE (84,3 SSMN y 89,5% SSMS). De los nacidos fuera del país, la mayor proporción procedía de Ecuador (13,3% SSMN y 9,1% en SSMS) y el resto, en porcentajes menores, otros países de la región.

Hubo diferencias entre redes en los años de experiencia en el lugar de trabajo, siendo mayor en el SSMS el grupo de médicos con más de tres años de permanencia en el centro (42,8% en SSMN y 57,1% en SSMS). En torno a un 20% de los médicos en ambas redes llevaba menos de un año en el lugar de trabajo, proporción que fue más alta en AP (32,4% SSMN y 35,7% SSMS). En contraste, en

AE predominaban trayectorias más prolongadas, de más de tres años de permanencia (50% SSMN y 66,7% en SSMS).

No se observaron diferencias entre redes en la distribución de las jornadas de trabajo contratadas. En ambas, predominó que los médicos de AP trabajan en jornadas de más de 22 horas semanales (85% en SSMN y 86% en SSMS), con un rango que alcanzó hasta 57 horas. En contraste, en AE fueron más los médicos con jornadas de 22 horas semanales o menos (52% en SSMN y 67% en SSMS), con un rango mínimo de 9 y hasta 60 horas. Los especialistas, en una mayor proporción que AP, combinaban su práctica en el sector público con atención en el sector privado de salud (69,6% SSMN y 78,1 en SSMS) (Tabla 14).

Tabla 14. Características de la muestra, según red y nivel de atención, 2015

	SSMN				SSMS			
	AP n (%)	AE n (%)	p value entre niveles	Total n (%)	AP n (%)	AE n (%)	p value entre niveles	Total n (%)
	n=71	n=102		n=173	n=70	n=105		n=175
Sexo								
Mujeres	46 (64,8)	34 (33,3)	p<0,000*	80 (46,2)	52 (74,3)	34 (32,4)	p<0,000*	86 (49,1)
Edad (años)								
25- 40	37 (52,1)	52 (51,0)		100 (56,2)	41 (58,6)	58 (55,2)		117 (63,9)
41 a 55	24 (33,8)	37 (36,3)		55 (30,9)	23 (32,9)	26 (24,8)		39 (21,3)
56 y más	10 (14,1)	13 (12,7)		23 (12,9)	6 (8,6)	21 (20,0)		27 (14,8)
País de origen								
Chile	39 (54,9)	86 (84,3)		125 (72,3)	43 (61,4)	94 (89,5)		137 (78,3)
Ecuador	17 (23,9)	6 (5,9)		23 (13,3)	15 (21,4)	1 (1,0)		16 (9,1)
Cuba	6 (8,5)	2 (2,0)	p<0,000*	8 (4,6)	3 (4,3)	0 (0,0)	p<0,000*	3 (1,7)
Colombia	5 (7,0)	0 (0,0)		5 (2,9)	1 (1,4)	2 (1,9)		3 (1,7)
Bolivia	2 (2,8)	3 (2,9)		5 (2,9)	1 (1,4)	2 (1,9)		3 (1,7)
Otros ^a	2 (2,9)	5 (4,9)		7 (4,0)	7 (10,1)	6 (5,7)		13 (7,5)
Experiencia en lugar de trabajo (años)								
< 1	23 (32,4)	18 (17,6)		41 (23,7)	25 (35,7)	11 (10,5)		36 (20,6)
De 1 a 3	25 (35,2)	33 (32,4)	0,031*	58 (33,5)	15 (21,4)	24 (22,9)	p<0,000*	39 (22,3)
> 3	23 (32,4)	51 (50)		74 (42,8)	30 (42,9)	70 (66,7)		100 (57,1)
Horas semanales contratadas								
≤22	11 (15,5)	53 (52,0)		64 (37,0)	10 (14,3)	70 (66,7)		80 (45,7)
> 22	60 (84,5)	49 (48,1)	p<0,000*	109 (63,0)	60 (85,7)	35 (33,3)	p<0,000*	95 (54,3)
Trabaja en el sector privado (si)	25 (35,2)	71 (69,6)	p<0,000*	96 (55,5)	22 (31,4)	82 (78,1)	p<0,000*	104 (59,4)

^a Perú, Argentina, Brasil, Venezuela, EEUU, México, Uruguay, República Dominicana; *: diferencia estadísticamente significativa

9.2.2.- Nivel de conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación entre niveles

Para medir el nivel de conocimiento se incluyó la pregunta: ¿Qué mecanismos o herramientas de coordinación entre niveles de atención existen en su red? y se indicaban los siguientes mecanismos: hoja de interconsulta, contrarreferencia e informe de alta hospitalaria como mecanismos de coordinación de la información, y guías de práctica clínica o protocolos compartidos, consultorías presenciales y canales de comunicación directa (teléfono y correo institucional) como mecanismos de coordinación de la gestión clínica”. En relación con el uso, se preguntaba la frecuencia a quienes declararon conocerlos.

Los mecanismos de coordinación de la información eran ampliamente conocidos, pero con diferencias según los mecanismos, entre redes y niveles asistenciales. Mientras la hoja de interconsulta (HI) era conocida por la totalidad de los médicos en ambas redes, la proporción era menor para el informe de alta hospitalaria (o epicrisis) y la contrarreferencia (HCR). La proporción que refirió conocer HCR fue mayor en el SSMS, y mayor entre los médicos de AP en el SSMN (Tabla 15). En ambas redes, fue más frecuente el envío de HI por médicos de AP y del informe de alta hospitalaria por especialistas. El uso de la HCR fue mayor en el SSMS, tanto en su envío como en su recepción.

Los mecanismos de coordinación de la gestión clínica más conocidos difirieron entre redes: en el SSMN predominaron las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolos compartidos y, en el SSMS, el teléfono institucional, mientras que el menos conocido en ambas redes fueron las consultorías presenciales internivel. Entre niveles, el conocimiento de GPC fue mayor en AP en ambas redes, y en el SSMN, también de las consultorías presenciales. En cuanto al uso, también hubo diferencias entre redes y niveles. Mientras el uso de las Guías de Práctica Clínica (GPC) fue elevado en ambas redes, el del teléfono y correo institucionales fue bajo. La participación en consultorías presenciales internivel fue más frecuente en el SSMS, y en el SSMN mayor en AP que en AE, mientras que, en el SSMS, en AE refirieron mayor uso del teléfono (Tabla 15).

Nivel de conocimiento y uso de la hoja de interconsulta y de contrarreferencia

El conocimiento de la hoja de interconsulta fue universal (100%) en ambas redes. En cambio, la contrarreferencia fue más conocida en el SSMS (92,6%) que en SSMN (62,7%). En SSMN, se observaron también diferencias entre niveles, con mayor conocimiento de la contrarreferencia en AP (72,9%) que de AE (55,6%). (Tabla 15).

En cuanto al uso, la gran mayoría de médicos de AP en ambas redes declaró enviar la hoja de interconsulta al derivar al paciente al otro nivel (98,6% SSMN y 91,4% en SSMS), y una alta proporción de especialistas también indicó recibirla (86,1% SSMN y 96,2% SSMS). El envío de la contrarreferencia por especialistas fue más frecuente en el SSMS (91,4%), que en el SSMN (49,0%). Sin embargo, la recepción de la contrarreferencia en AP fue baja en ambas redes, aunque algo mayor en el SSMS (27,1% SSMS y 15,5% SSMN). (Tabla 15).

Nivel de conocimiento y uso del informe de alta hospitalaria

El conocimiento del informe de alta fue muy alto y sin diferencias entre redes, 98,3% en SSMN y 96,0% en SSMS o niveles de atención.

En cambio, hubo diferencias en el uso, tanto entre redes como entre niveles. En el SSMN el 90,8% de los médicos de AE declaró enviarlo con frecuencia, mientras que un 65,2% en AP indicó recibirlo. En el SSMS, el envío declarado por especialistas fue de 80,3% y el recibo en AP de 55,9%.

Nivel de conocimiento y uso de guías de práctica clínica (GPC) y protocolos compartidos

La mayoría de los médicos refirió conocer las GPC o protocolos en ambas redes, aunque mayor en el SSMN (72,7%) que en el SSMS (58,7%). Entre niveles, mientras una gran mayoría en AP refirió conocerlas (SSMN 94,4%, SSMS 78,6%) la proporción fue menor entre los especialistas, especialmente en SSMS (44,7%, frente a 57,4% en SSMN).

En cuanto al uso, se preguntó la frecuencia con que los médicos siguen sus recomendaciones. La gran mayoría declaró hacerlo con frecuencia, sin diferencias entre redes o nivel de atención (94,0% SSMN y 90,7% SSMS) (Tabla 15).

Nivel de conocimiento y uso consultorías presenciales internivel.

El conocimiento de consultorías presenciales fue bajo y sin diferencias entre redes (41,9% SSMN y 39,3% SSMS). En cambio, al interior de cada red se observaron diferencias entre niveles: en el SSMN, el 71,8% de los médicos de AP refirió conocerlas frente a un 19,6% de los especialistas; en el SSMS, el conocimiento alcanzó al 84,1% en AP y solo al 9,6% en AE.

En cuanto al uso, se preguntó la frecuencia de participación en consultorías presenciales internivel, siendo alta en ambas redes, aunque mayor en el SSMS (91,2% versus 78,3% en SSMN). En el SSMN, los médicos de AP reportaron más participación que los especialistas (89,7% versus 63,2%). (Tabla 15).

Nivel de conocimiento y uso teléfono y correo electrónico institucional

En ambas redes el teléfono fue más conocido que el correo electrónico institucional, sin diferencias entre redes. En el SSMN, cerca del 70% de los médicos conocía el teléfono (72,6%) y el correo institucional (67,1%), mientras que en el SSMS las proporciones fueron algo menores (64,9% y 59,1%). No hubo diferencias en el nivel de conocimiento entre niveles del teléfono institucional, pero en el SSMS el del correo electrónico fue mayor en AP (73,5%) que en AE (49,5%).

El uso fue bajo y similar entre redes. Sólo en el SSMS los especialistas reportaron un mayor uso del teléfono (37,3%) que los médicos de AP (8,0%) (Tabla 15).

Tabla 15. Nivel de conocimiento y uso frecuente de los mecanismos de coordinación, según red y nivel de atención, 2015

	SSMN				SSMS				
	AP	AE	p entre niveles	Total	AP	AE	p entre niveles	Total	p entre redes
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	
Conocimiento y uso frecuente^a	n=71	n=102		n=173	n=70	n=105		n=175	
Hoja de interconsulta (HI) y contrarreferencia (HCR)									
Conoce la HI	71 (100)	102 (100)		173 (100)	70 (100)	105 (100)		175 (100)	
Envía Hi ^b	70 (98,6)	-	-	-	-	72 (68,6)	-	-	-
Recibe Hi ^b	-	87 (87,9)	-	-	-	101 (96,2)	-	-	-
Conoce la HCR	51 (72,9)	55 (55,6)	0,022*	106 (62,7)	66 (94,3)	96 (91,4)	0,48	162 (92,6)	<0,000*
Envía HCR ^b	-	50 (49,0)	-	-	64 (91,4)	-	-	-	-
Recibe HCR ^b	11 (15,5)	-	-	-	19 (27,1)	-	-	-	-
Informe de alta hospitalaria (IAH)									
Conoce el IAH	69 (97,2)	101 (99,0)	0,363	170 (98,3)	69 (98,6)	99 (94,3)	0,156	168 (96,0)	0,206
Envía el IAH ^b	-	69 (90,8)	-	-	-	61 (80,3)	-	-	-
Recibe el IAH ^b	45 (65,2)	-	-	-	38 (55,9)	-	-	-	-
Guías de práctica clínica (GPC) y/o protocolos									
Conoce las GPC y/o protocolos	67 (94,4)	58 (57,4)	<0,000*	125 (72,7)	55 (79,7)	46 (44,7)	<0,000*	101 (58,7)	0,006*
Sigue las recomendaciones de GPC y/o protocolos ^b	63 (95,5)	51 (94,4)	0,801	114 (95,0)	50 (94,3)	38 (86,4)	0,178	88 (90,7)	0,217
Consultorías presenciales									
Conoce las consultorías presenciales	51 (71,8)	20 (19,6)	<0,000*	71 (41,0)	58 (84,1)	10 (9,6)	<0,000*	68 (39,3)	0,742
Participa en consultorías presenciales ^c	42 (84,0)	12 (63,2)	0,061	54 (78,3)	52 (89,7)	10 (100)	0,287	62 (91,2)	0,036*
Teléfono Institucional									
Conoce el teléfono institucional	51 (75,0)	68 (70,8)	0,556	119 (72,6)	45 (68,2)	64 (62,7)	0,471	109 (64,9)	0,131
Usa el teléfono institucional ^d	9 (32,1)	7 (21,9)	0,37	16 (26,7)	2 (8,0)	19 (37,3)	0,007*	21 (27,6)	0,9
Correo electrónico institucional									
Conoce el correo electrónico institucional	51 (75,0)	59 (61,5)	0,069	110 (67,1)	50 (73,5)	51 (49,5)	0,002*	101 (59,1)	0,129
Usa el correo electrónico institucional ^d	6 (30,0)	8 (29,6)	0,978	14 (29,8)	6 (21,4)	10 (43,5)	0,091	16 (31,4)	0,865

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada (Secundaria y terciaria); SSMN: Servicio de Salud Metropolitano Norte, SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur; ^a: denominador de frecuencia de uso corresponde a número de casos que conoce cada mecanismo; ^b Frecuente=siempre, muchas veces; *: diferencia estadísticamente significativa; ^c Participa= siempre, muchas veces, veces o muy pocas veces; ^d: diaria o semanalmente.

9.2.3.- Características de uso de los mecanismos

Se exploraron la finalidad de uso y las principales dificultades de los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles, según la percepción de los médicos de ambos niveles de atención. En general, los usos declarados fueron coherentes con el propósito de cada instrumento: el envío de información clínica al otro nivel en los mecanismos de coordinación de la información, y la definición de acuerdos de manejo compartido en los de gestión clínica. Las principales dificultades se asociaron, en los primeros, a la completitud y oportunidad de la información transmitida mediante la interconsulta, la contrarreferencia o el informe de alta hospitalaria, y en los segundos, a la falta de actualización y aplicabilidad de las guías o protocolos, y a la escasa continuidad y condiciones para participar en las consultorías presenciales.

Entre los mecanismos de coordinación de la información, la hoja de interconsulta se utilizó principalmente para derivar pacientes y enviar antecedentes clínicos, mientras que la contrarreferencia y el informe de alta hospitalaria se emplearon para comunicar diagnóstico, tratamiento y seguimiento. En los tres se identificó como dificultad principal: envío incompleto o con errores. En segundo orden mientras los médicos de AE perciben más problemas de pertinencia en la hoja de interconsulta, los médicos de AP demoras y baja oportunidad en la recepción de la contrarreferencia para la toma de decisiones clínicas.

En los mecanismos de coordinación de la gestión clínica, las GPC y protocolos se usaron principalmente para definir criterios de derivación y unificar la atención entre niveles, aunque su aplicación se vio limitada por la falta de actualización, adecuación a los contextos locales y capacitación. Las consultorías presenciales se centraron en la revisión de casos y la definición de tratamientos, pero enfrentaron dificultades por falta de tiempo, organización y continuidad operativa.

Hoja de interconsulta

Se preguntó a los médicos de AP por la finalidad de uso de la hoja de interconsulta. En ambas redes, la finalidad principal fue para la derivación del paciente al otro nivel (56,3% en SSMN y 56,4% en SSMS). En el SSMS, el 52,2% indicó además que la utilizaba para enviar información al otro nivel, frente a un 40,8% en el SSMN. La evaluación por el especialista para la confirmación diagnóstica fue mencionada en menor proporción, pero con mayor frecuencia en el SSMN (33,8%) que en el SSMS (20,3%). En menor medida, se refirieron otras finalidades, como indicar seguimiento del paciente o manejo conjunto (Tabla 16).

Se preguntó a los médicos de AE por el contenido que habitualmente reciben en la hoja de interconsulta. En ambas redes, la mayoría de los médicos indicó el diagnóstico (80,0% en SSMN y 88,6% en SSMS), seguido de los antecedentes clínicos (40,0% y 38,1%, respectivamente) y el motivo de la interconsulta (35,6% y 36,2%). En menor proporción, se refirieron resultados de exámenes (27,8% en SSMN y 26,7% en SSMS) y tratamientos (21,1% y 14,3%). En el SSMS, un 13,3% refirió además la presencia de datos administrativos, aspecto que no fue señalado en el SSMN (Tabla 16).

Tabla 16. Características de uso de la hoja de Interconsulta, según red, 2015

	SSMN		SSMS	
	AP n (%)	AE n (%)	AP n (%)	AE n (%)
Finalidad de uso^a	n=71		n=69	
Derivación al otro nivel	40 (56,3)		39 (56,4)	
Para enviar información al otro nivel	29 (40,8)		36 (52,2)	
Para evaluación por especialista, confirmación diagnóstica	24 (33,8)		14 (20,3)	
Otras ^b	2 (2,8)		3 (4,3)	
Contenido recibido^a	n=90		n=105	
Diagnóstico	72 (80,0)		93 (88,6)	
Antecedentes	36 (40,0)		40 (38,1)	
Motivo de la interconsulta	32 (35,6)		38 (36,2)	
Resultados de exámenes	25 (27,8)		28 (26,7)	
Tratamientos	19 (21,1)		15 (14,3)	
Datos administrativos	0 (0,0)		14 (13,3)	

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada (secundaria y terciaria); SSMN: Servicio de Salud Metropolitano Norte; SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur; ^aTasa: frecuencia sobre el total de médicos que respondieron; ^bOtras: indicar seguimiento al paciente, manejo conjunto

Hoja de contrarreferencia

Se preguntó a los médicos de AE por la finalidad de uso de la contrarreferencia. En ambas redes, la mayoría refirió indicar seguimiento del paciente (77,3% en SSMN y 72,7% en SSMS). En segundo lugar, en una proporción bastante menor, y con diferencias entre redes el envío de información al otro nivel, más frecuente en el SSMN (37,8% versus 19,2% en SSMS) y la derivación del paciente al primer nivel más frecuente en el SSMS el (30,3% versus 13,6% en el SSMN). En menor proporción, se consignaron otros usos, como dar indicaciones al paciente, manejo conjunto o uso como modo de comunicación (Tabla 17).

También se preguntó a los médicos de AP por la información que reciben habitualmente en la contrarreferencia. En ambas redes, la inmensa mayoría indicó tratamientos (87,0% en SSMN y 97,1% en SSMS) y diagnósticos (77,8% y 82,4%, respectivamente). En menor medida, resultados de exámenes (22,2% en SSMN y 11,8% en SSMS), antecedentes clínicos (11,1% y 13,2%), y datos administrativos (3,7% y 4,4%).

Pertinencia y oportunidad de la contrarreferencia referidas por médicos de AP

Al preguntarles si la contrarreferencia respondía al motivo de la interconsulta, la mayoría indicó que esto ocurría con frecuencia, en proporción algo mayor en el SSMN (78,8%) que en el SSMS (70,1%). No obstante, en relación con la oportunidad, menos de un tercio refirió recibir la contrarreferencia en tiempo útil para la toma de decisiones (25,9% en SSMN y 30,9% en SSMS).

Se preguntó a los médicos de AP sobre los motivos por los cuales creen que no siempre reciben la contrarreferencia. En ambas redes la respuesta más frecuente fue que los especialistas no las hacen (55,2% SSMN y 53,2% en SSMS). En segundo lugar, se señaló que se pierden o los pacientes no las entregan (43,3% SSMN y 50,0% en SSMS). Otras razones mencionadas incluyeron por falta de tiempo o de coordinación (20,9% SSMN y 14,5% en SSMS), que los especialistas no le otorgan importancia (17,9% SSMN y 9,7% en SSMS) y otras como causas administrativas, de rotación médica o con el formato. (Tabla 17).

Tabla 17. Características de uso de la hoja de contrarreferencia, según red, 2015

	SSMN		SSMS	
	AP	AE	AP	AE
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Finalidad de uso^a	n=66		n=99	
Indicar seguimiento del paciente		51 (77,3)		72 (72,7)
Para enviar información al otro nivel		25 (37,8)		19 (19,2)
Derivar al paciente al primer nivel		9 (13,6)		30 (30,3)
Otras ^b		2 (3,0)		4 (4,0)
Contenido recibido^a	n=54		n=68	
Tratamientos	47 (87,0)		66 (97,1)	
Diagnóstico	42 (77,8)		56 (82,4)	
Exámenes	12 (22,2)		8 (11,8)	
Motivo de la interconsulta	8 (14,8)		5 (7,4)	
Antecedentes	6 (11,1)		9 (13,2)	
Datos administrativos	2 (3,7)		3 (4,4)	
Consistencia^c	n=52		n=67	
La información de la contrarreferencia responde al motivo de la referencia	41 (78,8)		47 (70,1)	
Oportunidad^c	n=54		n=68	
Recibe la contrarreferencia en tiempo útil para la toma decisiones	14 (25,9)		21 (30,9)	
Motivos de no recibir la contrarreferencia^a	n=67		n=62	
No las hacen o no las envían	37 (55,2)		33 (53,2)	
Se pierden o los pacientes no las traen	29 (43,3)		31 (50,0)	
Falta de tiempo o coordinación	14 (20,9)		9 (14,5)	
No le otorgan importancia	12 (17,9)		6 (9,7)	
Problemas administrativos o de conocimiento de la normativa	5 (7,5)		6 (9,7)	
Alta rotación en atención primaria	3 (4,5)		1 (1,6)	
Problemas de formato o sistema de información	2 (3,0)		1 (1,6)	
otros motivos ^d	1 (1,5)		4 (6,5)	

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada (secundaria y terciaria); SSMN: Servicio de Salud Metropolitano Norte; SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur; ^a Tasa: frecuencia de respuestas sobre el total de médicos que respondieron; ^b otros: dar indicaciones al paciente, manejo conjunto, modo de comunicación; ^c siempre/muchas veces; ^d: discontinuidad de la atención, rutas no formales de acceso a especialista, no implementada en todas las especialidades

Dificultades de uso de la hoja de interconsulta y contrarreferencia

Se preguntó a los médicos si detectaban dificultades en el uso de la hoja de interconsulta o contrarreferencia. Algo más de la mitad en ambas redes, refirió la existencia de dificultades: 55,0% en SSMN y 59,4% en SSMS, proporción algo

mayor en ambas redes entre médicos de AP, aunque sin diferencias significativas. (61,4% SSMN y 64,3% SSMS) (Tabla 18).

La mayor parte de los médicos de AE identificaron dificultades de completitud, legibilidad o errores en la hoja de interconsulta en ambas redes (96,1% SSMN y 94,9% en SSMS), seguido de problemas de pertinencia en la derivación (25,5% SSMN y 27,1% SSMS). Muy pocos especialistas en ambas redes mencionaron que no les llegara o que los médicos de AP no las realicen.

En relación con la contrarreferencia, la principal dificultad percibida entre los médicos de AP con su uso también tuvo que ver con el contenido incompleto, aunque en una proporción menor que los especialistas (65,9% SSMN y 60,5% SSMS). En este caso las principales causas que siguieron en frecuencia correspondieron a que los especialistas no la realizan (24,4% SSMN y 20,9% SSMS), no las envían (22,0% SSMN y 11,6% SSMS) o llegan tarde (19,5 y 27,9% respectivamente) (Tabla 18).

Tabla 18. Dificultades de uso de la hoja de interconsulta y contrarreferencia, según red y nivel de atención en cada red, 2015.

	SSMN		SSMS	
	AP n (%)	AE n (%)	AP n (%)	AE n (%)
Dificultades de uso	n=70	n=101	n=70	n=105
Existencia de dificultades en el uso (si)	43 (61,4)	51 (50,5) ^b	45 (64,3) ^c	59 (56,2)
Hoja de interconsulta				
Tipos de dificultades percibidas^a	n=51		n=59	
Contenido Incompleto, letra ilegible o con errores	49 (96,1)		56 (94,9)	
Falta de pertinencia en la derivación	12 (25,5)		16 (27,1)	
No las realizan, las usan poco o no les interesa	4 (7,8)		5 (8,5)	
Falta de tiempo u horas de especialista	3 (5,9)		3 (5,1)	
Falta de estandarización	3 (5,9)		0 (0,0)	
No se envían, no llegan o se pierden	2 (3,9)		3 (5,1)	
No saben llenarla, falta de capacitación del emisor en su uso	2 (3,9)		6 (10,2)	
Falta de digitalización y soporte tecnológico	1 (2,0)		1 (1,7)	
Problemas relacionados con el paciente (olvido, desconocimiento)	1 (2,0)		0 (0,0)	
Llegada tardía	0 (0,0)		1 (1,7)	

Tabla 18. Dificultades de uso de la hoja de interconsulta y contrarreferencia, según red y nivel de atención en cada red, 2015. (cont.)

Hoja de contrarreferencia	AP	AP
Tipos de dificultades percibidas ^a	n=41	n=43
Contenido Incompleto, letra ilegible o con errores	27 (65,9)	26 (60,5)
No las realizan, las usan poco o no les interesa	10 (24,4)	9 (20,9)
No se envían, no llegan o se pierden	9 (22,0)	5 (11,6)
Llegada tardía	8 (19,5)	12 (27,9)
Falta de digitalización y soporte tecnológico	3 (7,3)	0 (0,0)
Falta de tiempo u horas de especialista	3 (7,3)	3 (7,0)
Problemas relacionados con el paciente (olvido, desconocimiento)	3 (7,3)	4 (9,3)
Falta de pertinencia en la derivación	2 (4,9)	0 (0,0)
No saben llenarla, falta de capacitación del emisor en su uso	1 (2,4)	0 (0,0)
Falta de estandarización	1 (2,4)	0 (0,0)

^a frecuencia de respuestas sobre el total de médicos que respondieron; ^b: p-value entre niveles SSMN=0,158; ^c: p-value entre niveles SSMS=0,285; ^d: p-value entre redes=0,402

Características de uso de informe de alta hospitalaria

Se preguntó a los médicos por la finalidad de uso del informe de alta hospitalaria. En ambas redes y niveles de atención, la inmensa mayoría señaló informar el diagnóstico y evolución médica del paciente durante la hospitalización, con mayor frecuencia en el SSMN (97,2%) que en el SSMS (84,3%). En segundo lugar, con diferencias entre redes, la entrega de indicaciones para el seguimiento post hospitalización (77,6% en SSMN y 56,0% en SSMS), seguida por informar sobre tratamientos y procedimientos realizados (55,2% en SSMN y 32,7% en SSMS).

Entre niveles, hubo diferencias en la finalidad de uso, en el SSMN los médicos de AE señalaron con mayor frecuencia usarlo para informar de los tratamientos y procedimientos realizados (63,5% versus 46,4% en AP), mientras que en el SSMS fueron los médicos de AP (44,9% vs. 22,2% en AE), quienes más refirieron dicho uso (Tabla 19).

En cuanto al contenido del informe, ambas redes, la información más frecuente fue el diagnóstico (91,6% SSMN y 84,3% SSMS), las indicaciones de seguimiento (67,8% y 67,3%) y el tratamiento farmacológico (75,5% y 69,2% respectivamente). La información menos incluida fueron los resultados de exámenes, presentes en

torno a un tercio de los casos, y los motivos de hospitalización, menos reportados en el SSMN (33.6%) que en el SSMS (47.2%). El comportamiento entre niveles fue similar, salvo en la red del SSMS, donde los médicos de AP señalaron recibir con mayor frecuencia los motivos de hospitalización (53,6% AP y 42,2% AE) y los resultados de exámenes (42,0% AP y 22,2% AE) (Tabla 19).

Respecto de la oportunidad de recepción del informe, solo poco más de un tercio en SSMN (37.8%) y algo menos en el SSMS (22,1%), indicó recibir la información en tiempo útil para tomar decisiones sobre la atención del paciente. En el SSMS, los especialistas fueron quienes con menor frecuencia consideraron oportuna su recepción (15,3%) (Tabla 19).

Tabla 19.- Características de uso del informe de alta hospitalaria, según red y nivel de atención, 2015

	AP	SSMN		AP	SSMS	
	AE	Total		AE	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Finalidad de uso ^a	n=69	n=100	n=169	n=69	n=99	n=168
Informar diagnóstico y evolución médica durante la hospitalización	66 (95,7)	73 (98,6)	139 (97,2)	60 (87,0)	74 (82,2)	134 (84,3)
Dar indicaciones para seguimiento	56 (81,2)	55 (74,3)	111 (77,6)	47 (68,1)	42 (46,7)	89 (56,0)
Informar tratamientos y procedimientos realizados durante hospitalización	32 (46,4)	47 (63,5)	79 (55,2)	31 (44,9)	20 (22,2)	52 (32,7)
Para informar al paciente	1 (1,4)	16 (16,0)	17 (10,1)	1 (1,4)	10 (10,1)	11 (6,5)
Otros ^b	2 (2,9)	4 (5,4)	6 (4,2)	0 (0,0)	1 (1,1)	1 (0,6)
Información que recibe^a	n=69	n=74	n=143	n=69	n=90	n=159
Diagnóstico	64 (92,8)	67 (90,5)	131 (91,6)	55 (79,7)	79 (87,8)	134 (84,3)
Indicaciones para el seguimiento	55 (79,7)	42 (56,8)	97 (67,8)	55 (79,7)	52 (57,8)	107 (67,3)
Tratamiento farmacológico	49 (71,0)	59 (79,7)	108 (75,5)	56 (81,2)	54 (60,0)	110 (69,2)
Procedimientos realizados	31 (44,9)	37 (50,0)	68 (47,6)	35 (50,7)	60 (66,7)	95 (59,7)
Motivos de hospitalización	25 (36,2)	23 (31,1)	48 (33,6)	37 (53,6)	38 (42,2)	75 (47,2)
Resultados de exámenes	24 (34,8)	22 (29,7)	46 (32,2)	29 (42,0)	20 (22,2)	49 (30,8)
Oportunidad con que recibe	n=69	n=74	n=143	n=69	n=85	n=154
Recibe la información en tiempo útil	26 (37,7)	28 (37,8)	54 (37,8)	21 (30,4)	13 (15,3)	34 (22,1)

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada; SSMN: Servicio de Salud Metropolitano Norte; SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur; ^a: Tasa: frecuencia de respuestas sobre el total de médicos que respondieron; ^b: fines legales, saber si fue atendido en hospitalización

Dificultades de uso

En ambas redes, menos de la mitad de los médicos declaró dificultades en el uso del informe de alta hospitalaria, proporción algo mayor en el SSMN (34,1%) que en el SSMS (26,8%), sin diferencias significativas. Se observaron diferencias entre niveles: los médicos de AP reportaron más dificultades que los especialistas, patrón similar en ambas redes (SSMN 47,8% AP y 24,8% AE; SSMS 39,1% AP y 18,2% AE) (Tabla 20).

El problema más mencionado fue la información incompleta o ilegible, referido por cerca de dos tercios de quienes reportaron dificultades (67,3% en SSMN y 60,9% en SSMS), y presente en ambos niveles de atención, algo menor entre especialistas del SSMS (47,4%).

Los médicos de AP mencionaron con mayor frecuencia que el informe no llega o llega tarde (35,7% AP y 13,0% AE en SSMN; 40,7% AP y 21,1% AE en el SSMS). Los problemas relacionados con el paciente fueron más mencionados por médicos de AP en el SSMN (21,9% versus 8,7% AE) y por especialistas en el SSMS (36,8% versus 22,2% en AP). Aunque en menor proporción, los médicos de AE destacaron dificultades vinculadas al formato y falta de digitalización del documento (13% AE SSMN y 15,8% AE SSMS), (Tabla 20).

Tabla 20. Dificultades de uso del informe de alta hospitalaria, según red y nivel de atención, 2015

	SSMN			SSMS		
	AP n (%)	AE n (%)	Total n (%)	AP n (%)	AE n (%)	Total n (%)
Dificultades de uso	n=69	n=101	n=170	n=69	n=99	n=168
dificultades en el uso (si)	33 (47,8)	25 (24,8)*	58 (34,1)	27 (39,1)	18 (18,2)*	45 (26,8)
Tipo de dificultades en el uso^a	n=32	n=23	n=55	n=27	n=19	n=46
Información incompleta o letra ilegible	19 (59,4)	18 (78,3)	37 (67,3)	19 (70,4)	9 (47,4)	28 (60,9)
No llega o llega tarde	12 (37,5)	3 (13,0)	15 (27,3)	11 (40,7)	4 (21,1)	15 (32,6)
Paciente no la trae, o no vuelve	7 (21,9)	2 (8,7)	9 (16,4)	6 (22,2)	7 (36,8)	13 (28,3)
Falta de soporte tecnológico	1 (3,1)	3 (13,0)	4 (7,3)	1 (3,7)	3 (15,8)	4 (8,7)
Falta de coherencia y acuerdo en indicaciones	1 (3,1)	0 (0,0)	1 (1,8)	2 (7,4)	0 (0,0)	2 (4,3)
No la toman en cuenta o no la leen	0 (0,0)	1 (4,3)	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (5,3)	1 (2,2)
Tiempo y falta de recursos	0 (0,0)	2 (8,7)	2 (3,6)	0 (0,0)	2 (10,5)	2 (4,3)

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada (secundaria y terciaria); SSMN: Servicio de Salud Metropolitano Norte; SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur; * diferencia estadísticamente significativa entre niveles; ^a: Tasa: frecuencia de respuestas sobre el total de médicos que respondieron

Características de uso de las guías de práctica clínica y protocolos compartidos entre niveles

Se preguntó a los médicos qué guías de práctica clínica o protocolos compartidos utilizaban en su práctica habitual. En ambas redes, las más mencionadas fueron las Guías GES (Garantías Explícitas en Salud), en una proporción algo mayor en el SSMN (54,1% en SSMN y 42,4% en SSMS). Le siguieron en frecuencia los protocolos por especialidad y los protocolos locales de referencia y contrarreferencia, también más señalados por médicos del SSMN. En general, los médicos de AP señalaron con más frecuencia el uso de Guías GES (65,2% SSMN y 53,7% SSMS), mientras que los protocolos por especialidad o patología fueron más utilizados por especialistas (44,6% SSMN y 44,4% SSMS). Aunque en menor proporción, algunos médicos, principalmente de AP, reportaron consultar guías académicas o internacionales, (Tabla 21).

En ambas redes, las finalidades más frecuentes del uso de guías o protocolos compartidos fue definir criterios de derivación y priorización y unificar criterios de atención, seguidas de guiar la atención y el tratamiento. Las menos mencionadas fueron contribuir a la resolutiveidad en AP, coordinar el manejo clínico entre niveles y actualizar la evidencia disponible. Los médicos de AP destacaron más su uso para definir criterios de derivación y priorización (50,7% en SSMN y 51,9% en SSMS) que los especialistas (24,1% y 28,3%), mientras que estos últimos lo mencionaron más para unificar criterios de atención (50,0% y 42,2%). Guiar la atención o el tratamiento fue también más mencionado por médicos de AP (37,3% y 39,6%) que por los de AE (12,5% y 24,4%) (Tabla 21).

Respecto a su elaboración, poco más de la mitad de los médicos indicó que siempre o muchas veces se consideran los puntos de vista de ambos niveles asistenciales (60,0% en SSMN y 52,0% en SSMS), proporción algo menor entre los de AP (56,1% y 49,1%). En cuanto a la capacitación para su uso, poco menos de la mitad de los médicos en el SSMN (47,2%) y algo menos en el SSMS (37,6%) refirió haber recibido formación, con una proporción levemente mayor entre médicos de AP (49,3% y 41,8%) (Tabla 21).

Tabla 21. Características de uso de las guías de práctica clínica o protocolos compartidos, según red y nivel de atención, 2015

	SSMN			SSMS		
	AP	AE	Total	AP	AE	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Guías y/o protocolos que usa^a	n=66	n=57	n=123	n=54	n=45	n=99
Guías GES	43 (65,2)	23 (41,1)	66 (54,1)	29 (53,7)	13 (28,9)	42 (42,4)
Protocolos generales por especialidad	28 (42,4)	25 (44,6)	53 (43,4)	19 (35,2)	20 (44,4)	39 (39,4)
Protocolos locales de referencia y contrarreferencia	21 (31,8)	11 (19,6)	32 (26,2)	10 (18,5)	10 (22,2)	20 (20,2)
Guías patologías no GES	17 (25,8)	8 (14,3)	25 (20,5)	10 (18,5)	12 (26,7)	22 (22,2)
Guías académicas, internacionales o externas	10 (15,2)	6 (10,7)	16 (13,1)	10 (18,5)	7 (15,6)	17 (17,2)
Finalidad de uso^a	n=67	n=56	n=123	n=53	n=45	n=98
Definir criterios de derivación	34 (50,7)	14 (24,1)	48 (39,0)	28 (51,9)	13 (28,3)	41 (41,8)
Unificar o estandarizar criterios de atención	26 (38,8)	28 (50,0)	54 (43,9)	19 (35,8)	19 (42,2)	38 (38,8)
Guiar y orientar la atención y tratamiento	25 (37,3)	7 (12,5)	32 (26,0)	21 (39,6)	11 (24,4)	32 (32,7)
Resolutividad en APS y uso apropiado de nivel de atención	10 (14,9)	9 (16,1)	19 (15,4)	8 (15,1)	3 (6,7)	11 (11,2)
Coordinación para manejo clínico entre niveles	7 (10,4)	7 (12,5)	14 (11,4)	5 (9,4)	7 (15,6)	12 (12,2)
Actualizar evidencia en torno al manejo clínico	6 (9,0)	2 (3,6)	8 (6,5)	1 (1,9)	1 (2,2)	2 (2,0)
Evitar negligencias	1 (1,5)	1 (1,8)	2 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Otras características	n=66	n=54	n=120	n=55	n=45	n=100
Se elaboran tomando en cuenta el punto de vista de los médicos de distintos niveles ^b	37 (56,1)	35 (64,8)	72 (60,0)	27 (49,1)	25 (55,6)	52 (52,0)
	n=67	n=56	n=123	n=55	n=46	n=101
Capacitación para uso de GPC/Protocolos (si)	33 (49,3)	25 (44,6)	58 (47,2)	23 (41,8)	15 (32,6)	38 (37,6)

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada (secundaria y terciaria); SSMN: Servicio de Salud Metropolitano Norte; SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur; GES: Garantías Explícitas en Salud; ECNT Enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, dislipidemia, entre otras); ^a: Tasa: frecuencia sobre el total de médicos que respondieron; ^b: si= siempre y muchas veces)

Dificultades de uso

La mitad de los médicos encuestados identificó dificultades en el uso de guías o protocolos compartidos, sin diferencias entre redes (51,6% en el SSMN y 49,5% en el SSMS). Entre niveles, la proporción fue algo menor entre los especialistas, en torno al 43% en ambas redes, aunque sin diferencias significativas.

Respecto del tipo de dificultades, en ambas redes predominó la percepción de que las recomendaciones no se pueden aplicar en la práctica (35,5% en SSMN y 26,0% en SSMS), especialmente entre médicos de AP (46,2% y 36,7%). En el SSMN, la segunda dificultad más mencionada fue que las guías estaban desactualizadas o

no cubrían todos los temas (25,8%), mientras que en el SSMS destacó su poca accesibilidad (26,0%), problema señalado principalmente por especialistas (40% de AE). Con mucha menor frecuencia se mencionaron dificultades relacionadas con la falta de consenso en su elaboración, la escasa adaptación a las necesidades de los pacientes (12,9% en SSMN y 16,0% en SSMS) y la falta de capacitación o de espacios para resolver dudas (Tabla 22).

Tabla 22. Dificultades de uso de las guías de práctica clínica o protocolos compartidos, según red y nivel de atención, 2015

	SSMN			SSMS		
	AP	AE	Total	AP	AE	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dificultades en el uso	n=67	n=55	n=122	n=55	n=46	n=101
Identifica dificultades en el uso (si)	39 (58,2)	24 (43,6) ^a	63 (51,6)	30 (54,5) ^b	20 (43,5)	50 (49,5) ^c
Principales dificultades en el uso^d	n=39	n=23	n=62	n=30	n=20	n=50
Recomendaciones que no se pueden aplicar	18 (46,2)	4 (17,4)	22 (35,5)	11 (36,7)	2 (10,0)	13 (26,0)
Desactualizadas, incompletas o con errores	14 (35,9)	2 (8,7)	16 (25,8)	8 (26,7)	4 (20,0)	12 (24,0)
No consensuadas, no se adaptan a las necesidades de los pacientes	5 (12,8)	3 (13,0)	8 (12,9)	6 (20,0)	2 (10,0)	8 (16,0)
Muy extensas, no hay tiempo para revisarlas	5 (12,8)	4 (17,4)	9 (14,5)	4 (13,3)	0 (0,0)	4 (8,0)
Son poco accesibles	4 (10,3)	3 (13,0)	7 (11,3)	5 (16,7)	8 (40,0)	13 (26,0)
Otras ^e	1 (2,6)	5 (21,7)	6 (9,7)	1 (3,3)	5 (25,0)	6 (12,0)

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada (secundaria y terciaria); SSMN: Servicio de Salud Metropolitano Norte; SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur; ^a: p-value entre niveles SSMN=0,109; ^b: p-value entre niveles SSMS=0,268; ^c: p-value entre redes=0,751; ^d: Tasa de respuestas sobre total de médicos que responden; ^e: falta capacitación, no hay cómo resolver dudas.

Características de la participación en consultorías entre niveles

Se preguntó a los médicos con qué especialidades participaban en consultorías o consultas conjuntas entre niveles. Con diferencias entre redes, los médicos del SSMN participaron con mayor frecuencia en consultorías con medicina interna y sus subespecialidades como endocrinología, nefrología o broncopulmonar (60,6%), seguidas de traumatología (28,2%). En el SSMS, en cambio, predominó la participación con psiquiatría (50,9%), y en menor proporción con medicina interna (20,9%), casi sin menciones a traumatología (3,6%). Sólo en el SSMS, cerca de un 20% de los médicos de AP mencionó participar en consultorías con dermatología (Tabla 23).

En cuanto a la finalidad, en ambas redes la principal fue revisar y discutir casos clínicos (55,1% en SSMN y 56,7% en SSMS), seguida de definir tratamientos y seguimientos (27,5% y 37,3%, respectivamente). También se mencionaron, en menor medida, aclarar diagnósticos o dudas clínicas, optimizar derivaciones y estandarizar criterios de manejo, con proporciones similares en ambas redes.

Por nivel, en el SSMN los médicos de AP señalaron con mayor frecuencia la revisión de casos clínicos (62,0%) y la definición de tratamientos (28,0%) que los especialistas (36,8% y 26,3%). En el SSMS, la revisión de casos clínicos fue más mencionada por especialistas (77,8% frente a 53,4% en AP), mientras que la definición de tratamientos y la aclaración de diagnósticos fueron más referidas por médicos de AP.

La mayoría de los médicos indicó que la institución proporciona tiempo para participar en estas instancias, proporción mayor en el SSMS (94,1%) que en el SSMN (82,6%). En ambas redes, fueron los médicos de AP quienes más señalaron contar con tiempo reservado por la institución para participar (Tabla 23).

Tabla 23. Características de participación en consultorías presenciales entre niveles de atención, según red y nivel de atención, 2015

	SSMN			SSMS		
	AP n (%)	AE n (%)	Total n (%)	AP n (%)	AE n (%)	Total n (%)
Especialidades con las que se realizan^a	n=111^b	n=31^b	n=142^b	n=100^b	n=10^b	n=110^b
Medicina interna y subespecialidades ^c	68 (61,3)	18 (58,1)	86 (60,6)	18 (18,0)	5 (50,0)	23 (20,9)
Psiquiatría, salud mental	32 (28,8)	5 (16,1)	37 (26,1)	52 (52,0)	4 (4,0)	56 (50,9)
Traumatología	4 (3,6)	2 (6,5)	6 (4,2)	4 (4,0)	0 (0,0)	4 (3,6)
Dermatología	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (20,0)	0 (0,0)	20 (18,2)
Otras especialidades ^d	7 (6,3)	5 (16,1)	12 (8,5)	6 (6,0)	1 (10,0)	7 (6,4)
Finalidad percibida^{b,e,f}	n=50	n=19	n=69	n=58	n=9	n=67
Revisar y discutir casos clínicos	31 (62,0)	7 (36,8)	38 (55,1)	31 (53,4)	7 (77,8)	38 (56,7)
Aclarar diagnóstico y dudas clínicas	11 (22,0)	4 (21,1)	15 (21,7)	23 (39,7)	1 (11,1)	24 (35,8)
Definir tratamiento, manejo y seguimiento	14 (28,0)	5 (26,3)	19 (27,5)	23 (39,7)	2 (22,2)	25 (37,3)
Optimizar derivaciones/resolutividad APS	14 (28,0)	2 (10,5)	16 (23,2)	13 (22,4)	2 (22,2)	15 (22,4)
Capacitar y estandarizar criterios	12 (24,0)	6 (31,6)	18 (26,1)	5 (8,6)	1 (11,1)	6 (9,0)
Mejorar atención del paciente	4 (8,0)	3 (15,8)	7 (10,1)	4 (6,9)	0 (0,0)	4 (6,0)
Mejorar coordinación, tiempos y procesos diagnósticos	0 (0,0)	1 (5,3)	1 (1,4)	2 (3,4)	2 (22,2)	4 (6,0)

Tabla 23. Características de participación en consultorías presenciales entre niveles de atención, según red y nivel de atención, 2015 (cont.)

Tiempo disponible ^{e,f}	n=50	n=19	n=69	n=58	n=10	n=68
La institución le proporciona tiempo para participar	44 (88,0)	13 (68,4)	57 (82,6)	56 (96,6)	8 (80,0)	64 (94,1)

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada (secundaria y terciaria); SSMN: Servicio de Salud Metropolitano Norte; SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur; ^a: porcentaje estimado sobre el número total de respuestas; ^b: n de respuestas; ^c: endocrinología, diabetología, nefrología, broncopulmonar, cardiología-cardiovascular; ^d: pediatría, oftalmología, otorrino, ginecología, neurología; ^e: Tasa: frecuencia de respuestas sobre el total de médicos que respondieron; e= siempre o a veces; ^f: n= corresponde a número de casos (médicos que responden)

Dificultades de uso

Se preguntó a los médicos si identificaban dificultades en la participación en consultorías presenciales, siendo referidas por poco más de la mitad en ambas redes y nivel de atención, sin diferencias significativas (55,4% en el SSMN y 53,7% en el SSMS).

Respecto al tipo de dificultades, en ambas redes las más señaladas fueron la falta de tiempo (40,5% en SSMN y 25,7% en SSMS) y una organización inadecuada (37,8% y 22,9%, respectivamente). En el SSMN, la falta de tiempo fue más referida por médicos de AP (51,9%), mientras que en AE predominaron los problemas de organización (60,0%). En el SSMS, las principales dificultades en AP fueron la falta de tiempo (24,1%) y la respuesta inadecuada o con discrepancias entre niveles (24,1%), mientras que en AE destacaron los problemas de organización (66,7%).

Con menor frecuencia, se mencionaron dificultades por la brevedad o carácter esporádico de las consultorías, la concentración en pocas especialidades, y otras como impuntualidad, falta de espacios expositivos o inexistencia de pautas para la actividad, elaboradas en conjunto (Tabla 24).

Tabla 24. Dificultades de participación en consultorías presenciales entre niveles, según red y nivel de atención, 2015

	SSMN			SSMS		
	AP n (%)	AE n (%)	Total n (%)	AP n (%)	AE n (%)	Total n (%)
Dificultades en el uso	n=48	n=17	n=65	n=56	n=11	n=67
Identifica dificultades en el uso (si)	27 (56,3)	9 (52,9)	36 (55,4)	30 (53,6)	6 (54,5)	36 (53,7)
Tipo de dificultades percibidas en el uso^a	n=27	n=10	n=37	n=29	n=6	n=35
Falta de tiempo	14 (51,9)	1 (10,0)	15 (40,5)	7 (24,1)	2 (33,3)	9 (25,7)
Organización inadecuada	8 (29,6)	6 (60,0)	14 (37,8)	4 (13,8)	4 (66,7)	8 (22,9)
Esporádicas o muy cortas	6 (22,2)	2 (20,0)	8 (21,6)	9 (31,0)	2 (33,3)	11 (31,4)
Sólo con algunas especialidades	3 (11,1)	0 (0,0)	3 (8,1)	5 (17,2)	0 (0,0)	5 (14,3)
Respuesta inadecuada o discrepancias entre niveles	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (2,7)	7 (24,1)	1 (16,7)	8 (22,9)
Otras ^b	5 (18,5)	0 (0,0)	5 (13,5)	4 (13,8)	0 (0,0)	4 (11,4)

^a: Tasa: frecuencia sobre el total de médicos que respondieron; ^b: impuntualidad de especialistas, falta de espacios expositivos o inexistencia de pautas

Subestudio II: Efectividad de una intervención participativa sobre el uso de mecanismos de coordinación interniveles en redes públicas de salud en Chile.

Características de la muestra 2017 y diferencias con la muestra de la medición 2015

En 2017 la muestra estuvo conformada por 361 médicos, 178 en la red intervenida (RI, SSMN) y 183 en la red control (RC, SSMS). En ambas redes en torno a un 45% se desempeñaba en atención primaria (AP) (44,9% en RI y 46,9% RC). Casi la mitad eran mujeres, algo menos en la RI (44,9% RI y 49,7% RC). En ambas redes se observaron diferencias por nivel de atención, con más presencia de mujeres en AP (60,0% RI y 68,6% en RC) que en Atención Especializada (AE) (32,7% RI y 33,0% RC) (Tabla 25).

Sin diferencias entre redes, el grupo etario predominante fue el de 25 a 40 años, mientras que los mayores de 55 años representaron un grupo minoritario (12,9% en la RI y 14,8% en la RC), aunque con mayor peso relativo entre los especialistas (15,3% en la RI y 19,6% en la RC).

En ambas redes, la mayoría de los médicos había nacido en Chile (67,4% en la RI y 69,4% en la RC), observándose una mayor proporción de médicos nacidos fuera

del país en AP (50,0% en la RI y 53,5% en la RC) que en AE (81,6% y 83,5%, respectivamente).

En relación con la experiencia en el lugar de trabajo, en ambas redes la mitad de los médicos tenía más de tres años de permanencia en su establecimiento (52,2% en la RI y 51,9% en la RC), seguidos por aquellos con entre uno y tres años (34,8% y 34,4%, respectivamente). Los médicos con menos de un año en el centro representaban el grupo minoritario (12,9% en la RI y 14,8% en la RC). Esta distribución fue similar en ambos niveles de atención, aunque la proporción de médicos con menor antigüedad tendió a ser mayor en AP (Tabla 25).

Respecto a la jornada de trabajo contratada, predominaban los médicos con más de 22 horas semanales (71,3% en la RI y 73,2% en la RC). Con diferencias entre niveles, los médicos de AP fueron quienes con más frecuencia reportaron contratos en jornadas de más de 22 horas semanales (93,8% en RI y 93,0% en RC); mientras, las jornadas de 22 horas o menos fueron más frecuentes entre especialistas (46,9% en la RI y 44,3% en la RC) (Tabla 25).

Respecto de la medición de 2015, la conformación fue similar en ambas redes. Sin embargo, se observaron algunas diferencias significativas. En primer lugar, aumentó la proporción de médicos con jornadas de más de 22 horas semanales, tanto en la red intervenida (de 64,7% a 71,3%) como en la red control (de 66,3% a 73,2%).

Sólo en la RI aumentó la proporción de médicos con más de tres años trabajando en el centro (de 42,8% en 2015 a 52,2% en 2017), mientras que en la RC se observó una disminución en la proporción de médicos nacidos en Chile, que pasó de 78,3% a 69,4%. Las diferencias observadas entre niveles en la línea de base se mantuvieron en 2017, con mayor proporción de mujeres y médicos nacidos fuera de Chile en AP que entre especialistas (Tabla 25).

Finalmente, un 21,3% de médicos de la red intervenida (RI) había respondido la encuesta en 2015, mientras que la cifra baja al 14,3% en el caso de la red control (RC).

Tabla 25. Características de la muestra según red y nivel de atención (intervención y control), 2015-2017

	RI (SSMN)						RC (SSMS)					
	2015			2017			2015			2017		
	AP	AE	total	AP	AE	total	AP	AE	total	AP	AE	total
	n=41	n=102	n=173	n=80	n=98	n=178	n=70	n=105	n=175	n=86	n=97	n=183
	n (%)			n (%)			n (%)			n (%)		
Sexo												
Mujeres	46 (64,8)	34 (33,3) ^a	80 (46,2)	48 (60,0)	32 (32,7) ^a	80 (44,9)	52 (74,3)	34 (32,4) ^a	86 (49,1)	59 (68,6)	32 (33,0) ^a	91 (49,7)
Edad (años)												
25- 40	37 (52,1)	52 (51,0)	89 (51,4)	52 (65,9)	48 (49,0)	100 (56,2)	41 (58,6)	58 (55,2)	99 (56,6)	61 (70,9)	56 (57,7)	117 (63,9)
41 a 55	24 (33,8)	37 (36,3)	61 (35,3)	20 (25,0)	35 (35,7)	55 (30,9)	23 (32,9)	26 (24,8)	49 (28,0)	17 (19,8)	22 (22,7)	39 (21,3)
56 y más	10 (14,1)	13 (12,7)	23 (13,3)	8 (10,0)	15 (15,3)	23 (12,9)	6 (8,6)	21 (20,0)	27 (15,4)	8 (9,3)	19 (19,6)	27 (14,8)
País de origen												
Chile	39 (54,9)	86 (84,3) ^a	125 (72,3)	40 (50,0)	89 (81,6) ^a	120 (67,4)	43 (61,4)	94 (89,5) ^a	137 (78,3)	46 (53,5)	81 (83,5) ^a	127 (69,4) ^b
Experiencia en lugar de trabajo (años)												
< 1 año	23 (32,4)	18 (17,6)	41 (23,7)	15 (18,8)	8 (8,2)	23 (12,9)	25 (35,7)	11 (10,5)	36 (20,6)	17 (19,8)	10 (10,3)	27 (14,8)
De 1 a 3 años	25 (35,2)	33 (32,4)	58 (33,5)	36 (45,0)	26 (26,5)	62 (34,8)	15 (21,4)	24 (22,9)	39 (22,3)	42 (48,8)	21 (21,6)	63 (34,4)
> 3 años	23 (32,4)	51 (50,0) ^a	74 (42,8)	29 (36,3)	64 (65,3) ^a	93 (52,2) ^b	30 (42,9)	70 (66,7) ^a	100 (57,1)	27 (31,4)	66 (68,9) ^a	93 (50,8) ^{b,c}
Horas semanales contratadas												
≤22	11 (15,5)	53 (52,0)	64 (37,0)	5 (6,3)	46 (46,9)	51 (28,7)	10 (14,3)	70 (66,7)	80 (45,7)	6 (7,0)	43 (44,3)	49 (26,8)
> 22	60 (84,5)	49 (48,0) ^a	109 (63,0)	75 (93,8)	52 (53,1) ^a	127 (71,3)	60 (85,7)	35 (33,3) ^a	95 (54,3)	80 (93,0)	54 (55,7) ^a	134 (73,2) ^b
Había respondido la encuesta de 2015			-			38 (21,3)			-			27 (14,8)

RI: Red Intervención; RC: Red Control; SSMN: Servicio de Salud Metropolitano Norte; SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur; ^a: p<0,05 entre niveles; ^b: p< 0,05 entre años dentro de la red; ^c: diferencia entre redes 2015

Nivel de conocimiento y participación en la intervención

En 2017, tras 13 meses de implantación, 63,5% de los médicos de la RI conocía las consultorías virtuales; un 72,7% de éstos había participado, la inmensa mayoría las consideró útiles (98%) y un alto porcentaje consideró su contenido adecuado (80,8%). En la RC, también los médicos refirieron conocer este mecanismo, aunque en proporción mucho menor (21,9%), así como su participación entre quienes lo conocían (39,4%) (Tabla 26).

El conocimiento y participación al interior de la RI fue mayor entre los médicos de AP, (80% y 84,1%, respectivamente) que entre los de AE, (50% y 52,8%). En ambos niveles la gran mayoría las consideró útiles (AP: 96,8%; AE: 100%) y su contenido adecuado o muy adecuado (AP:87,3%; AE: 69,4%).

Entre las finalidades de uso, los médicos de la RI refirieron que principalmente se usan para definir tratamientos, manejo o unificar criterios (38,0%), también se reconoció su uso como espacio de capacitación o actualización de conocimientos (28,3%) y la revisión de casos clínicos (27,4%), seguido de la resolución de dudas o análisis conjunto entre niveles (25,6%) (tabla 26).

Sobre las visitas Inter nivel, cuatro en total, bidireccionales entre equipos de AP y AE, una pequeña proporción de médicos en la RI (12,6%) mayor en AP (20,5%; AS:6,3%) refirió conocerlas, mientras que en la RC fueron prácticamente desconocidas (1,6%). Entre quienes las conocían, la participación fue de un 59,1% en la RI, algo mayor entre especialistas (66,7% versus 56,3% en AP). En la RC sólo un médico especialista refirió haber participado de visitas con el otro nivel (Tabla 26).

Tabla 26. Nivel de conocimiento, participación y opinión de las consultorías virtuales y visitas internivel post intervención, según red, 2017

	SSMN (RI)			SSMS (RC)		
	AP n (%)	AE n (%)	total n (%)	AP n (%)	AE n (%)	total n (%)
Consultorías virtuales	n=80	n=98	n=178	n=86	n=97	n=183
Conocimiento						
Conoce las consultorías virtuales	64 (80,0) ^a	49 (50,0)	113 (63,5)	24 (27,9)	16 (16,5)	40 (21,9) ^b
Participación						
Ha participado en consultorías virtuales	53 (84,1) ^a	19 (52,8)	72 (72,7)	10 (45,5)	3 (27,3)	13 (39,4) ^b
Considera útiles las consultorías virtuales	61 (96,8)	36 (100,0)	97 (98,0)	19 (100,0)	10 (90,9)	29 (96,7)
Considera contenido adecuado o muy adecuado	55 (87,3)	25 (69,4)	80 (80,8)	13 (59,1)	5 (45,5)	18 (54,5) ^b
Finalidad de las consultorías virtuales^{c,d}	n= 64	n=49	n=113	N/A	N/A	N/A
Definir tratamiento, manejo y unificar criterios	22 (34,4)	21 (42,9)	43 (38,0)			
Capacitación y actualización de conocimientos	22 (34,4)	10 (20,4)	32 (28,3)			
Revisar casos clínicos	19 (29,7)	12 (24,5)	31 (27,4)			
Resolver dudas sobre el paciente	16 (25,0)	13 (26,6)	29 (25,6)			
Definir derivaciones	15 (23,4)	8 (16,3)	23 (20,4)			
Orientar a equipos de APS	5 (7,8)	5 (10,2)	10 (8,8)			
Mejorar resolutiveidad en APS, evitar derivaciones	7 (10,9)	1 (2,0)	8 (7,1)			
Mejorar la atención	9 (14,1)	1 (2,0)	10 (8,8)			
Otras ^e	1 (1,6)	4 (8,1)	5 (4,5)			
Visitas internivel	n=78	n=96	n=174	n=86	n=97	n=183
Conoce visitas internivel	16 (20,5)	6 (6,3)	22 (12,6)	1 (1,2)	2 (2,1)	3 (1,6)
Ha participado en las visitas internivel	9 (56,3)	4 (66,7)	13 (59,1)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (33,3)

^a: diferencia significativa entre niveles; ^b: diferencia significativa entre redes; ^c: Tasa: frecuencia sobre el total de médicos que respondieron; ^d: sólo evaluado en SSMN, red Intervención; N/A: No aplica; ^e: evaluación de la atención, acortar tiempos o mismo uso de consultoría presencial

Conocimiento de los mecanismos, medición 2017 y cambios respecto de la línea de base

En 2017 se evaluaron los mecanismos en los cuales se esperaba impactar con la intervención: hoja de interconsulta (HI), hoja de contrarreferencia (HCR), guías de práctica clínica o protocolos compartidos y consultorías presenciales. El conocimiento de estos mecanismos fue alto en ambas redes, aunque con diferencias según el tipo de mecanismo y el nivel de atención.

Entre los mecanismos de coordinación de la información, la hoja de interconsulta (HI) fue el más conocido, alcanzando a la totalidad de los médicos en ambas redes.

La mayoría conocía hoja de contrarreferencia (HCR) sin diferencias entre redes (94% en la RI y 97,3% en la RC), ni entre niveles de atención (Tabla 27).

En relación con los mecanismos de coordinación de la gestión clínica, en una proporción algo menor pero aún mayoritaria, los médicos en ambas redes conocían las guías o protocolos compartidos, con niveles más altos en la RI (88,8%) que en la RC (69,9%). Por nivel de atención, fueron más conocidas en ambas redes por médicos de AP (100% en la RI y 89,5% en la RC) que por los de AE (79,6% y 52,6% respectivamente) (Tabla 27).

El mecanismo menos conocido fueron las consultorías presenciales, aunque más de la mitad de los médicos las identificaban (57,9% en la RI y 54,6% en la RC). Su conocimiento fue mayor entre los médicos de AP (84,6% en la RI y 89,5% en la RC) que entre los especialistas (41,1% RI y 24,5% en RC).

Tabla 27. Cambios en el nivel de conocimiento de los mecanismos de coordinación según red y nivel de atención, red intervenida (RI) y control (RC), pre y post intervención, 2015-2017. Análisis bivariado

Conocimiento mecanismos	RI (SSMN)		RC (SSMS)	
	2015	2017	2015	2017
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hoja Interconsulta	173 (100)	178 (100)	175 (100)	183 (100)
Hoja contrarreferencia	106 (62,7)	167 (94,4)	162 (92,6)	177 (97,3)
Atención Primaria	51 (72,9)	76 (96,2)	66 (94,3)	85 (98,8)
Atención Especializada	55 (55,6)	91 (93,8)	96 (91,4)	92 (95,8)
GPC y protocolos	125 (72,3)	158 (88,8)*	101 (57,7)	128 (69,9)*
Atención Primaria	67 (94,4)	80 (100,0)*	55 (78,6)	77 (89,5)
Atención Especializada	58 (56,9)	78 (79,6)*	46 (43,8)	51 (52,6)*
Guías GES	66 (53,6)	65 (41,4)	42 (42,4)	65 (50,8)
Protocolos locales del Servicio de Salud	34 (27,6)	50 (31,8)	22 (22,2)	39 (30,5)
Consultoría o reuniones conjuntas presenciales	71 (41,0)	103 (57,9)*	68 (39,3)	100 (55,6)*
Atención Primaria	51 (71,8)	66 (84,6)	58 (84,1)	77 (89,5)
Atención Especializada	20 (19,6)	37 (41,1)	10 (9,6)	23 (24,5)

* diferencia significativa entre años

En comparación con la línea de base, se observaron mejoras significativas en el conocimiento de la mayoría de los mecanismos, especialmente en la RI. La hoja de interconsulta se mantuvo conocida por todos los médicos en ambas redes. El

conocimiento de la contrarreferencia, en tanto, aumentó significativamente sólo en la RI (de 62,0% a 94,0%; $RP=1,47$ [1,31-1,65]), reduciéndose la diferencia observada en 2015 respecto de la RC (RP entre redes 2017= 0,97 [0,93-1,02]). Esta mejora ocurrió en ambos niveles, aunque fue mayor entre los médicos de AE (55,6% en 2015 a 93,8% en 2017), (Tabla 27 y 28).

El conocimiento de las guías de práctica clínica y protocolos compartidos aumentó en ambas redes: en la RI de 72,3% a 88,8% ($RP= 1,17$ [1,07-1,29] y en la RC: de 57,7% a 69,9%; $RP=1,22$ [1,05-1,42]), principalmente en AE (RI de 56,9% a 79,6% y RC de 43,8 a 52,6%), manteniéndose la ventaja de la RI en 2017 (RP entre redes 2017= 1,23[1,12-1,36]), y en ambos niveles de atención (RP entre redes en AP= 1,21 [1,06-1,38] y RP entre redes en AE=1,38 [1,13-1,68]) (Tabla 28).

El conocimiento de las consultorías presenciales también aumentó en ambas redes entre ambas mediciones. Aunque el incremento fue mayor en la RI; la diferencia no fue significativa (Tabla 28).

Tabla 28. Cambios en el nivel de conocimiento de los mecanismos de coordinación según red y nivel de atención, red intervenida (RI) y control (RC) pre y post intervención, 2015-2017. Razones de prevalencia.

Conocimiento mecanismos	RI (SSMN)	RC (SSMS)	RP=RI/RC (IC 95%)	
	RP 2017/2015 (IC 95%)	RP 2017/2015 (IC 95%)	2015	2017
Hoja interconsulta	—	—	—	—
Hoja contrarreferencia	1,47 [1,31-1,65]*	1,04 [1,00-1,09]	0,68 [0,60-0,77]*	0,96 [0,92-1,02]
Atención Primaria	1,27 [1,10-1,45]*	1,04 [0,99-1,10]	0,79 [0,68-0,98]*	0,97 [0,93-1,02]
Atención Especializada	1,66 [1,39-1,99]*	1,04 [0,97-1,11]	0,61 [0,51-0,74]*	0,96 [0,90-1,04]
GPC y protocolos	1,17 [1,07-1,29]*	1,22 [1,05-1,42]*	1,29[1,11-1,49]*	1,23 [1,12-1,36]*
Atención Primaria	1,05 [0,99-1,09]	1,14 [0,976-1,32]	1,21 [1,06-1,38]*	1,12 [1,04-1,21]*
Atención Especializada	1,33 [1,10-1,60]*	1,34 [1,01-1,77]*	1,36 [1,03-1,79]*	1,38 [1,13-1,68]*
Consultoría o reuniones conjuntas presenciales	1,35 [1,11-1,63]*	1,29 [1,07-1,56]*	1,04 [0,86-1,28]	1,14 [0,98-1,32]

* RP: razón de prevalencia significativa

Uso de los mecanismos de coordinación en 2017 y cambios respecto de la línea de base

En 2017, entre los médicos que conocían cada mecanismo, su uso frecuente fue mayor para la hoja de interconsulta y guías de práctica clínica o protocolos compartidos, y menor para contrarreferencia y consultorías; con algunas diferencias entre redes y nivel de atención, según mecanismo (Tabla 29).

Entre los mecanismos de coordinación de la información, el envío de la hoja de interconsulta desde atención primaria (AP) y su recepción en atención especializada (AE) alcanzaron niveles altos y similares en ambas redes (sobre el 90%). El envío de la hoja de contrarreferencia también fue frecuente, algo mayor en la red intervenida (RI) con un 73,5% que en la red control (RC) que alcanzó un 63,9%, diferencia no significativa. En cambio, la recepción de contrarreferencias por parte de AP fue menos habitual (31,3% en la RI y 27,8% en la RC), sin diferencias entre redes (Tabla 29).

Entre los mecanismos de coordinación de la gestión clínica, la mayor parte de los médicos en ambas redes indicó seguir las recomendaciones de las guías de práctica clínica o protocolos compartidos, aunque mayor en la RI (94,4%) que en la RC (92,7%), sin diferencias relevantes entre niveles de atención.

Por último, la participación en consultorías presenciales entre niveles fue alto en ambas redes, algo mayor en la RC (95,7% versus 88,0% en RI). Entre niveles, mientras casi todos los médicos de AP declararon participar (93,8% en la RI y 98,7% en la RC), entre especialistas el porcentaje fue alto, pero menor que AP (75% en RI y 82,4% en RC) (Tabla 29).

Entre 2015 y 2017, el uso de mecanismos en general aumentó, especialmente en la red intervenida (RI).

Entre los mecanismos de coordinación de la información, el envío de la hoja de interconsulta desde AP y su recepción en AE conservaron en 2017 los altos niveles observados en 2015. En cambio, el envío de la hoja de contrarreferencia aumentó significativamente en RI (RP=1,51[1,20-1,91]), alcanzando niveles similares a los de

la RC (RP entre redes =1,15[0,94-1,40]). También se observó un incremento en la recepción de la hoja de contrarreferencia por AP (RP=2,19[1,11-4,31]), aunque sin diferencias entre redes (Tabla 30).

En relación con los mecanismos de coordinación de la gestión clínica, la gran mayoría de los médicos siguió refiriendo que en forma frecuente siguen las recomendaciones de guías clínicas o protocolos compartidos, sin diferencias respecto de la línea de base. No obstante, en 2017 la RI continuó mostrando una frecuencia de uso significativamente mayor que la RC (RP entre redes=1,21[1,07-1,38]) (Tabla 30).

Finalmente, en 2017 aumentó la proporción de médicos en la RI que habían participado en las consultorías presenciales, mientras la RC, mantuvo los altos niveles de 2015 (91,2% y 95,7% respectivamente). No se observaron diferencias entre redes, aunque entre niveles, en ambas redes aumentó el porcentaje de médicos de AP que indicaron participar, no así entre especialistas en que sólo aumentó la red intervenida (63,2% a 75,0%) (Tabla 29).

Tabla 29. Cambios en el uso frecuente de los mecanismos de coordinación, redes intervenida (RI) y control (RC), pre y post intervención, 2015-2017. Análisis bivariado

Uso frecuente	RI (SSMN)		SSMS (RC)	
	2015	2017	2015	2017
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Envío frecuente de referencia (AP) ^a	70 (98,6)	78 (97,5)	64 (91,4)	83 (96,5)
Envío frecuente de contrarreferencia (AE) ^a	50 (49,0)	72 (73,5) ^b	72 (68,6)	62 (63,9)
Recibo frecuente de referencia (AE) ^a	87 (86,1)	90 (91,8)	101 (96,2)	91 (93,8)
Recibo frecuente de contrarreferencia (AP) ^a	11 (15,5)	25 (31,3) ^b	19 (27,1)	35 (40,7)
Sigue las recomendaciones de las GPC y/o protocolos existentes ^a	114 (95,0)	134 (95,0)	88 (90,7)	114 (92,7)
médicos AP	63 (95,5)	77 (98,7)	50 (94,3)	73 (94,8)
médicos AE	51 (94,4)	57 (90,5)	38 (86,4)	41 (89,1)
Ha participado en consultoría presencial (CP) ^c	54 (78,3)	81 (88,0) ^b	62 (91,2)	89 (95,7)
médicos AP	42 (84,0)	60 (93,8)	52 (89,7)	75 (98,7)
médicos AE	12 (63,2)	21 (75,0)	10 (100)	14 (82,4)

^a Uso frecuente= siempre, muchas veces; ^b diferencia significativa entre años; ^c ha participado: siempre, muchas veces, a veces o muy pocas veces

Tabla 30. Cambios en el uso frecuente de los mecanismos de coordinación, redes intervenida (RI) y control (RC), pre y post intervención, 2015-2017. Razones de prevalencia*

Frecuencia de uso	RI (SSMN)	RC (SSMS)	RP=RI/RC	
	2017/2015	2017/2015	2015	2017
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
Envío frecuente de referencia (AP) ^a	0,99 [0,95-1,04]	1,06 [0,99-1,13]	1,07 [0,99-1,15]	1,01 [0,96-1,06]
Envío frecuente de contrarreferencia (AE) ^a	1,51 [1,20-1,91] ^b	0,94 [0,77-1,14]	0,73 [0,57-0,92] ^b	1,15 [0,94-1,40]
Recibo frecuente de referencia (AE) ^a	1,02 [0,94-1,13]	0,96 [0,90-1,03]	0,92 [0,84-1,00]	0,98 [0,91-1,07]
Recibo frecuente de contrarreferencia (AP) ^a	2,19 [1,11-4,31] ^b	1,41 [0,89-2,24]	0,52 [0,27-1,05]	0,74 [0,49-1,09]
Sigue las recomendaciones de las GPC y/o protocolos existentes ^a	1,07 [0,94-1,21]	1,21 [1,01-1,45] ^b	1,38 [1,16-1,63] ^b	1,21 [1,07-1,38] ^b
Ha participado en consultoría presencial (CP) ^c	p= 0,074 ^b	p= 1,99	p= 0,030 ^b	0,049 ^b

* Para consultoría presencial no se calculó razón de prevalencia, p-value corresponde a Chi²; ^a Uso frecuente= siempre, muchas veces; ^b diferencia significativa análisis bivariado o razón de prevalencia; ^c ha participado: siempre, muchas veces, a veces o muy pocas veces

VI. Discusión

Contribuciones de la tesis

Esta tesis doctoral aporta evidencia sobre un tema de gran relevancia en los esfuerzos por superar la fragmentación en la provisión de servicios de salud en Chile y la región: la coordinación asistencial entre niveles y, específicamente, la implantación de los mecanismos que contribuyen a alcanzarla. A través de tres estudios complementarios, se aborda de manera integral el estado del conocimiento, la implantación y la efectividad de los mecanismos de coordinación asistencial en redes públicas del sistema de salud chileno.

En primer lugar, la tesis desarrolla la primera revisión de alcance nacional que sintetiza la evidencia disponible sobre la implantación, uso y resultados de los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles, en servicios de salud del país, mostrando una muy limitada disponibilidad de estudios, sobre pocos mecanismos de los que han promovido las políticas públicas, y con baja o moderada calidad metodológica. Los estudios abordan dimensiones específicas de los mecanismos, con vacíos importantes en la evaluación de su efectividad, así como de los factores que explican sus resultados.

En segundo lugar, la tesis aporta evidencia empírica original sobre el conocimiento, uso, características y dificultades en el uso de los principales mecanismos de coordinación asistencial entre niveles impulsados por las políticas públicas, mediante un estudio transversal basado en una encuesta a médicos de atención primaria y atención especializada, realizado en dos redes públicas de servicios de salud metropolitanas. Los resultados muestran diferencias entre redes y niveles de atención, tanto en el conocimiento como en su uso, según el tipo de mecanismo. Los mecanismos con respaldo normativo, como la interconsulta y las guías de práctica clínica son los más usados en ambas redes, principalmente por médicos de atención primaria. Mecanismos no obligatorios, más condicionados por la gestión local en cada servicio de salud, como la contrarreferencia o consultorías internivel, muestran mayor variabilidad entre redes y nivel de atención. Además, en la mayoría

de los mecanismos, se detectan dificultades en el uso por una proporción importante de médicos en ambos niveles, que indican la necesidad de estrategias de mejora

Finalmente, se evalúa la efectividad de una intervención participativa orientada a fortalecer la coordinación asistencial, basada en la implantación de un nuevo mecanismo, las consultorías virtuales entre profesionales de atención primaria y especializada, sobre el conocimiento y uso de los otros mecanismos de coordinación existentes en las redes. La evaluación, basada en un estudio cuasi experimental con un diseño controlado antes-después con una red de intervención y otra control, permitió evidenciar efectos positivos en resultados intermedios de la coordinación asistencial, tras un corto plazo de implantación de la intervención. Mejoró el nivel de conocimiento y uso de mecanismos de coordinación asistencial existentes en la red, como guías de práctica clínica y protocolos compartidos, o la participación en consultorías presenciales y especialmente, en aquellos con menor uso, como el envío de la contrarreferencia desde atención especializada, que sólo mejoró en la red intervenida. Estos resultados se atribuyen a las características de la intervención y del proceso participativo de implantación, que favoreció el conocimiento e interacción entre profesionales para el acuerdo clínico entre niveles (78,110).

Los resultados de esta tesis, mediante el análisis cuantitativo de los resultados en Chile, complementan y profundizan los hallazgos del proyecto internacional Equity-LA II (44), relativos a la evaluación cualitativa del proceso participativo de implantación, que dan cuenta de la amplitud y sostenibilidad del proceso participativo que acompañó el diseño e implantación de la intervención en Chile (78) y los análisis comparativos con los otros países participantes, que mostraron mejoras en la red chilena intervenida, en indicadores de coordinación de la gestión clínica como el seguimiento de los pacientes, y factores de interacción entre profesionales como el conocimiento y confianza mutua (110). Asimismo, pacientes percibieron mejoras en continuidad de la atención, reflejada en mayor percepción de transferencia de información desde el especialista al médico de atención primaria y mayor coherencia de la atención entre niveles, reflejada en la percepción de mayor

acuerdo entre lo que le indicó el médico en cada nivel (124). Estos resultados, en conjunto, contribuyen al fortalecimiento del conocimiento teórico y empírico sobre la coordinación asistencial y sus mecanismos, y ofrecen orientaciones concretas para el diseño e implantación de estrategias que promuevan la integración de la atención en las redes de servicios de salud en los sistemas públicos de salud en Latinoamérica.

Limitado conocimiento sobre la implantación de los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles en Chile

La revisión de alcance realizada representa el primer esfuerzo por sintetizar el conocimiento disponible sobre la implantación de mecanismos de coordinación clínica entre niveles de atención en el sistema público de salud chileno. Pese a la prioridad otorgada a estas estrategias en las políticas públicas introducidas desde la reforma de los años 2000 en el país (3,8), los estudios identificados son escasos, metodológicamente heterogéneos, en su mayoría descriptivos y de alcance local. A diferencia de la evidencia internacional, más centrada en mecanismos de coordinación de la información (54), abordan mayormente mecanismos de coordinación de la gestión clínica entre niveles, como consultorías internivel, guías de práctica clínica y protocolos compartidos y, en menor medida, mecanismos de coordinación de la información, como la hoja de interconsulta, la contrarreferencia o el informe de alta hospitalaria. No se identificaron análisis sobre otros mecanismos promovidos por las políticas públicas impulsadas en el período, como mapas de derivación o sistemas de información compartidos, como el Sistema de Información y Gestión de Garantías Explícitas en Salud, “SIGGES” (3).

El análisis de la implantación de mecanismos se centra en los niveles de conocimiento, uso, características del uso, incluyendo las dificultades (29,32,93,116,117), y limitadamente en factores asociados (29,32,117). Las evaluaciones analizan los resultados sobre provisión de atención, como la resolutivez de atención primaria (120), el acceso a la atención especializada (118–120), y en menor medida, en la experiencia de coordinación (110,122), o resultados en salud (121). Aunque limitados, y, por tanto, deben considerarse con cautela, los

estudios muestran un conocimiento y uso desigual entre mecanismos, mayor para hoja de interconsulta (116) y guías de práctica clínica (116,117) y menor para contrarreferencia y consultorías internivel (116). Las evaluaciones, sólo de consultorías (110,120–122) y protocolos (118–120), sugieren mejoras en aspectos relativos a la coordinación clínica (110,122), la provisión de servicios (120) y resultados en salud (121).

Los resultados sugieren que el conocimiento y uso es mayor en mecanismos con respaldo normativo nacional, como guías de práctica clínica vinculadas a las Garantías Explícitas en Salud (GES) (18) y la hoja de interconsulta (28). Mientras las primeras proporcionan marcos de actuación en patologías con garantía legal (18) y la interconsulta es obligatoria para acceder a atención especializada (28), la contrarreferencia no cuenta con normativa equivalente, de manera similar a otros países de la región (94). En Chile, la contrarreferencia depende del establecimiento de compromisos para el desarrollo de protocolos en los Servicios de Salud (31) que indiquen cuándo, cómo y quién debe realizarla y su monitoreo es de definición local. También parece ser el caso de las consultorías internivel presenciales, recomendadas en el plan nacional de salud mental de 2001 (125) pero implementadas en poco más de la mitad de los centros de AP del país (121).

Estos resultados coinciden con la literatura internacional en señalar que el respaldo normativo facilita la adopción de mecanismos (1,51). En México (89,104), se observaron diferencias sustanciales en el uso, mayor para la interconsulta y el informe de alta hospitalaria, y mucho menor de la contrarreferencia, explicadas en el carácter normativo y obligatorio de las primeras.

La evaluación de proceso de las consultorías internivel virtuales, desarrolladas como estrategia local en el marco del Equity-LA II, mediante un proceso de investigación-acción participativa, mostraron en el momento de su evaluación, un alto nivel de conocimiento, aunque menor de participación (110), posiblemente explicado por el corto período de implantación al momento de la evaluación; dado que los resultados cualitativos evidenciaron una alta valoración del amplio proceso participativo de diseño e implantación y su alineamiento con políticas locales y

nacionales vigentes (78). Asimismo, informes posteriores documentan la sostenibilidad, expansión y reconocimiento de este mecanismo como estrategia para la mejora de la coordinación asistencial entre niveles (20,126,127). Resultado que sugiere, en consonancia con otros estudios (67,78,128), que la utilización de un enfoque participativo en el diseño e implantación favorece la apropiación y adherencia a los mecanismos por parte de gestores y profesionales, y contribuye a su sostenibilidad (4,29,30)

La evaluación de resultados, aunque también limitada, sugiere que los mecanismos que fortalecen la comunicación entre niveles (consultorías), aquellos orientados a la estandarización de procesos concretos principalmente protocolos de derivación, o en combinación con instancias de capacitación o interacción entre niveles, tendrían efectos positivos en dimensiones de coordinación, incluyendo mejoras en accesibilidad entre niveles (118–120), seguimiento clínico entre niveles (110,122) y reducción de las hospitalizaciones (121). La evidencia internacional, centrada en países de renta alta (72,74,84,108,129), señala que la interacción entre profesionales de los distintos niveles favorece la comunicación, transferencia de información y mejora la confianza y seguridad en el manejo clínico (74,129), como mostró la evaluación de las consultorías virtuales en Chile (78,110). Por otro lado, aunque aún limitado, el análisis internacional de estrategias combinadas respalda el uso de intervenciones que integren comunicación y retroalimentación entre profesionales y estandarización basada en acuerdos clínicos (72,84); sin embargo, los estudios en Chile no desagregan el aporte específico de cada componente, por ejemplo, de las consultorías combinadas con protocolo de derivación que redujeron tiempos de espera (120), ni evalúan el valor de su efecto combinado, aspectos que requieren ser estudiados.

Un elemento que emerge en la revisión nacional y que también ha recibido atención en la literatura internacional, es el uso de mecanismos de coordinación con apoyo de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) (63,73,83). En Chile, experiencias documentadas de consultorías virtuales entre niveles (122), han señalado a la tecnología como facilitador de la participación, tanto por distancia

geográfica como por los tiempos de los profesionales (78), así mismo lo han hecho estudios sobre experiencias de tele interconsultas asincrónicas entre atención primaria y especializada, especialmente en zonas rurales o urbanas con dispersión geográfica (130,131). Sus efectos sobre la coordinación clínica en las redes de servicios han sido escasamente evaluados, principalmente en países de altos ingresos (70,83), por lo que su estudio adquiere relevancia en el país, ante el avance de la transformación digital en salud y la expansión del uso de las TIC dentro de los servicios de salud (33), y desde el nivel central, con estrategias como Hospital digital, iniciativa pública basada en TIC, que ha incorporado desde 2018 modalidades de atención a distancia y consultorías por especialistas a equipos de salud de distintas zonas del país, centralizadas desde el Ministerio de Salud (132).

Otro aspecto no estudiado es el efecto sobre la coordinación, de la creciente participación de prestadores privados en la atención de usuarios del sistema público (21), mediante convenios o libre elección, que impone desafíos relevantes para las redes públicas de salud, que requieren también ser analizados desde un marco de análisis de coordinación.

En síntesis, la revisión realizada muestra importantes vacíos de conocimiento, Se necesitan evaluaciones de los mecanismos promovidos por las políticas públicas, análisis comparativos entre mecanismos y estudios que integren dimensiones económicas, organizativas y tecnológicas. Abordar estos temas debería ser una prioridad para orientar decisiones basadas en evidencia y rediseñar estrategias pertinentes a los desafíos actuales de los servicios de salud en el sistema de salud público chileno.

Implantación de mecanismos de coordinación asistencial entre niveles en las redes de servicios de salud metropolitanas.

Alto nivel de conocimiento, pero uso dispar de los mecanismos existentes.

Los resultados muestran niveles altos de conocimiento y diversos de uso según los mecanismos, pero también, con diferencia entre las redes. A pesar de tratarse de redes de servicios de salud similares que forman parte del sistema de salud público,

los resultados de 2015 mostraron semejanzas, pero también diferencias entre ambas, en el conocimiento y uso de mecanismos de coordinación existentes. Mientras la hoja de interconsulta fue conocida y usada por la totalidad de los médicos en ambas redes, el uso de la contrarreferencia y de las consultorías presenciales fue mayor en el SSMS y, en cambio, el conocimiento y uso de guías de práctica clínica o protocolos compartidos, más elevado en el SSMN. Estas diferencias parecen reflejar, por una parte, la influencia del respaldo normativo sobre algunos mecanismos (94), como la existencia de políticas públicas (18) y compromisos de gestión que los impulsan (27), y, por otra, factores organizativos de las redes que condicionan los procesos de implantación local (51,108). En consistencia con los estudios realizados en Chile (61,94,133) y en otros países latinoamericanos (61,94,95,104,134), los mecanismos con mayor respaldo normativo nacional, como la hoja de interconsulta (94,104), obligatoria para acceder a la atención especializada, y las guías de práctica clínica GES (18,135), sustentadas en un marco legal específico, presentaron mayor uso en ambas redes. En contraste, mecanismos definidos desde el nivel central mediante orientaciones ministeriales no obligatorias (27), cuyo diseño específico y forma de implantación dependen de definiciones y acuerdos locales, como la contrarreferencia (31), o las consultorías presenciales (37), mostraron niveles más bajos de uso y participación y mayor variabilidad entre redes.

Sin embargo, los altos niveles de uso no significan que su funcionamiento sea adecuado y efectivo, los resultados también reflejan dificultades en el uso de mecanismos. Así, en los mecanismos de coordinación de la información, el alto nivel de conocimiento y uso contrasta con dificultades recurrentes en su funcionamiento. Pese a su uso prácticamente universal, la hoja de interconsulta continúa mostrando problemas de completitud y pertinencia, lo que reproduce hallazgos descritos en la literatura regional para mecanismos similares (61,93). El uso de la contrarreferencia, además de compartir las dificultades, también muestra una menor utilización y marcada variabilidad entre redes, que es coherente con su débil institucionalización y la ausencia de estándares que regulen su contenido, oportunidad y responsabilidad de envío. situación que sería compartida con otros países de la

región (61,93,94). La forma en que cada Servicio de Salud ha implementado las orientaciones ministeriales, por ejemplo, la elaboración local de protocolos resolutivos (31) desarrollados mayoritariamente desde el nivel especializado (62) y sin la participación de otros niveles, o sin monitoreo continuo, podría explicar parte de estas diferencias, como se ha documentado previamente (51,52,54), un diseño e implantación participativos, y el seguimiento continuo, son estrategias que mejorarían el uso efectivo.

En los mecanismos de coordinación de la gestión clínica entre niveles, como guías de práctica clínica (GPC), protocolos y consultorías, la variabilidad fue mayor. Aunque las GPC y protocolos muestran altos niveles de adherencia (117), su mayor conocimiento y uso en el SSMN sugiere que, además del respaldo normativo, existe un entorno institucional más favorable para su difusión y aplicación, coincidente con la presencia de compromisos de gestión orientados al desarrollo de protocolos clínicos locales (31). No obstante, los profesionales señalaron en ambas redes limitaciones relacionadas con su actualización, aplicabilidad a los contextos específicos y disponibilidad de espacios de capacitación, problemas ampliamente documentados en estudios internacionales (96) y también en estudios nacionales sobre la implantación de guías GES impulsadas por la reforma de los años 2000 (32).

Junto a la anterior, el hecho de que las consultorías presenciales internivel, pese a ser menos reconocidas como mecanismo formal, mostraran niveles altos de participación, especialmente en el SSMS, reforzaría la idea que el mejor funcionamiento depende, en gran medida, de la estructura organizativa y del liderazgo clínico local, y no sólo de la existencia de lineamientos ministeriales.

La evidencia regional muestra también dificultades de uso de estos mecanismos, que se vinculan tanto a aspectos normativos como de carácter organizativo local. León, en Colombia, describe problemas persistentes de completitud y pertinencia, aun en los mecanismos coordinación de la información normados como la interconsulta (134), y de igual manera López en redes mexicanas muestra que, pese al respaldo normativo de la interconsulta y de las guías de práctica clínica, su uso

efectivo depende de condiciones organizativas locales, como la disponibilidad de tiempo de los profesionales (104). Por su parte el análisis comparativo de Vargas et al. (57) muestra que la referencia y contrarreferencia presentan bajos niveles de uso y calidad en Colombia y Brasil, y se relacionó con la ausencia de reglas claras y de una definición normativa explícita sobre el contenido, la responsabilidad y el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

En síntesis, los hallazgos de este estudio y en otros de la región (61,95,104), indican que el respaldo normativo es necesario (1,62), pero que esta condición no es suficiente para asegurar el uso efectivo de los mecanismos y sus resultados en coordinación.

En síntesis, los hallazgos confirman que los mecanismos de coordinación requieren diversos elementos o condiciones para su implantación efectiva, cuya relevancia puede variar entre mecanismos. Los mecanismos de coordinación de la información, sustentados en estructuras estandarizadas, como la hoja de interconsulta o sistemas verticales de información, suelen estar regulados por la normativa central, lo que favorece su amplia adopción, aunque no asegure su funcionamiento efectivo ni sus resultados. Asimismo, sucede con los orientados a la coordinación de la gestión clínica, como las GPC, sin embargo, los basados en la adaptación mutua, que requieren interacción directa entre profesionales como las consultorías presenciales, parecieran depender en mayor medida de condiciones organizativas locales. En definitiva, la combinación de ambos, normativa y apoyo institucional son clave para la implementación óptima de los mecanismos y su profundización debería orientar futuras investigaciones y estrategias que busquen mejorar el uso y desempeño de los mecanismos existentes.

Importantes diferencias en las características de los médicos del ámbito de la atención primaria y de la atención especializada y su uso de mecanismos de coordinación asistencial entre niveles.

Los resultados mostraron diferencias entre atención primaria y atención especializada, tanto en las características de los médicos como en su conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación, en ambas redes.

En atención primaria predominan profesionales jóvenes, mayoritariamente mujeres, con contratos a jornada completa, en mayor proporción nacidos fuera de Chile y con limitada práctica privada, mientras que en la atención especializada se observa una mayor proporción de médicos de mayor edad, hombres, con jornadas de trabajo parciales, nacidos en Chile y una alta proporción con ejercicio privado. Esta caracterización coincide con la del perfil profesional de médicos de atención primaria y especialistas en el país, aunque a nivel nacional ha ido incrementándose la proporción de mujeres, entre los especialistas (136,137).

Los médicos de atención primaria declararon conocer y utilizar con mayor frecuencia que los especialistas los mecanismos de coordinación, lo que parece reflejar las diferencias entre niveles en las responsabilidades de coordinación de la atención dentro de la red. Desde una perspectiva organizativa, estas diferencias se vinculan con el rol asignado en la configuración del sistema público de salud a la atención primaria como puerta de entrada y nivel responsable de coordinar la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial (8,21). Este rol se encuentra formalizado en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), que se aplica al primer nivel de atención, y enfatiza la integralidad, la continuidad y la coordinación con la atención especializada (26,138). En contraste, la atención especializada, no opera bajo el marco del MAIS, manteniendo un papel consultor, con una orientación predominantemente curativa y centrada en la atención hospitalaria (62), lo que, sumado a su perfil laboral, con jornadas de trabajo parciales en el sector público y compartido con ejercicio privado, podría estar contribuyendo a una menor utilización de los mecanismos de coordinación entre niveles.

La limitada retroalimentación desde el nivel especializado observada en este estudio, particularmente en relación con la contrarreferencia y su bajo uso observado en el estudio cuantitativo, coincide con evaluaciones realizadas en Chile y Brasil, que señalan que la limitada comunicación bidireccional y de transferencia de información clínica desde la especialidad han sido identificadas por la atención primaria como debilidad persistente en su desempeño (138,139). Esta evidencia,

refuerza que las diferencias entre niveles no necesariamente responden a factores individuales, sino también a modelos organizativos y refuerzo normativo que condicionan el uso efectivo de los mecanismos de coordinación asistencial.

Dificultades en el uso de los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles

Aunque el respaldo normativo favorece la adopción de ciertos mecanismos, la evidencia muestra que no garantiza su funcionamiento efectivo y, por tanto, su contribución a la coordinación asistencial (55,63,89). Los resultados de este estudio reflejan este problema; más de la mitad de los médicos identificó dificultades en el uso de los mecanismos evaluados, problemas que coinciden con barreras descritas en la literatura nacional e internacional (61).

En los mecanismos de coordinación de la información como la interconsulta, la contrarreferencia y el informe de alta hospitalaria, el problema más frecuente, reconocido por médicos de ambos niveles, fue la información incompleta, y, en el caso de la contrarreferencia e informe de alta, la falta de oportunidad con que se recibe la información transmitida desde la atención especializada. Dificultades también descritas en otros países de la región, constituyéndose como una barrera persistente para la coordinación de la atención (61,93,94).

En los mecanismos de coordinación de la gestión clínica, los médicos señalaron problemas de aplicabilidad local y la desactualización de las guías de práctica clínica o protocolos compartidos. Estas limitaciones también han sido referidas en una revisión internacional reciente sobre guías de práctica clínica (96), y en otros estudios en Chile, donde además de la baja aplicabilidad local, se señala la falta de monitoreo del uso de las GPC y capacitación para su uso (32,61).

Por su parte, los mecanismos de coordinación de la gestión clínica basados en la interacción directa entre los profesionales de los distintos niveles, como las consultorías presenciales, mostraron obstáculos principalmente organizativos, tales como la irregularidad en su programación y la disponibilidad limitada de tiempo para participar. Estudios centrados en consultorías en salud mental han descrito barreras similares, subrayando que la ausencia de tiempo destinado a la actividad y falta de

regularidad en su realización o de participación de los especialistas, que afectan la sostenibilidad de estos mecanismos de coordinación (121).

En síntesis, la consistencia entre las dificultades identificadas en este estudio con los factores que influyen en la coordinación descritos en el marco de análisis refuerza la idea de que la efectividad de los mecanismos depende de condiciones organizativas que trascienden su diseño normativo. Futuros estudios deberían profundizar en dichos factores y cómo interactúan en distintos contextos, con el fin de orientar intervenciones que mejoren el uso sostenido y la efectividad de los mecanismos de coordinación entre niveles.

Intervenciones mediante procesos participativos contribuyen a la mejora del uso de mecanismos de coordinación existentes.

Los resultados de este estudio muestran que la intervención desarrollada mediante un proceso de investigación-acción participativa, centrada en la implantación de consultorías virtuales entre niveles también fue efectiva en mejorar el uso de los mecanismos de coordinación entre niveles existentes en la red intervenida. Es decir que el proceso participativo no solo permitió la implementación exitosa del nuevo mecanismo, con mejoras en la coordinación entre niveles (127,140), sino que también contribuyó a mejorar la utilización de mecanismos previamente existentes.

En la red intervenida se observó un aumento en el uso de todos los mecanismos, y aunque la red control también mostró algunas mejoras, como en el uso de guías de práctica clínica o protocolos compartidos, sólo la red intervenida mejoró en el envío de contrarreferencia por especialistas y en su recepción por atención primaria, cambios ausentes en la red control. Estos resultados sugieren que el proceso participativo de implantación del nuevo mecanismo (126,128,140), generó condiciones organizativas y de disposición de los profesionales (78) que favorecieron el uso de otros mecanismos relacionados. En línea con la teoría (44) y otras experiencias internacionales (67,129), el proceso participativo promovió el involucramiento progresivo de gestores y profesionales de ambos niveles y generó espacios de diálogo sobre problemas de coordinación (126), que favorecieron un alineamiento organizacional centrado en los pacientes y fomentaron la colaboración

clínica con sentido de red (78,126). También contribuyó el hecho de estar alineado con las políticas ministeriales orientadas a fortalecer la referencia y contrarreferencia y el desarrollo de protocolos resolutivos (9,31).

Los resultados indican que las intervenciones desarrolladas mediante procesos participativos con el objetivo de mejorar la coordinación entre niveles pueden contribuir a mejorar el uso de distintos mecanismos de coordinación entre niveles existentes, al actuar sobre factores organizativos y de los profesionales que condicionan su funcionamiento. Las mejoras observadas en la red intervenida refuerzan el potencial de este tipo de estrategias para fortalecer la coordinación clínica en redes públicas de salud. Futuros estudios deberían evaluar la sostenibilidad y transferibilidad de estas intervenciones en otros contextos territoriales y organizativos.

Limitaciones del estudio

En la revisión de alcance, el uso de un marco analítico explícito y descriptores controlados pudo limitar la identificación de experiencias locales que utilizan denominaciones no estandarizadas para referirse a mecanismos de coordinación. Para reducir este riesgo, se complementó la estrategia con términos libres derivados de la documentación local y normativa chilena y la revisión manual de las referencias de la documentación encontrada. Estas medidas permitieron ampliar la sensibilidad de la búsqueda, aunque no eliminan completamente la posibilidad de omisión de iniciativas con escasa descripción o visibilidad académica.

El análisis de la implantación de los mecanismos se realizó en dos redes de Servicios de Salud de la Región Metropolitana en Chile, considerando 3 comunas urbanas y su hospital de referencia, lo que puede limitar la generalización de sus resultados a otros contextos territoriales. No obstante, dada la estructura común de los servicios de salud en el país, su contexto normativo común y el perfil profesional de los participantes en cada nivel de atención, similar al del país, permite que los resultados puedan ser tenidos en cuenta para el análisis en otras redes.

La medición conjunta de guías de práctica clínica y protocolos compartidos como una única categoría pudo ocultar diferencias en su conocimiento, apropiación y uso, dadas sus funciones y niveles de actualización distintos en las redes chilenas. Para mitigar esta limitación, el cuestionario incorporó la identificación específica de las guías y protocolos utilizados por los médicos, lo que permitió caracterizar patrones diferenciados de uso, aun cuando no fue posible analizarlos como categorías independientes.

En cuanto al análisis de la efectividad, el diseño cuasi experimental adoptado, con una red control y mediciones antes-después (44), representan un aporte metodológico importante poco frecuente en la evaluación de intervenciones en general y específicamente sobre coordinación asistencial. No obstante, la evaluación post intervención se realizó tras un corto periodo de implantación de la intervención (trece meses), lo que podría subestimar los resultados encontrados. Se requerirían nuevas evaluaciones, considerando que las consultorías virtuales implantadas durante la intervención fueron institucionalizadas y ampliadas, y siguen desarrollándose a la fecha de este trabajo.

No fue posible estimar cambios mediante modelos de regresión para mecanismos con baja prevalencia de conocimiento y uso, como las consultorías presenciales, debido a la escasa potencia estadística. Para mitigar esta limitación, se realizaron análisis bivariados que permitieron describir tendencias y diferencias entre redes y periodos. De igual modo, no se pudieron estimar modelos multivariados sobre factores asociados al uso de los mecanismos; sin embargo, el análisis comparativo internacional del proyecto Equity-LA II (93,116,128) aporta información complementaria sobre determinantes comunes que contextualizan los resultados nacionales.

VII. Conclusiones

La coordinación asistencial es un desafío central para los servicios públicos de salud en Chile, fuertemente condicionado por la fragmentación estructural que afecta la provisión de servicios. La administración diferenciada del nivel primario por los municipios y especializado por los Servicios de Salud, junto con la creciente externalización de prestaciones hacia el sector privado, configuran un escenario que dificulta la continuidad y coherencia de la atención. Este contexto refuerza la necesidad de contar con mecanismos efectivos de coordinación que garanticen una atención integrada, especialmente en un sistema tensionado por el envejecimiento poblacional y la elevada carga de enfermedades crónicas y multimorbilidad.

Pese a su reconocida relevancia, la coordinación asistencial no ha constituido un eje prioritario de la política pública. Los esfuerzos de implantación de mecanismos en las últimas décadas en Chile han sido principalmente conducidos desde el nivel central mediante estrategias “de arriba-abajo”, orientadas al cumplimiento administrativo más que a la búsqueda de efectividad clínica. Se evidencia una brecha entre el reconocimiento discursivo de la coordinación en la política sanitaria y la escasa evaluación sistemática de sus mecanismos en contexto real, lo que ha limitado el aprendizaje institucional y la capacidad de mejora continua del sistema.

En ese escenario, este trabajo aporta la primera síntesis nacional actualizada de la evidencia disponible sobre los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles en Chile, aplicando un marco de análisis de coordinación. Su aplicación permitió identificar vacíos relevantes en la evaluación empírica de los mecanismos promovidos por las políticas públicas, así como reconocer experiencias locales con resultados positivos que amplían el conocimiento disponible. Este análisis confirma la dispersión, heterogeneidad y limitada sistematización de la evidencia nacional, y subraya la necesidad de estudios evaluativos con marcos conceptuales explícitos.

A partir del estudio cuantitativo, esta tesis constata empíricamente varios aspectos descritos por la evidencia. En primer lugar, que la existencia formal de mecanismos de coordinación asistencial no garantiza su uso, adherencia ni efectividad. Su sostenibilidad depende de condiciones contextuales, organizativas e individuales

que favorezcan su apropiación y adaptación a las realidades locales. Los resultados muestran que los mecanismos normados y obligatorios presentan un uso más extendido, como la interconsulta, mientras que aquellos no normados registran un uso más limitado y mayor variabilidad entre niveles y redes, como la contrarreferencia.

Se constataron diferencias entre redes, pese a su comparabilidad en configuración, tamaño muestral y características sociodemográficas de su población beneficiaria. Estas diferencias se explicarían en elementos organizativos, de las competencias y liderazgo directivo, así como los recursos metodológicos de cada red para implantar localmente los mecanismos que impulsan las políticas. Las diferencias entre niveles, observadas en ambas redes, estarían condicionadas por el rol que impone el modelo de atención a la atención primaria y aspectos del perfil profesional e incentivos existentes en cada nivel, aspectos que requieren mayor profundización. Aunque este estudio no analizó la asociación estadística con factores de los profesionales, las diferencias en el perfil de los médicos de atención primaria respecto de los especialistas podrían contribuir a explicar los patrones observados.

Los resultados de la evaluación respaldan la evidencia internacional sobre la efectividad de las intervenciones participativas, diseñadas e implantadas desde los equipos locales, con respaldo institucional y alineamiento con las políticas públicas. En este trabajo se comprobó que las consultorías virtuales desarrolladas mediante un proceso participativo en la red del Servicio de Salud Metropolitano Norte, además de implantarse como un nuevo mecanismo sostenible más allá de la intervención por parte del proyecto, contribuyeron a mejorar el uso de los mecanismos de coordinación existentes, en particular la contrarreferencia, históricamente deficitaria en Chile y la región.

La efectividad de la intervención se explica por las condiciones que generó para fortalecer la comunicación, el conocimiento mutuo y la confianza entre médicos de atención primaria y especializada, problemas priorizados por la propia red, así como por la creación de espacios sistemáticos de intercambio que facilitaron la resolución compartida de casos y el acuerdo clínico. Su diseño e implantación mediante un

proceso de investigación-acción participativa (IAP) permitió que los equipos definieran colectivamente los objetivos, contenidos y modalidades de funcionamiento de las consultorías, favoreciendo su pertinencia al contexto y el compromiso de los actores involucrados. El uso de la tecnología permitió superar barreras geográficas y de disponibilidad horaria, sin reemplazar el vínculo profesional directo, sino más bien reforzando la continuidad de la relación internivel en el territorio. Estos factores, sumados al liderazgo local, la participación activa de los equipos directivos y la reflexión colectiva promovida por la IAP, favorecieron la apropiación, institucionalización y sostenibilidad de la intervención dentro de la red.

Se constata así que las intervenciones desarrolladas mediante procesos participativos generan condiciones que fortalecen la coordinación asistencial y posibilitan el surgimiento de mecanismos adaptados a las necesidades locales. Estos hallazgos amplían la evidencia al demostrar cómo estrategias basadas en la co-construcción y el aprendizaje colectivo pueden incidir en el cambio organizativo desde dentro, creando capacidades locales de gestión del conocimiento y mejora continua.

Los resultados de esta tesis complementan la evidencia ya publicada sobre los resultados del proyecto EQUITY LA-II en Chile y otros cinco países de América Latina, confirmando el valor de las intervenciones participativas y de los diseños cuasiexperimentales para mejorar la coordinación e introducir nuevas formas de interacción clínica entre niveles. La experiencia chilena aporta evidencia empírica sobre la viabilidad y pertinencia de evaluar intervenciones complejas en redes públicas con enfoques participativos, así como sobre su efectividad, contribuyendo así a la consolidación de aprendizajes organizativos sostenibles y transferibles a otros contextos.

Desde una perspectiva de gestión, los hallazgos ofrecen evidencia útil para orientar estrategias de mejora de la coordinación, subrayando la necesidad de institucionalizar espacios de interacción de los equipos de salud entre niveles, así como impulsar el uso de metodologías participativas con apoyo académico, que

permitan enfrentar los desafíos de la mano de la generación de evidencia que sustente la toma de decisiones pertinentes y en contexto.

Finalmente, en el plano conceptual y metodológico, esta tesis constituye el primer estudio nacional que integra revisión de alcance, análisis empírico transversal y evaluación de la efectividad de una intervención participativa, adoptando un marco analítico robusto, generando evidencia contextualizada que puede orientar decisiones de gestión y políticas que mejoren la integración y fortalecimiento de las redes públicas de salud en Chile y la región.

VIII. Recomendaciones

A la luz de los resultados y hallazgos que aporta este trabajo, se pueden recoger recomendaciones en torno a fortalecer la implantación de mecanismos de coordinación en los servicios públicos de salud del país, como estrategia de mejora de la coordinación y la calidad de la atención.

Recomendaciones a nivel macro, de políticas públicas

Fortalecer la gobernanza en los distintos niveles del sistema, la coherencia normativa y alinear los incentivos financieros y de gestión del sistema de salud para favorecer la coordinación asistencial entre niveles.

- Considerar un seguimiento en el tiempo de indicadores de coordinación asistencial entre niveles, como parte de las métricas y compromisos de gestión, que permitan esfuerzos de largo alcance que trasciendan los planes anuales y programas cuatrianuales de gobierno, para que se instale como política de Estado.
- Establecer obligatoriedad de la retroalimentación clínica y contrarreferencia dentro del proceso asistencial, promoviendo las condiciones para impulsar sistemas de información vertical, integrados a un historial clínico compartido que permita que la información acompañe al paciente en su tránsito, y esté disponible oportunamente en los distintos puntos de la red para su uso en la atención de salud.

- Promover la incorporación de mecanismos de interacción directa entre niveles de atención, como consultorías internivel, como parte de la cartera de servicios del sistema y, por tanto, prestaciones programables dentro de la actividad clínica, que aseguren los espacios y recursos para su adecuada implantación y adherencia en las redes.
- Integrar la coordinación asistencial entre niveles como eje central de la agenda nacional de transformación digital en salud, concibiéndola como un atributo estructurante de toda estrategia tecnológica. Ello requiere asegurar que las innovaciones digitales promuevan la articulación de las redes territoriales y la interacción efectiva entre niveles, y que dispongan de los recursos habilitantes necesarios: infraestructura tecnológica, interoperabilidad entre sistemas, estándares comunes de registro y seguridad, y capacitación continua de los equipos clínicos y de gestión, de modo que la transformación digital contribuya efectivamente a reducir la fragmentación, fortalecer la continuidad del cuidado y mejorar la gestión en las redes públicas de salud.

Recomendaciones a nivel meso: Gestión de las redes y de los Servicios de Salud

Traducir las políticas y lineamientos en estructuras y procesos organizativos que promuevan la coordinación efectiva entre niveles.

- Consolidar la institucionalización de los mecanismos de coordinación en la gestión de los Servicios de Salud, promoviendo estrategias integradas que vinculen la gestión de la información con la coordinación clínica, para fortalecer la continuidad de la atención.
- Asegurar la incorporación de metas de implantación, uso efectivo y resultados de los mecanismos de coordinación, como parte de los compromisos que se instalan al interior de cada Servicio de Salud con la atención primaria y los hospitales.
- Promover procesos participativos de diseño e implantación de estrategias contextualizadas para abordar los problemas de coordinación entre niveles

en cada territorio, fortaleciendo para ello las competencias de los equipos de los Servicios de Salud y en cada nivel.

- Garantizar tiempo protegido y recursos específicos para la coordinación asistencial, en los Servicios de Salud y en cada nivel de atención, acompañado del desarrollo de capacidades de liderazgo clínico y coordinación en los equipos directivos, gestores y equipos de salud.
- Fortalecer los sistemas de información compartida y la interoperabilidad local.

Recomendaciones a nivel micro: equipos de salud y gestores locales

Consolidar una cultura de trabajo colaborativo y de coordinación en la práctica clínica cotidiana.

- Fomentar el trabajo colaborativo entre niveles mediante espacios regulares de interacción directa entre equipos clínicos y de apoyo.
- Fortalecer las competencias en coordinación asistencial y comunicación clínica. Incluir en la formación continua contenidos sobre derivación, contrarreferencia, uso de guías de práctica clínica y protocolos compartidos, así como herramientas de comunicación interprofesional y resolución conjunta de casos.
- Reconocer y formalizar perfiles profesionales que cumplan funciones de enlace asistencial o coordinadores clínicos entre niveles.
- Identificar referentes de coordinación en cada nivel que faciliten la comunicación, retroalimentación y seguimiento de pacientes entre servicios.
- Promover la apropiación local de los mecanismos de coordinación, mediante espacios de diseño e implantación participativa.
- Involucrar a los equipos en la adaptación de guías de práctica clínica y protocolos compartidos u otros mecanismos impulsados desde el nivel central, asegurando su aplicabilidad al contexto y fortaleciendo su sentido de utilidad práctica.

- Aprovechar las tecnologías digitales como medio de vinculación profesional, generando espacios de formación continua en ámbitos de alfabetización digital y seguridad de la información.

Recomendaciones para la academia y los equipos de investigación

Reducir los vacíos de conocimiento sobre la coordinación asistencial y consolidar un vínculo activo entre la academia, los servicios y las políticas públicas.

- Ampliar la investigación sobre los factores contextuales, organizativos y profesionales de la implantación, uso y efectividad de mecanismos de coordinación asistencial entre niveles.
- Desarrollar estudios comparativos entre redes y distintos contextos geográficos del país, así como sobre estrategias combinadas que integran mecanismos de coordinación de información y gestión clínica.
- Incorporar enfoques participativos e investigación-acción (IAP), promoviendo esfuerzos de investigación aplicada y operativa que instale competencias y produzca cambios conjuntos con los actores involucrados en los distintos niveles del sistema de salud.
- Fomentar alianzas estables universidad-servicios-ministerio para co-diseñar, implantar y evaluar mecanismos de coordinación, asegurando la transferencia del conocimiento a políticas públicas y su aplicación práctica.
- Fortalecer las competencias investigativas y de evaluación en los equipos clínicos y de gestión de los servicios de salud. Incluir formación en métodos evaluativos, análisis de datos y mejora continua, que les permita participar activamente en procesos de innovación y generación de evidencia.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de Salud; 2010.
2. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Da Silva MRF, De Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. Vol. 26, Pan American Journal of Public Health. 2009. p. 360-7.
3. Almeida PF, Oliveira SC de, Giovanella L. Network integration and care coordination: the case of Chile's health system. Cien Saude Coletiva. 2018;23(7):2213-28.
4. Gattini C. El sistema de salud en Chile. Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP), Escuela de Salud Pública U de Chile. 2018;1-23.
5. Goic G. A. El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente. Rev Med Chil. 2015;143(6):774-86.
6. Allende Gossens S. La realidad médico-social chilena: (síntesis). Santiago de Chile: Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social; 1939.
7. Ministerio de Salud. Ley 19937. Modifica el D.L. N° 2.736, de 1978, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Chile; 2004.
8. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. La red pública de salud: fundamentos, conceptos y experiencias. Serie de cuadernos de redes N°8. Santiago; 2007.
9. Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas y metodológicas: compromisos de gestión en el marco de las redes integradas de servicios de salud 2015–2018. 2015.
10. Organización Mundial de la Salud. Panorama de datos de salud de la República de Chile [Internet]. 2024 [citado 30 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://data.who.int/countries/152?utm_source=chatgpt.com
11. Banco Mundial. Banco de datos [Internet]. 2024 [citado 1 de octubre de 2025]. Disponible en: https://data.worldbank.org/country/chile?utm_source=chatgpt.com

12. Organization for Economic Cooperation and Development. Date Explorer. OCDE [Internet]. 2025 [citado 17 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://data-explorer.oecd.org/>
13. World Health Organization. Global Health Expenditure Database [Internet]. [citado 17 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database>
14. Grupo Banco Mundial. Índice de Gini [Internet]. 2025 [citado 1 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>
15. Organización Panamericana de la Salud. https://hia.paho.org/en/country-profiles/chile?utm_source=chatgpt.com. 2021 [citado 16 de octubre de 2025]. Chile. Perfil del país. Disponible en: https://hia.paho.org/en/country-profiles/chile?utm_source=chatgpt.com
16. González C, Castillo-Laborde C, Matute I. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de salud poblacional. Santiago, Chile: CEPS, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo; 2019.
17. Fondo Nacional de Salud. FONASA. Datos abiertos [Internet]. 2025 [citado 17 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://datosabiertos.fonasa.cl/>
18. Ministerio de Salud. Ley 19966. Establece un régimen de garantías en salud. 2004.
19. Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red 2018. Santiago de Chile; 2017.
20. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red año 2021. 2020.
21. Gattini C, Morales JP. Relevance and feasibility of reforms to create a universal health system in Chile. Vol. 47, Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health. Pan American Health Organization; 2023.
22. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Orientación técnica y metodológica. Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud, IAAPS 2019. Ministerio de Salud; 2019.
23. Fondo Nacional de Salud. Fondo Nacional de Salud, tramos FONASA [Internet]. 2025 [citado 17 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://nuevo.fonasa.gob.cl/tramos/>

24. Gobierno de Chile FN de S. Copago Cero [Internet]. 2022 [citado 17 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.cl/copagocero/>
25. República de Chile. Ley N° 21.674. Modifica el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, crea facultades a la Superintendencia de Salud y regula normas relativas a las ISAPRES. [Internet]. Diario Oficial de la República de Chile Santiago, Chile; may 24, 2024. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1223467>
26. División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. 2012.
27. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas y Metodológicas Compromisos de Gestión en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud 2015-2018. Santiago; 2015.
28. Departamento de Gestión de la Información, Ministerio de Salud. Norma técnica para el registro de las listas de espera. 2012.
29. Troncoso J, González C, Mena F, Valencia A, Cuevas P, Rubio JP. «Missing time»: Experiences of demand management doctors in Chilean primary health care. *Aten Primaria*. 1 de diciembre de 2021;53(10).
30. Almeida PF de, Oliveira SC de, Giovanella L. Network integration and care coordination: the case of Chile's health system. *Cien Saude Colet*. 2018;23(7):2213-28.
31. División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Protocolos Resolutivos en Red. 2015.
32. Herrera P, Fajreldin V, Rodríguez MF, Kraemer P, Mendoza C, Pineda I, et al. Guías de práctica clínica: estudio cualitativo sobre su implementación en el sistema de salud de Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2017;41.
33. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Programa Nacional de Telesalud. Santiago; 2018.
34. Subsecretaria de Salud Pública, División de prevención y control de enfermedades, Departamento manejo integral del Cáncer y otros tumores. Plan Nacional de Cáncer. Plan Nacional de Cáncer 2018-2028 [Internet]. 2018;185. Disponible en:

https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf

35. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Compromisos de gestión 2019. 2019.
36. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas: Compromisos de Gestión. Versión 1.0. Santiago de Chile; 2024.
37. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental. 2016.
38. Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas para el desarrollo e implementación de la Atención a distancia 2021. Santiago de Chile; 2021.
39. Jadad AR, Cabrera Andrés, Lyons Renée, Martos Francisco, Smith R. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. 1.^a ed. Granada: Andalusian School of Public Health; 2010.
40. Stange KC. The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. *Ann Fam Med*. 2009;7(2):100-3.
41. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. 1º ed. Barcelona: Consorci Hospitalari de Barcelona: Consorci Hospitalari Catalunya; 2007. 242 p.
42. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I, Farré Calpe J, Terraza Núñez R. Organizaciones sanitarias integradas: Una guía para el análisis. Vol. 79, *Revista Española de Salud Pública*. 2005. p. 633-43.
43. Vázquez ML, Vargas I. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema?*. *Revista Ciencias Salud*. junio de 2006;4(1):5-9.
44. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: The EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015;5(7).
45. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20(6):485-95.

46. Starfield B. Coordinación de la atención en salud. En: Starfield B, editor. Atención primaria: Conceptos, organización y práctica. Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.
47. Longest BB, Young GJ. Coordination and Communication. En: Shortell SM, Kaluzny AD, editores. Health Care Management: Organization, Design, and Behavior. 4th edition. 2000. p. 210-43.
48. Øvretveit John. Evidence: Does clinical coordination improve quality and save money? A summary review of the evidence. Health Foundation, editor. London: Health Foundation; 2011.
49. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare [Internet]. Ottawa; 2002 [citado 9 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.cfhi-fcass.ca/docs/default-source/reports/commissioned-research/defusing_confusion_e.pdf
50. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ Open. 2003;327.
51. Vargas I, Vázquez ML, Henao D, De Campos C. Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud. Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC) / Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2011.
52. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Da Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks?. Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. BMC Health Serv Res [Internet]. 2015;15(1). Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-0882-4.pdf>
53. Esteve Matalí L, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. La coordinació clínica entre nivells d'atenció en diferents entorns del Sistema Sanitari Català. [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona; 2022.
54. León-Arce HG. Implantación de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en redes de servicios de salud de Colombia. Universidad Autónoma de Barcelona; 2022.

55. Henao Martínez D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit.* 2009;23(4):280-6.
56. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Da Silva MRF, De Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2009;26(4):360-7.
57. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferreira Da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: A qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan.* 2016;
58. Juhnke C. Clinical and service integration: The route to improved outcomes. *Int J Integr Care.* 12 de octubre de 2012;12(8):56.
59. Mintzberg H. *La estructura de las organizaciones.* Barcelona: Ariel; 1990.
60. Galbraith JR. *Organization Design.* Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company; 1973.
61. Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, de Medeiros Mendes M, López J, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit.* 2020;34(4):340-9.
62. Artaza O, Méndez C, Holder R, Suárez J O. *Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales.* 2011.
63. Esteve-Matalí L, Vargas I, Amigo F, Plaja P, Cots F, Mayer EF, et al. Understanding how to improve the use of clinical coordination mechanisms between primary and secondary care doctors: Clues from Catalonia. *Int J Environ Res Public Health.* 2 de marzo de 2021;18(6):1-18.
64. Cornwall A, Jewkes R. What is participatory research? *Soc Sci Med.* 1995;41(12):1667-76.
65. Cargo M, Mercer SL. The value and challenges of participatory research: Strengthening its practice. *Annu Rev Public Health [Internet].* 21 de abril de 2008 [citado 17 de noviembre de 2025];29(Volume 29, 2008):325-50. Disponible en:

<https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824>

66. Waterman H, Tillen D, Dickson R, De Koning K. Action research: a systematic review and guidance for assessment Methodology [Internet]. Vol. 5, HTA Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme Health Technology Assessment. 2001. Disponible en: www.hta.ac.uk/htacd.htm
67. Tetui M, Coe AB, Hurtig AK, Bennett S, Kiwanuka SN, George A, et al. A participatory action research approach to strengthening health managers' capacity at district level in Eastern Uganda. *Health Res Policy Syst*. 28 de diciembre de 2017;15.
68. Bush PL, Pluye P, Loignon C, Granikov V, Wright MT, Pelletier JF, et al. Organizational participatory research: A systematic mixed studies review exposing its extra benefits and the key factors associated with them. Vol. 12, Implementation Science. BioMed Central Ltd.; 2017.
69. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44(3).
70. Campaz-Landazábal D, Vargas I, Vázquez ML. Impact of coordination mechanisms based on information and communication technologies on cross-level clinical coordination: A scoping review. *Digit Health*. 1 de enero de 2024;10:1-20.
71. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, et al. Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:1-16.
72. Vimalananda VG, Meterko M, Waring ME, Qian S, Solch A, Wormwood JB, et al. Tools to Improve Referrals From Primary Care to Specialty Care. *Am J Manag Care*. 2019;25(8):237-42.
73. Mechanic OJ, Nguyen N, Kimball AB, Awtrey C. Teleconnect: Digitally connecting physicians across the health care system. Vol. 27, American Journal of Managed Care. Ascend Media; 2021. p. E4-6.
74. Arain M, Rostami M, Zaami M, Kiss V, Ward R. Specialist LINK and primary care network clinical pathways- A new approach to patient referral: A cross-sectional

survey of awareness, utilization and usability among family physicians in Calgary. BMC Fam Pract. 12 de mayo de 2020;21(1).

75. Fernández-Valencia JA, Conesa A, Ríos M, Catalán M, Morales X, Riba J. Calidad del informe de alta hospitalaria realizado por médicos internos residentes de especialidades quirúrgicas. FEM: Revista de la Fundación Educación Médica. junio de 2015;18(3):205-10.
76. Nymoén M, Biringer E, Hetlevik Ø, Thorsen O, Assmus J, Hartveit M. The impact of referral letter quality on timely access to specialised mental health care: a quantitative study of the reliability of patient triage. BMC Health Serv Res. 1 de diciembre de 2022;22(1).
77. Gimenez L, Druel V, Bonnet A, Delpierre C, Grosclaude P, Rouge-Bugat ME. Experimental system of care coordination for the home return of patients with metastatic cancer: a survey of general practitioners. BMC Primary Care. 1 de diciembre de 2022;23(1).
78. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Samico I, Bertolotto F, López-Vázquez J, et al. Lessons learnt from the process of designing care coordination interventions through participatory action research in public healthcare networks of six Latin American countries. Health Res Policy Syst. 1 de junio de 2023;21(1):39.
79. Anderson E, Krones A, Vimalananda VG, Cutrona SL, Orlander JD, Strymish JL, et al. Understanding Suboptimal e-Consult Requests: Lessons From the VA. Am J Manag Care. 14 de diciembre de 2023;29(12):e378-85.
80. Simpson K, Nham W, Thariath J, Schafer H, Greenwood-Eriksen M, Fettes MD, et al. How health systems facilitate patient-centered care and care coordination: a case series analysis to identify best practices. BMC Health Serv Res. 1 de diciembre de 2022;22(1).
81. Rodríguez SA, Lee SC, Higashi RT, Chen PM, Early RL, Sadeghi N, et al. Factors influencing implementation of a care coordination intervention for cancer survivors with multiple comorbidities in a safety-net system: an application of the Implementation Research Logic Model. Implementation Science. 1 de diciembre de 2023;18(1).

82. Nguyen AM, Johnson CE, Wood SJ, Dowling WL. The Contribution of Physician-System Integrating Structure to Select Health System Outcomes. *Journal of Ambulatory Care Management*. 1 de julio de 2020;43(3):237-56.
83. Gonçalves-Bradley DC, J Maria AR, Ricci-Cabello I, Villanueva G, Fønhus MS, Glenton C, et al. Mobile technologies to support healthcare provider to healthcare provider communication and management of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;(8).
84. Bolton Saghdaoui L, Lampridou S, Tavares S, Lear R, Davies AH, Wells M, et al. Interventions to improve referrals from primary care to outpatient specialist services for chronic conditions: a systematic review and framework synthesis update. *Syst Rev*. 2025;14(1).
85. Osman MA, Schick-Makaroff K, Thompson S, Bialy L, Featherstone R, Kurzawa J, et al. Barriers and facilitators for implementation of electronic consultations (eConsult) to enhance access to specialist care: A scoping review. Vol. 4, *BMJ Global Health*. BMJ Publishing Group; 2019.
86. Peeters K, Reichel L, Muris D, Cals J. Family Physician-to-Hospital Specialist Electronic Consultation and Access to Hospital Care: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*. 12 de enero de 2024;7(1):E2351623.
87. Kim Y, Groombridge C, Romero L, Clare S, Fitzgerald MC. Decision support capabilities of telemedicine in emergency prehospital care: Systematic review. Vol. 22, *Journal of Medical Internet Research*. JMIR Publications Inc.; 2020.
88. Joseph S, Tomaschek R, Hug BL, Beeler PE. Enhancing communication and care coordination: A scoping review of encounter notification systems between emergency departments and primary care providers. *Int J Med Inform*. 1 de noviembre de 2024;191.
89. López Vázquez Julieta, Vargas Lorenzo Ingrid, Vázquez Navarrete María Luisa. Estrategias para la mejora de la coordinación asistencial entre niveles: Un estudio de métodos mixtos en dos redes de servicios de salud del Estado de Veracruz, México.
90. Mendes L, Almeida P. Do primary and specialized care physicians know and use coordination mechanisms? *Rev Saude Publica*. 23 de noviembre de 2020;54(121).

91. Almeida PF de, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. septiembre de 2018;42(spe1):244-60.
92. Almeida PF de, Gêrvias J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate* [Internet]. julio de 2013 [citado 9 de abril de 2025];37:400-15. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BwsMVwPVx4PTNY3VcRDgbyC/?format=pdf&lang=pt>
93. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Ferreira-De-Medeiros-Mendes M, Eguiguren P, Cisneros AI, et al. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: A cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy Plan*. 2018;33(4):494-504.
94. Fernández Ortega MÁ, Roo Prato JB, Irigoyen Coria AE, Blanco Lara S, Edward Barrell A, Juárez Téllez VM. Los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes en América Latina: mecanismos de coordinación asistencial y el rol de la medicina familiar y comunitaria. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2016;11(Suppl 2):37-45.
95. León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. Factores que influyen en el uso de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en Colombia. *Gac Sanit*. marzo de 2021;35(2):177-85.
96. Zhou P, Chen L, Wu Z, Wang E, Yan Y, Guan X, et al. The barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines in healthcare: an umbrella review of qualitative and quantitative literature. Vol. 162, *Journal of Clinical Epidemiology*. Elsevier Inc.; 2023. p. 169-81.
97. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Informe Glosa n°06 Ley Presupuesto del año 2019, cuarto trimestre. Ordinario C16N°251. Santiago; 2020.
98. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Informe de implementación Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el sistema público de salud 2014-2017. 2018.

99. Pantoja T, Strain H, Valenzuela L. Guías de práctica clínica en atención primaria: Una evaluación crítica. *Rev Med Chil.* octubre de 2007;135(10):1282-90.
100. Gatica JL, Bertoló S, Morales E, Espinoza M, Contreras C. Store-and-forward teledermatology in Chile: A contribution to primary health care. *Piel.* marzo de 2015;30(3):148-54.
101. González Coloma F, Sandoval Garcés M, Gedda Quiroga V, Bley Banda C. Teledermatology in Remote Parts of Chile: Experience in 4 Isolated Rural Areas. *Actas Dermosifiliogr.* 1 de octubre de 2019;110(8):653-8.
102. Mundt AP, Irrarrázaval M, Martínez P, Fernández O, Martínez V, Rojas G. Telepsychiatry consultation for primary care treatment of children and adolescents receiving child protective services in Chile: Mixed methods feasibility study. *JMIR Public Health Surveill.* 1 de julio de 2021;7(7).
103. Godoy Olave J, Barraza Mesquida J. La ficha clínica mirada desde la legislación chilena actual. *Acta Bioeth.* 1 de diciembre de 2018;24(2):181-8.
104. López-Vázquez J, Pérez-Martínez DE, Vargas I, Vázquez ML. Barreras y factores asociados al uso de mecanismos de coordinación entre niveles de atención en México. *Cad Saude Publica.* 2021;37(4).
105. Equity La II. <https://www2.equity-la.eu/es/publicaciones.php?t=AR> [Internet]. 2013 [citado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www2.equity-la.eu/es/publicaciones.php?t=AR>
106. Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud. Informe de implementación: estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS) en el sistema público de salud 2014–2017. 2018.
107. Mendoza C, Kraemer P, Herrera P, Burdiles P, Sepúlveda D, Núñez E, et al. Cómo interpretar guías de práctica clínica elaboradas con metodología GRADE. *Rev Med Chil.* 1 de noviembre de 2017;145(11):1463-70.
108. Manderson K, Taylor NF, Lewis A, Harding KE. Service-level interventions to reduce waiting time in outpatient and community health settings may be sustained: a systematic review. Vol. 14, *BMJ open quality.* 2025.

109. Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Escosa A, et al. ¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Experiencia en Cataluña. *Gac Sanit.* 2021;
110. Vázquez ML, Miranda-Mendizabal A, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Ferreira-De-Medeiros-Mendes M, López-Vázquez J, et al. Evaluating the effectiveness of care coordination interventions designed and implemented through a participatory action research process: Lessons learned from a quasi-experimental study in public healthcare networks in Latin America. *PLoS One.* 2022;17(1).
111. Verdejo C, Tapia-Benavente L, Schuller-Martínez B, Vergara-Merino L, Vargas-Peirano M, Silva-Dreyer AM. What you need to know about scoping reviews. Vol. 21, *Medwave.* Medwave Estudios Ltda; 2021.
112. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. Vol. 169, *Annals of Internal Medicine.* American College of Physicians; 2018. p. 467-73.
113. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* febrero de 2005;8(1):19-32.
114. Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunal.html?unidad=Comunales&anno=2015>. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile /BCN. Fichas comunales.
115. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open.* 2015;5:7037.
116. Miranda-Mendizabal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Ferreira de Medeiros Mendes M, López J, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit.* 2020;34(4):340-9.
117. Rodríguez MV, Prieto F, Pantoja T, Letelier F. Percepciones y actitudes de médicos de atención primaria respecto de las Guías de Práctica Clínicas en el Régimen de Garantías en Salud. *Rev Med Chil.* 2019;147(5):602-11.

118. Coppelli L, Díaz LA, Riquelme A, Waeger C, Rollán A, Bellolio E, et al. La derivación protocolizada a endoscopia asociada a la detección de *Helicobacter pylori* mediante antígeno en deposiciones disminuye lista de espera para endoscopia y optimiza la detección de lesiones pre-malignas y cáncer gástrico incipiente. *Rev Med Chile*. 2019;147(11):1382-9.
119. Espinoza Francisco, Monckeberg Gustavo, Hassi Isabel, Queirolo Alejandra, Chicao Fernando, Sandoval Ximena, et al. Implementación de una unidad de artritis reumatoide temprana en pacientes chilenos derivados desde centros de atención primaria de salud. *Rev Med Chile*. 2018;146:39-45.
120. Prada C, Izquierdo N, Traipe R, Figueroa C. Results of a new telemedicine strategy in traumatology and orthopedics. *Telemedicine and e-Health*. mayo de 2020;26(5):665-70.
121. Sepúlveda R, Zitko P, Ramírez J, Markkula N, Alvarado R. Primary care consultation liaison and the rate of psychiatric hospitalizations: A countrywide study in Chile. *Pan American Journal of Public Health*. 2018;42:1-9.
122. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Bertolotto F, López-Vázquez J, et al. Can care coordination across levels be improved through the implementation of participatory action research interventions? Outcomes and conditions for sustaining changes in five Latin American countries. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1-16.
123. CORFO Innova Chile. Fundamentos para los lineamientos para el desarrollo de la telemedicina y telesalud en Chile. 2° ed. Santiago de Chile; 2020.
124. Espinel-Flores V, Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Ferreira de Medeiros Mendes M, López-Vázquez J, et al. Assessing the impact of clinical coordination interventions on the continuity of care for patients with chronic conditions: participatory action research in five Latin American countries. *Health Policy Plan*. 13 de enero de 2022;37(1):1-11.
125. Ministerio de Salud, Unidad, Ministerio de Salud. Plan nacional de salud mental y psiquiatría. Santiago de Chile; 2001.
126. Eguiguren Bravo P. Evidencia y aprendizajes desde la evaluación de efectividad de intervenciones para la mejora de la coordinación e integración de la red del Servicio de Salud Metropolitano Norte. En: *Primeras Jornadas de Atención Primaria y*

Medicina Familiar: Innovaciones, desafíos y oportunidades [Internet]. Santiago, Chile: Academia Chilena de Medicina; 2023 [citado 27 de mayo de 2025]. p. 187-99. Disponible en: <https://bolacadmed.cl/index.php/bacm/article/view/35/34>

127. Subsecretaria de Redes Asistenciales Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red año 2020. Santiago de Chile; 2019.
128. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Bertolotto F, Samico I, López J, et al. Understanding the factors influencing the implementation of participatory interventions to improve care coordination. An analytical framework based on an evaluation in Latin America. *Health Policy Plan*. 2020;1-11.
129. Lundvoll Nilsen L. Collaborative work by using videoconferencing: Opportunities for learning in daily medical practice. *Qual Health Res*. 2011;21(8):1147-58.
130. Figueroa B. A, Barrios J. X, Radrigan S. C, Valdés A. P, Zemelman D. V. Aplicación de la teledermatología asincrónica en usuarios de la comuna de Yerbass buenas, Región del Maule, Chile. *Rev Chilena Dermatol*. 2011;27(2):170-6.
131. Fuenzalida Cruz H, Jimeno Ortega I, Toso Díaz de la Vega S, Sepúlveda Muñoz A, Loubies Muñoz R. Teledermatología: impacto de una herramienta de gestión informática para zonas remotas de Chile. *Piel*. mayo de 2017;32(5):257-62.
132. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Programa Hospital Digital. Informe final. 2022.
133. Rodríguez MF, Pineda I, Rozas MF. Quality assessment of clinical practice guidelines of the Chilean explicit guarantees in healthcare program. *Rev Med Chil*. 1 de julio de 2016;144(7):862-9.
134. León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas I, Vázquez ML. Changes in knowledge and use of clinical coordination mechanisms between care levels in healthcare networks of Colombia. *International Journal of Health Planning and Management*. 2020;36(1):134-50.
135. Rodríguez M V, Prieto F, Pantoja T, Letelier F. Percepciones y actitudes de médicos de atención primaria respecto de las guías de práctica clínica en el régimen de garantías en salud. *Rev Med Chil*. 2019;147(5):602-11.

136. Guillou M, Carabantes J, bustos VF. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. Vol. 139, Rev Med Chile. 2011.
137. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Caracterización de las especialidades médicas en Chile en 2022. 2023.
138. Pesse-Sorensen K, Fuentes García A, Ilabaca Juan. Estructura y funciones de la Atención Primaria de Salud según el Primary Care Assessment Tool para prestadores en la comuna de Conchalí-Santiago de Chile. Rev Med Chile. 2019;147:305-13.
139. Batista Machado GA, Moreno Dias B, Silva JJ, Bernardes A, Gabriel CS. Assessment of primary health care features: the professionals' perspective Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais Evaluación de atributos de la Atención Primaria de Salud: perspectiva de los profesionales. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021;34:973. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37689/acta->
140. Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red 2019. Santiago de Chile; 2018.

Publicaciones de la doctoranda

Publicaciones relacionadas con la tesis

- **Abarca-Baeza I., Vázquez M.L., Eguiguren P.** Implementación de mecanismos de coordinación clínica en la salud pública chilena. Revisión de alcance. Scoping review. Rev Med Chile. Rev Med Chile 2026; 154(1): xxxx-xxxx (en proceso de publicación)

ARTÍCULO DE REVISIÓN / REVIEW ARTICLE

Rev Med Chile 2026; 154(1): xxxx-xxxx. DOI: 10.4067/s0034-988720260001xxxx

Implementación de mecanismos de coordinación clínica en la salud pública chilena. Revisión de alcance

Scoping review

Isabel Abarca-Baeza^{1,2,a}, María-Luisa Vázquez³, Pamela Eguiguren^{4,b,*}

Implementation of Clinical Coordination Mechanisms in Chile's Public Health System: A Scoping Review

RESUMEN

La implantación de mecanismos de coordinación clínica entre niveles es una de las estrategias promovidas en Chile para enfrentar la fragmentación del sistema de salud y mejorar la calidad de la atención. **Objetivo:** Sintetizar el conocimiento disponible e identificar vacíos sobre la implantación de mecanismos de coordinación clínica entre niveles en servicios públicos de salud de Chile. **Métodos:** Se realizó una revisión de alcance, basada en recomendaciones PRISMA, en bases MEDLINE/PubMed, SCIELO, LILACS y EPISTEMONIKOS, entre marzo y septiembre de 2023, actualizada en agosto de 2024. Se incluyeron artículos originales que analizaran conocimiento, uso o resultados de la introducción de mecanismos de coordinación entre niveles. **Resultados:** De 1.001 publicaciones identificadas, 11 fueron seleccionadas, principalmente estudios cuantitativos y de ámbito local (8). Nueve abordaron mecanismos de coordinación de la gestión clínica, como consultorías, guías de práctica clínica (GPC) y protocolos, y sólo dos, mecanismos de coordinación de información (referencia, contrarreferencia e informe de alta). Cinco estudios analizaron conocimiento y uso, que difirió entre mecanismos; mayor para referencia y GPC, éstas, con barreras de aplicabilidad y organizativas. Las evaluaciones (6), sólo de consultorías y protocolos, reportaron mejoras de las consultorías en coordinación clínica, reducción de hospitalizaciones, y, junto con protocolos, redujeron tiempos de espera. Entre los facilitadores destacaron: procesos participativos, uso de tecnología, respaldo normativo y alineamiento organizativo. **Conclusiones:** El conocimiento disponible sobre los mecanismos de coordinación entre niveles es muy limitado, con vacíos importantes en la evaluación de efectividad, en contexto

¹Departamento de Pediatría, de Obstetricia y Ginecología y Medicina Preventiva, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
²Instituto Nacional del Cáncer, Servicio de Salud Metropolitano Norte, Ministerio de Salud, Santiago, Chile.
³Sección de Estudios y Prospectivos en Políticas de Salud, Grupo de Investigación en Políticas de Salud y Servicios Sanitarios (GRPSS), Consorcio de Salud y Social de Catalunya, Barcelona, España.
⁴Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende Gossens, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
^aCirujano Dentista, Mj, ESP en Salud Pública.
^bMatrona, PhD.

*Correspondencia: Pamela Eguiguren Bravo / peguiguren@uachile.cl
Avenida profesor Zañartu 1070, Independencia, Santiago de Chile. Código postal 8380453

Financiamiento: El trabajo no recibió financiamiento.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 04 de junio de 2023.
Aceptado: 12 de agosto de 2023.

- **Abarca-Baeza I., Vázquez M.L., Garmendia M.L., Eguiguren P.** Efectividad de una intervención participativa en la mejora del uso de mecanismos de coordinación entre niveles en redes públicas de servicios de salud en Chile. Aceptado, *en revisión de cambios menores*.

Resumen

Objetivo. Evaluar la efectividad de una intervención participativa en la mejora del uso de mecanismos de coordinación clínica entre niveles en una red de servicios de salud pública en Chile.

Método. Estudio cuasiexperimental. Se seleccionaron dos redes de servicios de salud públicas comparables en Santiago de Chile: una intervención y un control. La intervención consistió en consultorías virtuales y visitas internivel, diseñadas e implementadas participativamente. Su efectividad se evaluó mediante encuesta, con aplicación del cuestionario COORDENA-CH, a médicos de atención primaria y especializada, antes (2015) y después (2017) de la intervención (n=175 por red y año). Las variables de resultado fueron el conocimiento y uso de mecanismos de coordinación: hoja de referencia; contrarreferencia; guías de práctica clínica (GPC) y consultorías presenciales. Se aplicaron modelos de regresión de Poisson, ajustado por variables no afectadas por la intervención.

Resultados. En la línea base, ambas redes mostraban alto uso de referencia, y GPC, y menor conocimiento y uso de consultorías. El envío de contrarreferencia fue mayor en la red control (68% versus 49%); al igual que su recibo en atención primaria (15,5% versus 40,7%). Post intervención, la red intervenida mejoró el conocimiento y uso de todos los mecanismos evaluados, destacando el aumento en envío de contrarreferencia por especialistas (73,5%) que igualó a la red control y mejorando también su recibo reportado por AP (15,5% a 31,3%)

Conclusión. La intervención mediante un proceso participativo para mejorar la coordinación interniveles, fue efectiva también en mejorar el conocimiento y uso de mecanismos existentes, especialmente la contrarreferencia, e implantar uno nuevo: las consultorías virtuales.

Palabras clave DeCS:

Evaluación de Servicios de Salud; Referencia y Consulta; Atención Primaria de Salud, Atención de Salud Integrada, Chile.

Comunicaciones:

- **Abarca-Baeza I.**, Espejo G., Álvarez P., Pastén N., Díaz M., Rojas G., Araya M., Ilabaca J., Martínez M., Eguiguren P. Consultoría virtual como herramienta de coordinación de la atención de pacientes oncológicos en la red servicio de salud M. Norte”. XXXIV Jornadas Chilenas de Salud Pública, 2019. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Libro de resúmenes; (279-280), disponible en: <https://saludpublica.uchile.cl/extension/programas/jornadas-de-salud-publica/nuevo-libro-resumenes-xxxiv-jornadas-chilenas-de-salud-publica-2019>
- **Abarca-Baeza I.**, Eguiguren P. “Efectividad de intervenciones participativas en mejora de conocimiento y uso de mecanismos de coordinación asistencial internivel, subred SS Región Metropolitana”. VI Congreso Chileno de Salud Pública y VIII Congreso Chileno de Epidemiología. Medwave 2021;21(Supl 2) DOI 10.5867/medwave.2021.S2. (SP133; 85-86).
- Eguiguren P., Álvarez A., Guzmán I., Pastén N., Chadwick M.E., Espejo P., Araya M., Hidalgo W., Rojas S., **Abarca-Baeza I.**, Guzmán K., Díaz M., Oyarce A., Valdés M., Martínez F Investigación acción participativa (IAP) para mejorar la coordinación y construir identidad de red, SSMN”. V Congreso Chileno de Salud Pública y VII Congreso Chileno de Epidemiología. Concepción, 6 y 7 de diciembre 2018. Publicado el 15 de marzo de 2019 | <http://doi.org/10.5867/medwave.2019.S1>

Otras publicaciones:

Artículos:

- González X. **Abarca-Baeza I.**, San Martín C.G., Ilabaca A.B., Ibañez-Zuñiga A., Herrada R., Cerda-Álvarez B., Ríos Juvenal A (2024). Model for managing scientific research in a public hospital: case study: Chilean National Cancer Institute, from 2015–2022 ecancer 18 1661. [https://doi.org/10.3332/ecancer.2024.1661;\(ISSN-1754-6605\)](https://doi.org/10.3332/ecancer.2024.1661;(ISSN-1754-6605))
- Guerrero-Nancuante C., Eguiguren P., **Abarca-Baeza I.**, Guzmán I., Garmendia M.L. Socioeconomic position and breast cancer screening use in Chile: A population-based study. Preventive Medicine Reports (50);2025: 102973.

- Guerrero-Nancuante, C., Eguiguren, P., **Abarca-Baeza, I.** et al. Posición socioeconómica y estadio del cáncer al momento del diagnóstico en un sistema de salud latinoamericano fragmentado. Sci Rep 15, 40813 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-24564-w>

Comunicaciones:

- **Abarca-Baeza I.**, Aliaga A., Román J., Vega A., Garmendia M.L., Eguiguren, P. *"Trayectorias de uso de servicios e intervalos de tiempo hasta el diagnóstico de cáncer de próstata en pacientes de una red pública de salud. Proyecto EquityCáncer-LA"*. XLII Congreso de la Confederación Americana de Urología (CAU), XLIV Congreso Nacional de la Sociedad Chilena de Urología (SCHU), XXVIII Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Urología Pediátrica (SIUP). Santiago de Chile, 4 al 7 de octubre, 2023.
- **Abarca-Baeza I.**, González, X., Villalobos, M., Ilabaca, A., Floriano, A., Balic, I., Cerda B. *"Estrategia de sistematización de datos para los registros de cáncer, Experiencia del INCÁNCER"*. VII Congreso Chileno de Salud Pública y IX Congreso Chileno de epidemiología, 9 al 11 de noviembre de 2023. <https://www.medwave.cl/ediciones/SP2024.html>)
- Eguiguren P., **Abarca-Baeza I.**, Guzmán, I., Garmendía, M.L., Guerrero-Nancuante, C., Romero, C., Rodríguez, D., Espejo, P., Araya, M., Valenzuela, Z., García, V., Tapia, E., Ciudad, A., Barahona, J., Maass, J., Vázquez, M.L. *"Trayectorias público/privadas de confirmación diagnóstica en pacientes con cánceres seleccionados del Servicio Metropolitano Norte"*. VII Congreso Chileno de Salud Pública y IX Congreso Chileno de epidemiología, 9 al 11 de noviembre de 2023. <https://www.medwave.cl/ediciones/SP2024.html>)
- Oyarce, A., Eguiguren, P., Álvarez, A., Besoain, A., **Abarca-Baeza I.**, Ingrid Vargas, Daniela Rodríguez, Paula Sarmiento, Rossana Guerrero, Muñoz, M., López, C., Villalobos, I., Bressan I., Rojas S., Magnan M. *"Barreras para el diagnóstico temprano de cáncer: perspectiva de usuarios(as) en tiempos de COVID-RM"*. VII

Congreso Chileno de Salud Pública y IX Congreso Chileno de epidemiología, 9 al 11 de noviembre de 2023. <https://www.medwave.cl/ediciones/SP2024.html>)

- Garmendia, M.L., Guerrero-Nancuante C., **Abarca-Baeza, I.**, Eguiguren, P., Guzmán, I., Rojas, V., Bass, C., Vázquez, M.L., Vargas, I., Valenzuela, Z., Espejo, P., Barahona, J., Guerrero, R., Stock, R., Ciudad, A., Cerda, B., Maass, J. *“Intervalos de tiempo hasta el diagnóstico oncológico según trayectorias asistenciales en Servicio de Salud Metropolitano Norte”*. VII Congreso Chileno de Salud Pública y IX Congreso Chileno de epidemiología, 9 al 11 de noviembre de 2023. <https://www.medwave.cl/ediciones/SP2024.html>)
- Eguiguren, P., Guzmán, I., **Abarca-Baeza, I.**, Espejo, P., Kindermann, J., Villalobos, I., Araya, M., Zavala, B. Del diagnóstico a la acción transformadora: Investigación-acción-participativa para una intervención sostenible en cáncer. Red SSMN. E-póster, VIII Congreso Chileno de Salud Pública y X Congreso Chileno de Epidemiología, Universidad de Valparaíso, 2025.
- **Abarca-Baeza, I.**, Leyton, G., Cura, MA., Sarmiento, P., Morales, L., Rueda, C., Colvin, D., Guerrero, R., Eguiguren, P. Fortaleciendo capacidades para el diagnóstico temprano de cáncer: evaluación programa de formación inter-niveles, red SSMN. E-póster VIII Congreso Chileno de Salud Pública y X Congreso Chileno de Epidemiología, Universidad de Valparaíso, 2025.
- Guerrero-Nancuante, C., Eguiguren, P., **Abarca-Baeza, I.**, Garmendia, ML., Asociación entre posición socioeconómica y etapa de diagnóstico oncológico: hallazgos en redes públicas de Chile. Comunicación oral VIII Congreso Chileno de Salud Pública y X Congreso Chileno de Epidemiología, Universidad de Valparaíso, 2025.

Anexo 1: Cuestionario COORDENA-CH 2015



Cuestionario N°: _____

CUESTIONARIO DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN: COORDENA-CH

INFORMACIÓN GENERAL

La Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G. de la Universidad de Chile, en colaboración con los Servicios de Salud del Área Norte y Sur de la Región Metropolitana, junto a los Municipios y direcciones de salud de algunas comunas del territorio bajo su jurisdicción, está haciendo un estudio con el objetivo de analizar la coordinación entre niveles de atención en la red de servicios de salud del sistema público para identificar elementos de mejora.

Como parte de esta investigación, se está realizando una encuesta para conocer la opinión de los y las médicos/as de diferentes niveles de atención de la red.

La información que usted nos proporcione es muy importante ya que permitirá identificar los problemas de coordinación existentes y proponer cambios con la finalidad de mejorar la atención a los pacientes. Los resultados de la encuesta serán divulgados posteriormente, pero se procesarán de forma agregada para asegurar su confidencialidad.

Las personas que utilicen esta información están obligadas por ley* a proteger la confidencialidad de la información, es decir, a no divulgarla y a no utilizarla para ninguna otra finalidad que no sea la antes mencionada, por lo que podemos asegurar la confidencialidad de los datos.

* Ley 20.120/2006; ley 19.628/1999

Le agradecemos su colaboración.

DATOS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Encuestador/a:	_____
Fecha:	____/____/____
Hora de inicio:	____:____
Lugar de la encuesta:	(1) Centro de trabajo (2) Domicilio Otro, ¿cuál? _____

Centro de salud / CDT/ Hospital de la red en el que trabaja el/la encuestado/a **ANOTAR EL NOMBRE DEL CENTRO**

¿Qué trabajo desarrolla en este centro de salud u hospital? **RESPUESTA MÚLTIPLE**

- (1) Médico general/ médico de familia (2) Otro especialista, consulta externa o ambulatoria
(3) Otro especialista, urgencias
(4) Otro especialista, hospitalizaciones

Copyright 2015 ©. Pamela Eguiguren (Universidad de Chile, Chile), M.Luisa Vázquez, Ingrid Vargas (Consorti de Salut i Social de Catalunya, España), Jean Pierre Unger, Pierre de Paepe (Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde, Bélgica), Amparo S. Mogollón-Pérez (Universidad del Rosario, Colombia), Isabella Samico, (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Brasil), Paulette Cavalcanti de Albuquerque (Fundação Universidade de Pernambuco, Brasil), Angélica Ivonne Cisneros (Universidad Veracruzana, México), Adriana Huerta, Cecilia Muruaga (Universidad Nacional de Rosario, Argentina) y Fernando Bertolotto (Universidad de la República, Uruguay). Proyecto de investigación "Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina. Equity-LA II". Health-2012-305197, EC-FP7 Work Programme: Cooperation, Health (SICA). Se autoriza la reproducción total o parcial de la obra, siempre que se cite expresamente a los autores y titulares de la obra.

1. ESCALA SOBRE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

* Responda según su experiencia habitual en su trabajo en la red de servicios (Red SSM Norte o Red SSM Sur)

* Valore las siguientes afirmaciones empleando las categorías: siempre, muchas veces, a veces, muy pocas veces y nunca	Siempre	Muchas veces	A veces	Muy pocas veces	Nunca	NS	NR
COORDINACIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA ENTRE NIVELES							
1.1. Los médicos de APS y los médicos del nivel secundario o terciario intercambiamos información sobre la atención (diagnósticos, exámenes, tratamientos) de los pacientes que atendemos					→ p.1.4		
1.2. Esta información es la necesaria para la atención a los pacientes							
1.3. Los médicos de APS y los médicos del nivel secundario o terciario tomamos en cuenta la información que intercambiamos de los pacientes							
COORDINACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA ENTRE NIVELES (MANEJO CLÍNICO) – CONSISTENCIA DE LA ATENCIÓN							
1.4. Los médicos de APS derivan los pacientes a los médicos del nivel secundario o terciario cuando es necesario							
1.5. Los médicos repetimos los exámenes que previamente han realizado los médicos del otro nivel					→ p.1.6		
1.5.1. ¿Por qué repiten los exámenes?							
1.6. Los médicos estamos de acuerdo con los tratamientos que los médicos del otro nivel han prescrito o indicado a los pacientes							
1.7. Existen contraindicaciones y/o duplicaciones en los tratamientos que los médicos de APS y médicos del nivel secundario y terciario prescribimos							
COORDINACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA ENTRE NIVELES (MANEJO CLÍNICO) – SEGUIMIENTO DEL PACIENTE							
1.8. En la práctica, los médicos de APS son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los distintos niveles de atención							
1.9. Los médicos del nivel secundario y terciario envían los pacientes al primer nivel para su seguimiento							
1.10. Después de ser atendido por el médico del nivel secundario o terciario, el paciente realiza una consulta de seguimiento con el médico de APS							
1.11. Los médicos del nivel secundario y terciario hacen recomendaciones (diagnóstico, tratamiento, otras orientaciones) al médico de APS sobre el seguimiento de los pacientes							
1.12. Los médicos de APS consultan a los médicos del nivel secundario y terciario las dudas que tienen sobre el seguimiento de los pacientes							
COORDINACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA ENTRE NIVELES (MANEJO CLÍNICO) – ACCESIBILIDAD ENTRE NIVELES							
1.13. Al ser derivado a los médicos del nivel secundario o terciario, el paciente espera mucho tiempo hasta el día de la consulta							
1.14. Tras la consulta con los médicos del nivel secundario o terciario, cuando el paciente solicita una cita con el médico de APS, espera mucho tiempo hasta el día de la consulta							
OPINIÓN GENERAL SOBRE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN							
1.15. Creo que la atención entre los médicos de APS y los médicos del nivel secundario o terciario en la red está coordinada							

2. FACTORES DE LOS PROFESIONALES RELACIONADOS CON LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

* Valore las siguientes afirmaciones empleando las categorías: siempre, muchas veces, a veces, muy pocas veces y nunca	Siempre	Muchas veces	A veces	Muy pocas veces	Nunca	NA	NS	NR
2.1. Los directivos del Centro de Salud Familiar facilitan la coordinación entre los médicos de APS y los médicos del nivel secundario y terciario								
2.2. Los directivos del hospital facilitan la coordinación entre los médicos de APS y los médicos del nivel secundario y terciario								
2.3. Mi relación con los médicos del otro nivel de atención en la red es buena								
2.4. Conozco personalmente a los médicos del otro nivel que atienden a los pacientes que yo trato								
2.5. Confío en las habilidades clínicas de los médicos del otro nivel que atienden a los pacientes que yo trato								
2.6. Los médicos de APS y los médicos del nivel secundario o terciario necesitamos colaborar entre nosotros para dar al paciente la atención que necesita								

3. CONOCIMIENTO Y USO DE LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

* Responda según su experiencia en su red de servicios (Red SSM Norte o Red SSM Sur)

¿Qué mecanismos o herramientas de coordinación entre niveles de atención existen en su red (Red SSM Norte o Red SSM Sur)?

3.1. Hoja de interconsulta	(1) Sí → p. 4.1 (sección 4)	(2) No	(98) NS / NR
3.2. Hoja de contra-referencia	(1) Sí → p. 4.1 (sección 4)	(2) No	(98) NS / NR
3.3. Epicrisis o informe de alta hospitalaria	(1) Sí → p. 5.1 (sección 5)	(2) No	(98) NS / NR
3.4. Guías de práctica clínica compartidas entre niveles de atención y/o protocolos de derivación	(1) Sí → p. 6.1 (sección 6)	(2) No	(98) NS / NR
3.5. Reuniones de capacitación conjunta con médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario	(1) Sí → p. 7.1 (sección 7)	(2) No	(98) NS / NR
3.6. Consultorías o consultas conjuntas entre niveles de atención	(1) Sí → p. 7B.1 (sección 7B)	(2) No	(98) NS / NR
3.7. Teléfono institucional	(1) Sí	(2) No	(98) NS / NR
3.8. Correo electrónico institucional	(1) Sí	(2) No	(98) NS / NR

3.9 Otro, ¿cuál? _____

→ Solo para los que respondieron en las preguntas 3.1 y/o 3.2 que existen hojas de interconsulta y/o contra-referencia en la red

4. HOJA DE INTERCONSULTA Y/O CONTRA-REFERENCIA

* Responda según su experiencia de utilización de la hoja de interconsulta y/o contra-referencia en la red

4.1. Cuando deriva a un paciente al otro nivel, ¿con qué frecuencia utiliza la hoja de interconsulta (si es médico de APS) o contra-referencia (si es médico del nivel secundario o terciario)? LEER OPCIONES DE RESPUESTA

(1) Siempre (2) Muchas veces (3) A veces (4) Muy pocas veces (5) Nunca → p.4.3 (98) NS/NR → p.4.3

4.2. ¿Para qué las utiliza?

4.3. Cuando atiende a un paciente derivado por un médico del otro nivel, ¿con qué frecuencia recibe una hoja de contra-referencia (si es médico de APS) o de interconsulta (si es médico del nivel secundario o terciario)? LEER OPCIONES DE RESPUESTA
(1) Siempre → p 4.5 (2) Muchas veces (3) A veces (4) Muy pocas veces (5) Nunca (98) NS/NR → p.4.5

4.4. ¿Por qué cree que no las recibe siempre?

→ Si respondió nunca en la pregunta 4.3 pasar a la pregunta 4.8

4.5. ¿Qué información recibe habitualmente en la hoja de contra-referencia (si es médico de APS) o de interconsulta (si es médico del nivel secundario y/o terciario)? RESPUESTA MÚLTIPLE.
(1) Antecedentes (2) Motivo de la interconsulta (3) Diagnóstico
(4) Tratamientos (5) Exámenes (6) Datos administrativos
Otra información, ¿cuál? _____ (98) NS / NR

→ Para médicos de APS

4.6. ¿La información recibida en la contra-referencia responde al motivo de la interconsulta? LEER OPCIONES DE RESPUESTA
(1) Siempre (2) Muchas veces (3) A veces (4) Muy pocas veces (5) Nunca (98) NS/NR

4.7. ¿Recibe la información de la contra-referencia en un tiempo útil para tomar decisiones sobre la atención al paciente? LEER OPCIONES DE RESPUESTA
(1) Siempre (2) Muchas veces (3) A veces (4) Muy pocas veces (5) Nunca (98) NS/NR

→ Para todos

4.8. ¿Detecta dificultades en la utilización de la hoja de interconsulta o contra-referencia?
(1) Sí (2) No → siguiente sección (98) NS/NR → siguiente sección

4.9. ¿Qué dificultades?

→ Solo para médicos que respondieron en la pregunta 3.3 que se elaboran epicrisis o informes de alta hospitalaria en la red

5. EPICRISIS O INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

* Responda según su experiencia de utilización de la epicrisis o informe de alta hospitalaria en la red

5.1. ¿Para qué se utiliza la epicrisis o informe de alta hospitalaria?

→ Para médicos de APS

5.2. ¿Con qué frecuencia recibe una epicrisis o informe de alta hospitalaria? LEER OPCIONES DE RESPUESTA
(1) Siempre → p 5.4 (2) Muchas veces (3) A veces (4) Muy pocas veces (5) Nunca (98) NS/NR → p 5.4

5.3. ¿Por qué cree que no los recibe siempre?

→ Si respondió nunca en la pregunta 5.2 pasar a la pregunta 5.7

5.4. ¿Qué información recibe habitualmente en las epicrisis o informes de alta hospitalaria? RESPUESTA MÚLTIPLE
(1) Diagnóstico (2) Motivo de hospitalización (3) Indicaciones para el seguimiento
(4) Tratamiento farmacológico (5) Resultados de exámenes (6) Procedimientos realizados
Otra información, ¿cuál? _____ (98) NS / NR

5.5. ¿Recibe la información en un tiempo útil para tomar decisiones sobre la atención al paciente? LEER OPCIONES DE RESPUESTA
(1) Siempre (2) Muchas veces (3) A veces (4) Muy pocas veces (5) Nunca (98) NS/NR

→ Para médicos del nivel secundario y/o terciario que atienden a pacientes que estuvieron hospitalizados	
5.6. ¿Con qué frecuencia envía una epicrisis o informe de alta hospitalaria? LEER OPCIONES DE RESPUESTA (1) Siempre (2) Muchas veces (3) A veces (4) Muy pocas veces (5) Nunca (98) NS/NR	
→ Para todos	
5.7. ¿Detecta dificultades en la utilización de la epicrisis o informe de alta hospitalaria? (1) Sí (2) No → siguiente sección (98) NS/NR → siguiente sección	
5.8. ¿Qué dificultades? _____ _____ _____	
→ Solo para los que respondieron en la pregunta 3.4 que existen guías de práctica clínica compartidas entre los dos niveles y criterios de derivación	
6. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA COMPARTIDAS ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN Y PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN	
* Responda según su experiencia con el uso de guías de práctica clínica compartidas entre niveles de atención y protocolos de derivación en la red	
6.1. ¿Para qué se utilizan las guías de práctica clínica compartidas entre niveles de atención y protocolos de derivación? _____ _____ _____	
6.2. ¿Cuales utiliza? _____ _____ _____	
→ Si respondió ninguna pasar a la pregunta 6.4	
6.3. ¿Sigue las recomendaciones de guías de práctica clínica compartidas entre niveles de atención y protocolos de derivación existentes? LEER OPCIONES DE RESPUESTA (1) Siempre (2) Muchas veces (3) A veces (4) Muy pocas veces (5) Nunca (98) NS/NR	
6.4. ¿Detecta dificultades en la utilización de guías de práctica clínica compartidas entre niveles de atención y protocolos de derivación? (1) Sí (2) No → p.6.6 (98) NS/NR → p.6.6	
6.5. ¿Qué dificultades? _____ _____ _____	
6.6. ¿Cree que han sido elaboradas teniendo en cuenta el punto de vista de los médicos de los distintos niveles de atención? LEER OPCIONES DE RESPUESTA (1) Siempre (2) Muchas veces (3) A veces (4) Muy pocas veces (5) Nunca (98) NS/NR	
6.7. ¿Ha participado alguna vez en una capacitación sobre el uso de guías de práctica clínica compartidas entre niveles de atención y protocolos de derivación? (1) Sí (2) No (98) NS/NR	

→ Solo para los que respondieron en la pregunta 3.5 que se realizan reuniones de capacitación conjunta con médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario

7. REUNIONES DE CAPACITACIÓN CONJUNTA CON MÉDICOS DE APS Y MÉDICOS DEL NIVEL SECUNDARIO Y/O TERCIARIO

** Responda según su experiencia en las reuniones de capacitación conjunta con médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario en la red*

7.1. ¿Para qué se utilizan las reuniones de capacitación conjunta con médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario?

7.2. ¿La institución le proporciona tiempo para asistir a las reuniones de capacitación conjunta con médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario?

(1) Sí (2) A veces (3) No → p.7.4 (4) No se realizan con mi especialidad → p.7.8 (98) NS/NR

7.3. ¿Le parece suficiente?

(1) Sí (2) No (98) NS/NR

7.4. ¿Dónde se realizan? RESPUESTA MÚLTIPLE

(1) CESFAM (2) CDT / Hospital (3) Servicio de Salud

Otro ¿Cuál? _____ (98) NS/NR

7.5. ¿Cuál es el contenido de las reuniones de capacitación conjunta con médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario?

7.6. ¿Qué le parece el contenido? LEER OPCIONES DE RESPUESTA

(1) Muy adecuado (2) Adecuado (3) Indiferente (4) Poco adecuado (5) Nada adecuado (98) NS/NR

7.7. ¿Con qué frecuencia participa en las reuniones de capacitación conjunta con médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario? LEER OPCIONES DE RESPUESTA

(1) Siempre (2) Muchas veces (3) A veces (4) Muy pocas veces (5) Nunca (98) NS/NR

7.8. ¿Detecta dificultades en el funcionamiento de las reuniones de capacitación conjunta con médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario?

(1) Sí (2) No → siguiente sección (98) NS/NR → siguiente sección

7.9. ¿Qué dificultades?

→ Solo para los que respondieron en la pregunta 3.6 que se realizan consultorías o consultas conjuntas entre médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario

7B. CONSULTORÍAS O CONSULTAS CONJUNTAS ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

** Responda según su experiencia con las consultorías o consultas conjuntas entre médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario en la red*

7B.1. ¿Con qué especialidades se realizan consultorías o consultas conjuntas con médicos de APS y médicos del nivel secundario o terciario?

7B.2. ¿Para qué se utilizan?

7B.3. ¿Dónde se realizan? RESPUESTA MÚLTIPLE

(1) CESFAM (2) CDT / Hospital Otro ¿Cuál? _____ (98) NS/NR

7B.4 ¿La institución le proporciona tiempo para participar en las consultorías o consultas conjuntas entre médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario?	
(1) Sí (2) A veces (3) No (4) No se realizan en mi especialidad → p.7B.6	(98) NS/NR
7B.5 ¿Con qué frecuencia participa en las consultorías o consultas conjuntas entre médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario? LEER OPCIONES DE RESPUESTA	
(1) Siempre (2) Muchas veces (3) A veces (4) Muy pocas veces (5) Nunca	(98) NS/NR
7B.6 ¿Detecta dificultades en el funcionamiento de las consultorías o consultas conjuntas entre médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario?	
(1) Sí (2) No → siguiente sección	(98) NS/NR → siguiente sección
7B.7 ¿Qué dificultades?	

→ Para todos

8. TELÉFONO

8.1. ¿Utiliza el teléfono para tratar temas de la atención del paciente con los médicos del otro nivel de atención? LEER OPCIONES DE RESPUESTA. RESPUESTA MÚLTIPLE.

(1) Sí, el institucional (2) Sí, el personal (3) No → p. 8B.1 (98) NS/NR → p. 8B.1

8.2. ¿Con qué frecuencia lo utiliza para tratar temas de la atención al paciente con los médicos del otro nivel? LEER LAS OPCIONES DE RESPUESTA

(1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensualmente (4) Muy ocasionalmente (98) NS/NR

→ Para todos

8B. CORREO ELECTRÓNICO

8B.1 ¿Utiliza el correo electrónico para tratar temas de la atención del paciente con los médicos del otro nivel de atención? LEER OPCIONES DE RESPUESTA. RESPUESTA MÚLTIPLE.

(1) Sí, el institucional (2) Sí, el personal (3) No → p.9.1 (98) NS/NR → p.9.1

8B.2 ¿Con qué frecuencia lo utiliza para tratar temas de la atención al paciente con los médicos del otro nivel? LEER LAS OPCIONES DE RESPUESTA

(1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensualmente (4) Muy ocasionalmente (98) NS/NR

9. SUGERENCIAS PARA LA MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN	
9.1. ¿Qué propone para mejorar la coordinación de la atención entre los médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario de la red?	

10. FACTORES ORGANIZATIVOS RELACIONADOS CON LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN		
10.1. En promedio, ¿cuántos pacientes atiende por hora contratada?	_____	pacientes
10.2. En promedio, ¿de cuánto tiempo dispone por consulta?	_____	minutos
10.3. ¿El tiempo en consulta que puede dedicar a la coordinación clínica (rellenar hojas de interconsulta o contra-referencia, revisar guías de práctica clínica en caso de duda) es suficiente? <i>LEER OPCIONES DE RESPUESTA</i>		
(1) Siempre	(2) Muchas veces	(3) A veces
(4) Muy pocas veces	(5) Nunca	(98) NS/NR
10.4. ¿Cuánto tiempo hace que comenzó a trabajar en este centro?	_____ años _____ meses	_____ meses
10.4.B. ¿Cuánto tiempo hace que comenzó a trabajar en la red del SSMN/SSMS?	_____ años _____ meses	_____ meses
10.5. ¿Cuál es su relación contractual? <i>LEER OPCIONES DE RESPUESTA MÚLTIPLE</i>		
(1) Indefinido (Planta)	(2) Plazo fijo (Contrata)	(3) A honorarios
(4) Compra de servicios	Otro ¿Cuál?	(98) NS/NR
10.6. ¿Qué tipo de régimen de pago describe mejor su forma de remuneración? <i>LEER OPCIONES DE RESPUESTA MÚLTIPLE</i>		
(1) Asalariado	(2) Pago por evento/actividad	(98) NS/NR
10.7. ¿Cuántas horas trabaja por semana en este centro?	_____	horas
10.8. ¿Complementa su trabajo en la red pública con la atención privada?		
(1) Sí	(2) No	(98) NS/NR
10.9. ¿Su institución supervisa o evalúa de manera regular su actividad clínica?		
(1) Sí	(2) No → p.10.10	(98) NS/NR → p.10.10
10.9.1. ¿Cómo lo hace?		

10.9.2. ¿Conoce los resultados de su supervisión o evaluación de la actividad clínica?		
(1) Sí	(2) No	(3) Algunas veces
(98) NS/NR		
10.10. ¿Su institución le limita el número de interconsultas que puede realizar?		
(1) Sí	(2) No	(98) NS/NR
10.11. Aproximadamente, en una semana ¿qué porcentaje de derivaciones que realiza al nivel secundario o terciario (si es médico de APS) o recibe desde la APS (si es médico del nivel secundario y/o terciario) son de pacientes GES?		
_____ %		
* Valore las siguientes afirmaciones empleando las categorías: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo		
10.12. Tengo previsto cambiar de trabajo en los próximos 6 meses		
(1) Totalmente de acuerdo	(2) De acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
(4) En desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo	(98) NS/NR
10.13. Recibo un buen sueldo por mi trabajo		
(1) Totalmente de acuerdo	(2) De acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
(4) En desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo	(98) NS/NR
10.14. Estoy satisfecho/a con mi trabajo		
(1) Totalmente de acuerdo	(2) De acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
(4) En desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo	(98) NS/NR

11. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES	
11.1. Anotar sexo: (1) Hombre (2) Mujer (98) NS/NR	
11.2. Fecha de nacimiento	____ / ____ / ____
11.3. País de nacimiento	_____
11.4. Formación (especialidad)	_____
→ Si no realizó especialidad saltar a sección 12	
11.5. ¿En qué año finalizó?	____
11.6. ¿En qué Universidad?	_____
11.7. Modalidad LEER OPCIONES DE RESPUESTA:	
(1) Beca (2) Autofinanciado Otro ¿Cuál?	_____

12. RESPONDER DESPUÉS DE LA ENCUESTA	
¿Estaría interesado/a en recibir los resultados del estudio?	
(1) Sí → RECOGE DATOS DE CONTACTO (correo electrónico, teléfono EN CONSENTIMIENTO INFORMADO)	(2) No
¿Hay algún comentario adicional que quiera hacer?	

* Muchas gracias por su participación

12.1. Hora de finalización: ____ : ____
12.2. ¿Cómo fue la colaboración con el/la encuestado/a?
(1) Buena (2) Regular (3) Mala
12.3. ¿Cómo fue la comprensión de las preguntas?
(1) Buena (2) Regular (3) Mala
Observaciones generales del/la encuestador/a

Anexo 2: Actualización 2017 cuestionario COORDENA-CH

Secciones actualizadas respecto de 2015



Cuestionario N°: _____

CUESTIONARIO DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN: COORDENA-CH 2017

INFORMACIÓN GENERAL

La Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G. de la Universidad de Chile, en colaboración con los Servicios de Salud del Área Norte y Sur de la Región Metropolitana, junto a los Municipios y direcciones de salud de algunas comunas del territorio bajo su jurisdicción, está haciendo un estudio con el objetivo de analizar la coordinación entre niveles de atención en la red de servicios de salud del sistema público para identificar elementos de mejora.

Como parte de esta investigación se realizó una encuesta en 2015 para conocer la opinión de los médicos sobre la colaboración entre médicos de APS y médicos del nivel secundario y terciario de la red. Posteriormente se implementó una intervención para la mejora de la coordinación en una de las áreas de estudio. En este momento estamos realizando una segunda encuesta para conocer los posibles cambios y así evaluar la efectividad de la intervención.

La información que usted nos proporcione es muy importante ya que permitirá identificar los problemas de coordinación existentes y proponer cambios con la finalidad de mejorar la atención a los pacientes. Los resultados de la encuesta serán divulgados posteriormente, pero se procesarán de forma agregada para asegurar su confidencialidad.

Las personas que utilicen esta información están obligadas por ley* a proteger la confidencialidad de la información, es decir, a no divulgarla y a no utilizarla para ninguna otra finalidad que no sea la antes mencionada, por lo que podemos asegurar la confidencialidad de los datos.

* Ley 20.120/2006; ley 19.628/1999

Le agradecemos su colaboración.

DATOS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Encuestador/a: _____

Fecha: ____/____/____

Hora de inicio: ____:____

Lugar de la encuesta: (1) Centro de trabajo (2) Domicilio Otro, ¿cuál? _____

Centro de salud / CDT / Hospital de la red en el que trabaja el/la encuestado/a ANOTAR EL NOMBRE DEL CENTRO

¿Qué trabajo desarrolla en este centro de salud u hospital? RESPUESTA MÚLTIPLE

- (1) Médico general / médico de familia (2) Otro especialista, consulta externa o ambulatoria
- (3) Otro especialista, urgencias
- (4) Otro especialista, hospitalizaciones

3. CONOCIMIENTO Y USO DE LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

* Responda según su experiencia en su red de servicios (Red SSM Norte o Red SSM Sur)

¿Qué mecanismos o herramientas de coordinación entre niveles de atención existen en su red (Red SSM Norte o Red SSM Sur)?

3.1. Hoja de interconsulta (en papel o virtual)	(1) Sí → p. 4.1 (sección 4)	(2) No	(98) NS / NR
3.2. Hoja de contra-referencia (en papel o virtual)	(1) Sí → p. 4.1 (sección 4)	(2) No	(98) NS / NR
3.3. Epicrisis o informe de alta hospitalaria	(1) Sí → p. 5.1 (sección 5)	(2) No	(98) NS / NR
3.4. Guías de práctica clínica compartidas entre niveles de atención y/o protocolos de derivación	(1) Sí → p. 6.1 (sección 6)	(2) No	(98) NS / NR
3.5. Consultorías presenciales o consultas conjuntas entre niveles de atención	(1) Sí → p. 7.1 (sección 7)	(2) No	(98) NS / NR
3.6. Consultorías virtuales/videoconferencias entre niveles de atención	(1) Sí → p. 7B.1 (sección 7)	(2) No	(98) NS / NR
3.7. Telemedicina entre niveles de atención	(1) Sí → p. 7C.1 (sección 7)	(2) No	(98) NS / NR
3.8. Teléfono institucional	(1) Sí	(2) No	(98) NS / NR
3.9. Correo electrónico institucional	(1) Sí	(2) No	(98) NS / NR

3.10. Otro, ¿cuál? _____

→ Solo para los que respondieron en la pregunta 3.6 que se realizan consultorías virtuales/videoconferencias entre especialidades y APS en la red.

7B. CONSULTORÍAS VIRTUALES/VIDEOCONFERENCIAS ENTRE NIVELES

* Responda según su experiencia con las consultorías virtuales/videoconferencias entre especialidades y APS en la red (Red SSM Norte o Red SSM Sur)

7B.1 ¿Qué especialidades participan en las consultorías virtuales/videoconferencias con APS?

7B.2 ¿Para qué se utilizan?

7B.3 ¿La institución le proporciona tiempo para participar en las consultorías virtuales/videoconferencias entre especialidades y APS?	
(1) Sí	(2) A veces (3) No → p.7B.5 (4) No se realizan en mi especialidad → p.7B.5 (98) NS/NR
7B.4 ¿Le parece suficiente?	
(1) Sí	(2) No (98) NS/NR
7B.5 ¿Qué le parecen los contenidos? LEER OPCIONES DE RESPUESTA	
(1) Muy adecuados	(2) Adecuados (3) Indiferentes (4) Poco adecuados (5) Nada adecuados (98) NS/NR
7B.6 ¿Con qué frecuencia participa en las consultorías virtuales/videoconferencias entre especialidades y APS? LEER OPCIONES DE RESPUESTA	
(1) Siempre	(2) Muchas veces (3) A veces (4) Muy pocas veces (5) Nunca (98) NS/NR
7B.7 ¿Cree que son útiles?	
(1) Sí	(2) No (98) NS/NR → p.7B.8
7B.7.1 ¿Por qué?	
7B.8 ¿Detecta dificultades en el funcionamiento de las consultorías virtuales/videoconferencias entre especialidades y APS?	
(1) Sí	(2) No → siguiente sección (98) NS/NR → siguiente sección
7B.8.1 ¿Qué dificultades?	

→ Solo para los que respondieron en la pregunta 3.7 que se realiza telemedicina entre médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario en la red.	
7C. TELEMEDICINA ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN	
* Responda según su experiencia con telemedicina entre médicos de APS y del nivel secundario y/o terciario en la red (Red SSM Norte o Red SSM Sur)	
7C.1 ¿Con qué especialidades se realiza telemedicina entre médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario en la red?	
7C.2 ¿Para qué se utiliza?	
7C.3 ¿La institución le proporciona tiempo para hacer uso de la telemedicina entre médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario en la red?	
(1) Sí	(2) A veces (3) No (4) No se realizan en mi especialidad → p.7C.5 (98) NS/NR
7C.4 ¿Con qué frecuencia utiliza la telemedicina con médicos del otro nivel, para la atención de pacientes? LEER OPCIONES DE RESPUESTA	
(1) Siempre	(2) Muchas veces (3) A veces (4) Muy pocas veces (5) Nunca (98) NS/NR
7C.5 ¿Cree que la telemedicina entre médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario en la red es útil?	
(1) Sí	(2) No (98) NS/NR → p.7C.6
7C.5.1 ¿Por qué?	



Cuestionario N°: _____

7C.6 ¿Detecta dificultades en el uso de la telemedicina entre médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario en la red?	
(1) Sí	(2) No → siguiente sección
(98) NS/NR → siguiente sección	
7C.6.1 ¿Qué dificultades?	

→ Para todos	
8. TELÉFONO	
8.1. ¿Utiliza el teléfono para tratar temas de la atención del paciente con los médicos del otro nivel de atención? <i>LEER OPCIONES DE RESPUESTA. RESPUESTA MÚLTIPLE.</i>	
(1) Sí, el institucional	(2) Sí, el personal
(3) No → p.8B.1	(98) NS/NR → p.8B.1
8.1.1. Concretamente ¿para qué utiliza el teléfono al comunicarse con los médicos del otro nivel?	
8.2. ¿Con qué frecuencia lo utiliza para tratar temas de la atención al paciente con los médicos del otro nivel? <i>LEER LAS OPCIONES DE RESPUESTA</i>	
(1) Diariamente	(2) Semanalmente
(3) Mensualmente	(4) Muy ocasionalmente
(98) NS/NR	
→ Para todos	
8B. CORREO ELECTRÓNICO	
8B.1 ¿Utiliza el correo electrónico para tratar temas de la atención del paciente con los médicos del otro nivel de atención? <i>LEER OPCIONES DE RESPUESTA. RESPUESTA MÚLTIPLE.</i>	
(1) Sí, el institucional	(2) Sí, el personal
(3) No → p.8C.1	(98) NS/NR → p.8C.1
8B.1.1 Concretamente ¿para qué utiliza el correo electrónico al comunicarse con los médicos del otro nivel?	
8B.2 ¿Con qué frecuencia lo utiliza para tratar temas de la atención al paciente con los médicos del otro nivel? <i>LEER LAS OPCIONES DE RESPUESTA</i>	
(1) Diariamente	(2) Semanalmente
(3) Mensualmente	(4) Muy ocasionalmente
(98) NS/NR	
→ Para todos	
8C. WHATSAPP	
8C.1 ¿Utiliza Whatsapp para tratar temas de la atención de pacientes con los médicos del otro nivel?	
(1) Sí	(2) No → p.8D.1
(98) NS/NR → p.8D.1	
8C.1.1 Concretamente ¿para qué utiliza el Whatsapp al comunicarse con los médicos del otro nivel?	
8C.2 ¿Con qué frecuencia lo utiliza? <i>LEER LAS OPCIONES DE RESPUESTA</i>	
(1) Diariamente	(2) Semanalmente
(3) Mensualmente	(4) Muy ocasionalmente
(98) NS/NR	



Cuestionario N°: _____

→ Para todos	
8D. VISITAS INTERNIVEL DEL PROGRAMA DE INDUCCIÓN AL TRABAJO EN RED	
8D.1 ¿Conoce las visitas inter-nivel del programa de inducción al trabajo en red del SSMN?	
(1) Si	(2) No → p.9.1 (98) NS/NR → p.9.1
8D.2 ¿Ha participado en alguna de ellas, visitando o recibiendo al otro nivel?	
(1) Si	(2) No
8D.3 ¿Cree que son útiles?	
(1) Si	(2) No
8D.3.1 ¿Por qué?	

9. SUGERENCIAS PARA LA MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN
9.1 ¿Qué propone para mejorar la coordinación de la atención entre médicos de APS y médicos del nivel secundario y/o terciario de la red?