

Impacto de la digitalización en la continuidad del cuidado: El caso del proceso de referencia y contrarreferencia de la red pública de salud chilena

René Lagos Barrios^{1,a,*}, Daniel Manzano Méndez^{2,b}.

Impact of Digitalization on Continuity of Care: The Case of the Referral and Counter-Referral Process in the Chilean Public Health Network

RESUMEN

Chile cuenta con una red pública de salud caracterizada por la fragmentación, lo que dificulta la continuidad de la atención. El proceso de referencia y contrarreferencia (RCR) es clave para garantizar la coordinación entre niveles de atención, y diversas políticas de digitalización han intervenido en él. **Objetivo:** Analizar el impacto de tres políticas de digitalización implementadas en el proceso de RCR de la red pública de salud chilena sobre la continuidad del cuidado. **Métodos:** Se realizó un estudio de serie de casos centrado en las siguientes políticas: el Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA), el Hospital Digital (HD) y el Canal Único de Derivación (CUD). Se llevó a cabo una revisión documental de fuentes oficiales y notas de prensa. Para caracterizar cada política, se utilizó una adaptación del enfoque de estudio de caso pragmático y una tipología de políticas de digitalización en salud pública. Para evaluar su impacto en la continuidad del cuidado se aplicó el Cuestionario de Continuidad Asistencial entre Niveles de Atención. **Resultados:** Las políticas analizadas se correspondieron con distintos modelos de digitalización: digitalización (SIDRA), digitalización (CUD) y transformación digital (HD). Las tres favorecieron la dimensión informativa de la continuidad del cuidado. En cuanto a la dimensión longitudinal, SIDRA tuvo un impacto marginal; HD la fortaleció mediante la ampliación de los canales de comunicación entre niveles y la cobertura del ciclo completo del proceso RCR; y CUD fue más allá al mejorar el acceso a la historia clínica de los pacientes y automatizar la comunicación

¹Programa de Doctorado en Salud Pública, Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

²Universidad técnica Federico Santa María. Santiago, Chile.

^aDoctor (c) en Salud Pública.

^bDoctor en Ciencias Sociales.

*Correspondencia: René Lagos Barrios / rlagos@uchile.cl

Financiamiento: Estudios de doctorado financiados por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo ANID-Subdirección de Capital Humano/Doctorado Nacional/2022-21220971.

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

Recibido el 23 de octubre de 2024.

Aceptado el 03 de agosto de 2025.

entre niveles. **Conclusiones:** Las políticas de digitalización aplicadas al proceso de RCR han fortalecido la dimensión informativa de la continuidad del cuidado, pero su efecto sobre la dimensión longitudinal es heterogéneo. Avanzar en la digitalización del sistema de salud no garantiza una mejora proporcional en la continuidad de la atención.

Palabras clave: Continuidad de la Atención al Paciente; Derivación y Consulta; Salud Pública Digital; Sistemas de Información en Salud; Telemedicina.

ABSTRACT

Chile's public health system is characterized by fragmentation, which hinders continuity of care. The referral and counter-referral (RCR) process plays a key role in ensuring coordination between levels of care, and several digitalization policies have been implemented to improve it. **Aim:** To analyze the impact of three digitalization policies implemented in the RCR process of Chile's public health system on continuity of care. **Methods:** A case series study was conducted on the following policies: the Healthcare Network Information System (SIDRA), Digital Hospital (HD), and Single Referral Channel (CUD). A documentary review of official documents and press releases was carried out. To characterize each policy, an adaptation of the pragmatic case study approach and a typology of public health digitalization policies were used. The Continuity of Care Questionnaire Between Levels of Care was applied to assess the impact of each policy on continuity of care. **Results:** The policies analyzed reflect different digitalization models: digitization (SIDRA), digitalization (CUD), and digital transformation (HD). All three promoted the informational dimension of continuity of care. Regarding the longitudinal dimension, SIDRA's impact was marginal; HD improved continuity by expanding communication channels between care levels and covering the entire RCR cycle; and CUD went further by enhancing access to patients' medical records and automating communication between levels. **Conclusions:** Digitalization policies in the RCR process have strengthened the informational dimension of continuity of care, but their impact on the longitudinal dimension remains heterogeneous. Advancing digitalization in health does not necessarily lead to proportional improvements in continuity of care.

Keywords: Continuity of Patient Care; Digital Public Health; Health Information Systems; Referral and Consultation; Telemedicine.

El impacto de las políticas de digitalización en la continuidad del cuidado presenta un interés principal debido a la creciente implementación de tecnologías de información y comunicación (TIC) en el sector salud y su potencial impacto en la eficiencia y calidad del cuidado.

La experiencia internacional muestra que la digitalización en salud puede aumentar la accesibilidad, la calidad de atención de salud y optimizar la gestión de recursos¹. Por ejemplo, la telemedicina tiene la capacidad de reducir las listas de espera y el tiempo de acceso a especialistas^{2,3,4}. En salud pública se han implementado políticas de digitalización con distintos alcances y tecnologías: registros clínicos electrónicos (RCE), inteligencia artificial, telemedicina, entre otras TICs^{5,6}. A pesar de ello persisten brechas en relación con el impacto de la digitalización en la fragmentación de la atención. No se ha estudiado exhaustivamente de qué forma estas intervenciones contribuyen a mejorar la continuidad del cuidado, pilar para el desarrollo de un modelo de salud integral en salud familiar y de redes integradas de servicios de salud (RISS).

Investigaciones han observado que las intervenciones de coordinación clínica han impactado positivamente en la continuidad del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas en América Latina⁷. Los instrumentos como la escala CCAENA permiten evaluar intervenciones que buscan mejorar la continuidad asistencial desde la perspectiva del usuario^{8,9}. Si bien han sido aplicados para evaluar la coordinación clínica en la derivación de pacientes entre niveles de atención^{7,10}, no se ha evaluado de qué forma incide la digitalización en este proceso.

Dado el amplio alcance del concepto de "salud digital", es menester precisar que se entenderá por él y sus alcances conceptuales en este artículo. Iyamu, et al.⁶ realizan una revisión sistemática de la literatura publicada entre los años 2016 y 2020 sobre artículos que hayan abordado la definición de "salud pública digital" y distinguen tres niveles de "digitalización". Digitalización dice relación con "*un proceso técnico para convertir registros analógicos existentes en datos digitales*"; Digitalización "*implica cambios organizacionales*

y culturales para incluir y mantener tecnologías en el proceso de prestación de servicios para cumplir con los objetivos de salud"; mientras que transformación digital es "*un proceso complejo y multifacético que es disruptivo y cambia fundamentalmente la cultura, los modelos operativos y los objetivos de los servicios de salud pública, centrados en las necesidades de salud del público*"⁶. En este artículo se consideran los tres niveles de digitalización en salud pública.

La continuidad de los cuidados es trascendental para dar soporte a una atención de salud integral y existen diversas aristas que comprenden este concepto. Según el artículo "Defining and Measuring: Interpersonal Continuity of Care"¹¹, la definición tiene múltiples dimensiones, las cuales están relacionadas de manera gradual. La dimensión informativa declara la disponibilidad y acceso a la información clínica, la longitudinal, plantea la interacción de equipos en el cuidado de la salud a partir información clínica, buscando una mejor calidad de la atención; y finalmente la interpersonal, que señala una relación continua entre paciente y el personal médico¹¹. Reid, Haggerty y Mckendry¹² se refieren a estas dimensiones como tipos de continuidad. Frente a ello, las políticas de digitalización tienen mayor coherencia con la transferencia de información propia de la dimensión informativa y longitudinal.

En la red pública de salud la continuidad del cuidado depende en gran medida del sistema de referencia y contrareferencia (RCR), que es "*el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud a otro, generalmente desde uno de menor complejidad a uno de mayor capacidad resolutiva y la contrarreferencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y el cuidado de la salud del usuario*"¹³. Por lo que es un proceso central para materializar los modelos RIIS y de atención integral en salud familiar.

Materiales y Métodos

Para analizar las políticas de digitalización y su impacto sobre la continuidad de la atención en Chile, se realizó un análisis en torno al proceso

de RCR. Para ello, se adaptó la metodología del estudio de caso pragmático^{14,15}, el cual se ha utilizado fundamentalmente para sistematizar prácticas clínicas en salud mental. La unidad de análisis son tres casos de intervención con TIC del proceso de RCR:

1. SIDRA: principal política de informatización de la red pública de salud;
2. HD: política que incorporó la atención por telemedicina como alternativa a la derivación para atención presencial; y
3. CUD del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO): política que buscó optimizar las derivaciones en el servicio de salud más poblado del país.

Con el fin de analizar las políticas integralmente se utilizó la estructura recomendada para reportar estudios de casos pragmáticos de Fischman (2013), la cual se adaptó para el análisis de casos de políticas de digitalización aplicadas a proceso de RCR (Tabla 1).

Se realizó una revisión documental de cada política, considerando documentos oficiales de las instituciones participantes y entrevistas a actores claves en la formulación de las políticas publicadas en la web.

Para el análisis de las políticas y su impacto en la continuidad del cuidado en el marco del proceso de RCR, se utilizaron dos marcos conceptuales: i) Por un lado, se analizaron las políticas a partir

Tabla 1. Estructura de estudio de caso pragmático aplicado al análisis de políticas de digitalización del proceso de Referencia-Contrarreferencia (RCR). Fuente: elaboración propia.

Estudio de Caso Pragmático	Caso de política de digitalización aplicada al proceso de RCR
Paciente de salud mental	Población que necesita ser derivadas del nivel primario al secundario para resolver sus problemas de salud
Marco conceptual de la terapia	Marco conceptual con que se formuló la política de digitalización del proceso de RCR
Historia, problemas y necesidades del paciente	Contexto de los usuarios en el origen de la política de digitalización del proceso de RCR
Formulación y plan de terapia	Formulación de la política de digitalización de RCR (objetivo, participantes)
Proceso de terapia	Proceso de RCR digitalizado por la política
Proceso y datos para monitorear la terapia	Reportes e indicadores de desempeño utilizados para monitorear la política de digitalización de RCR
Evaluación del proceso y resultados de la terapia	Evaluación con Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención del potencial impacto de la política de digitalización del proceso de RCR en las dimensiones informativa y longitudinal de la continuidad asistencial.

de los tres niveles de digitalización propuestos por Iyamu para identificar e interpretar el grado de digitalización; y ii) para el análisis del impacto de las políticas en la continuidad del cuidado, se utilizaron las dimensiones de Saultz, con el fin de identificar el grado de integración desarrollado en la continuidad del cuidado que impactan las políticas. Por su parte, para la evaluación de las aristas vinculadas al proceso y sus resultados, se consideraron las dimensiones de la continuidad informativa y longitudinal. No se consideró la dimensión de continuidad relacional, pues la estabilidad del personal y de las relaciones entre profesionales y usuarios estaban fuera del alcance de las políticas. Se utilizó el cuestionario CCAENA para operacionalizar las dimensiones consideradas, identificando la evidencia del impacto de las políticas sobre cada pregunta del cuestionario.

Resultados

Los resultados del análisis son expuestos siguiendo la estructura de análisis de casos pragmático.

Población

SIDRA, HD y CUD intervienen sobre la población que se atiende en atención primaria (APS) y requiere una atención con un especialista médico o dental para solucionar su problema de salud. SIDRA abarcó la población inscrita en la red pública que requiere atención de todas las especialidades. HD abarcó esta misma población, pero acotado a personas que requieren atención de las especialidades de dermatología, diabetes, geriatría, nefrología, ortodoncia, patología oral, trastorno temporomandibular y extracción de terceros molares. CUD abarcó la población inscrita del SSMSO, la población de mayor tamaño del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Contexto de los usuarios en el origen de la política

SIDRA fue impulsada por el Ministerio de Salud en 2008, momento en que la mayoría de las fichas clínicas de los usuarios se registraban en papel. En un contexto de inequidades en las condiciones de salud y segmentación en la

atención¹⁶, la reforma AUGE y la Agenda Digital 2020 del Gobierno incentivaron a los establecimientos a estandarizar sus procesos y registros para ser acreditados¹⁷.

HD surgió a partir del Programa de Telemedicina que agrupó un conjunto de experiencias en el país bajo un marco conceptual y operativo común³. En un contexto de envejecimiento de la población y aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, la telemedicina se presentó como una solución disruptiva para enfrentar la sobrecarga del sistema público de salud y las listas de espera para consulta de especialidad.

Mientras que CUD nació en 2021, cuando la pandemia había pospuesto la atención ambulatoria de especialidades y se necesitaba responder al incremento de derivaciones. El Programa de Telenefrología en el Hospital Padre Hurtado¹⁸ y el uso de TICs para el seguimiento de pacientes domiciliarios¹⁹ habían demostrado su potencial para optimizar los flujos de atención.

Marco conceptual de las políticas

SIDRA se concibió como una política de informatización de la red asistencial que impulsó la implementación de RCE: “SIDRA es la estrategia más importante que el país ha desarrollado en el ámbito de la informatización de la red asistencial pública de salud (...) en aspectos de carácter administrativo en sus comienzos”²⁰. Para ello fue fundamental la estandarización de los procesos y de los registros clínicos, tarea que abordó la informática médica¹⁷. El concepto de Red Asistencial en SIDRA denotaba que la estrategia abarcaba toda la red y reconocía a los SS y municipalidades como organismos autónomos e impulsores principales de la estrategia.

HD se concibió como una política de salud digital que “a través del uso de tecnologías de la información y comunicaciones, facilita la provisión de servicios de salud a distancia”²¹. La política partió de la premisa que la telemedicina y el telemonitoreo transformarían el modelo de atención, permitiendo que los médicos especialistas supervisen directamente la salud de la población. En palabras del Ministro de Salud: “Los especialistas van a seguir siendo actores clínicos

atendiendo pacientes uno a uno, pero además van a tener que ser gestores de poblaciones [...]. Los crónicos los vamos a trasladar a las casas, los vamos a tocar desde las casas, los vamos a mirar desde las casas, los vamos a auscultar desde las casas. Para ello la tecnología es el medio por el cual los vamos a estar tocando”²².

El enfoque de CUD fue de innovación en salud, donde lo central era integrar los actores y procesos de la red y expandir el acceso a información clínica, la cual se encontraba fragmentada en nueve RCE implementados en el SSMSO^{23,24}. La intervención se basó en las definiciones y actores del proceso de RCR, pero incorporando TICs que lo optimizan.

Formulación de la política

Para la formulación de SIDRA, se estableció un convenio marco para la compra de software en salud cuyo propósito era “dar soporte a la gestión en cada nivel y servir como herramienta tecnológica para mejorar los procesos de la red asistencial”²⁵. La Oficina Central de Informática en Salud del Ministerio de Salud coordinó esta política a nivel nacional²⁰.

En 2018 el ministro Emilio Santelices inició la implementación de HD para “ampliar la oferta de especialistas y cobertura de atención de salud para la población, instalando una alternativa al modelo tradicional sustentadas en TICs”²⁶. Se desarrolló una plataforma informática centralizada a través de la cual se ofrecieron a los establecimientos de la red pública prestaciones basadas en tecnologías disruptivas, tales como telemedicina e inteligencia artificial. El Departamento de Salud Digital implementó esta plataforma²¹.

Mientras que el objetivo de CUD fue “permitir a los profesionales de la red sur oriente gestionar las interconsultas de manera integral, mediante altos estándares de seguridad, manteniendo al usuario al centro de la actividad clínica”²⁷. Para ello integró en una plataforma la telemedicina asincrónica con el Visor de Información Abreviada del Usuario (VIAU) y los RCE locales para gestionar las derivaciones de forma integral en el SSMSO. El Departamento de Salud Digital del SSMSO fue el coordinador de la implementación.

Proceso de RCR digitalizado

En SIDRA cada servicio de salud definió localmente su proceso de RCR y sistemas informáticos de apoyo. Sin embargo, la Norma 118 de Registro de Listas de Espera²⁸ estableció los principales hitos de la RCR y los conjuntos mínimos de datos respectivos (Figura 1).

En HD, la telemedicina fue la principal intervención del proceso de RCR, disponiéndose la modalidad sincrónica y asincrónica²¹. A través de la plataforma de HD los establecimientos pudieron derivar casos para atención de especialidad en un servicio de salud virtual, donde médicos especialistas analizan los casos y entregan las indicaciones para continuar el tratamiento de las personas en APS o derivan para atención presencial en su centro de referencia local (Figura 2).

En CUD, todas las derivaciones al nivel secundario fueron canalizadas a través de una plataforma informática integrada a los RCE, donde el médico especialista del hospital de referencia local las prioriza, pudiendo consultar la historia clínica reciente de cada paciente y, en los casos que es factible, resolver por telemedicina asincrónica enviando las indicaciones para manejo del paciente en APS (Figura 3).

Reportes e indicadores de desempeño

Para monitorear el avance de la política SIDRA se utilizaron los Compromisos de Gestión (COMGES), en donde los SS reportan trimestralmente la cobertura de informatización en los centros de salud y la concordancia entre los RCE y los Reportes Estadísticos Mensuales²⁹.

El avance HD también se monitorea a través de los COMGES, siendo el cumplimiento de metas de atenciones de telemedicina asincrónica por servicio de salud el indicador asociado al proceso de RCR^{29,30}. Los tiempos de respuesta fueron reportados, pero no como parte de un sistema de indicadores oficial²⁶.

Mientras que CUD, al ser una política local del SSMSO, se monitorea en base a un panel de indicadores que reporta la cobertura de especialidades y centros, el total de derivaciones, los tiempos de atención y el porcentaje de resolución de casos, entre otros³¹.

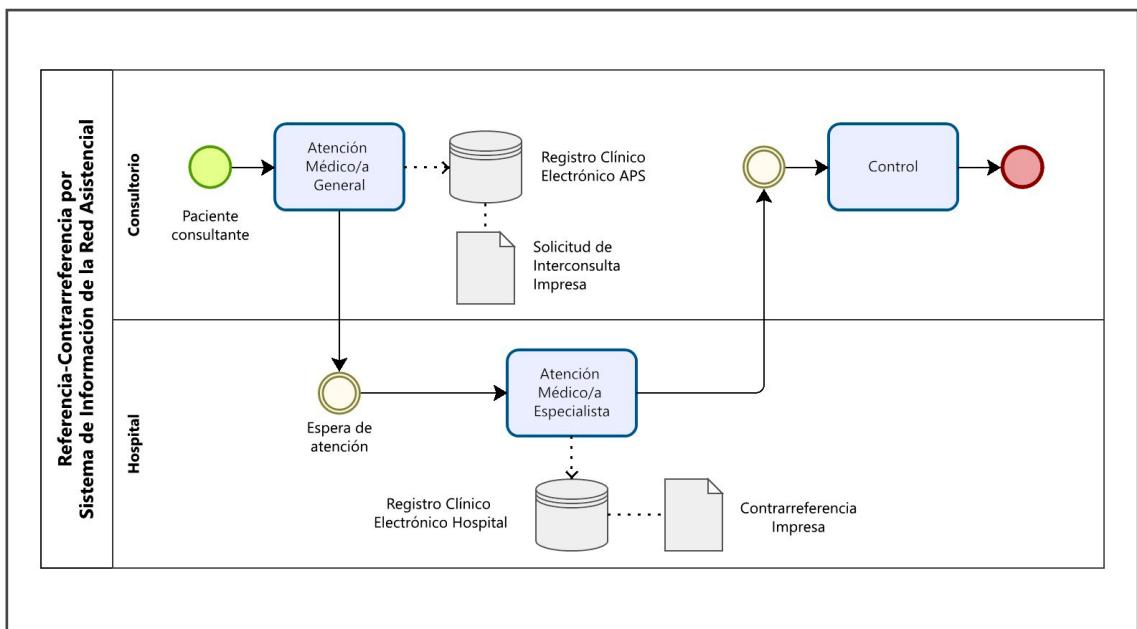


Figura 1: Protocolo de Referencia-Contrarreferencia del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, basado en la Norma 118 de Registro de Listas de Espera. IC: interconsulta, R-CR: Referencia-Contrarreferencia. Fuente: (38).

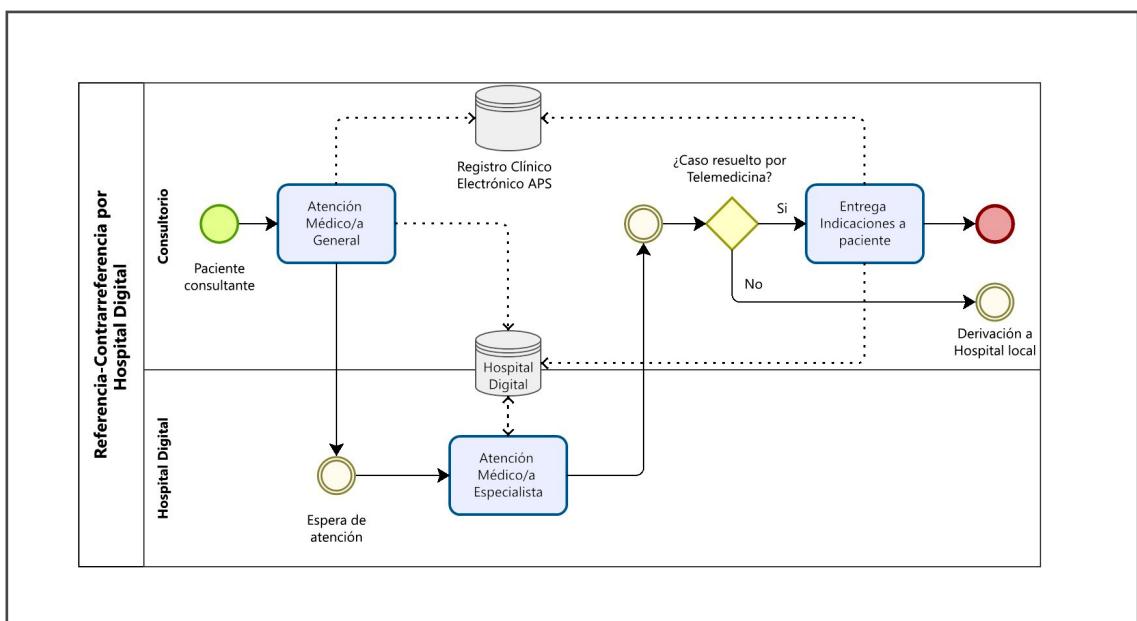


Figura 2: Modelo de Telemedicina Asincrónica de Especialidad de Hospital Digital. Fuente: (44).

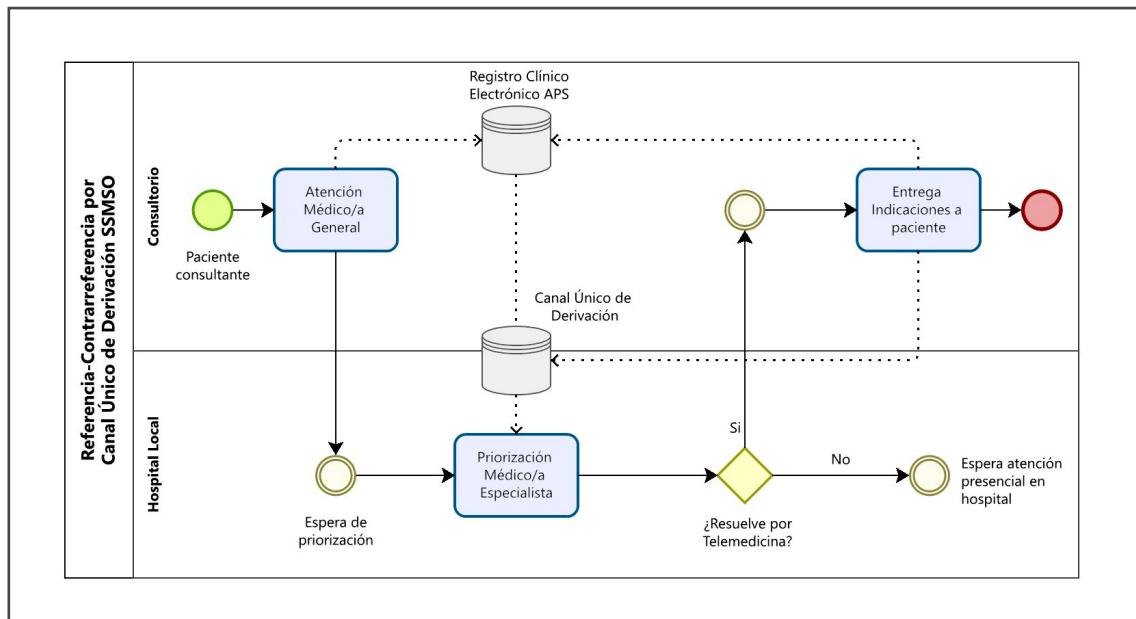


Figura 3: Flujo de gestión de casos a través del Canal Único de Derivación del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. IC: interconsulta. RCE: Registro Clínico Electrónico. APS: Atención Primaria de Salud. Fuente: (27).

Procesos y resultados de las políticas

La tabla 2 muestra la evaluación de las preguntas del cuestionario CCAENA según la evidencia recopilada.

Se devela cómo las tres políticas abordan la dimensión informativa tanto para la referencia como para la contrarreferencia. SIDRA y HD se centran principalmente en la información relacionada con la razón de la consulta (SIDRA con foco en los datos administrativos), mientras que CUD permite un acceso más amplio al historial clínico del paciente a través del (VIAU). En cuanto a la modalidad de transferencia, CUD tiene una integración automatizada entre los sistemas de registro clínico, facilitando la comunicación entre profesionales, HD requiere que el médico general traspase manualmente la información entre el RCE y HD, y SIDRA digitaliza el registro de la referencia y contrarreferencia, pero no su transferencia entre niveles, por lo que el paciente es el encargado de transferir la información.

En relación a la dimensión longitudinal, HD y CUD permiten una comunicación bidireccional

más fluida entre APS y especialidades, incluyendo canales de chat para discutir casos específicos, lo que permite alinear la conducta a seguir respecto a un caso. Sin embargo, esta coordinación se limita a los casos en que la atención puede realizarse telemáticamente, pues no contemplan mecanismos de transferencia de información y coordinación entre niveles para los casos derivados para atención presencial. SIDRA, por su parte, se limita a digitalizar un mensaje de ida (la referencia) y uno de vuelta (la contrarreferencia), lo que restringe la posibilidad de que los profesionales de ambos niveles se retroalimenten y coordinen en la atención de los casos. Respecto a los exámenes, en HD todos se realizan en APS, lo que evita que se dupliquen; CUD permite consultar exámenes previos en la red local y SIDRA no establece un mínimo de información de los exámenes realizados. Respecto al seguimiento del paciente, HD y CUD cierran el flujo con el retorno a APS y entrega de las indicaciones al paciente, mientras que SIDRA solo considera el registro de la contrarreferencia, pero no la visita a APS.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN / RESEARCH ARTICLE

Digitalización y Continuidad del Cuidado en Chile - R. Lagos, et al.

Tabla 2. Impacto de las políticas de digitalización en las preguntas del Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención. ✓ impacto positivo; ✗ no impacta; APS: Atención Primaria de Salud; RCE: Registro Clínico Electrónico, SIC: solicitud de interconsulta; SSMSO: Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente; VIAU: Visor de Información Abreviada del Usuario. Fuente: Elaboración propia.

Dimensión Saultz	Pregunta CCAENA	Hospital Digital (HD)	Canal Único Derivación (CUD)	Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA)
Informativa	Creo que los profesionales que me atienden conocen mi historial clínico previo	✗ Especialista No puede acceder al historial clínico local, sólo tiene disponible la información enviada a través de HD ³² . Médico APS puede acceder al RCE local y al historial en HD, pero no están integrados ³³ .	✓ Especialista puede consultar el Visor de Información Abreviada del Usuario (VIAU) inserto en el CUD con episodios recientes en el SSMSO ³⁴ .	✗ SIDRA considera la informatización del proceso de Referencia, digitalizando el proceso de solicitud de interconsulta ²⁰ , pero no considera la integración de los RCE, por lo que los profesionales no pueden acceder al historial previo, salvo en algunos SS ³⁵ .
	Cuando consulto al médico de cabecera no necesito contarle las indicaciones que los especialistas me han dado	✓ Médico de APS puede ver la respuesta en la plataforma de HD. Médico APS debe transcribir la contrarreferencia en la ficha clínica local ³³ .	✓ Médico de APS puede ver atenciones en el nivel secundario a través del VIAU ³⁴ .	✓ Estrategia considera informatización del proceso de contrarreferencia ²⁰ . Sin embargo, no considera la integración de sistemas para la transferencia automática.
	Después de ir al especialista mi médico de cabecera comenta conmigo la visita	✓ Para que se complete la atención, médico APS debe entregar las indicaciones de la teleconsulta ³⁰ .	✓ Para que se complete la atención, médico APS debe entregar las indicaciones de la teleconsulta ³⁶ .	✗ Estrategia no considera el “rescate” en APS.
	El médico de APS me entregó un reporte clínico para el especialista	✓ El médico APS debe ingresar un reporte clínico para el especialista en la plataforma de HD ³³ .	✓ El médico APS debe ingresar reporte clínico en la solicitud de interconsulta, de hecho, mientras la interconsulta figure como pendiente de responder de parte el especialista, el médico de APS puede continuar incorporando información del paciente ³⁷ .	✓ El médico APS debe ingresar reporte clínico en la solicitud de interconsulta para el proceso de derivación ³⁸ .
	Cuando consulto al especialista no necesito contarle las indicaciones que el médico de cabecera me ha dado	✓ Especialista sólo puede ver los datos en el formulario de derivación, no puede ver otras atenciones ³³ .	✓ El especialista tiene disponible el registro de las consultas en APS a través del VIAU, con los datos de APS origen y médico tratante de esta ³⁴ .	✓ Estrategia no considera integración de RCE de nivel primario y secundario, por lo que especialista sólo puede acceder al reporte de la SIC. SIC incluye sospecha diagnóstica y fundamento diagnóstico según norma 118 ²⁸ .

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN / RESEARCH ARTICLE

Digitalización y Continuidad del Cuidado en Chile - R. Lagos, et al.

...continuación tabla 2.

Dimensión Saultz	Pregunta CCAENA	Hospital Digital (HD)	Canal Único Derivación (CUD)	Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA)
	El médico de APS me preguntó por las atenciones que he tenido con el especialista	✓ Médico APS puede ver la respuesta del especialista en la plataforma de HD. Sin embargo, no la puede ver en el RCE local ³³ .	✓ Médico APS contacta al paciente una vez que recibe las indicaciones del especialista ³⁶ .	✓ Estrategia contempla la digitalización de la contrarreferencia, por lo que puede recibir las indicaciones del especialista ²⁰ . Sin embargo, la estrategia no considera la integración entre sistemas.
Longitudinal	Mi médico de cabecera y mi especialista se comunican entre ellos.	✓ HD permite la comunicación entre niveles a través del envío de interconsultas asincrónicas, sin embargo, no considera mecanismos de coordinación para alinear criterios ³⁹ .	✓ CUD permite el intercambio de información a través de la solicitud de interconsulta, chat y contrarreferencia ³⁴ .	✓ Estrategia informatiza la derivación y la contrarreferencia ²⁰ . ✗ No considera canales de comunicaciones complementarios.
	El especialista no me repite las pruebas que ya me ha realizado mi médico de cabecera	✓ El formulario de HD especifica los exámenes por especialidad que necesita el especialista para realizar la teleconsulta ³³ .	✓ Especialista puede consultar exámenes en VIAU ³⁴ .	✗ Estrategia no considera integración de RCE, por lo que especialista no puede ver los exámenes previos.
	El especialista suele estar de acuerdo con las indicaciones del médico de cabecera	✓ A través del chat se pueden discutir las indicaciones y eventuales desacuerdos ³² .	✓ A través del chat se pueden discutir indicaciones y eventuales desacuerdos ⁴⁰ .	✗ Estrategia no considera canales para discutir indicaciones y la coordinación clínica entre niveles.
	El médico de APS me derivó al especialista siempre que necesité una consulta	✓ Médico APS puede realizar teleconsulta en cualquier consulta ³³ .	✓ Médico APS puede solicitar interconsulta en cualquier consulta ⁴¹ .	✓ Médico APS puede solicitar interconsulta en cualquier consulta ³⁸ .
	El especialista me envía al médico de cabecera para las visitas de seguimiento	✓ Profesionales de HD revisan el caso y envían las indicaciones al médico de APS ³² .	✓ Profesionales de nivel secundario revisa el caso y envía las indicaciones al médico APS, mediante opción “indicaciones a paciente” ³⁴ .	✓ Estrategia contempla la informatización de la contrarreferencia ²⁰ , pero no asegura la transferencia automática de la información.

...continuación tabla 2.

Dimensión Saultz	Pregunta CCAENA	Hospital Digital (HD)	Canal Único Derivación (CUD)	Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA)
	El médico de APS repitió los exámenes médicos realizados por el especialista	✓ No es necesario repetir exámenes, pues todos los exámenes se toman y registran en APS ³³ . Sin embargo, el médico APS puede tener dificultades para realizar las indicaciones (si APS no tiene medicamento prescrito, por ejemplo).	✓ No es necesario repetir exámenes, pues todos los exámenes se toman y registran en APS y además se puede consultar el VIAU ^{34,37} .	✗ Estrategia no considera la integración de RCE, por lo que APS no puede ver los exámenes realizados en el nivel secundario.
	Visité al médico de APS por que fui contra-referido por el especialista	✓ Para que se complete la atención, el médico APS debe entregar las indicaciones de la teleconsulta ³⁰ .	✓ Para que se complete la atención, el médico APS debe entregar las indicaciones de la teleconsulta ³⁶ .	✓ Estrategia contempla la informatización de la contrarreferencia, pero no contempla el rescate del paciente ³⁸ .
	Creo que la atención que recibo por parte del médico de cabecera y el especialista está coordinada	✗ No lo aborda, puede haber descoordinaciones.	✗ No lo aborda, puede haber descoordinaciones.	✗ No lo aborda, puede haber descoordinaciones.

Discusión

Las políticas de digitalización del proceso de RCR han propiciado la continuidad de los cuidados en su dimensión informativa y longitudinal, con diferencias según el alcance de la política. SIDRA se enfocó en la estandarización e informatización de los registros analógicos para optimizar el control administrativo. Los indicadores de monitoreo no tuvieron relación con la dimensión informativa o longitudinal de la continuidad de la atención y se enfocaron en los aspectos tecnológicos. Puede clasificarse como una política de digitalización.

HD se concibió como una política de transformación digital en salud pública, pues buscó superar la atención presencial en los SS mediante la incorporación de telemedicina. La plataforma apoya el ciclo completo de RCR hasta el regreso

del paciente a su centro de origen, con un canal de comunicación complementario a la interconsulta. Si bien permite mejorar la transferencia de información y la coherencia de la atención respecto a SIDRA, presenta barreras como la falta integración con los RCE locales y la historia clínica del paciente.

CUD se enfocó en mejorar la integralidad en la gestión de las interconsultas con los procesos y recursos existentes, por lo que constituye una política de digitalización. Tiene un mayor impacto en la transferencia de información y continuidad de la atención, gracias a su integración con los RCE para consultar la historia clínica reciente y envío automatizado de las derivaciones y contrarreferencias. Aspectos relevantes en un contexto de aumento de la población multimorbilidad y tiempos limitados para la gestión de la demanda en APS⁴².

Ninguna de las estrategias abordó la coordinación general del proceso de RCR como parte de la intervención. Por ejemplo, implementar consultorías virtuales periódicas entre niveles para mejorar la coherencia de los protocolos de derivación y la colaboración multidisciplinaria para el manejo de casos⁴³. Los indicadores de desempeño no consideran el tiempo hasta la entrega de indicaciones o control en APS después de la contrarreferencia y se centran en la primera atención en el nivel secundario. Además, los pacientes que siguen el curso presencial permanecen expuestos a las limitaciones de la información registrada y transferida, especialmente en las contrarreferencias¹⁰. Finalmente, las políticas no contemplan el intercambio de información entre médicos y pacientes como parte del proceso de RCR. Por ejemplo, para actualizar la información respecto a su estado de salud o teléfono de contacto.

En síntesis, las políticas de digitalización del proceso de RCR han favorecido la dimensión informativa de la continuidad del cuidado, pero su efecto en la dimensión longitudinal es heterogéneo. La integración de procesos y sistemas es más importante que el nivel de cambio tecnológico para mejorar la continuidad de la atención, por tanto, la profundización de la digitalización en salud, no necesariamente contribuye a mejorar la continuidad de la atención en la misma medida. Frente a ello, proponemos que los SS realicen intervenciones que complementen y articulen los niveles de digitalización, poniendo las necesidades de las personas en el centro.

Referencias

1. Cardemil Winkler M. Oportunidades y desafíos de la Salud Digital. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2022 ene. (Serie Informes No 01-22). Disponible en: https://www.bcn.cl/asesoriasparlamentarias/detalle_documento.html?id=80097https://www.medwave.cl/resumenescongreso/sp2018/estrataps/7490.html
2. Hashiguchi TCO. Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries. 2020 ene [citado 17 de octubre de 2024]. (OECD Health Working Papers; vol. 116). Report No.: 116. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/bringing-health-care-to-the-patient_8e56ede7-en
3. Comisión Nacional de Productividad. Telemedicina; Tecnologías Disruptivas: Regulación de Plataformas Digitales. 2019 nov. Disponible en: https://cnepl.cl/wp-content/uploads/2021/07/05.-Telemedicina_19.07.pdf
4. Pfeil JN, Rados DV, Roman R, Katz N, Nunes LN, Vigo A, et al. A telemedicine strategy to reduce waiting lists and time to specialist care: A retrospective cohort study. *J Telemed Telecare*. 2023; 29(1): 10-17.
5. Centro de Implementación e Innovación en Políticas de Salud Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. El impacto de la inteligencia artificial en la atención de la salud. Perspectivas y enfoques para América Latina y el Caribe. Documento Técnico 1. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2023. Disponible en: https://clias.iecs.org.ar/wp-content/uploads/2023/07/DT1_CLIAS_fix_.pdf
6. Iyamu I, Xu AXT, Gómez-Ramírez O, Ablona A, Chang HJ, McKee G, et al. Defining Digital Public Health and the Role of Digitization, Digitalization, and Digital Transformation: Scoping Review. *JMIR Public Health Surveill*. 2021; 7(11): e30399.
7. 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*. 2022; 37(1): 1-11.
8. Garcia-Subirats I, Aller MB, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. Adaptación y validación de la escala CCAENA® para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. *Gac Sanit*. 2015; 29(2): 88-96.
9. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas Lorenzo I, Coderch De Lassaletta J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit*. 2010; 24(4): 339-346.
10. 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.
11. Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Ann Fam Med*. 2003; 1(3): 134-143.
12. Reid RJ, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare [Internet]. Prepared for the Canadian Health Services Research Foundation, the Canadian; 2002. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jeannie-Haggerty-2/publication/245856177_Defusing_the_Confusion_Concepts_and_Measures_of_Continuity_of_Health_Care/links/56c31f9308ae8a6fab59ed74/Defusing-the-Confusion-Concepts-and-Measures-of-Continuity-of-Health-Care.pdf
13. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Redes de Atención GES y no GES. 2022. Disponible en: <https://auge.minsal.cl/storage/XF9kMtajyt3CFdXtYt520Ym0ZmzHOetY4uzYLw6J.pdf>
14. Fishman DB. The Pragmatic Case Study Method for

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN / RESEARCH ARTICLE

Digitalización y Continuidad del Cuidado en Chile - R. Lagos, et al.

- Creating Rigorous and Systematic, Practitioner-Friendly Research. Pragmatic Case Stud Psychother.* 2013; 9(4): 403-425.
15. McLeod J. *Case study research in counselling and psychotherapy.* London: Sage; 2010. Disponible en: <http://digital.casalini.it/9781446247983>
16. Uriola C, Infante A, Aguilera I, Ormeño H. *La reforma de salud chilena a diez años de su implementación.* Salud Pública México. 2016; 514-521.
17. Capurro D. *Health Informatics in Chile: Responding to health reforms.* Health Inf Libr J. 2007; 24(4): 287-291.
18. Quintana E. *Telenefrología: Un modelo de aplicación.* Caso Clínico presentado en: XXXV Congreso Chileno de Nefrología, Hipertensión y Trasplante Renal; 2018 oct; Pucón, Chile. Disponible en: <https://www.nefro.cl/v2/biblio/congresos/240.pdf#page=58>
19. Bassa S, Morales J, Suárez F, Weber R, Lagos R, Guerrero R. Apoyo a la Estrategia TTA COVID-19 mediante seguimiento automático de pacientes del SSMSO. En Santiago; 2021. Disponible en: <https://congresomedicinafamiliar.cl/mf/2021/img/bases/Libro-resumenes-medfam-2021-vf.pdf#page=5>
20. Borgoño V. *Fin de un Ciclo: Status de Avances en la Implementación de SIDRA.* Revista de Informática Médica. 2014; 15: 42-49.
21. Ministerio de Salud. Memoria Departamento Salud Digital 2018-2022. 2022 feb [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://portalsaluddigital.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/Memoria-Depto-Salud-Digital-2018-2022.pdf>
22. Santelices E. *Transformación digital en la salud.* Simposio Salud País Digital 2018; 2018 jun 14. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Z1gGgHjINWg>
23. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Se implementa nuevo Mapa de Derivación que permite optimizar el sistema de Referencia y Contrareferencia de la Red de Salud Sur Oriente. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. 2022 [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: <https://redsalud.ssmso.cl/se-implementa-nuevo-mapa-de-derivacion-que-permite-optimizar-el-sistema-de-referencia-y-contrareferencia-de-la-red-de-salud-sur-orient/>
24. Unidad de Salud Digital, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. *Qué Hacemos.* 2018 [citado 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://saluddigital.ssmso.cl/que-hacemos/>
25. Dirección de Compras y Contratación Pública, Ministerio de Hacienda. Bases Convenio Marco CM-06-2008 de Software de Salud y Servicios Informáticos Asociados. 2008. Disponible en: <https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=HytZLoe1j12LZzd3pMBtQg==>
26. Frenk-Barquín P, Monreal-Alvarez V. *Informe de Evaluación Hospital Digital [Internet]. Dirección de Presupuestos;* 2022 [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-285478_r_ejecutivo_institucional.pdf
27. Equipo Telemedicina SSMSO. *Manual de Usuario Plataforma Canal Único Red Telemedicina SSMSO.* Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente; 2022 [citado 26 de junio de 2023]. Disponible en: <https://telemedicina.ssmso.cl/Archivos/Manualdeusuario.pdf>
28. Departamento de Gestión de la Información, Ministerio de Salud. Norma 118 Registro de Listas de Espera. 2010 [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://saluddigital.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/12/Norma-118-Registro-de-Listas-de-Espera.pdf>
29. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas Compromisos de Gestión 2022. 2022 [citado 2 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.ssbiobio.cl/Archivos/Transparencia_Activa/Gestion_Institucional/2022/Orientaciones_Tecnicas_COMGES_2022.pdf
30. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones Técnicas Compromisos de Gestión 2023. 2023 [citado 17 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/03/Orientaciones-Te%CC%81nicas-Compromisos-de-Gestio%CC%81n-An%CC%83o-2023.pdf>
31. Equipo Telemedicina SSMSO. Estadísticas Canal Único de Derivación. 2022 [citado 26 de junio de 2023]. Disponible en: <https://telemedicina.ssmso.cl/#estadistica>
32. Plataforma Hospital Digital: Tutorial Especialistas. 2022. (Tutorial Plataforma Hospital Digital). Disponible en: <https://youtu.be/4PrR6jsVhQs?si=sED-bemdlFQWdrsc>
33. Telemedicina Asincrónica: Plataforma Interconsultas - Perfil Médico General APS. 2022. (Tutorial Plataforma Hospital Digital). Disponible en: https://youtu.be/42dShEocRyQ?si=BGujp2IU_kldKxAr
34. Capacitación Perfil Especialista. 2023. (Videos y tutoriales CUD). Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1x-UUKKO6V9d1YTEup1i91ZhIvBs9j3Zm/view>
35. E-Health. Erick Cortez: «En Chile se han conseguido avances asombrosos en Salud Digital». 2021 [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://ehealthreporter.com/erick-cortez-en-chile-se-han-conseguido-avances-asombrosos-en-salud-digital/>
36. Entrega de información a paciente. 2023. (Videos y tutoriales CUD). Disponible en: <https://telemedicina.ssmso.cl/Archivos/EntregalInfoPac.mp4>
37. Capacitación Completa Tratante APS. 2023. (Videos y tutoriales CUD). Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1Ly7aR4KYsMxgmJaQig2Pk05jSmMZMdys/view>
38. Balmaceda J, Reyes C, Lagos R, Vieira R, Díaz A. *Protocolo de Interoperabilidad de Referencia Contrarreferencia versión 1.4.1.* 2021. Disponible en: https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2021/11/Protocolo-interoperabilidad-RCR_v1.4.1.pdf
39. Telemedicina Asincrónica: Plataforma Interconsultas - Especialistas Hospital Digital. 2022. (Tutorial Plataforma Hospital Digital). Disponible en: <https://youtu.be/2jfmlWw2ESBl?si=gABjX58sWVgDnWQn>
40. Chat abierto. (Videos y tutoriales CUD). Disponible en: <https://telemedicina.ssmso.cl/Archivos/Chat%20Abierto.mp4>
41. Gestión de Interconsultas en el Canal Único de Derivación. 2023. (Videos y tutoriales CUD). Disponible en: <https://telemedicina.ssmso.cl/Archivos/GestionC.mp4>

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN / RESEARCH ARTICLE

Digitalización y Continuidad del Cuidado en Chile - R. Lagos, et al.

42. Troncoso J, González C, Mena F, Valencia A, Cuevas P, Rubio JP. «Falta tiempo»: Experiencias de médicos gestores de la demanda en la atención primaria de salud chilena. *Aten Primaria*. 2021; 53(10): 102159.
43. Álvarez A, Pastén N, Espejo P, Urquiza A, Díaz M, Araya M, et al. Consultorías virtuales: contribución percibida en la mejora de la coordinación clínica entre niveles, *SSMN. En: Medwave*. 2019. Disponible en: <https://www.medwave.cl/resumenescongreso/sp2018/estrataps/7490.html>
44. Departamento de Salud Digital Ministerio de Salud. Departamento de Salud Digital. [citado 28 de agosto de 2024]. *Telemedicina Asincrónica*. Disponible en: <https://portalsaluddigital.minsal.cl/telemedicina-asincronica/>