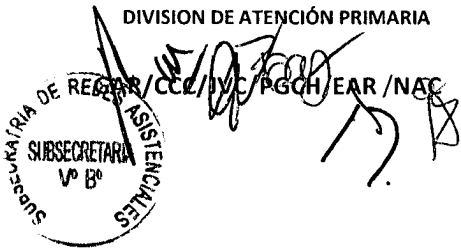




MINISTERIO DE SALUD
GABINETE DE LA MINISTRA
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA



APRUEBA ORIENTACIONES TÉCNICAS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA DE ALTA RESOLUCIÓN - SAR - Y PONE TÉRMINO A RESOLUCIÓN EXENTA N° 451, DE 2015 DE ESTE MINISTERIO

EXENTA N° 911

Santiago, **19 AGO. 2016**

VISTO: Lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en los artículos 6 y 25 del decreto N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, sobre reglamento orgánico del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud, y en la resolución N° 1.600, de 2008, de Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, a través de resolución exenta N° 872, de 22 de septiembre de 2014, de este Ministerio se "Aprueba Programa Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR)", cuyo propósito es facilitar el acceso a la población comunal a servicios de urgencia de manera oportuna y de calidad, asegurando la continuidad de la atención, a través del rescate de estos usuarios y su derivación al CESFAM de origen.

2. Que, a través de resolución exenta N° 451, de 19 de febrero de 2015, de este Ministerio, se "Aprueba Manual Operativo Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución, SAR", a fin de dotar de una guía de apoyo a la gestión de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAR).

3. Que, a través de memorándum C51 N° 105, de 29 de julio de 2016, la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, ha remitido el documento "Orientaciones Técnicas Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución, SAR", elaborado en conjunto por equipos de las redes de atención de urgencia del país, de sus distintos niveles, y de las divisiones y departamentos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública y ministerial, y que se dirige a la red de salud y al gestor de la red local de los SAR, para conformar una guía de apoyo a la gestión de estos dispositivos de urgencia, por lo que dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1° APRUÉBASE a contar de la fecha de la presente resolución, el documento "Orientaciones Técnicas Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución, SAR.

2°. El documento que se aprueba en el presente acto administrativo, visado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, consta de 116 páginas, debiendo sus copias guardar estricta concordancia con el texto original que resguarda la Oficina de Partes de este Ministerio.

3°. **PÓNESE TÉRMINO** a la resolución exenta N°451, de 19 de febrero de 2015, de este Ministerio que "Aprueba Manual Operativo Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución, SAR".

4°. **REMÍTASE** un ejemplar de las "Orientaciones Técnicas Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución, SAR", a los Servicios de Salud del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE




DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCION

- Gabinete de la Ministra
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Servicios de Salud del país
- Fondo Nacional de Salud - FONASA
- Superintendencia de Salud
- Instituto de Salud Pública
- Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud - CENABAST
- División de Gestión de la Red Asistencial
- División de Atención Primaria
- División de Gestión y Desarrollo de las Personas
- División de Presupuestos
- División de Inversiones
- División Jurídica
- Depto. de Estadísticas e Información de Salud -DEIS
- Depto. de Gestión Sectorial TIC-MINSAL
- Oficina de Partes



Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

ORIENTACIONES TÉCNICAS

Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución

SAR





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES	6
PROPÓSITO DE LA ESTRATEGIA	11
OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA.....	11
MODELO DE ATENCIÓN	12
MODELO DE ATENCION EN RED.....	16
RED LOCAL DE URGENCIA	16
ESTRATEGIA DE ENLACE.....	19
APOYO RED LOCAL EN HORARIO DIURNO	20
TELEMEDICINA EN EL SAR	21
CARTERA DE SERVICIOS.....	27
Cartera de Prestaciones – SAR (Horario Urgencia)	27
Cartera de Prestaciones – SAR Apoyo Diagnóstico (Horario Diurno)	27
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD.....	28
GES durante Atención de Urgencia SAR.....	28
GES durante Horario Diurno del SAR (Apoyo Diagnóstico).....	29
ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO	29
GESTIÓN OPERACIONAL DEL SAR	29
ROL Y RESPONSABILIDAD FUNCIONARIA.....	31
TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN	39
ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS	40
1. Atención Primaria de dependencia de los Servicios de Salud.....	41
INVERSIÓN (PROYECTO NUEVOS SAR).....	45
RECURSOS HUMANOS	45
Equipo de Trabajo	45
Capacitación.....	46
Recursos físicos	47
INDICADORES DE EVALUACIÓN	48
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS	52



ANEXO 1: ESCALA DE CATEGORIZACIÓN O SELECCIÓN DE DEMANDA EN UNIDADES DE EMERGENCIA	52
ANEXO 2: MARCO REGULATORIO EN URGENCIA – EMERGENCIA MÉDICA.....	53
ANEXO 3: CARTERA DE PRESTACIONES DEL SAR	55
ANEXO 4: FLUJOS DE ATENCIÓN EN SAR	57
Flujo de Atención de casos con Riesgo Vital o de Secuela Funcional Grave evidente o categorizado C1, C2.	57
Flujo de Atención de casos con Categorización previa a la Atención	57
Flujo de Atención de Casos derivados de un SAPU Comunal para Apoyo Diagnóstico	58
Flujo de Atención de Casos con Apoyo Diagnóstico para Red Comunal APS (Horario Diurno)	59
ANEXO 5: PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTO EXÁMENES RADIOLÓGICOS EN SAR	61
ANEXO 6: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EXÁMENES DE TAMIZAJE (KIT RÁPIDO).....	67
ANEXO 7: ARSENAL FARMACOLÓGICO Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA EL SAR	74
ANEXO 8: CARRO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR	82
ANEXO 9: TRASLADO DE PACIENTES	85
ANEXO 10: REGISTROS BÁSICOS EN SAR	88
ANEXO 11: PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO DEL SAR (PMA)	90
ANEXO 12: EQUIPO Y EQUIPAMIENTO	91
ANEXO 12: OTROS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS LEGALES.....	96
Licencias Médicas.....	96
Certificación de Muerte Natural	97
Denuncias por parte de los Profesionales de la Salud	98
Denuncia en caso de Violencia Sexual.....	98
Denuncia en caso de otros Delitos.....	99
Alcoholemias.....	104
Accidentes del Trabajo.....	104
Accidentes Escolares	105
ANEXO 13: PROPUESTA FORMATO FORMULARIO ESTÁNDAR DE ATENCIÓN POR TELEMEDICINA	106
ANEXO 14: PAUTA EVALUACION	107
Glosario	112
UNIDADES RESPONSABLES DEL DOCUMENTO	115





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos que se ha planteado el actual gobierno de la Presidenta Bachelet, es **“TENER UNA SALUD MEJOR Y MÁS OPORTUNA”** identificando como un área de mejora en la consecución de este objetivo el **acceso a atención de urgencia resolutiva en lugares cercanos al domicilio.**

De acuerdo a lo señalado en DFL 1 del 2005¹ del Ministerio de Salud, *“La Red de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.”*

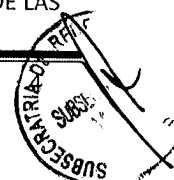
Así entonces, la red asistencial se organiza en una red de establecimiento que deben colaborar y complementarse en su área de influencia, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

En ese marco, la atención primaria de salud (APS) debe prestar atención de salud programada y de urgencia con el objetivo de prevenir la morbimortalidad asociada a las enfermedades de mayor prevalencia como son las enfermedades crónicas no transmisibles, cáncer, accidentes, salud mental, entre otras.

Actualmente la red APS está constituida por Centros de salud familiar (CESFAM) consultorios generales urbanos (CGU), consultorios generales rurales (CGR), postas de salud rurales (PSR) y estaciones médico rurales (EMR), a los cuales se han ido sumando estrategias orientadas a avanzar en la implementación del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, particularmente en el ámbito del acceso, integralidad, continuidad en la atención y resolutividad, como son los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Salas Infecciones Respiratorias Aguda y del Adulto (IRA y ERA), de Rehabilitación con base comunitaria, Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), incorporando la realización de Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad, Tele-dermatología, entre otros, y estrategias para la atención de urgencia, los Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y Servicio de Urgencia Rural (SUR), Servicios de Urgencia Comunitarios (SUC) y SAPU verano en localidades vacacionales populares, dispositivos de atención de urgencia transitorios con financiamiento para tres meses estivales.

El análisis de la situación actual de la red de urgencia así como de la red de salud en su conjunto, nos desafía a seguir avanzando en un modelo promocional - preventivo, resolutivo, integral, con continuidad en los cuidados, participativo, y a su vez atender la contingencia de la sobredemanda de los servicios de urgencia hospitalarios, que en una proporción importante corresponde a demandas de menor complejidad.

¹ FIJA TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979 Y DE LAS LEYES N° 18.933 Y N° 18.469



A partir de esto se elabora la propuesta sea de la implementación de un nuevo dispositivo sanitario denominado “**Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad**” (SAR), que pone a disposición de la red comunal una actividad complementaria a la atención regular de la APS, al instalar en la red local un dispositivo de atención de urgencia con mayor capacidad resolutive, incorporando la telemedicina, unidades de apoyo diagnóstico (imágenes y pruebas rápidas de laboratorio) de acuerdo a la demanda y cartera de servicios definida, que se articula con la red de su APS para asegurar la continuidad de la atención y deriva a las UEH a los pacientes más graves, actuando secundariamente como filtro resolutivo y contención eficaz de la demanda de Urgencia Hospitalaria.

El SAR formará un componente activo en la red local de atención manteniendo un vínculo con los equipos de salud en favor de ser efectivos en el seguimiento de casos y el manejo integral; en este grupo están los pacientes con enfermedades crónicas descompensados, cuadros infectocontagiosos, violencia, policonsultantes, y otros.

Este documento está dirigido principalmente a la red de salud y el gestor local de los SAR, y sus contenidos pretenden constituir una guía de apoyo a la gestión. A partir de éste, localmente pueden hacerse mejoras pertinentes, ya sea relacionada con prestaciones o dotación de recursos humanos, siempre resguardando el cumplimiento de las normas legales y reglamentarias explícitas para este tipo de instancias de atención.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

ANTECEDENTES

Para responder a este desafío, resulta importante identificar qué factores - tanto de la demanda como de la oferta - están determinando el comportamiento tanto de la red de urgencia como de la red de salud en su globalidad.

DESDE LA OFERTA

El sector público de salud cuenta con una red que en sus diferentes modalidades pueden variar en dotación de recursos humanos, equipamiento y/u horario de atención, lo que **determina las diferentes carteras de prestaciones**.

La red de urgencia está constituida por:

- Camas críticas (UCI-UTI)
- Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU)
- Unidades de emergencia hospitalarias (UEH)
- Dispositivos de la atención primaria de urgencia como son, Los Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicio de Urgencia Rural (SUR). Actualmente existen en el país **273** SAPU y **157** SUR, clasificados en:

Tabla 1 Caracterización red de Urgencia en el nivel primario de atención

Tipo SAPU	Distrib. país	Horas sem.	Horario	Cartera de Prestaciones
SAPU Avanzado	6	168	24 horas todos los días de la semana	Consultas médicas de urgencia resolutivas (C4, C5 y algunas C3), con apoyo diagnóstico de laboratorio y Rx); mayor complejidad se deriva a UEH.
SAPU Largo	71	123	Vespertino y nocturno: de 17:00 a 08:00 hrs. / Sa., Do., Festivo: de 00:00 a 24:00 horas	Consultas médicas de urgencia resolutivas (C4, C5 y algunas C3 que no requieran apoyo diagnóstico de laboratorio ni RX); mayor complejidad se deriva a UEH.
SAPU Corto	195	67	Vespertino y nocturno: de 17:00 a 24:00 hrs. / Sa., Do., Festivo: de 08:00 a 24:00 horas	Consultas médicas de urgencia resolutivas (C4, C5 y algunas C3 que no requieran apoyo diagnóstico de laboratorio ni RX); mayor complejidad se deriva a UEH.

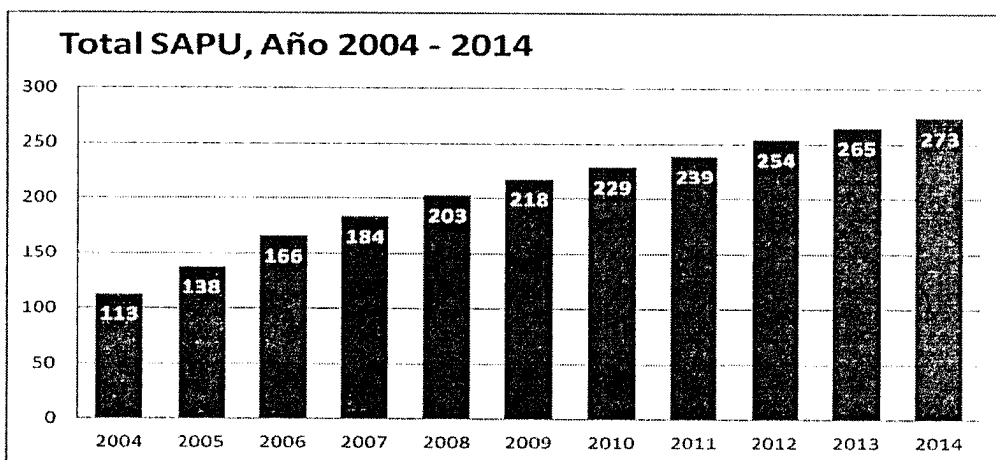


SAPU Rural²	1	168	24 horas todos los días de la semana	Consultas médicas de urgencia resolutivas (C4, C5 y algunas C3 que no requieran apoyo diagnóstico de laboratorio ni RX); mayor complejidad se deriva a UEH.
SUR	157	68 (promedio)	24 horas todos los días de la semana	Consultas médicas de urgencia resolutivas (C4, C5 y algunas C3 que no requieran apoyo diagnóstico de laboratorio ni RX); mayor complejidad se deriva a UEH.

Fuente: MINSAL. Sub Secretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria, Octubre, 2014.

La implementación de nuevos SAPUs al año 2015, muestra que estos se han duplicado respecto de los existentes el año 2004, con un incremento de 160 nuevos establecimientos, lo que representa un 142% de crecimiento.

GRAFICO 1 Distribución de SAPUs implementados 2004-2014



Fuente: MINSAL. Sub Secretaría de Redes Asistenciales. Dpto. de Finanzas de APS/División de Atención Primaria, Octubre, 2014.

DESDE LA DEMANDA

Si bien el Estado ha dado gran importancia a la red de Atención Primaria de Salud y al desarrollo del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, procurando llegar en forma oportuna con estrategias de prevención primaria y secundaria que favorezcan las expectativas y calidad de vida de la población, contextualizado en los problemas de salud que puedan afectar a las personas; aún tenemos el desafío de la compensación de la población de pacientes con enfermedades crónicas, quienes al descompensarse representan un grupo importante en el número de consultas recurrentes de los servicios de urgencia.

² Ubicado en la comuna de Canela.



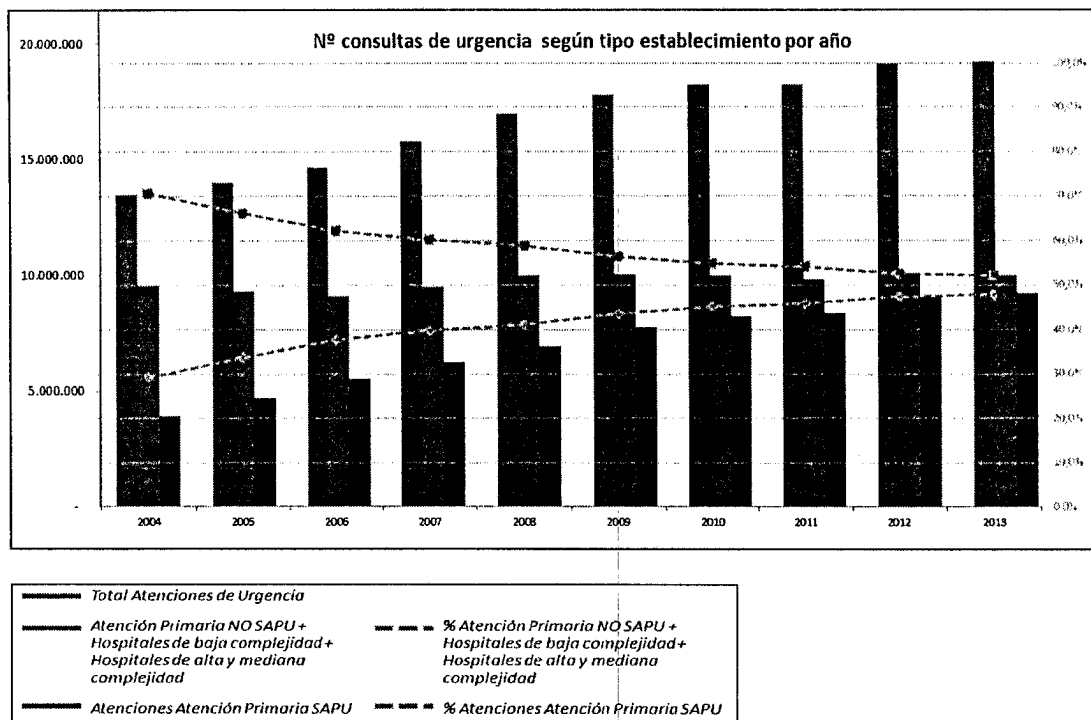


Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

En los últimos diez años, los servicios de urgencia del país, tanto hospitalarios como de atención primaria, han visto un aumento en la demanda de consultas de urgencia en la red pública pasando de 13.505.512 el año 2004 a 19.227.328 atenciones el año 2014, es decir un incremento en un 42,37 %; representado en un aumento total de 133,45 % en las atenciones SAPUs versus un 4,75 % en las otras atenciones de urgencia (Atención Primaria NO SAPU y Hospitales de baja, mediana y alta complejidad).

Así mismo, la razón de consultas médicas en urgencia entre estos dos grupos ha variado de 1/2,95 en urgencia APS y en el caso de las Urgencias Hospitalarias a 1/1,09.

GRAFICO 2 Distribución de consultas de urgencia según tipo de establecimiento 2004-2013



Fuente: MINSAL. Sub Secretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Estadísticas e Información de Salud / División de Planificación Sanitaria, Octubre, 2014.

Por otra parte, el MINSAL ha implementado la utilización de una **Escala de Categorización o Selección de Demanda en Unidades de Emergencia del País³**, que tiene como fin priorizar la atención de acuerdo a la evaluación objetiva del usuario, de esta manera los usuarios serán atendidos según su nivel de gravedad, independientemente del orden de llegada,

³ Ordinario Subredes N° 101 del 12.enero.2012



estableciendo los tiempos de espera razonables para cada uno de ellos. Esta estrategia está orientada a mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de emergencia, mediante la valoración clínica adecuada a las necesidades de los consultantes, estandarizando el nivel de riesgo asociado de acuerdo a la condición clínica. (Ver ANEXO 1: ESCALA DE CATEGORIZACIÓN O SELECCIÓN DE DEMANDA EN UNIDADES DE EMERGENCIA).

Entendemos por:

- “Emergencia Médica”** aquella atención de salud no postergable, definida así por el equipo médico a partir de la aplicación de criterios clínicos;
- “Urgencia”**, toda situación clínica capaz de generar deterioro, peligro o riesgo para la salud o vida en función del tiempo transcurrido (horas) entre su aparición, la asistencia médica y la instalación de un tratamiento efectivo.

Así, la red de salud se organiza definiendo estrategias y recursos.

Las estadísticas según la categorización muestra que la mayor parte de la demanda de atenciones de urgencia es posible de resolver en espacios de atención primaria, sin involucrar tecnología compleja, y donde además, se realizan acciones de prevención y promoción de la salud.

Los registros de categorización de pacientes, previa a la atención médica en hospitales de alta complejidad, Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), acumulado enero a diciembre año 2014, muestran que el 91.2 % de sus atenciones corresponde a demanda de atención C3, C4 y C5.

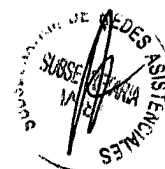
Tabla 2 Categorización de pacientes en Servicios de Urgencia Hospitalaria de Alta complejidad previo a la atención médica 2014

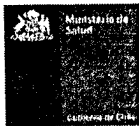
CATEGORÍAS	Menor 15 a		15 a 59		60 y mas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
C1	3.762	0,18	10.724	0,45	8.610	0,98	23.096	0,44
C2	74.326	3,61	108.771	4,58	97.459	11,11	280.556	5,28
C3	664.506	32,29	889.567	37,48	427.356	48,70	1.981.429	37,32
C4	997.429	48,47	979.502	41,27	257.466	29,34	2.234.397	42,09
C5	237.835	11,56	320.703	13,51	67.757	7,72	626.295	11,80
SIN CATEGORIZACIÓN	80.167	3,90	64.143	2,70	18.907	2,15	163.217	3,07
TOTAL	2.058.025	100	2.373.410	100	877.555	100	5.308.990	100

Fuente: MINSAL. Sub Secretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Estadísticas e Información de Salud / División de Planificación Sanitaria, Noviembre 2015.

Si bien la sobredemanda de consultas de urgencia afecta a toda la red, se genera un conflicto mayor en las unidades de emergencia hospitalarias que indefectiblemente deben priorizar la atención a aquellos casos que presentan mayor riesgo vital y secuela funcional grave, categorizados como C1, C2 y eventualmente C3.

Con todo, en la actualidad, se observa:





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

- Con la mayor dotación de SAPUs en el país, ha crecido la proporción de atenciones de urgencia en estos dispositivos versus en la UEH.
- El perfil de la demanda de atención de urgencia en las UEH muestra aún una importante proporción de casos C4 y C5.
- La coordinación en red muestra un adecuado funcionamiento al momento de derivar casos a niveles de mayor complejidad en la red de urgencia, pero no se observa lo mismo para efecto de contra-referencia, tomando especial atención en los pacientes con patologías crónicas descompensadas y poli-consultantes. Lo que da lugar a discontinuidades en la atención, “fragmentación asistencial”.
- Los Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en sus distintas modalidades funcionales, como los Centros de Atención Primaria (CESFAM-CECOSF-PSR-EMR), demuestran gran capacidad resolutive con su equipo de salud y arsenal de farmacia; lo que sin duda se incrementaría ante la oferta comunal de exámenes de sangre y orina (kit rápido) y radiografías osteopulmonares , haciendo más resolutivas sus atenciones
- La demora en la atención y en algunos casos la falta de resolución afectan la satisfacción usuaria, situación que se desea revertir, a través del trabajo integrado de los SAR con su red electiva.

Ver ANEXO 2: MARCO REGULATORIO EN URGENCIA – EMERGENCIA MÉDICA

estableciendo los tiempos de espera razonables para cada uno de ellos. Esta estrategia está orientada a mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de emergencia, mediante la valoración clínica adecuada a las necesidades de los consultantes, estandarizando el nivel de riesgo asociado de acuerdo a la condición clínica. (Ver ANEXO 1: ESCALA DE CATEGORIZACIÓN O SELECCIÓN DE DEMANDA EN UNIDADES DE EMERGENCIA).

Entendemos por:

- “**Emergencia Médica**” aquella atención de salud no postergable, definida así por el equipo médico a partir de la aplicación de criterios clínicos;
- “**Urgencia**”, toda situación clínica capaz de generar deterioro, peligro o riesgo para la salud o vida en función del tiempo transcurrido (horas) entre su aparición, la asistencia médica y la instalación de un tratamiento efectivo.

Así, la red de salud se organiza definiendo estrategias y recursos.

Las estadísticas según la categorización muestra que la mayor parte de la demanda de atenciones de urgencia es posible de resolver en espacios de atención primaria, sin involucrar tecnología compleja, y donde además, se realizan acciones de prevención y promoción de la salud.

Los registros de categorización de pacientes, previa a la atención médica en hospitales de alta complejidad, Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), acumulado enero a diciembre año 2014, muestran que el 91.2 % de sus atenciones corresponde a demanda de atención C3, C4 y C5.

Tabla 2 Categorización de pacientes en Servicios de Urgencia Hospitalaria de Alta complejidad previo a la atención médica 2014

CATEGORÍAS	MENOR DE 15 AÑOS		15 AÑOS		60 AÑOS		TOTAL	
	NP	%	NP	%	NP	%	NP	%
C1	3.762	0,18	10.724	0,45	8.610	0,98	23.096	0,44
C2	74.326	3,61	108.771	4,58	97.459	11,11	280.556	5,23
C3	664.506	32,29	889.567	37,48	427.356	48,70	1.981.429	37,32
C4	997.429	48,47	979.502	41,27	257.466	29,34	2.234.397	42,09
C5	237.835	11,56	320.703	13,51	67.757	7,72	626.295	11,80
SIN CATEGORIZACIÓN	80.167	3,90	64.143	2,70	18.907	2,15	163.217	3,07
TOTAL	2.405.825	100	2.437.410	100	877.555	100	5.803.990	100

Fuente: MINSAL. Sub Secretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Estadísticas e Información de Salud / División de Planificación Sanitaria, Noviembre 2015.

Si bien la sobredemanda de consultas de urgencia afecta a toda la red, se genera un conflicto mayor en las unidades de emergencia hospitalarias que indefectiblemente deben priorizar la atención a aquellos casos que presentan mayor riesgo vital y secuela funcional grave, categorizados como C1, C2 y eventualmente C3.

Con todo, en la actualidad, se observa:





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

MODELO DE ATENCIÓN

El envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas y la comorbilidad y el aumento de las expectativas de los ciudadanos exigen respuestas más equitativas e integrales de los sistemas de salud.

El propósito de la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesible, equitativa, eficiente, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros.

Diversos estudios sugieren que las RISS pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.⁴

De acuerdo al Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, el SAR es una instancia complementaria de la atención de morbilidad electiva que no debe suplir las atenciones regulares del centro de salud. Cabe destacar que el Centro de Salud debe dar el soporte administrativo al SAR.

Los beneficiarios del SAR son adultos y niños con necesidades de atención de salud, privilegiando la derivación de la mujer embarazada que consulta por patología del embarazo.

Podrán acceder a través de consulta espontánea, derivación de SAPU de su red local y contrarreferencia de un Servicio de Urgencia Hospitalario.

La atención sanitaria será otorgada por médicos, enfermera, y técnico paramédico quienes contarán con recursos de apoyo diagnóstico como exámenes (pruebas rápidas) y equipo de rayos osteopulmonar.

⁴ Redes Integradas de Servicios de Salud: *Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. OPS*

Como estrategia se incorporará además la **Telemedicina** la cual permitirá realizar Tele consultas, constituyéndose en una herramienta de apoyo diagnóstico y terapéutico. Se incorpora también el tratamiento de personas con enfermedades respiratorias, en horario parcial complementario al horario de funcionamiento del CESFAM.

La atención en el SAR está orientada a los usuarios categorizados **C3, C4 y C5**, por ello la atención se inicia con la evaluación inicial del usuario a través de la categorización actualmente vigente de C1 a C5, se entiende entonces que aquellos pacientes categorizados como C1 y C2 se debe otorgar la atención orientada a la estabilización necesaria para permitir generar condiciones de traslado lo más seguras para el paciente hacia una unidad de urgencia hospitalaria. Se deberá asegurar la presencia de al menos un médico.

Los Servicios de Urgencia de Alta Resolución son dispositivos de salud que funcionarán en horario no hábil, brindando atención de urgencia-emergencia a la población de su comuna, apoyando el funcionamiento de su red de urgencia local.

FUNCIONAMIENTO	LUNES A VIERNES	SÁBADO/DOMINGO Y FESTIVOS
ATENCIÓN DE URGENCIA	DE: 17:00 HRS. HASTA: 08:00 HRS	08:00 A 08:00 (24 HRS)
APOYO DIAGNÓSTICO A LA SALUD DE RED COMUNAL	DE: 08:00 HRS. HASTA: 20:00 HRS	SÁBADO DE: 08:00 HRS. HASTA: 12:00HRS

*En todo horario debe existir disponibilidad de OIRS

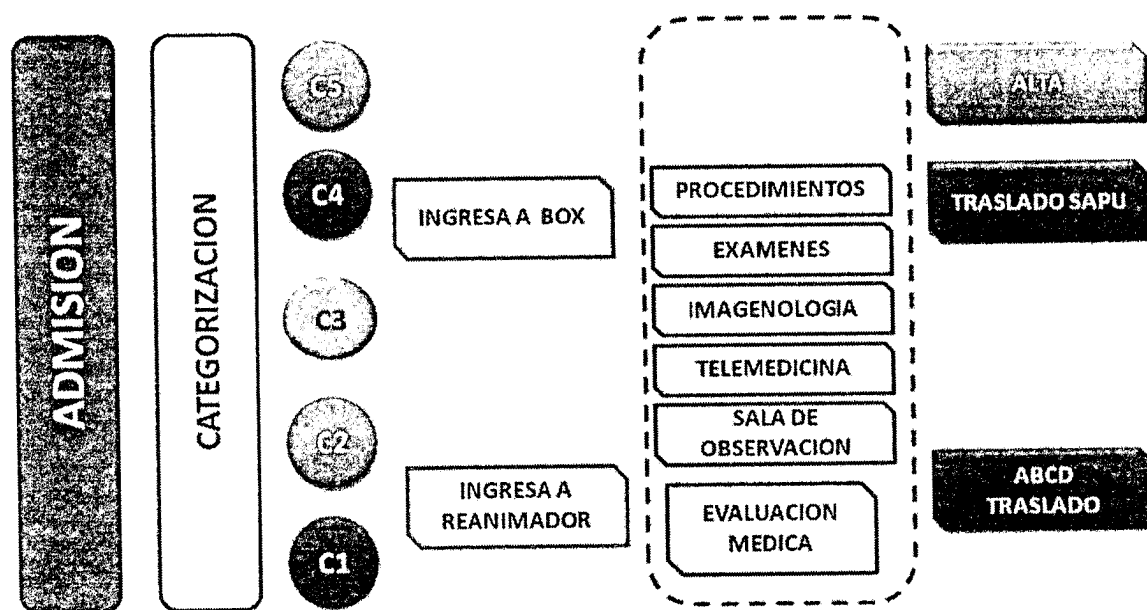




Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Ilustración 1 Mapa de Procesos del Modelo de Atención del SAR

MODELO DE ATENCION SAR



Una vez que el usuario acude al SAR y es evaluado, y de acuerdo a la sintomatología e hipótesis diagnóstica podrá quedar en observación por un tiempo máximo de 6 horas, ocasión en que deberá decidirse la conducta terapéutica de alta al hogar o traslado a un centro de mayor complejidad, en este sentido se debe considerar el traslado del paciente que permanezca en observación a las 06:00 hrs., sin perjuicio de ello cada red asistencial podrá definir específicamente este punto.

En el caso de traslado deberá coordinarse con la ambulancia propia, de la red local o SAMU en el caso del paciente categorizado C1 y C2, de acuerdo a la condición del paciente y condiciones locales de la red de traslado.

Los pacientes pesquisados con enfermedad crónica no transmisible (HTA-DM-DISLIPIDEMIA-EPOC y otros) deberán ser gestionados por en el encargado de la estrategia de enlace para asegurar la continuidad del tratamiento y cuidados en su CESFAM correspondiente.

De esta manera, podemos señalar que el SAR incorpora la cartera de servicios de un SAPU, adicionando a ella capacidad diagnóstica a través de exámenes de laboratorio, de imagenología, telemedicina y terapéutica y que cuenta con mejor dotación de recursos humanos, centrándose en la continuidad de la atención de los usuarios, especialmente aquellos con factores de riesgo y/o enfermedades crónicas no transmisibles.

FLUJO DE LA ATENCIÓN

En horario de atención de urgencia, el flujo de pacientes dependerá básicamente del tipo de atención requerida, según su condición clínica; diferenciándose las urgencias:

- Que presentan **riesgo vital** o de secuela funcional grave **evidente** o categorizado C1, C2, en que el equipo de salud deberá estabilizar y coordinar el traslado a UEH;
- **Consulta espontánea**, las que serán atendidas en forma priorizada de acuerdo a categorización realizada.
- Aquellos **derivados desde un SAPU** de la comuna, y que requieren complementar proceso diagnóstico, sea con Rx osteopulmonar, y/o con exámenes (pruebas rápidas).

Ver ANEXO 4: FLUJOS DE ATENCIÓN EN SAR

Este Modelo podrá ser ajustado a la red de salud local de acuerdo a la realidad sanitaria y territorial, con la aprobación del gestor de Red. Sin perjuicio que sus objetivos y esencia no pueden ser menores a los que se exponen en este documento.



SUBSECRETARÍA DE ASISTENCIA MÉDICA



Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

MODELO DE ATENCION EN RED

Los SAR son dispositivos de atención de urgencia de APS, bajo administración municipal o de Servicios de Salud, que están orientados principalmente a **formar parte de la red de urgencia local** de cada municipio y son integrantes de la red de articulación de las urgencias de todo el área de influencia del respectivo Servicio de Salud en horario inhábil, al mismo tiempo, al contar con capacidad diagnóstica a través de exámenes e imágenes se transforman en un dispositivo de apoyo diagnóstico en horario diurno a su red de APS mejorando la capacidad resolutive del CESFAM.

El SAR deberá ser incorporado a los **Planes de Emergencia y Desastres** de Salud Municipal y del Servicio de Salud, en este contexto se considera que son instalaciones críticas que deberán contar con los respaldos correspondientes para mantener continuidad de la atención y permanecer debidamente comunicados con la Red. (Respaldo electrógeno, Agua, Radios VHF-UHF)

RED LOCAL DE URGENCIA

Los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (**SAR**) tendrán dos roles relevantes en la red asistencial de salud.

Primero, formar parte de la red de urgencia en horario no hábil con apoyo diagnóstico adecuado para dar respuesta a demanda de casos C5, C4 y parte de los C3.

Segundo, ofrecer en horario diurno, apoyo diagnóstico a la red de APS comunal, tanto para procesos diagnósticos como de seguimiento.

En el ámbito de la red de urgencia local, el SAR es un dispositivo de referencia de la red SAPU Comunal, apoyando la resolutive del SAPU a través de la capacidad instalada de imagenología y exámenes para el diagnóstico, o bien en la recepción de pacientes derivados desde los SAPU para evaluación y determinación de conducta para un eventual traslado a un Servicio de Urgencia Hospitalario.

La **red local** deberá contar con protocolos de derivación para proceder a:

- **Trasladar a UEH** de casos categorizados C1, C2 y C3, aplicando criterios de gravedad/complejidad y cumpliendo condiciones previas de seguridad para proceder al traslado; y registro mediante interconsulta.
- **Solicitar apoyo diagnóstico a SAR** desde otro SAPU de la red comunal, en el contexto de una atención de urgencia, siempre coordinando en favor de mantener la continuidad en la atención al usuario;
- **Trasladar a pacientes en observación** que llegada la hora de término de funcionamiento regular del SAR o alcanzadas las 6 horas de permanencia, requieran continuar su atención. El médico, al indicar la observación tendrá en consideración la posibilidad de dar a paciente

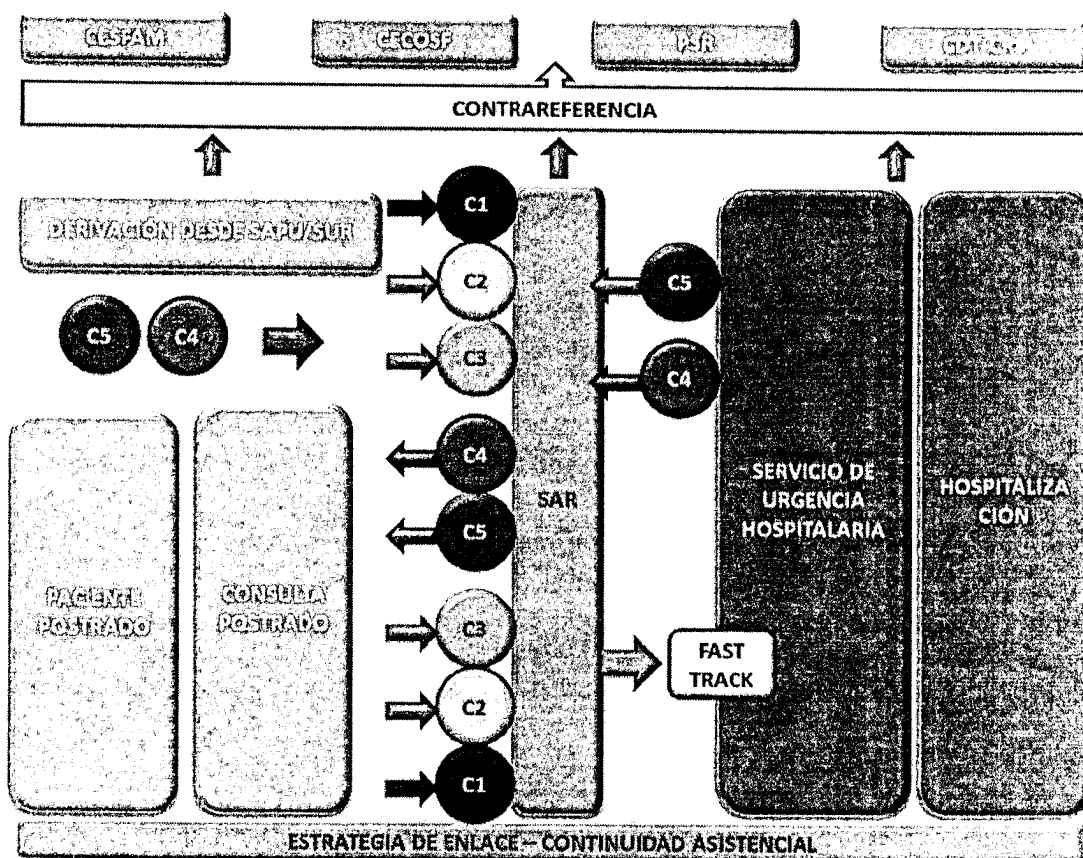


de alta a domicilio o trasladar a otro dentro de la red, atendiendo a la condición clínica del enfermo y sus requerimientos de atención.

- **Solicitud desde la UEH** para atención de pacientes categorizados como C5 por Enfermera con debido protocolo de reorientación, en cuanto estos pacientes tengan largas horas de espera en la UEH y la UEH tenga Selector de Demanda con metodología certificada

El SAR es un dispositivo que por su capacidad resolutoria pasa a ser **centro de referencia de la RED DE URGENCIA COMUNAL**.

Ilustración 2 Rol del SAR en el diseño de la red de Urgencia Local



- **Referencia de Pacientes a UEH**

La referencia de pacientes desde el SAR a las UEH, tiene como objetivo **garantizar la continuidad de la atención de aquellos usuarios, cuya complejidad supere la cartera de oferta del SAR** y debe contemplar un conjunto de procesos estandarizados, que permita el traslado, evitando poner en riesgo la integridad del paciente que lo requiera.

La referencia de los pacientes a las UEH, debe considerar los ámbitos de la oportunidad, accesibilidad, calidad y eficacia, que deben reflejarse en su totalidad en el desarrollo de protocolos locales de cada Red. Igualmente las contrareferencias desde UEH al SAR o CESFAM, si es en horario diurno, requieren estar protocolizadas en cada red.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

CADA SERVICIO DE SALUD DEBE ESTABLECER LAS COORDINACIONES ENTRE EL SAR Y LAS UEH DE SU TERRITORIO DE TAL MANERA QUE PRIORICE LA RECEPCIÓN, ATENCIÓN Y RESOLUCIÓN DEL PACIENTE DEBIDAMENTE DERIVADO DESDE EL SAR, EN CONSIDERACIÓN A QUE ES UN USUARIO YA EVALUADO, ES DECIR CON UNA VALORACIÓN MÉDICA INTEGRAL, Y LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES RÁPIDOS Y/O IMÁGENES CON UNA HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA ESTABLECIDA,

Alcance:

Debe ser conocido y aplicado por todo los actores de la red de urgencia, personal de la salud y administrativos, cada uno en su rol previamente definido, ya sea como referente o como receptor, en cualquier parte del proceso.

Consideraciones Generales:

- En cuanto a los **criterios de traslado de un paciente**, estos deben estar claramente especificados en forma de protocolos elaborados conjuntamente con la UEH, donde deben participar los Médicos y Enfermeras de los centros emisores y receptores de cada red local de urgencia.
- **Estabilización de Paciente Grave:** Debe realizarse previamente al traslado, un nivel máximo de atención y estabilización de acuerdo a protocolos de reanimación, debidamente elaborados y aprobados.
- **Elección de tipo de traslado y equipo necesario:** La elección del tipo de traslado y equipo necesario para el traslado del paciente, debe ser indicación médica y estar sustentada en parámetros objetivos de score de gravedad, contenido en protocolo elaborado y aprobado en cumplimiento con la NCh2426.Of98 Ambulancias para el transporte terrestre de pacientes - Clasificación y requisitos de transformación y equipamiento.
- La **decisión del Centro asistencial de referencia** para el traslado del paciente, debe necesariamente considerar la Red de derivación AUGE y no AUGE, para asegurar la oportunidad de tratamiento y ser de conocimiento obligatorio de los médicos del SAR.
- **Consentimiento Informado:** En lo posible y si la situación de emergencia lo permite, se debe explicar al paciente y/o familiar acompañante, los motivos del traslado, el tipo de traslado, los riesgos de éste, el centro asistencial de recepción y obtener su consentimiento informado. (Ley 20.584)
- **Coordinación y comunicación con centro de referencia:**
 - **Comunicación telefónica:** El médico que solicita el traslado (tratante) deberá contactarse con el centro que recibirá al paciente entregándole la información necesaria para la recepción del paciente.



- **Comunicación por Radio:** De no ser posible la comunicación telefónica, se debe contar con comunicación por radio, para asegurar el ingreso del paciente y no retrasar su traslado al establecimiento que lo recibe.

En caso de tratarse de paciente C1 y C2 se deberá tomar contacto con SAMU y/o UEH para Traslado e ingreso directo a SALA DE REANIMACIÓN

ESTRATEGIA DE ENLACE

En el proceso de implementación del SAR se busca generar una **estrategia de enlace que resuelva la continuidad de la atención de los usuarios que utilizan distintos dispositivos de la red**, así como, pacientes con enfermedades crónicas descompensadas, usuarios con problemas de salud crónicos no diagnosticados y policonsultante⁵, reingresos del SAR, y crónicos descompensados o ausentes en control con especialidad, para coordinar con equipos de cabecera a cargo, ya sea reintegro a su programa de Crónicos en su CESFAM o con la especialidad correspondiente.

Los requisitos para poder desarrollar la implementación del modelo, son contar con información de calidad y en forma oportuna (tiempo real) y con funciones concretas asignadas para este propósito. Cada red asistencial, de acuerdo a su realidad local deberá establecer la mejor forma para realizar esta importante tarea, asignando un profesional.

La función de enlace pretende favorecer la **Continuidad Asistencial**, entendida como una **visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos**, con un objetivo de resultado final común: la persona⁶.

La Continuidad Asistencial tiene 4 dimensiones fundamentales (Hennen, 1997):

1. Cronológica: atención a lo largo de la historia natural de cualquier enfermedad.
2. Geográfica: El profesional cercano a las personas. Atención a domicilio.
3. Interdisciplinaria: no fragmenta a los individuos para tratarlos, los considera en su conjunto y en su entorno.

⁵ *Personas que hace uso de los servicios de salud de modo reiterativo, y muchas veces injustificado más de 7 consultas anuales*, de acuerdo con lo establecido en el instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria "Son policonsultantes aquellas personas que superaron la media de consultas más 1 desviación estándar en un período de tiempo determinado" (Gil, V., Orozco, D. y Tapia, C., 2005)

⁶ Gálvez Ibáñez M - CONTINUIDAD ASISTENCIAL. ANÁLISIS CONCEPTUAL, DE LOS ACTORES Y AMENAZAS. PROPUESTAS Y ALTERNATIVAS Medicina de Familia (And) Vol. 4, N.º 1, febrero 2003





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

4. Interpersonal: Relación profesional-paciente, relaciones con la familia del paciente y relaciones interprofesionales.

En este contexto esta función debe ser llevada a cabo desde la Subdirección de Gestión Asistencial de los Servicios de Salud.

Ilustración 3 Diagrama Continuidad de la atención centrada en el usuario

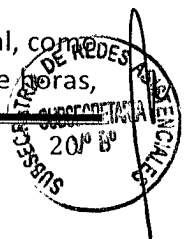


APOYO RED LOCAL EN HORARIO DIURNO

Manteniendo la visión preventiva de anticipación del daño y el funcionamiento en red, el SAR se vinculará con los consultorios de la red APS local para efecto de dar respuesta a la demanda de procedimientos de apoyo diagnóstico básico, en particular en radiología, y eventualmente teleconsultas o tele-informes, compartiendo información orientada a garantizar la continuidad de la atención.

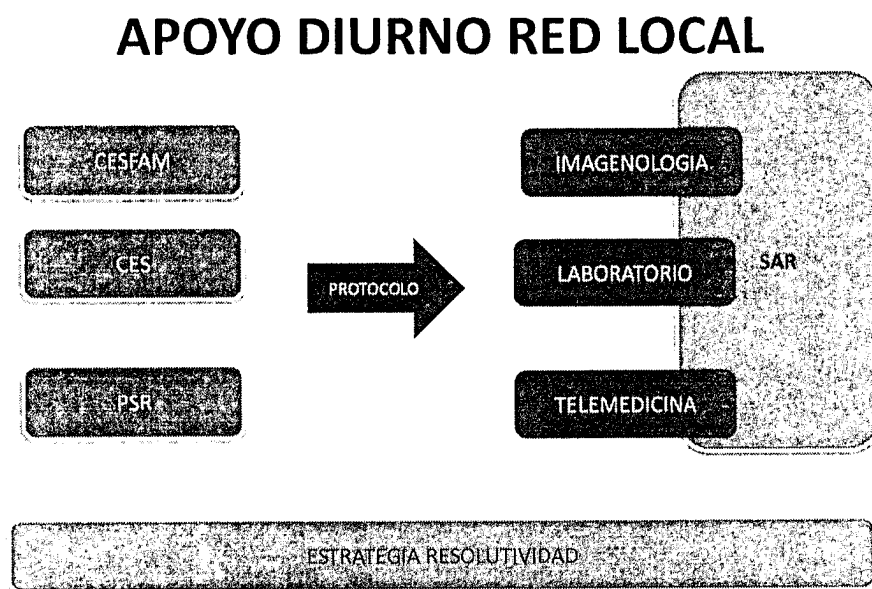
La red local deberá contar con protocolos de derivación para proceder a:

- **Solicitar apoyo diagnóstico a SAR** desde otro centro de salud APS de la red comunal, con apoyo en un proceso diagnóstico y de seguimiento de caso, coordinando la dación de horas,



citación a usuario, y entrega de informe de resultados, garantizando continuidad en la atención al usuario.

Ilustración 4 Funcionamiento de SAR en horario diurno



TELEMEDICINA EN EL SAR

El desarrollo y entrega de prestaciones a través de Telemedicina en el SAR comprende estrategias como la *Tele consulta* y los *Tele informes*, que además pueden complementarse con estrategias de *Tele consultorías* y *Tele educación* (definiciones incorporadas en Glosario).

La implementación y funcionamiento de cada estrategia requerirá de un Modelo de Atención y Gestión que cada Red de Servicio de Salud elaborará de acuerdo a Orientaciones Técnicas.

En las Redes de Salud que cuentan con SAR, éste puede encontrarse o no adosado a un CESFAM. En el caso que lo esté, durante el horario de funcionamiento del CESFAM también se podrán implementar atenciones por Telemedicina de manera programada, además de las atenciones de Urgencia que se entregarán en horario de funcionamiento del SAR.

Apoyo diurno con Equipamiento de los SAR a los Establecimientos de APS (CESFAM)

En horario de funcionamiento de CESFAM, que tiene adosado un SAR, el equipamiento de éste último prestará servicios de apoyo diagnóstico a todos los establecimientos de APS de la comuna en horario que va desde las 08:00 a 17:00 horas. Dicho apoyo consistirá fundamentalmente en proporcionar la realización de exámenes de Laboratorio a través de Test rápidos, como también la posibilidad de realizar exámenes radiológicos Osteo pulmonares.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Además, el equipamiento de Telemedicina para realizar Tele consultas, tele consultorías o Tele educación quedará disponible para el CESFAM, para que éste genere prestaciones de Consultas Nuevas de especialidad de pacientes de Lista de Espera, según programación realizada con Especialistas de los Establecimientos Hospitalarios que correspondan de acuerdo a la Red local (Hospitales de Mediana o Alta Complejidad, CDT, etc.)

Funcionamiento SAR:

En el horario de funcionamiento del SAR, se desarrollarán prestaciones de Telemedicina en Servicios de Apoyo Diagnóstico (Imagenología y Tele electrocardiografía) y también en Tele consulta.

En el ámbito de la Tele consulta, el SAR podrá requerir asistencia a Médicos Especialistas contratados por la Ley de Urgencia en Unidad Centralizada de Camas (UGCC) , utilizando la tecnología dispuesta para tal efecto. Por otro lado, dependiendo de las necesidades de cada Servicio de Salud, disponibilidad de recurso humano, implementación de TIC y gestión local se podrían considerar a las Unidades de Urgencia Hospitalarias (UEH) como una alternativa válida para entregar soporte a distancia de Médicos Urgenciólogos.

La asistencia de Tele consulta otorgada al SAR se desarrollará en el siguiente horario:

17:00 – 08:00 horas: soporte Médico entregado de lunes a domingo por Médicos de UGCC (o UEH, en caso de que localmente se defina como alternativa)

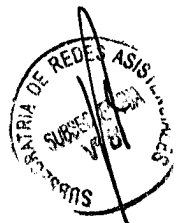
Consideraciones Generales para la implementación del Modelo

Para implementar adecuadamente la estrategia se debe generar un Modelo de Atención y Gestión, basados en la **definición de Procesos Estratégicos**, Clínico-Asistenciales y de Soporte involucrados en dicha implementación y asegurando la **continuidad de atención** del paciente, una vez que se entregan indicaciones para completar su proceso de atención.

Es esencial el desarrollo local de esta estrategia, siguiendo las orientaciones y ajustándose a la realidad local, tanto a nivel de la red, territorio, perfil sociodemográfico y epidemiológico de los usuarios.

Procesos ESTRATÉGICOS a considerar:

- Elaboración y Difusión del Modelo de Atención en la Red
- Capacitar a los profesionales en el uso de las TICs
- Generación de Protocolos de Referencia y Contra referencia
- Estrategia de Enlace
- Respaldo Jurídico



Elementos del Proceso de SOPORTE a considerar:

- Verificar acceso a la Red MINSAL
- Verificar conectividad y acceso a internet
- Asegurar Calidad de Servicio (QoS)
- Existencia de equipos con características específicas que permitan realización de Videoconferencias (capacidad de transmisión de voz, datos e imágenes)
- Acciones de contingencia frente a la falla de equipos
- Farmacia con adecuado arsenal terapéutico
- Laboratorio con cartera de servicios conocida
- Sistemas de registro

Elementos del Proceso CLÍNICO ASISTENCIAL a considerar:

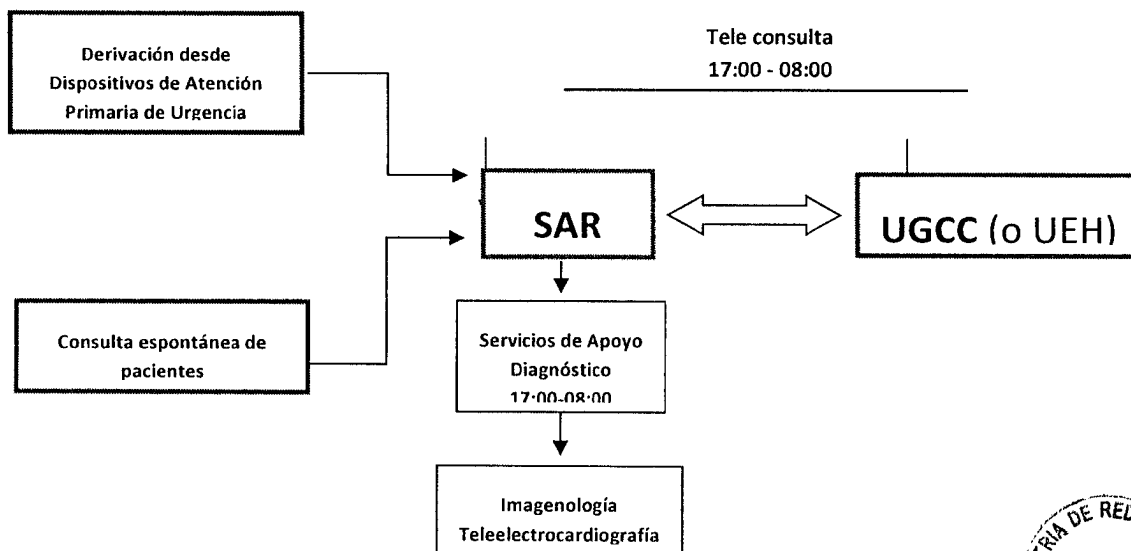
- Definir población objetivo
- Definir los Establecimientos que participarán en los contactos a distancia
- Identificar a los profesionales Médicos participantes
- Programación y agenda de actividad de Tele consulta
- Continuidad de Atención del paciente

Flujo de Telemedicina

La población consultante en el SAR corresponde a aquellos pacientes que acuden de manera espontánea a sus dependencias, o bien, son derivados desde dispositivos de Atención Primaria de Urgencia como el SAPU o SUR. En el caso de que se requiera una atención de Telemedicina, ésta se desarrollará entre el SAR y la UGCC o UEH en horario de **17:00 a 08:00** horas, en donde los profesionales Médicos de la UGCC o UEH entregarán las orientaciones diagnósticas o terapéuticas correspondientes.

El flujo de Telemedicina en Tele consulta y también los Servicios de Apoyo Diagnóstico que entregará el SAR, junto al horario de funcionamiento quedan expresados en el siguiente diagrama:

Ilustración 5 Diagrama Telemedicina-SAR





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

El flujo de derivación de los pacientes provenientes desde los Dispositivos de Atención Primaria de Urgencia debe ser dirigido necesariamente a los SAR (ubicados dentro de la misma Comuna), en un sentido unidireccional, en donde de acuerdo a la categorización y compromiso del paciente, se establecerán los destinos de derivación según Protocolos. En el caso de los pacientes categorizados como C1 y C2, éstos deberán ser trasladados desde el SAR hacia las Unidades de Urgencia Hospitalarias a la brevedad, previo aseguramiento hemodinámico y ventilatorio.

Alcances respecto a Funcionamiento de Telemedicina

1. Servicios de Apoyo Diagnóstico:

- **“Exámenes Radiológicos Osteopulmonares”** que serán informados por Tele radiología: El SAR entregará soporte radiológico a los pacientes derivados de los Dispositivos de Atención Primaria de Urgencia o de consulta espontánea mediante la realización de Exámenes Radiológicos Osteopulmonares. En relación al flujo de derivación del paciente, éste se definirá localmente, de manera que los pacientes podrán ser resueltos en el SAR, devueltos con su examen e informe a la Red de Atención Primaria, o bien, derivados a Establecimientos de Mayor Complejidad.

La modalidad de elaboración de los Informes Radiológicos será de definición local, de acuerdo a los recursos asignados y disponibilidad de Médicos Radiólogos en la Red Asistencial.

- **Tele electrocardiograma:** Los pacientes consultantes en el SAR, con sospecha de Infarto Agudo al Miocardio, podrán acceder en forma inmediata a la toma de un Electrocardiograma, que será enviado al Especialista a distancia para su evaluación, confirmación diagnóstica y posterior emisión del informe hacia el Médico Tratante del SAR, mediante el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación.

Los flujos del proceso y la elaboración de Informes seguirán la modalidad establecida por la estrategia de Tele electrocardiografía, implementada en el país desde el año 2007 para apoyar el diagnóstico de IAM en contexto GES.



2. Tele consulta SAR-UGCC

SAR: Actividades

- a) Generación de Tele consulta de acuerdo a Protocolo definido
- b) Firma de Consentimiento Informado al paciente
- c) Generación de un llamado telefónico a Médico UGCC para concertar la Tele consulta
- d) Conexión remota con equipo de Telemedicina y ejecución de la Tele consulta
- e) Registro de la consulta realizada en Formulario estándar
- f) Entrega de indicaciones al paciente
- g) Coordinación para continuidad de atención

UGCC: Actividades

- a) Definir responsable de la ejecución de la Tele consulta durante el turno
- b) Recepción de la llamada
- c) Concertar la Tele consulta mediante tecnología habilitada
- d) Conexión remota con equipo de Telemedicina y ejecución de la Tele consulta
- e) Entrega de orientación e indicaciones al Médico tratante de SAR
- f) Registro de la actividad en plataforma existente (Modulo de Registro) o Formulario Estándar

3- Tele consulta SAR-UEH

SAR: Actividades

- a) Generación de Interconsulta de acuerdo a Protocolo
- b) Firma de Consentimiento Informado
- c) Generación de un llamado telefónico a Médico UEH para concertar la Tele consulta
- d) Conexión remota con equipo de Telemedicina y ejecución de la Tele consulta
- e) Registro de la consulta realizada en Formulario estándar
- f) Entrega de indicaciones al paciente
- g) Coordinación para continuidad de atención

UEH: Actividades

- g) Definir responsable de la ejecución de la Tele consulta durante el turno
- h) Recepción de la llamada
- i) Concertar la Tele consulta mediante tecnología habilitada
- j) Conexión remota con equipo de Telemedicina y ejecución de la Tele consulta
- k) Entrega de orientación e indicaciones al Médico tratante de SAR
- l) Registro de la actividad en plataforma existente (Modulo de Registro) o Formulario estándar

4- Soporte Médico desde UGCC: Perfiles de casos de consulta

La Telemedicina al interior de los SAR, tiene como propósito apoyar en la toma de decisiones clínica a los Médicos que se encuentran realizando turnos en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

de Alta Resolutividad, a través de la realización de una Consulta Médica, utilizando Tecnologías de la Información y Comunicación.

Este apoyo se dará en dos áreas de consultas:

1- Sobre diagnóstico y manejo inicial de las siguientes patologías médicas, que implican riesgo vital previo al traslado:

- Enfrentamiento del dolor torácico. Descarte de SCA, Síndrome Aórtico, TEP y Neumotórax.
- Manejo del SCA, Síndrome Aórtico, TEP Manejo del EPA.
- Manejo de las crisis de Asma y EPOC.
- Manejo de las Neumonías en el adulto y el niño.
- Reconocimiento y manejo de la Sepsis Severa y el Shock Séptico.
- Manejo general y específico de las Intoxicaciones.
- Manejo de las Cefaleas Agudas. Meningitis, HSA.

Este tipo de patología debe ser atendida por el regulador del SAMU, ya que este paciente tiene indicación de traslado a alta complejidad o a centro de mayor resolución de la red. La coordinación del manejo previo a la llegada de la ambulancia con el SAR y con el centro receptor.

En los protocolos desarrollados en la RED para ACV y IAM es el SAMU quién coordinará el traslado con los centros receptores de la Región metropolitana, Mesa de protocolos ACV y IAM, en el caso de regiones según lo defina la red.

2- Sobre las siguientes patologías poco frecuentes y situaciones especiales:

- Enfermedades infecciosas no habituales: Rabia, Tétanos, Ébola y Dengue.
- Enfermedades de Notificación Obligatoria.
- Procedimientos médicos legales en la Urgencia.
- Atención de Parto y del RN.
- Manejo del paciente Psiquiátrico.

Localmente las redes de urgencia podrán evaluar y establecer protocolos de derivación para los cuadros sindrómicos precedentes, pues en algunos casos pudiera decidirse el traslado inmediato del paciente, a UEH correspondiente, una vez diagnosticada su patología, por parte del equipo médico del SAR.



CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de prestaciones (detallada en ANEXO 3: CARTERA DE PRESTACIONES DEL SAR), considera:

Cartera de Prestaciones – SAR (Horario Urgencia)

- a. Consultas de urgencia a todo grupo etario y procedimientos médicos. Para las urgencias obstétricas, se deberá aplicar protocolo derivación local vigente, de acuerdo a orientaciones MINSAL.
- b. Procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico
- c. Imagenología (radiografía osteopulmonar): será tomada por TENS debidamente certificado en protección radiológica y capacitación para la toma de radiografías, bajo la supervisión de médico con competencias. Habrá especial atención en la NO sobre exposición. Ver ANEXO 5: PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTO EXÁMENES RADIOLÓGICOS EN SAR.
- d. Exámenes (kit rápido). Ver ANEXO 6: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EXÁMENES.
- e. Telemedicina: tele-electrocardiografía para sospecha de IAM (GES), tele-consulta*, tele-informes para Rx.
- f. Ecografía (sólo en aquellos SAR en que el consultorio o CESFAM base disponga reubicación de equipo de ecografía en instalaciones SAR, ampliando su destino más allá de las ecografías 1 del embarazo). Y con médicos capacitados en diagnóstico ecográfico de urgencias.
- g. Observación en camillas.
- h. Certificados y licencias médicas.
- i. Atención a víctimas. Constatación de lesiones (a requerimiento de Fiscal o Carabineros).
- j. En el ámbito médico legal, se tomará muestras de alcoholemia sólo en aquellos casos en que haya un convenio vigente suscrito entre el Servicio Médico Legal y el Director del establecimiento, en coordinación con el Servicio de Salud respectivo; lo que entre otros implicaría la presencia de carabinero.

* La Tele Consulta, en lugares apartados y aislados para evitar traslados innecesarios (auxilio de profesional de urgencia Hospital Base durante la noche, actúa como dispositivo de la Red de Urgencia) y de especialistas durante el día en trabajo coordinado con los CESFAM y Equipos de Cabecera (actúa como dispositivo Red Comunal de APS aumentando resolutivez), de acuerdo a protocolos locales de la red.

Cartera de Prestaciones – SAR Apoyo Diagnóstico (Horario Diurno)

- RX osteopulmonar, con o sin teleinformes.
- Teleconsultas (consulta de médico tratante vía telemedicina a médico especialista sobre proceso diagnóstico/terapéutico de paciente en atención)





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

- Teleconsultorías (revisión de casos y/o temas vía telemedicina entre equipo de salud y especialista)
- Teleeducación (capacitación vía telemedicina a equipos de salud y grupos de la comunidad)

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

El SAR, como parte de la red de atención en salud, debe velar por el cumplimiento de normativas asociadas a la Ley 19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud, sus reglamentos y normas. La Ley en su Art. 25 señala:

Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán atenderse en la Red Asistencial que les corresponda. Asimismo, deberán acceder a ésta a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo, y las demás situaciones que determine el reglamento, el que será suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Así entonces, es el Decreto GES vigente (Decreto Supremo MINSAL N°3, de 2016, vigente a contar del 01 de julio de 2016) el que aprueba **Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud** a que tienen derecho los beneficiarios que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional están obligados a asegurar.

GES durante Atención de Urgencia SAR

Se deberá atender las garantías comprometidas con problemas de salud a resolver directamente desde una primera atención de urgencia en APS, como es a lo menos: **Infarto Agudo al Miocardio, Infección Respiratoria Aguda (IRA) de Manejo Ambulatorio en Menores de 5 años, Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio en Personas de 65 años y más. Tratamiento asma moderado estable Nivel Primario en menores de 15 años, EPOC Tratamiento de exacerbaciones, Curación de pie Diabético, descompensación diabetes tipo 1.** Lo anterior cuando el nivel de complejidad de dichas patologías lo indique. En caso contrario debe ser derivado por el SAR a la UEH correspondiente.

Otras patologías GES, requerirán estabilizar y derivar a unidades de emergencia de mayor complejidad, UEH, como son: Accidente Cerebrovascular Isquémico en Personas de 15 años y más, Hemorragia Subaracnoidea Secundaria a Ruptura de Aneurismas Cerebrales, Politraumatizado Grave, Atención de Urgencia del Traumatismo Cráneo Encefálico Moderado o Grave, Trauma Ocular Grave, Gran Quemado.



GES durante Horario Diurno del SAR (Apoyo Diagnóstico)

Se deberá dar cumplimiento a las prestaciones garantizadas que de acuerdo a protocolo de atención GES local, definan las tecnologías provistas en SAR como responsables de la atención.

Lo anterior, será posible extendiendo la capacidad tecnológica del SAR atendiendo la capacidad del SAR de responder a la potencial demanda garantizando el 100% de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera a los beneficiarios, en horario diurno.

Entre ellas, pudiera considerarse las Rx de tórax, Rx Screening Displasia Luxante de Caderas.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

GESTIÓN OPERACIONAL DEL SAR

El Director de Consultorio base, CESFAM o quien él designe, es el responsable directo del funcionamiento del SAR, salvo que la autoridad local determine otra instancia de responsabilidad.

Las funciones de quién actúe como responsable serán: **programar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar, controlar y evaluar las acciones y desempeño del personal que cubra los diferentes turnos establecidos, así como su manejo administrativo.**

Durante el horario diurno la infraestructura y equipamiento disponible en el SAR ofrece a la red de APS, la posibilidad de realizar prestaciones de apoyo diagnóstico en Rx osteopulmonares, debiendo coordinarse con esta red para efecto de participar fluida e integradamente en la continuidad de atención de los usuarios. Los flujos y procedimientos deberán estar sancionados y conocidos por los equipos de la red asistencial.

La coordinación entre el SAR, la red de atención primaria de urgencia y los niveles de mayor complejidad estará condicionada por la disponibilidad de recursos humanos y medios diagnósticos y terapéuticos, y se regulará a través de Protocolos o Flujogramas locales de derivación en conformidad con lo establecido por la Red de Urgencia local y el Servicio de Salud respectivo.

El SAR, como parte de la red de urgencia, debe participar en la elaboración de un Plan Anual de Trabajo, en el que se establezcan explícitamente los niveles de resolución según complejidades, los flujos de los usuarios y los instrumentos de referencia y contra-referencia, así como los protocolos de atención y los profesionales que actúan como referentes en cada instancia. Asimismo, la Red de Urgencia deberá definir los requerimientos de capacitación de cada uno de sus integrantes.

La atención médica en el SAR debe estar asegurada durante todo el tiempo de funcionamiento, por lo que ningún funcionario podrá hacer abandono de sus funciones sin la coordinación técnica y autorización administrativa respectiva, ni omitir la entrega de turno según su cargo. En caso que se presentaran problemas para el relevo de algún funcionario, se deberá mantener cubierto el turno correspondiente hasta que el Jefe del SAR o el médico de turno solucionen el problema, haciendo uso de medidas administrativas apropiadas.

Ver anexos:

ANEXO 4: FLUJOS DE ATENCIÓN EN SAR

ANEXO 5: PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTO EXÁMENES RADIOLÓGICOS EN SAR





Ministerio de Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales

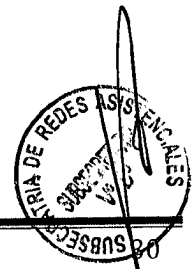
ANEXO 6: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EXÁMENES DE TAMIZAJE (KIT RÁPIDO POINT OF CARE)

ANEXO 7: ARSENAL FARMACOLÓGICO Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA EL SAR

ANEXO 8: CARRO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

ANEXO 9: TRASLADO DE PACIENTES

ANEXO 10: REGISTROS BÁSICOS EN SAR



ROL Y RESPONSABILIDAD FUNCIONARIA

A este respecto se proponen a continuación a modo de orientación funciones críticas a desarrollar por el equipo, sin perjuicio de su posibilidad de adaptación al nivel local, en cumplimiento con el estatuto de Atención primaria, y normas propias del sector.

1. JEFE O COORDINADOR DE SAR

Sus funciones son:

1. Ejercer, por delegación del Jefe Comunal de Salud o del Director del Centro de Salud base, la gestión técnico administrativa del SAR.
2. Integrar el Comité de Urgencia local, convocando y respondiendo a las convocatorias de éste.
3. Participar en la formulación y activación del Plan de Emergencia correspondiente a su área de influencia.
4. Vigilar la mantención actualizada y disponible en forma permanente de protocolos de manejo de pacientes críticos durante la atención en el SAR y/o durante su traslado a otros servicios.
5. Velar por el cumplimiento de las garantías GES, especialmente en relación con la oportunidad de las derivaciones y los registros.
6. Mantener al día y/o supervisar que se mantengan al día los de registro de atención de pacientes, protocolos de referencia y contrarreferencia, el registro de constancia de lesiones y alcoholemias (si existen), y el de novedades, adoptando las medidas correctivas sobre las anomalías detectadas a partir de estos instrumentos.
7. Participar en el proceso de calificaciones del personal a su cargo.
8. Supervisar la calidad de los datos del sistema de registros y gestionar las estadísticas del sistema de urgencia y los aspectos financieros implícitos.
9. Participar en la evaluación periódica de las actividades realizadas (rendimiento, producción, costos), implementando los ajustes o modificaciones necesarios.
10. Supervisar el cumplimiento de los convenios de compra de servicios destinados al SAR.
11. Vigilar el libro de reclamos, sugerencias y felicitaciones y dar respuesta o informar a las autoridades superiores, según el caso, para que quien corresponda implemente las medidas correctivas pertinentes.
12. Mantener información actualizada de reemplazantes acreditados, de manera de contar con un pool que permita cubrir las ausencias del estamento médico que se produzcan.
13. Velar por el cumplimiento de las normas de control del uso de estupefacientes y psicotrópicos utilizados en el SAR, acorde a la reglamentación vigente.
14. Hacer entrega periódica documentada, a la jefatura del CESFAM correspondiente, de las nóminas de pacientes policonsultantes, pacientes con patologías crónicas descompensadas, pacientes con patologías severas no detectadas, y pacientes derivados desde las UEH correspondientes, en la forma en que se define





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

al nivel local, para su pesquisa y citación/visita domiciliaria, con los equipos de cabecera correspondientes y posterior inclusión en programas a través de la función de enlace que se desarrolle a nivel local.

2. PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL SAR

Profesional de dependencia directa del Jefe del SAR. No obstante, el cumplimiento de sus funciones asistenciales con motivo de procedimientos en pacientes críticos priman por sobre otras si es el único profesional de enfermería presente en situaciones de ese tipo. Debe tener vigente curso de Reanimación acreditado BLS y será deseable ATLS y curso de IAAS.

Sus funciones son:

1. Realizar valoración de los pacientes que consultan al SAR (categorización según riesgo vital).
2. Realizar atención del paciente y acciones derivadas del diagnóstico médico.
3. Ejecutar acciones y/o procedimientos de enfermería, y asistir al paciente crítico, durante su estadía en el SAR y previo a su traslado.
4. Orientar a los usuarios en el uso de la red asistencial.
5. Mantener información actualizada para el profesional de enlace.
6. Supervisar a personal de enfermería.
7. Coordinar traslado de pacientes a UEH, en conjunto con médico de turno.
8. Realizar notificación de accidentes cortopunzantes y otros tipos de accidentes laborales del personal de turno.
9. Reforzar y explicar al paciente o sus familiares las indicaciones al alta.
10. Participar en la programación de las actividades de capacitación de los funcionarios y actuar como capacitador en las materias de su competencia.
11. Realizar la entrega de turno, informando las actividades y novedades en el libro respectivo.
12. Participar en los programas de capacitación que determine la Jefatura del SAR o del Centro de Salud o el Coordinador de la Red de Urgencia local.
13. Realizar actividades y acciones derivadas de normas respecto de Calidad y Seguridad de Atención.
14. Participar en otras labores de gestión encomendadas por la Jefatura.
15. Coordinar las atenciones de Telemedicina (Tele consulta, Tele consultorías) para la realización de los contactos entre profesionales.
16. Programar y coordinar actividades de capacitación mediante Telemedicina (Tele educación) dirigido a equipos de salud y grupos de la comunidad.



3. MÉDICO DE TURNO

Profesional de dependencia directa del Jefe del SAR. Debe tener curso de BLS como mínimo y/o ATLS e IAAS de 20 hrs. vigente

Sus funciones son:

1. Asumir durante su turno la responsabilidad técnica y administrativa del SAR. En el caso que éste funcione adosado al Centro de Salud, la responsabilidad se hará extensible a éste.
2. Atender al paciente, plantear diagnóstico y definir la conducta a seguir, de acuerdo a protocolo.
3. Utilizar herramientas de Telemedicina como apoyo a la gestión del traslado de pacientes, entrega de orientaciones, consenso de conductas y aumento de resolutivez.
4. Regular el uso de la ambulancia según protocolo y coordinar con la Red de Urgencia local las derivaciones.
5. Registrar en forma completa la atención médica y sus indicaciones en los registros respectivos.
6. Supervisar el desempeño de los funcionarios durante su turno.
7. Registrar las actividades y eventuales novedades médicas en el libro respectivo al término de cada turno.
8. Derivar a los usuarios a su establecimiento de origen y solicitar exámenes, cuando corresponda.
9. Coordinar la atención interna del SAR en caso de emergencias masivas o catástrofes y apoyar al jefe municipal de emergencia en el Plan de Contingencia Local.
10. Extender los certificados de defunción de acuerdo a la normativa legal vigente.
11. Extender Licencias Médicas como parte del acto médico, cuando la condición del paciente lo requiera.
12. Atender las consultas del público y familiares del paciente en forma adecuada y oportuna.
13. Asistir a las reuniones convocadas por el Gestor de la Red Asistencial, el director del Centro de Salud o el Coordinador de la Red de Urgencia local.
14. Participar en los programas de capacitación que determine la Jefatura del SAR o del Centro de Salud o el Coordinador de la Red de Urgencia local.
15. Coordinarse con el médico de turno del Servicio de Emergencia Hospitalaria en caso de traslados y para cotejar criterios de abordaje clínico.
16. Efectuar las actividades de contención frente a situaciones de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual en concordancia con las Normas y Guías Clínicas.
17. Registrar los eventos más importantes del turno en el libro de novedades.

4. KINESIÓLOGO

Profesional de dependencia directa del Jefe del SAR. Durante el horario de turno, su dependencia técnico-administrativa será del Médico Jefe del Turno. Debe tener curso de BLS como mínimo y/o ATLS e IAAS de 20 hrs. vigente





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Sus funciones generales son:

1. Programar, organizar, dirigir, y realizar controlar y evaluar la atención de kinesiterapia respiratoria del SAR
2. Participar en los procedimientos clínicos que realice el equipo de salud apoyando desde sus competencias.
3. Mantener en buen estado del equipamiento e instrumental de atención de sala de atención respiratoria.
4. Realizar contra referencia a la atención primaria en el caso de pacientes de programa IRA y ERA
5. Registrar novedades en libro de turno e informar al médico SAR al finalizar su turno
6. Participar en otras labores de gestión encomendadas por la Jefatura.

5. TÉCNICO EN RAYOS (TENS MENCION RADIOLOGÍA)

Su dependencia directa durante el horario de turno será del Médico Jefe del Turno y su dependencia técnico-administrativa será de la Enfermera, por delegación del Jefe del SAR. Debe tener curso de BLS

Sus funciones son:

1. Revisar las condiciones de los equipos y dispositivos médicos al ingresar al turno. Informar para reposición de stock. Reabastecer las existencias si ellas se acaban durante el turno.
2. **Gestionar** y archivar las solicitudes de exámenes de rayos.
3. **Efectuar toma de examen radiológico a los usuarios bajo la supervisión de médico de turno u otro profesional a cargo.**
4. Participar en el control de pacientes en observación e informar de inmediato al médico si el paciente presenta alguna complicación.
5. Colaborar en la atención del paciente en presencia o por indicación del médico. Ejecutar procedimientos de enfermería y asistir al paciente crítico, previo a su traslado.
6. Realizar la estadística de exámenes radiológicos realizados durante su turno.
7. Participar en actividades de capacitación y asistir a reuniones técnicas programadas y extraordinarias.
8. Participar en otras labores de gestión encomendadas por la Jefatura.



6. TÉCNICO DE ENFERMERÍA NIVEL SUPERIOR (TENS)

Su dependencia directa durante el horario de turno será del Médico Jefe del Turno y su dependencia técnico-administrativa será de la Enfermera, por delegación del Jefe del SAR. Debe tener curso de BLS vigente.

Sus funciones son:

1. Revisar la disponibilidad de medicamentos en existencia y las condiciones de los equipos y dispositivos médicos al ingresar al turno. Informar para reposición de stock. Reabastecer las existencias si ellas se acaban durante el turno.
2. Solicitar y archivar las recetas de respaldo para las prescripciones médicas.
3. Recepcionar los pacientes y consignar toda la información necesaria al momento de la consulta.
4. Realizar categorización/ priorización de pacientes, aplicando escala de criterios en uso en la correspondiente red de urgencia.
5. Atribuir e Informar a los médicos el orden de atención de pacientes, según priorización anteriormente realizada.
6. Participar en el control de signos vitales de pacientes en observación e informar de inmediato al médico si el paciente presenta alguna complicación.
7. Colaborar en la atención del paciente, en presencia o por indicación del médico. Ejecutar acciones y/o procedimientos derivados de indicaciones de enfermería, y asistir al paciente crítico, previo a su traslado.
8. Eventualmente, apoyar las actividades de atención prehospitalaria del SAMU, acatando los protocolos básicos establecidos para ese tipo de atención.
9. Reforzar y explicar al paciente o sus familiares las indicaciones médicas y de enfermería.
10. Realizar la estadística de la salida de medicamentos y dispositivos médicos durante su turno, para su reposición posterior, y efectuar el control estadístico y manejo técnico de las vacunas durante el turno.
11. Participar en actividades de capacitación y asistir a reuniones técnicas programadas y extraordinarias.
12. Realizar la entrega de turno, informando las actividades y novedades en el libro respectivo.
 - a. Al formar parte de la tripulación de la ambulancia para el traslado de paciente, sus funciones son:
 13. Recepcionar al paciente y documentos que acompañan al traslado.
 14. Revisar y completar datos contenidos en la hoja de traslado (datos personales, procedimientos realizados, signos vitales).
 15. Vigilar al paciente durante el traslado y solicitar apoyo y refuerzos si se produce agravamiento de éste.
 16. Informar en forma continua las condiciones del paciente al SAR y/o Centro Regulador.
 17. Entregar el paciente y los documentos respectivos en la Unidad de Emergencia de destino a médico o enfermera de la UEH de destino.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

18. Esperar al paciente cuando la indicación médica del Centro Regulador o del establecimiento receptor así lo determinen.
19. Solicitar los documentos que acrediten la atención del paciente en la Unidad de Emergencia Hospitalaria y registrar la hora en que el móvil es liberado para su regreso al SAR.
20. Una vez terminada la atención, informar al SAR y/o Centro Regulador los datos solicitados por éste y el horario en que el móvil queda disponible.
21. Realizar entrega de móvil, limpio, ordenado y con stock repuesto.
22. Participar en las actividades de capacitación a las que se le convoque.
23. Participar en otras labores de gestión encomendadas por la Jefatura.

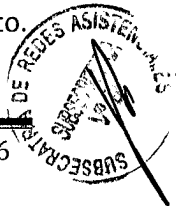
7. FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO

Su dependencia directa durante el horario de turno será del Médico Jefe del Turno y su dependencia técnico-administrativa será de la Enfermera Coordinadora, por delegación del Jefe del SAR. Debe tener curso de BLS vigente.

En el caso de no existir este funcionario, las funciones a describir serán asignadas a uno de los TENS, en un sistema rotativo, manteniéndose siempre disponible para participar en las funciones clínicas.

Funciones:

1. Recepcionar a la persona que solicita atención.
2. Inscribir al paciente en el libro de registros o en el sistema informático, registrando los datos pertinentes en la hoja de atención de urgencia (DAU).
3. Ingresar las interconsultas al sistema de registros vigente que posee la comuna o el establecimiento CESFAM u otro; además debe registrar el proceso de telemedicina que se realice al paciente.
4. Actualización de los datos de los pacientes en SOME (contactabilidad)
5. De acuerdo a protocolo establecido, avisar y dar prioridad al ingreso de paciente crítico o en riesgo vital o secuela funcional grave.
6. Verificar la certificación de la previsión del paciente para determinar, si corresponde, el cobro por las prestaciones (ISAPRES, particulares).
7. En caso de cobro, entregar la boleta de prestación de atención médica municipal al usuario.
8. En caso que el evento corresponda a Accidente del Trabajo o Enfermedades Profesional, verificar institución Administradora de Seguro Social del usuario, para gestionar el cobro de las prestaciones, si corresponde.
9. Mantener un registro de la recaudación y entregar la caja de seguridad con dinero,, a la persona que sea designada por el Director del Centro de Salud o por el Jefe del SAR para este efecto.



10. Manejar los sistemas de registro, elaborar planillas estadísticas y colaborar en las funciones administrativas y de gestión que determine el Jefe del SAR.
11. Preparar periódicamente y entregar al Jefe del SAR los listados, con pacientes policonsultantes, pacientes con patologías crónicas descompensadas, pacientes con patologías severas no detectadas, y pacientes derivados desde las UEH correspondientes, para su pesquisa y citación a los equipos de cabecera correspondientes.
12. Participar en las actividades de capacitación a las que sea convocado.
13. Participar en otras labores de gestión encomendadas por la Jefatura.
14. Efectuar acciones previstas para espacio de OIRS y entregar diariamente estas informaciones al profesional Enfermera/o del SAR, para responderlas y/o darles curso

8. CONDUCTOR DE AMBULANCIA

La dependencia directa del conductor, durante el turno, será del médico de turno, y la dependencia técnico-administrativa será del Jefe del SAR o del Coordinador (a) por delegación de funciones. Tener curso de BLS vigente

Sus funciones son:

1. Mantener su documentación personal al día y portar su carné de conductor clase tipo A2 o A y la documentación del vehículo.
2. Controlar la mantención periódica de la ambulancia y asegurar su buen funcionamiento, informando a quien corresponda y con anticipación las revisiones técnicas y reparaciones necesarias. (debe constatar nivel de combustible, niveles de aceite y agua y presión de los neumáticos).
3. Mantener el inventario de equipos y dispositivos médicos de la ambulancia.
4. Mantener el libro de novedades del conductor y llevar hoja de ruta (bitácora) de las salidas del vehículo. El libro de ruta debe incluir los siguientes datos:
 - a. Destino del traslado.
 - b. Diagnóstico inicial y motivo de la referencia.
 - c. Nombre de la persona trasladada.
 - d. Destino final del paciente: recepción en Unidad de Emergencia Hospitalaria, devolución al SAR o envío a domicilio.
 - e. Hora de salida, hora de llegada al lugar de destino, hora de regreso al SAR.
 - f. Kilometraje de inicio de turno, el recorrido por salida y el de entrega de turno.
 - g. Nivel de combustible con la que se entrega el móvil (debe quedar establecido por protocolo que no puede quedar con menos de $\frac{3}{4}$ de estanque)
5. Efectuar el transporte de pacientes indicados por el médico de turno, según la organización de la Red de Urgencia local.
6. Colaborar en la asistencia al paciente cuando se le requiera, según normas y protocolos establecidos.
7. Mantener el aseo y cuidado de la ambulancia y de su equipamiento.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

8. Mantener el móvil con combustible o, en su defecto, de los vales correspondientes.
9. Participar en las actividades de capacitación a las que se le convoque.

9. TECNÓLOGO MÉDICO COMUNAL (MENCIÓN RADIOLOGÍA Y FÍSICA MÉDICA)

Profesional responsable de la gestión de las unidades de apoyo de los SAR a nivel de la comuna, actuando como referente técnico en el área de diagnóstico por imágenes en SAR y la supervisión al personal de apoyo, así como del equipamiento entre otros.

GENERALES:

1. Contar con la Licencia de Operación otorgada por la SEREMI de Salud, respecto a la autorización de desempeño operando equipos o aparatos generadores de radiaciones ionizantes. Es decir, haber acreditado sus conocimientos de protección radiológica (malla curricular o cursos certificados por entidad autorizada).
2. Ejecutar y supervisar el cumplimiento a los programas de Garantía de Calidad en radiodiagnóstico
3. Controlar, supervisar y eventualmente corregir las acciones del TENS, que realiza los exámenes en las salas de procedimientos de exámenes radiológicos, cuando se realizan los exámenes en horario no hábil.
4. Aplicar y verificar el cumplimiento de las Guías y Protocolos de atención y exploración radiológica, en el contexto de sus competencias.
5. Revisar sistemáticamente los procedimientos radiológicos, según periodicidad fijada localmente, acorde a la frecuencia y cantidad de exámenes.
6. Definir prácticas especiales dentro de las cuales se encuentran las exposiciones de niños y embarazadas, aplicables sólo previa indicación médica como Consentimiento Informado que le explique el procedimiento que se le va a practicar y los riesgos que esto conlleva.
7. Acreditar el cumplimiento de la normativa vigente, en materia de radioprotección, tales como el blindaje de las instalaciones, elementos de protección radiológica, señalética correspondiente, luz roja de seguridad, frecuencia de realización de la mantención preventiva de los equipos y sus respectivos registros.
8. Elaborar protocolos de control dosimétrico y supervisar las medidas que se requieran en atención a su aplicación. Estos documentos entregarán las directrices para el correcto uso de los dosímetros.
9. Notificar las dosis recibidas por la exposición a radiaciones ionizantes.
10. Realizar actividades asistenciales directas si fuese requerido y con la debida programación.



TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

La definición de las políticas públicas que orientan el quehacer del Ministerio de Salud para este período están alineadas con la misión institucional, que busca elevar el nivel de salud de la población, desarrollar armónicamente los sistemas de salud centrados en las personas, fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención.

Para alcanzar los objetivos estratégicos definidos por el MINSAL se requiere de sistemas de información que permitan contar con datos de calidad y entregados de manera oportuna para la gestión y toma de decisiones en los diferentes niveles del sector: desde los establecimientos de salud, servicios de salud, secretarías regionales y autoridades de nivel central.

La Estrategia Digital en Salud busca automatizar los procesos clínicos y administrativos al interior de los establecimientos de salud, poniendo énfasis en la integración de la red asistencial.

SIDRA, como Sistema de Integración de la Red Asistencial, es columna vertebral de la Estrategia Digital en Salud, cuya visión es contar con una red de salud integrada en todos sus niveles asistenciales a través de sistemas de información clínica y administrativa, cuyos datos son recogidos en el origen, en tiempo real y con calidad para optimizar la gestión y la toma de decisiones.

Uno de los objetivos de la estrategia SIDRA es contar con una fuente única de información: actualizada, estandarizada, segura, confiable, de calidad e integrada en todos los niveles de atención. Esto implica asegurar la interoperabilidad de los distintos sistemas de información del sector y fomentar la estandarización de terminologías clínicas: diagnósticos, procedimientos, fármacos, etc. para su correcto uso en los sistemas de información.

Según lo anterior, los SAR incorporarán las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) que actualmente están en funcionamiento en la Atención Primaria de Salud y que en la actualidad se adosan a la estrategia SIDRA, además éstas deberán integrar al registro clínico la solución de RIS/PACs⁷ (almacenamiento y distribución de imágenes diagnósticas), laboratorio y Tele-electrocardiogramas entre otras.

El Sistema de información de urgencia permitirá el registro de todas las acciones realizadas en una atención de urgencia, las que formarán parte de la historia clínica del paciente, permitiendo la trazabilidad de todas las atenciones de salud que éste tenga en los distintos procesos de atención de la red asistencial, tanto desde la atención abierta, cerrada y urgencia.

Toda integración que se realice con el sistema de información de Urgencias debe estar bajo estándares de la industria de tecnologías de información, entre ellas cabe mencionar HL7, DICOM,

⁷ RIS (Radiology Information System), que va asociado a PACS (Picture Archiving and Communications System) ambos constituyen parte de las nuevas tecnologías de imágenes médicas digitales, para el almacenamiento, distribución, presentación y administración de las imágenes que se toman generalmente en los servicios de radiología de los establecimientos de salud.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

HIE, etc. La Contraparte técnica para estos fines corresponderá al Jefe del Departamento TIC de cada Servicio de Salud, por lo tanto se verá con él las definiciones de los sistemas y su implementación.

Los servicios habilitantes para el correcto funcionamiento del SAR son:

- Red de Datos y Voz
- Servicio Internet
- Servicio de Telefonía para Contingencia
- Servicio de Telefonía Móvil
- Radiotransmisión VHF
- Tele-Electrocardiografía
- SIGGES
- Equipamiento Computacional
- Equipamiento para Telemedicina

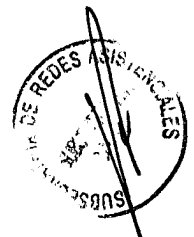
Para la implementación de sistemas de telemedicina, se deberá considerar calidad de Servicio (QoS) en la Red de Imágenes y video, además de validar con el modelo de red de atención la posibilidad de incorporar una red inalámbrica Wifi.

ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Ministerio de Salud, Capítulo 02, Programa 02, Fondo Nacional de Salud, Programa de Atención Primaria, glosa 01 y 02, que tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación. Los recursos serán asignados por los Servicios de Salud respectivos, conforme resolución aprobatoria, en 12 cuotas o duodecimal.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley, o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.



1. Atención Primaria de dependencia de los Servicios de Salud

Esta dependencia, se regula por el Estatuto Administrativo en cuanto a dotación, por el decreto ley N° 2.763 y sus modificaciones y, por la ley N° 19.937.

Vinculada a la glosa 01 del Programa Presupuestario de APS, se señalan los recursos destinados al financiamiento de la atención primaria desarrollada en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud. En este ámbito, se congregan los establecimientos cuya dependencia administrativa es de los propios Servicios de Salud, y, aquellas organizaciones que con base al DFL 36/80 celebran convenios con los Servicios de Salud correspondientes, para ejecutar acciones de atención primaria.

El mecanismo vigente de pago del Programa SAR, es el pago prospectivo por prestación, enmarcados en un programa aprobado por resolución ministerial, que debe contemplar, en general, los objetivos, y metas, prestaciones y establecimientos involucrados, indicadores y medios de verificación. Los aportes se entregan vía resolución del respectivo Director del Servicios de Salud.

Glosa Presupuestaria para Atención Primaria Dependiente de los Servicios de Salud.

Esta glosa contempla recursos destinados al financiamiento de la atención primaria desarrollada en: a) los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, y, b) para el financiamiento de los convenios DFL N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud.

En relación a la Atención Primaria dependiente de los Servicios de Salud, estos recursos deberán ser asignados a dichos establecimientos, de acuerdo a Resolución dictada por los respectivos Directores de los Servicios de Salud, enmarcada en un programa aprobado por Resolución Ministerial.

En cuanto a las prestaciones otorgadas al amparo de DFL N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud, los recursos deberán ser transferidos de acuerdo a convenios, establecidos entre los Directores de los respectivos Servicios de Salud y los directivos de dichos establecimientos, enmarcados en un programa aprobado por Resolución Ministerial, en acuerdo, a la Resolución N°1.600 de 2008, y, a la Ley de Compras Públicas⁸.

En ambos casos, el programa deberá contemplar, en general, los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

Atención Primaria de dependencia Municipal

La Atención Primaria de Salud, cuya administración se encuentra en las Municipios y su red de establecimientos, posee una regulación que sustenta los aportes estatales a la salud administrada por los municipios en la ley N° 19.378 y se refleja en dos mecanismos de pago: per cápita y mecanismo prospectivo por prestación (programas).

El mecanismo vigente de pago del Programa SAR, es el pago prospectivo por prestación, estos recursos están normados en el artículo 56 de la Ley 19.378. Los aportes se entregan vía convenios

⁸ Ley 19.886, de Bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

suscritos entre los respectivos Servicios de Salud y los Municipios correspondientes en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparta con posterioridad al conjunto de prestaciones definidos en el decreto antes citado, el Ministerio de Salud impliquen un mayor gasto para la entidad administradora de salud municipal, esto es, cuando se requiere de otras acciones distintas a aquellas que se encuentran consideradas en el Plan de Salud Familiar.

Conjuntamente, la asignación de tales recursos también está asociada a las instrucciones del Ministerio de Salud, lo que se refleja en Programas Ministeriales aprobados por Resolución; sin perjuicio de las funciones de supervisión que deban efectuar los Servicios de Salud.

Glosa Presupuestaria para Atención Primaria Municipal:

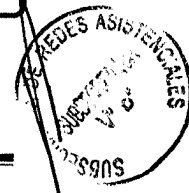
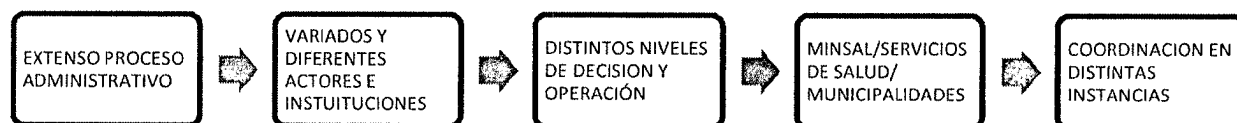
Los recursos contemplados en esta glosa, están destinados al financiamiento de la atención primaria desarrollada en las entidades administradoras de salud municipal, debiendo ser asignados sobre la base de convenios suscritos entre los Servicios de Salud y los Municipios (representados por el/la Alcalde/sa) correspondientes, en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparta con posterioridad el Ministerio de Salud, impliquen un mayor gasto para la entidad administradora de salud municipal, esto es, cuando se requiere de acciones distintas a aquellas que se encuentran consideradas en el Plan de Salud Familiar.

Proceso de Suscripción de Convenios en Atención Primaria de Salud Municipal

Este proceso se encuentra normado fundamentalmente por el artículo 56 de la ley 19.378 para el caso de la APS de dependencia Municipal, como también por expresas instrucciones de la Contraloría General de la República (CGR), que desde 2010 ha especificado, que se debe dictar resolución de distribución de recursos desde el MINSAL. Estos aportes estatales se sustentan en programas Ministeriales y convenios suscritos entre los Servicios de Salud y los respectivos Municipios, su mecanismo de pago es prospectivo por prestación.

El proceso de gestión de convenios contempla distintas Instituciones: Ministerio de Salud/Subsecretaría de Redes Asistenciales, Servicios de Salud y los Departamentos que lo componen e intervienen en el proceso - Atención Primaria, Coordinación de la Red Asistencial, Finanzas, Jurídica y las Direcciones de los correspondientes Servicios; asimismo, Municipalidades y Alcalde respectivo y los Departamentos de Salud y sus referentes sanitarios; Finanzas, Jurídico y Control.

Figura N° 01: Proceso de Gestión de Convenios de APS



Fuente: MINSAL. Sub Secretaría de Redes Asistenciales. Dpto. de Finanzas de APS/División de Atención Primaria, Octubre, 2014.

El proceso de la formulación y suscripción de convenios APS entre el Servicio de Salud y los Municipios que administran salud, depende de variados factores, entre ellos uno de los más relevantes tiene relación con el número de comunas que se insertan en su ámbito territorial; al mismo tiempo, la dispersión geográfica y el aislamiento con consecuencias de menor acceso, también es factor interviniente.

La base de sustentación de la gestión territorial es el equipo de APS en cada Servicio de Salud, por ello, la continuidad del mismo, capacitación y el perfil polivalente que deben tener a fin de cumplir variadas labores, desde aquellas de estricto carácter de supervisión sanitaria, pasando por competencias de negociación, administrativas y de liderazgo en la red asistencial, hace con que la labor de despliegue para la formulación, suscripción y monitoreo de convenios sea compleja a nivel nacional.

Teniendo en cuenta lo anterior, se presenta a seguir, los pasos y procedimientos frecuentes en la red asistencial respecto del proceso de la formulación y suscripción de convenios APS entre el Servicio de Salud y las entidades administradoras de salud (entendidas como los municipios), considerando las siguientes fases:

- **Elaboración y Suscripción de Convenios.**

- a. Para la elaboración de los convenios con las entidades administradoras de salud, el Servicio de Salud requiere que el Ministerio de Salud (MINSAL), emita la Resolución que aprueba el Programa y la Resolución de Distribución de Recursos del mismo.
- b. Con ambos documentos, los Departamentos de Atención Primaria (APS/SS) y otros concernidos, pueden sustentar el proceso de negociación con los referentes locales de cada uno de los programas que se ejecutan en las entidades administradoras de salud. En este proceso, lo que se acuerda es la definición de metas a cumplir por cada programa, así como el monto de recursos con los cuales contará la entidad para la ejecución y cumplimiento. Con dicha información el Servicio elabora los convenios.
- c. Estos convenios tienen como finalidad la ejecución de metas de un programa determinado y transferencia de recursos entre el Servicio y entidades administradoras de salud, donde cada una de sus cláusulas deben indicar el contexto general en que se enmarca el programa, objetivos, estrategias, componentes, resultados, productos esperados y evaluación, informes de gastos de la entidad ejecutora y facultades del Servicio para la supervisión y auditoría.
- d. Una vez elaborados los convenios, éstos son enviados a las entidades administradoras de salud, específicamente a los Jefes de Salud, quienes se encargarán de gestionar la firma del Alcalde, presentar ante el Consejo y todos los trámites previos a la aprobación.
- e. Los convenios firmados ingresan al Servicio para dictar la resolución aprobatoria.
- f. Asesoría Jurídica del Servicio, elaborará las Resoluciones Exentas o Afectas de los convenios, según corresponda; y posterior envío a firma de la Dirección.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

- g. Una vez firmados por el Director del Servicio, los convenios son distribuidos por la Oficina de Partes, a los diferentes Departamentos involucrados y a Contraloría General de la República, en caso de resoluciones afectas.
- h. Por su parte, el Servicio/Departamento de APS ingresa las resoluciones a la web Convenios de Subsecretaría de Redes/ DIVAP/MINSAL y realiza el envío documental al Ministerio de Salud/Subsecretaría de Redes Asistenciales.

- **Traspaso de Recursos desde los Servicios a los Municipios:**

- a. Depende de los convenios totalmente tramitados e informados al MINSAL/Subsecretaría de Redes Asistenciales, en forma previa puesto que las transferencias a los Servicios de Salud están determinadas en fecha y hora desde el FONASA.
- b. El área de APS del Servicio de Salud, una vez que cuenta con la notificación de recursos y las resoluciones, elabora orden de transferencia solicitando a Finanzas del Servicio, las remesas a las entidades administradoras de salud primaria.
- c. Por otra parte, Finanzas del Servicio, solicita mensualmente informe de gastos de los recursos recibidos por cada uno de los programas a las comunas que suscribieron convenios.
- d. La evaluación de los referentes técnicos del Servicio, emitidos mediante formato estandarizado y la información de Finanzas, sobre los informes de gasto de las entidades administradoras de salud, permitirán al Servicio elaborar las remesas con los recursos de los programas cuando correspondan a la primera y restantes cuotas.

- **Informe de Gastos:**

- a. A su vez, las entidades administradoras de salud, en su informe de gastos al Servicio deben dar cuenta de los ingresos y recursos percibidos, el gasto de los fondos y el saldo mensualmente. Esto para dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución N° 30 de la Contraloría General de la República del año 2015, que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas".
- b. Dicho Informe mensual de gastos emitido por el municipio, debe ser remitido a Finanzas del Servicio, de acuerdo a lo establecido en la resolución N° 30 del 2015, de Contraloría General de la República. La comuna debe enviar ese informe con la autorización del Alcalde o Alcaldesa respectivo.
- c. El Servicio de Salud debe emitir un informe de aceptación o rechazo de la rendición técnica y financiera emitida y enviada al Servicio de Salud, a través de la revisión del Departamento o Área de Atención Primaria y Departamento de Finanzas, cuando corresponda.
- d. Cabe señalar que los recursos no ejecutados, deberán ser devueltos por parte de la entidad administradora en concordancia al principio de la legalidad del gasto.



RECURSOS

INVERSIÓN (PROYECTO NUEVOS SAR)

Para postular el proyecto de un nuevo SAR, corresponderá a la Dirección o al Departamento de APS del Servicio de Salud correspondiente, en el marco del Modelo de Atención definido para los SAR y en acuerdo con los administradores comunales, equipos locales y comunidad, y encargados de Red de Urgencia Servicio de Salud, elaborar listado priorizado de la/s propuesta/s que serán presentadas por la Dirección del Servicio al nivel central.

Con todo lo anterior, entre los elementos a considerar para la priorización de proyectos SAR, estará la constitución de la red de asistencial, y el perfil de la demanda; pudiendo existir uno o más SAR, acorde a:

- Comunas con más de 30.000 habitantes 1 SAR
- Comunas con más de 100.000 habitantes 2 SAR
- Comunas con más de 200.000 habitantes 3 SAR

RECURSOS HUMANOS

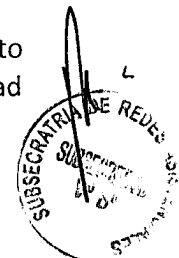
Equipo de Trabajo

La dotación de recurso humano para el funcionamiento de un SAR dimensionado para 30.000 habitantes, contempla la contratación de recurso para constituir en sistema de turnos la dotación señalada más abajo. Ella, cuenta con un respaldo financiero estimado para los SAR del país. Los gestores locales deberán establecer las adecuaciones necesarias para su contratación, ya sea a plazo fijo o variable, los contratos a honorarios debieran des priorizarse. Los recursos humanos necesarios a contratar para constituir turnos son:

CATEGORIA	AT. URGENCIA	HORAS/SEM
MEDICO	2	246
ENFERMERA	2	123 + 45
KINESIOLOGO/otro	1	33
TENS	3	369
TEC. RAYOS	2	123
ADMINISTRATIVO	1	123
CHOFER	1	123

Tec. Médico comunal		33-45
---------------------	--	-------

Se considera además la disponibilidad para la contratación a honorarios según requerimiento comuna, 33 a 45 Hrs. de Tecnólogo Médico para el rol a nivel comunal, de acuerdo a la realidad local.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Sin desmedro que puedan existir otros profesionales y/o funcionarios, con cargo al presupuesto municipal, se recomienda realizar la contratación por Estatuto de Atención Primaria, dada la responsabilidad administrativa.

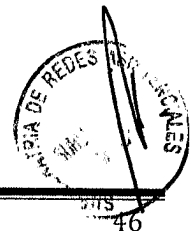
Capacitación

Todo el personal que se desempeña en un SAR deberá mantener actualizada su capacitación en temas atinentes a las áreas de reanimación, rescate y patología de urgencia, insertos en el Plan de Capacitación Comunal de la entidad administradora de salud municipal.

Es de vital importancia que todos los funcionarios médicos y no médicos que trabajan en un centro de salud posean como mínimo curso de reanimación básica, ya que la asistencia básica de un PCR debe iniciarse con la cadena de sobrevivencia en lugar donde se produce y marca la diferencia en el pronóstico del paciente. Asimismo el curso de IAAS de 20 horas, debe ser requisito de todo funcionario de la salud, ya que uno de los grandes problemas es la falta de capacitación de ellos en la atención primaria, donde se pueden prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

El programa debe considerar a lo menos la siguiente capacitación:

PERSONAL	CAPACITACION EN:
• Técnico de enfermería nivel superior	Curso de Atención Prehospitalaria Básica, BLS, IAAS de 20 Hrs.
• Conductor	BLS
• Médicos	Curso de Atención Prehospitalaria Avanzada ACLS, PALS, IRA y ERA, IAAS
• Enfermeras	Curso Atención Prehospitalaria Avanzada, ACLS, PALS, IAAS
• Kinesiólogo	Curso BLS, IRA, ERA,(kinesiólogo) IAAS
• Técnico en Rayos	Curso de protección radiológica, BLS, IAAS de 20 Hrs.



Recursos físicos

1. Espacio Físico

El SAR considera un espacio físico total de 473 metros cuadrados, que en área asistencial incluye box de categorización, estación de enfermería, box de atención, box para procedimientos, box de reanimación, box de tratamiento respiratorio, sala de observación, sala de rayos, box médico legal - sala de acogida.

(Ver ANEXO 11: PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO DEL SAR (PMA))DISPONIBLE EN <http://sni.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fotos/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20SAR%202002%202015.pdf>

2. Equipo

(Ver ANEXO Equipo)

3. Equipamiento

(Ver ANEXO Equipamiento)

El equipamiento básico señalado forma parte de la implementación general del establecimiento y debe estar disponible las 24 horas para ser utilizado ante cualquier emergencia por un miembro capacitado del equipo de salud en funciones en el Centro de Salud.

Ante la eventualidad de requerirse la adquisición de un equipo o equipamiento distinto de los previstos en este Manual, deberá consultarse las especificaciones técnicas actualizadas recomendadas por MINSAL y los costos los asume el gestor local





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Para evaluar el cumplimiento de lo establecido en los Convenios de Gestión suscritos con cada municipio en el marco del Programa Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR), se aplicará rigurosamente los indicadores allí establecidos.

Sin desmedro de lo anterior, la División de Atención Primaria del MINSAL y División de Gestión de la Red Asistencial DIGERA, mantendrán una permanente vigilancia en relación a análisis del comportamiento de la demanda en la red de urgencia e Impacto en las Unidades de Emergencia Hospitalaria.

INDICADORES SEÑALADOS EN "PROGRAMA SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA DE ALTA RESOLUCIÓN SAR (2016) (DIPRES)

INDICADOR 1: PORCENTAJE DE SAR CON AS VIGENTE O EN TRÁMITE.

- Objetivo que evalúa: habilitar dispositivos según normativa para la Autorización sanitaria.
- Numerador: N° de SAR con autorización sanitaria vigente o en trámite
- Denominador: N° total de SAR
- Medio de Verificación: Informe Seremi (resolución o visita)
- Meta: 100% SAR habilitados en el periodo cuentan con AS o se encuentra en trámite.
- Evalúa cumplimiento de NTB
- Indicador de Resultado

INDICADOR 2: PORCENTAJE DE SAR EVALUADOS POR EL EQUIPO GESTOR CON CUMPLIMIENTO DE PAUTA DE EVALUACIÓN (ámbito financiero y ámbito modelo) y con planes de mejora en caso de no cumplir el 100%

- Objetivo que evalúa: implementar modelo de atención definido para SAR según orientación técnica del programa
- Numerador: N° SAR funcionan según pauta de autoevaluación del modelo
- Denominador: N° SAR Habilitados
- Medio de Verificación; Informe SS
- META : 100% de los SAR evaluados por el equipo gestor con cumplimiento de pauta de evaluación
- Indicador de resultado del grado de implementación y funcionamiento, alineamiento.



INDICADOR 3 CONSTITUCIÓN DE UNA LÍNEA BASE DE INFORMACIÓN SOBRE CONSULTANTES C3-C4-C5, EN LA UEH CORRESPONDIENTE, SEGÚN ÁREAS DE INFLUENCIA DE LOS DIVERSOS CESFAM DE LA COMUNA A LA CUAL PERTENECE EL SAR

- Objetivo que se evalúa: optimizar el funcionamiento de las redes de urgencia locales evitando que los usuarios pertenecientes a la población usuaria comunal concurren innecesariamente a las unidades de emergencia hospitalaria
- Verificador REM 8
- Indicador de resultado

INDICADOR 4 INTEGRACIÓN DE LA RED DE URGENCIA COMUNAL

- Numerador N° de IC de SAPU y CESFAM comunales recibidas en SAR
- Denominador N° total de consultas realizadas en SAR x 100
- Verificador Informe SS
- Indicador de proceso

INDICADOR 5 UTILIZACIÓN DE APOYO TECNOLÓGICO SAR

- Numerador N° total de Rx osteopulmonares tomadas en el SAR
- Denominador: N° total de consultas SAPU-CESFAM x 100
- Verificador REM
- Indicador de proceso, producción.

INDICADOR 6 UTILIZACIÓN CAMILLAS DE OBSERVACIÓN POR 6 HRS EN SAR

- Numerador: N° de usuarios que reciben observación por 6 hrs
- Denominador N° de consultas realizadas por el SAR x 100
- Verificador REM
- Indicador de Proceso, tasa de uso.

INDICADORES DE ACUERDO A OBJETIVOS DEL MANUAL:

- **TIEMPO DE ATENCIÓN**
 - Numerador: (Hora Atención Médica sanitario-Hora llegada paciente)
 - Denominador: N° de atenciones incluidas
- **REINGRESOS**
 - Numerador: número de pacientes reingresados de PSCV derivados desde SAR
 - Denominador : Número de pacientes reingresados
- **PACIENTES CONTRADERIVADOS**
 - Numerador: número de pacientes policonsultantes o sin diagnóstico de Enfermedad crónica derivados
 - Denominador: número de pacientes policonsultantes o sin diagnóstico de Enfermedad crónica atendidos en SAR





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

- **ATENCIONES A TRAVÉS DE TELEMEDICINA DERIVADAS A UNIDADES DE MAYOR COMPLEJIDAD**
 - Numerador: N° de paciente atendidos por Telemedicina en SAR derivados a las UEH
 - Denominador: N° total de pacientes atendidos por Telemedicina en el SAR

INFORMACIÓN:

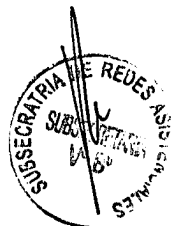
Se deberá además establecer la siguiente información:

- **PERFIL PACIENTES:** edad, motivo consulta, categorización, resultado atención (Observación – traslado – Alta)
- **PRODUCCIÓN:** consulta médica, procedimientos de enfermería, consulta IRA-ERA, consulta telemedicina, test rápidos, rx prescripciones



BIBLIOGRAFÍA

- a. Ordinario SUBREDES N° 101 de 2012, que Solicita enviar información de categorización de pacientes en las unidades de emergencia del país.
- b. Manual Administrativo para Servicios de Atención Primaria de Urgencia, Serie de Cuadernos Manual Administrativo N° 6.
- c. Resolución Exenta MINSAL N° 338 de 2005, que aprueba “Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU).”
- d. Decreto MINSAL N° 466 de 1985, que aprueba “Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados”.
- e. Resolución Exenta MINSAL N° 504 del 2009 que aprueba Norma General Técnica N° 113, sobre Organización y Funcionamiento de los Comités de Farmacia y Terapéutica para la Red Asistencial de Salud Pública.
- f. Decreto exento MINSAL N° 467 de 2013, que aprueba “Norma Técnica N° 149 sobre Estándares de Información de Salud – Estándar de Atención de Urgencia de los niveles de Alta, Mediana y Baja Complejidad y de la Atención Primaria.”
- G. Resolución Exenta MINSAL N° 872 de 2014, que aprueba “Programa Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR)”.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA DE CATEGORIZACIÓN O SELECCIÓN DE DEMANDA EN UNIDADES DE EMERGENCIA

La escala se ha estructurado en base al tipo de atención, definiéndose cinco categorías: C1, C2, C3, C4 y C5.

- **Emergencia:** situación de inicio o aparición brusca de riesgo vital o de peligro inmediato (minutos) real o potencial para la vida con efecto de secuelas graves permanentes si no se recibe atención calificada de inmediato. Incluye:
 - Categoría C1: Emergencia Vital (atención inmediata)
 - Categoría C2: Emergencia Evidente (atención antes de 30 minutos)
- **Urgencia:** toda situación clínica capaz de generar deterioro, peligro o riesgo para la salud o vida en función del tiempo transcurrido (horas) entre su aparición, la asistencia médica y la instalación de un tratamiento efectivo. Incluye:
 - Categoría C3: Urgencia (atención antes de 90 minutos o en su defecto reevaluar)
 - Categoría C4: Urgencia mediata (atención antes de 180 minutos o en su defecto reevaluar)
- **Consulta General:** toda situación clínica de manifestación espontánea y/o prolongada capaz de generar sólo malestar y contrariedades generales en el paciente. Por la condición clínica asociada, tanto la asistencia médica como la indicación e inicio de tratamiento son resueltos a través de la atención primaria (APS), en forma ambulatoria sin condicionamiento de tiempo. Incluye:
 - Categoría C5: atención general.

Se califican como casos especiales:

1. Dolor al pecho
2. Constatación de lesiones y alcoholemias
3. Consultantes agitados y agresivos
4. Consultantes víctimas de violencia de género
5. Consultantes portadores de inmunosupresión y otras patologías, como hemofílicos
6. Heridas profundas

ANEXO 2: MARCO REGULATORIO EN URGENCIA – EMERGENCIA MÉDICA

La Ley 19.650 introduce modificaciones a las leyes 18.469 y 18.933, estableciendo, tanto para los beneficiarios de FONASA como de las Instituciones de Salud Previsional que **“se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de [esta ley], dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.”**

Según Dto. MINSAL N° 369/1986 que aprueba Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, que en materia de atención de urgencia ha sido modificado por Dto. MINSAL N° 49/2004 y 37/2009, se entiende por:

1. Atención Médica de Emergencia o Urgencia:

Es toda prestación o conjunto de prestaciones que sean otorgadas, en atención cerrada o ambulatoria, a una persona que se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia hasta que se encuentre estabilizada.

En el caso de pacientes trasladados desde otro centro asistencial público o privado, solamente se considerará atención médica de emergencia o urgencia en el caso de que el centro asistencial que remite al paciente carezca de las condiciones para estabilizarlo, lo que debe ser certificado por el encargado autorizado de la unidad de urgencia que lo remite, quedando excluidos los traslados decididos por terceros ajenos al establecimiento público o privado donde está recibiendo la primera atención.

No se considerará atención médica de emergencia o urgencia, la que requiera un paciente portador de una patología terminal en etapa de tratamiento sólo paliativo, cuando esta atención sea necesaria para enfrentar un cuadro patológico derivado del curso natural de la enfermedad o de dicho tratamiento.

Emergencia o Urgencia:

Es toda condición de salud o cuadro clínico que involucre estado de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave para una persona y, por ende, requiere atención médica inmediata e impostergable.

La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinado en la primera atención médica en que la persona sea atendida, ya sea en una unidad de urgencia pública o privada, por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano de acuerdo con un protocolo dictado por el Ministerio de Salud y aprobado por decreto suscrito bajo la fórmula “Por Orden del Presidente de la República”. Dicha condición de salud o cuadro clínico deberá ser certificada por el médico que la diagnosticó.

Certificación de estado de Emergencia o Urgencia:

Es la declaración escrita y firmada por un médico cirujano en una unidad de urgencia, pública o privada, dejando constancia que una persona determinada, identificada con su nombre completo, Rut y sistema de seguridad social de salud, se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de



Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

emergencia o urgencia de conformidad con el protocolo sobre la materia dictado por el Ministerio de Salud, diagnóstico probable y la fecha y hora de la atención.

Dentro de las primeras tres horas de emitida la certificación de urgencia, el centro asistencial avisará este hecho, por el medio más expedito, al Servicio de Salud del que es beneficiario el enfermo, o a quien sea su delegado para esta función, el cual podrá siempre acceder al paciente y/o solicitar información adicional.

Paciente Estabilizado:

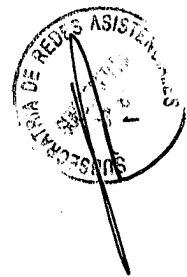
Aquel que, habiendo estado en una situación de emergencia o urgencia, se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales o ha superado el riesgo de secuela funcional grave de modo que, aun cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento, a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

El Servicio de Salud al que compete atender al enfermo, o su delegado, podrá siempre acceder al paciente para constatar su condición de estabilización y, de ser ese el caso, impetrar su traslado al centro asistencial de la red de salud que determine o a su domicilio, si aún ello no se ha dispuesto, asumiendo la responsabilidad del traslado.

La estabilización del paciente deberá certificarse por el médico tratante, ya sea en la unidad de emergencia o en la de hospitalización a que hubiera sido ingresado, indicando la fecha y hora en que ello ha ocurrido, y se avisará este hecho inmediatamente, por el medio más expedito, al Servicio de Salud correspondiente, o a quien sea su delegado para esta función.

Secuela Funcional Grave:

Es la pérdida definitiva de la función del órgano o extremidad afectada.



ANEXO 3: CARTERA DE PRESTACIONES DEL SAR

CONSULTAS DE URGENCIA Y PROCEDIMIENTOS MEDICOS

COD.DEIS	PRESTACIÓN	SAR Urgencia	SAR Diurno	MEDICO	ENFERMERA	TENS	KINESIOLOGO	TECNICO RAYOS	ADMINISTRATIVO
	Consulta médica de urgencia	✓		X					
16-02-222	Sutura cara menos 5 cm piel, heridas de la cara - simples: 1 o varias de hasta 5 cms. que sólo comprometen piel	✓		X					
	Sutura, cabeza, cuello, genitales, hasta 3 lesiones	✓		X					
	Sutura resto de cuerpo hasta 3 lesiones	✓		X					
	Sutura cuerpo más de 5 cms compromete piel herida cortante o contusa NO complicada, reparación y sutura (una o múltiples de más de 5 cms de largo total y/o que comprometa sólo piel)	✓		X					
16-02-225	Vaciamiento y curetaje quirúrgico de lesiones quísticas o abscesos	✓		X					
16-02-231	Onfisección total o parcial simple (sólo en caso de ser traumática, otros casos se resuelve en Cirugía Menor)	✓		X					
	Estabilización para traslado Luxaciones de articulaciones medianas (hombro, codo, rodilla, tobillo, muñeca, tarso y esternoclavicular)	✓		X					
	Estabilización para traslado Luxaciones de articulaciones mayores (columna, cadera, pelvis)	✓		X					
	Estabilización para traslado Luxaciones de articulaciones menores (el resto)	✓		X					
	Estabilización para traslado Fracturas mayores (columna, pelvis, supracondílea, codo, epifisis femorales)	✓		X					
	Estabilización para traslado Fracturas medianas (diáfisis humeral, radial, cubital, diáfisis femoral, tibial, peroneal, clavicular, platisos tibiales)	✓		X					
	Estabilización para traslado Fracturas menores (el resto)	✓		X					
	Cardioversión	✓		X					
	Desfibrilación	✓		X					
	Intubación endotraqueal	✓		X					
	Monitoreo parámetros vitales	✓		X	X	X			
19-01-022	Vac. Vesical por sonda uretral, (proc. Aut.) - sólo Adultos	✓		X	X				

PRESTACIONES DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO

COD.DEIS	PRESTACIÓN	SAR Urgencia	SAR Diurno	MEDICO	ENFERMERA	TENS	KINESIOLOGO	TECNICO RAYOS	ADMINISTRATIVO
01-06-002	Curación simple ambulatoria	✓			X	X			
01-06-017	Curaciones avanzadas en patologías determinadas	✓			X				
17-01-001	Electrocardiografía	✓		X	X				
01-06-022	Instalación sonda rectal	✓			X				
18-01-023	Colocación sonda naso-gástrica	✓			X				
19-01-019	Instilación vesical (incluye colocación de sonda) proc. Aut.	✓			X	X			
01-06-009	Lavado gástrico	✓			X	X			
01-06-010	Lavado oído	✓			X	X			
01-06-011	Técnicas reanimación cardiopulmonar básico	✓		X	X	X	X	X	X
01-06-012	Técnicas reanimación cardiopulmonar avanzado	✓		X	X				
01-06-013	Aseo ocular	✓		X	X	X			
01-06-014	Colocación Inyecciones	✓			X	X			
01-06-015	Flebotomía	✓			X	X			
	Administración tratamiento intravenoso, subcutáneo	✓			X				
	Administración tratamiento intramuscular	✓			X	X			





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

COD.DEIS	PRESTACIÓN	SAR Urgencia	SAR Diurno	MEDICO	ENFERMERA	TENS	KINESIOLOGO	TECNICO RAYOS	ADMINISTRATIVO
	Vacunas (antirrábica, antitetánica)	✓			X	X			
	toma muestra basiflora	✓			X	X			
23090450- 23090460	Consultas respiratorias agudas	✓			X		X		
23090530	Clonias de fisioterapia respiratoria	✓					X		
01-06-020	Oxigenoterapia	✓					X		
17-07-030	Nebulización	✓					X		
	Intervención en crisis respiratoria	✓					X		

IMAGENOLOGIA (técnico en rayos supervisado por médico)

COD.DEIS	PRESTACIÓN	SAR Urgencia	SAR Diurno	MEDICO	ENFERMERA	TENS	KINESIOLOGO	TECNICO RAYOS	ADMINISTRATIVO
04-01-009	Tórax Simple (Frontal o Lateral) (1 proy.) (1 exp. panorámica)	✓	✓	X				X	
04-01-070	Ex. Rayos Tórax Simple (Frontal o Lateral) (1 proy.) (2 exp. panorámica) (2 exp.)	✓	✓	X				X	
04-01-031	Ex. Rayos Cavidades perinasales, orbitas, huesos propios de la nariz. c/u (2 exp.)	✓	✓	X				X	
04-01-052	Pelvis, cadera o coxofemoral, proyecciones especiales, (rotación interna, abducción, lateral, Lawensteln u otras) c/u (1 exp.)		✓	X				X	
04-01-042	Columna Cervical o atlasaxis (frontal y lateral) (2 exp.)	✓	✓	X				X	
04-01-046	Columna lumbar o lumbosacra (ambas incluyen quinto espacio) (3-4 Exp.)	✓	✓	X				X	
04-01-051	Pelvis, cadera o coxofemoral, c/u (1 exp.)	✓	✓	X				X	
04-01-054	Brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie o similar (frontal y lateral) c/u (2 exp.)	✓	✓	X				X	
04-01-060	Hombro, femur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral: 2 exp.)	✓	✓	X				X	
	Ecografía con técnica FAST (Focus Abdominal Sonography for Trauma), sólo en caso que establecimiento habilite ecografía pre-existente en espacio SAR	✓	✓	X					

Exámenes de tamizaje (KIT RAPIDOS)

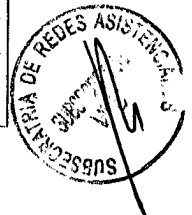
COD.DEIS	PRESTACIÓN	SAR Urgencia	SAR Diurno	MEDICO	ENFERMERA	TENS	KINESIOLOGO	TECNICO RAYOS	ADMINISTRATIVO
03-02-047	Enzimas cardíacas: Troponina	✓			X	X			
	Glucosa	✓			X	X			
	Creatinina	✓							
	Electrolitos: Sodio, Potasio, Calcio				X	X			
	CETONEMIA				X	X			
	TEST DE EMBARAZO				X	X			

TELEMEDICINA

COD.DEIS	PRESTACIÓN	SAR Urgencia	SAR Diurno	MEDICO	ENFERMERA	TENS	KINESIOLOGO	TECNICO RAYOS	ADMINISTRATIVO
S/C	Tele-consultas	✓	✓	X	X		X		
S/C	Tele-consultorias	✓	✓	X	X	X	X	X	
S/C	Tele-educación	✓	✓	X	X	X	X	X	X
S/C	Tele-electrocardiografía	✓		X	X				
S/C	Tele-radiología (caso a caso)	✓	✓	X				X	

OTRAS PRESTACIONES

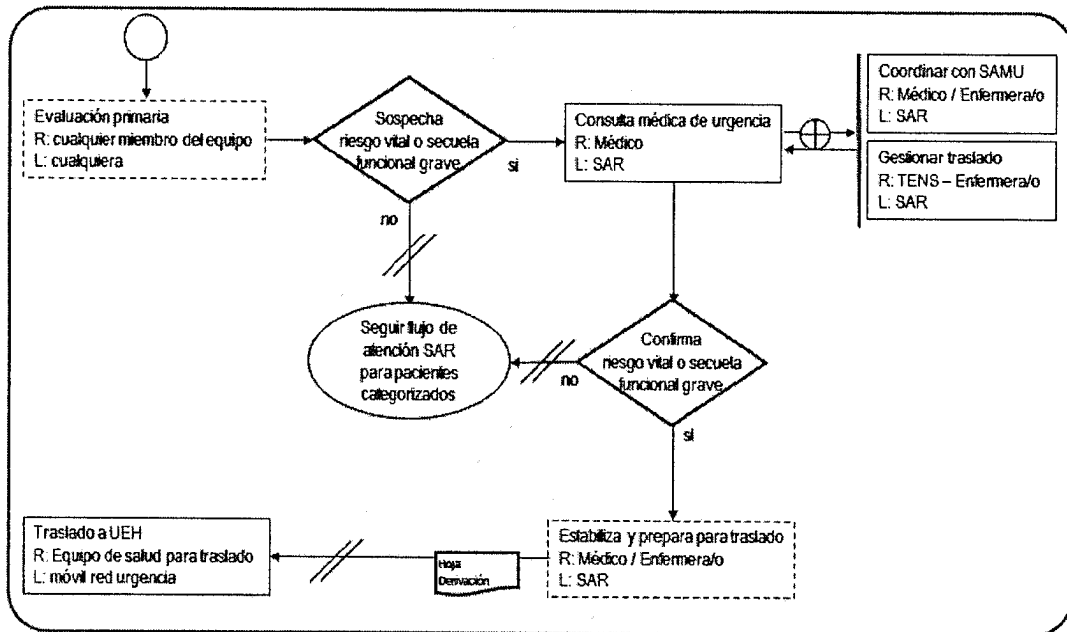
COD.DEIS	PRESTACIÓN	SAR Urgencia	SAR Diurno	MEDICO	ENFERMERA	TENS	KINESIOLOGO	TECNICO RAYOS	ADMINISTRATIVO
	Constatación de lesiones requeridas por Fiscalía, Carabineros	✓		X					
	Atención de víctimas (Incluye manejo de Cadena de Custodia)	✓		X	X				
	Ortogonalización de licencias médicas, certificados de atenciones, certificados de defunciones cuando corresponda, *	✓		X					
	Toma de muestra Alcoholemia (definición local a través de convenio con SML y Municipio, en coordinación con red del Servicio de Salud)	✓			X	X			
	Traslado en Móvil Básico M-1	✓							



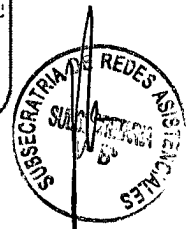
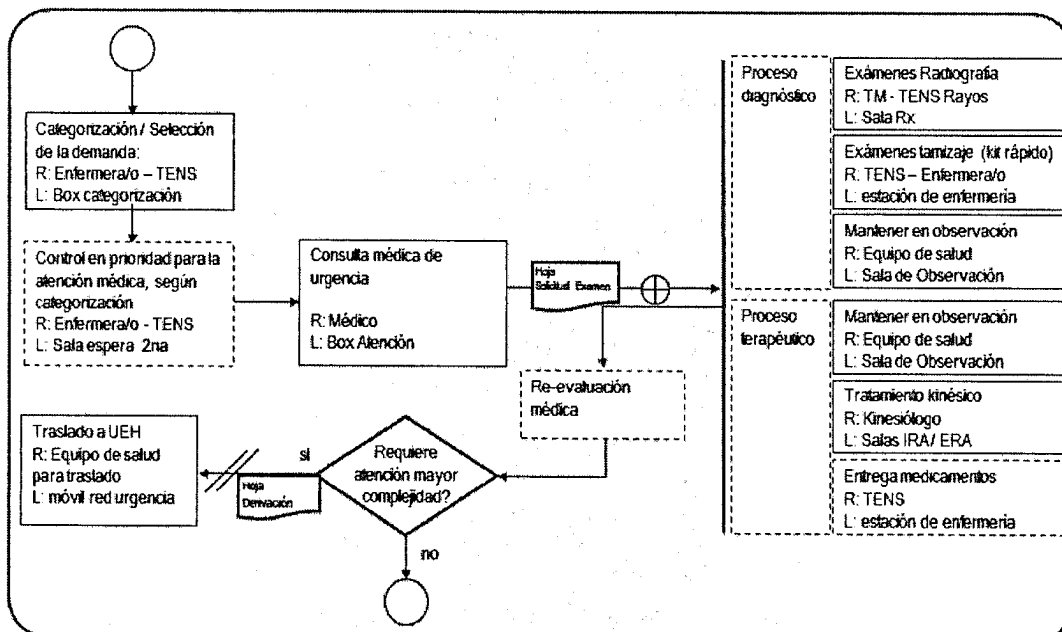
ANEXO 4: FLUJOS DE ATENCIÓN EN SAR

Los flujos deberán ser debidamente ajustados a la realidad local de cada red asistencial, y ser difundidos en la misma.

Flujo de Atención de casos con Riesgo Vital o de Secuela Funcional Grave evidente o categorizado C1, C2.



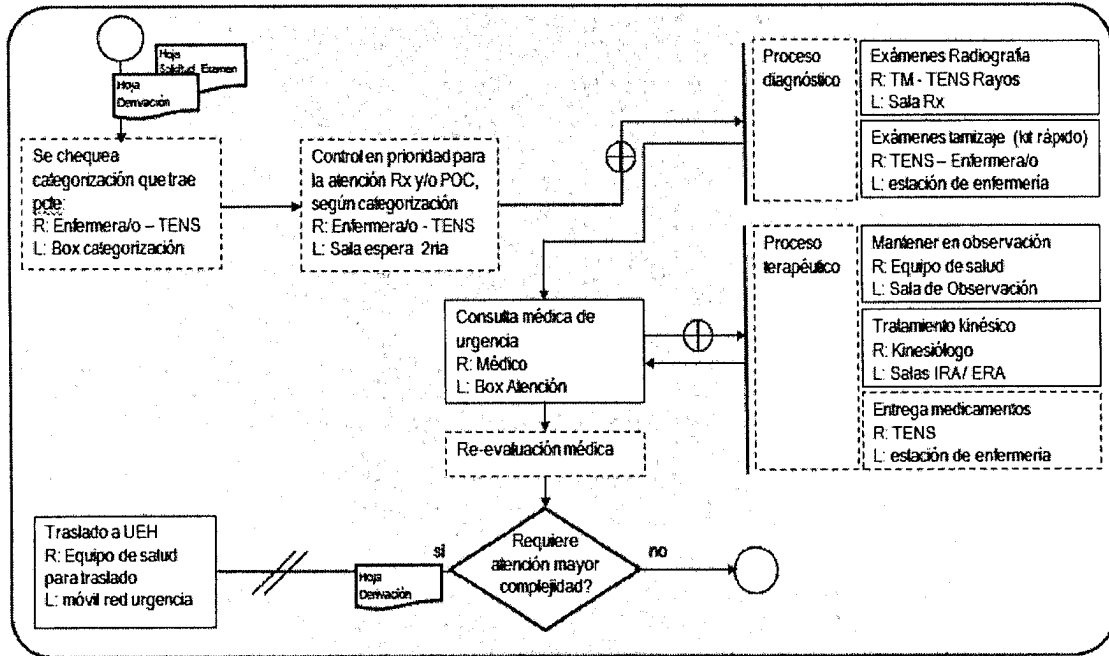
Flujo de Atención de casos con Categorización previa a la Atención



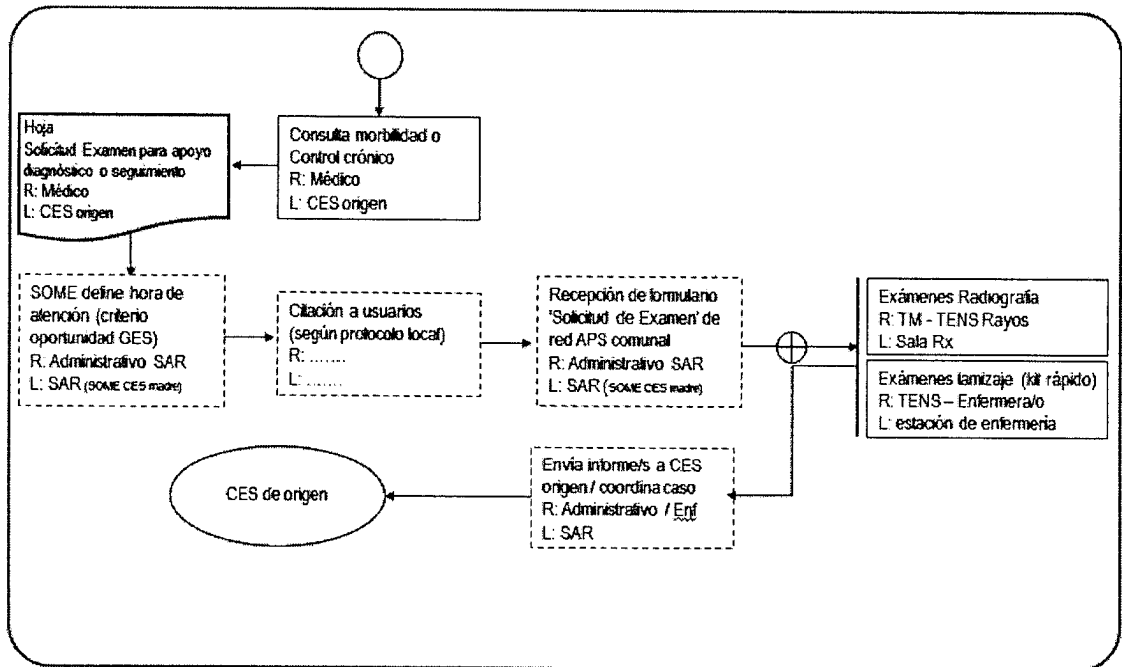


Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Flujo de Atención de Casos derivados de un SAPU Comunal para Apoyo Diagnóstico



Flujo de Atención de Casos con Apoyo Diagnóstico para Red Comunal APS (Horario Diurno)



Simbología utilizada en los flujogramas:





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

	<p>Prestación R: (Responsable) L: (Lugar)</p>		<p>Actividad línea discontinua: Actividad o prestación que se ha colocado para darle sentido al proceso clínico, pero que no se registra (REM, SIGGES), ejemplo: "comité oncológico" o "tratamiento".</p>
	<p>Decisión Es una pregunta que tiene Alternativas excluyentes SI o NO</p>		<p>Secuencia / dirección del Flujo hacia siguiente Actividad o Prestación</p>
	<p>Conduce a conjunto de Prestaciones No Excluyentes, a ser realizadas (una o más opciones, o todas o ninguna)</p>		<p>Alternativa (o Exclusivo) Conduce a una u otra Actividad o Prestación, son de carácter excluyente, o una u otra.</p>
	<p>Entrada al Proceso</p>		<p>Salida del Proceso</p>
	<p>Documento IC: Interconsulta IPD: Informe Proceso Diagnóstico OA: Orden de atención</p>		<p>Doble línea oblicua: Paso a otro proceso de salud</p>



ANEXO 5: PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTO EXÁMENES RADIOLÓGICOS EN SAR

Objetivos

Objetivo general:

Mejorar la resolutivez de las atenciones de APS, entregando exámenes radiológicos osteopulmonares a los usuarios de las redes comunales de APS, en los SAR, con oportunidad, y calidad técnica.

Objetivos específicos:

En horario vespertino:

- Dar apoyo diagnóstico inmediato a consultas de pacientes de baja complejidad que concurren al Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutivez (SAR), contribuyendo a la formulación de hipótesis diagnósticas de mayor certeza.
- **A los SAPU de las redes comunales y/o territoriales correspondientes, realizando exámenes radiológicos, para su propia resolutivez, según sus solicitudes.**

En horario diurno:

- Propiciar el otorgamiento de tratamientos adecuados y/o derivaciones pertinentes, a los usuarios de los CESFAM de las redes comunales y/o territoriales que lo requieran, realizando los exámenes radiológicos que se necesiten para estos efectos.

Alcance

Usuarios atendidos en las redes de establecimientos de atención primaria comunales y en los SAPU y SAR, que requieran examen de radiología simple.

Eventualmente a pacientes de mayor complejidad que requiriesen examen de radiología simple, para precisar gravedad y necesidad de derivación inmediata a servicio de mayor resolutivez.

Responsables

- a. Médico Jefe del turno: Profesional responsable de solicitar las radiografías a realizar en el SAR, validar datos de la orden médica de rayos X, interpretar y validar sus resultados, formular hipótesis diagnóstica acorde a resultados, decidir envío a nivel de mayor resolutivez, si así se requiere.

GENERALES:

- Indicar y supervisar la elaboración de protocolos de control dosimétrico y supervisar el cumplimiento de ellos.
- Acreditar el cumplimiento de la normativa vigente, en materia de radioprotección, tales como el blindaje de las instalaciones, elementos de protección radiológica, señalética correspondiente, luz roja de seguridad, frecuencia de realización de las mantenciones preventivas de los equipos, manteniendo registro de ellas, entre otras.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

ESPECÍFICAS:

- Solicitar el examen requerido para el paciente.
- Evaluar los resultados de los exámenes.
- Resolver la situación del paciente y prestación a otorgar.
- Derivar al paciente a un servicio de urgencia de mayor complejidad, en caso de ser pertinente

b. Técnico de Nivel Superior (TENS) mención Radiología

- i. Persona capacitada a través de un curso de formación normado por el Ministerio de Salud para desempeñar funciones que le competen de acuerdo a normas, en las tareas de radiología, radioterapia laboratorio y banco de sangre, bajo la supervisión directa del profesional correspondiente.
- ii. Colaborará en examen con rayos X, deberá contar con licencia de operaciones vigente otorgada por la SEREMI de Salud y portar durante toda su jornada laboral un dosímetro personal proporcionado por el empleador.
- iii. Poseer título habilitante otorgado por una entidad de educación y certificado de competencias en radiología; o en su defecto, deberá acreditar experiencia de al menos tres años en rayos ante la Autoridad Sanitaria (Decreto MINSAL N° 59 de Diciembre 2013).
- iv. Excepcionalmente, en ausencia del Tecnólogo Médico, este personal podrá ejercer las funciones que le asigne el Médico de Turno, de cuya responsabilidad será su supervisión y verificación del cumplimiento correcto de las funciones asignadas.
- v. Funciones:
 - Participar en la atención del paciente incluyendo la preparación, indicaciones necesarias para la realización de los exámenes solicitados por el médico tratante.
 - Participar en exámenes y procedimientos de preparación de pacientes en el área de diagnóstico por imágenes, bajo la supervisión del Médico de turno y/o Tecnólogo Médico.
 - Derivar los resultados al médico solicitante.
 - Realizar actividades técnicas administrativas específicas de la materia:
 - Registrar el examen efectuado.
 - Verificar el stock de insumos y, en su caso solicitar reposición.
 - Mantener la sala ordenada y limpia.

Nota: Los RRHH mencionados deben contar con la debida autorización de desempeño y control dosimétrico y estar autorizados y registrados por la correspondiente SEREMI de Salud, para utilizar el equipo.



Desarrollo

c. Equipamiento:

1. Adquisición:

- Equipos de Rayos X osteopulmonares de piso o de arco en U y no aparatos de rayos portátiles.
- De tecnología Digital directo que permita visualización en el box de atención médica y grabar en dispositivos de almacenaje, que sean posible de leer en el hospital de referencia.
- El equipo debe estar autorizado por la SEREMI de Salud para su funcionamiento.
- La adquisición del equipo debe incorporar la capacitación de los usuarios, permanente por todo el período de garantía y contar con, al menos dos años de garantía.

2. Mantenimiento:

- Estos equipos deben contar con programa de mantenimiento preventivo, con, al menos dos visitas anuales y mantenimiento correctivo.
- Se entenderá como manejo, la constante supervisión y monitorización de los dosímetros y las gestiones pertinentes con el Instituto de Salud Pública (ISP), según Reglamentos.

3. Ubicación:

- La sala donde se realice el servicio de imagenología debe contar con Autorización Sanitaria de la SEREMI y debe dar cumplimiento a las Normas de Radioprotección, según lo indicado en los Reglamentos.

d. Insumos:

- **Generales:** Batas desechables, Sabanillas de papel, dispositivos de almacenamiento digital.
- **Específicos:** Dosímetros personales para personal ocupacionalmente expuesto, delantales plomados en cantidad y calidad suficiente para las instalaciones de cada Centro, collarines y protección gonadal: artículos de protección radiológica para usuario.

e. Procesos:

1. Solicitud de examen:

Toda solicitud de examen debe venir escrita en forma completa y clara por el médico solicitante o evacuada en el documento (escrito manualmente o electrónico) correspondiente, y deberá incluir: Nombre completo, RUN, edad y fecha de nacimiento, diagnóstico probable, examen a solicitar, lugar anatómico, nombre y firma del médico solicitante.

1. Preparación paciente:

Seguir las indicaciones según el examen a realizar y procedimientos aplicables al caso.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

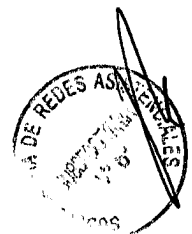
f. Manual de Procedimiento para exámenes más comunes a realizar:

Deben ser confeccionados por el equipo multidisciplinario responsable a cargo con participación del Servicio de Salud y de la comuna, que incluyan la preparación del usuario y las indicaciones pertinentes.

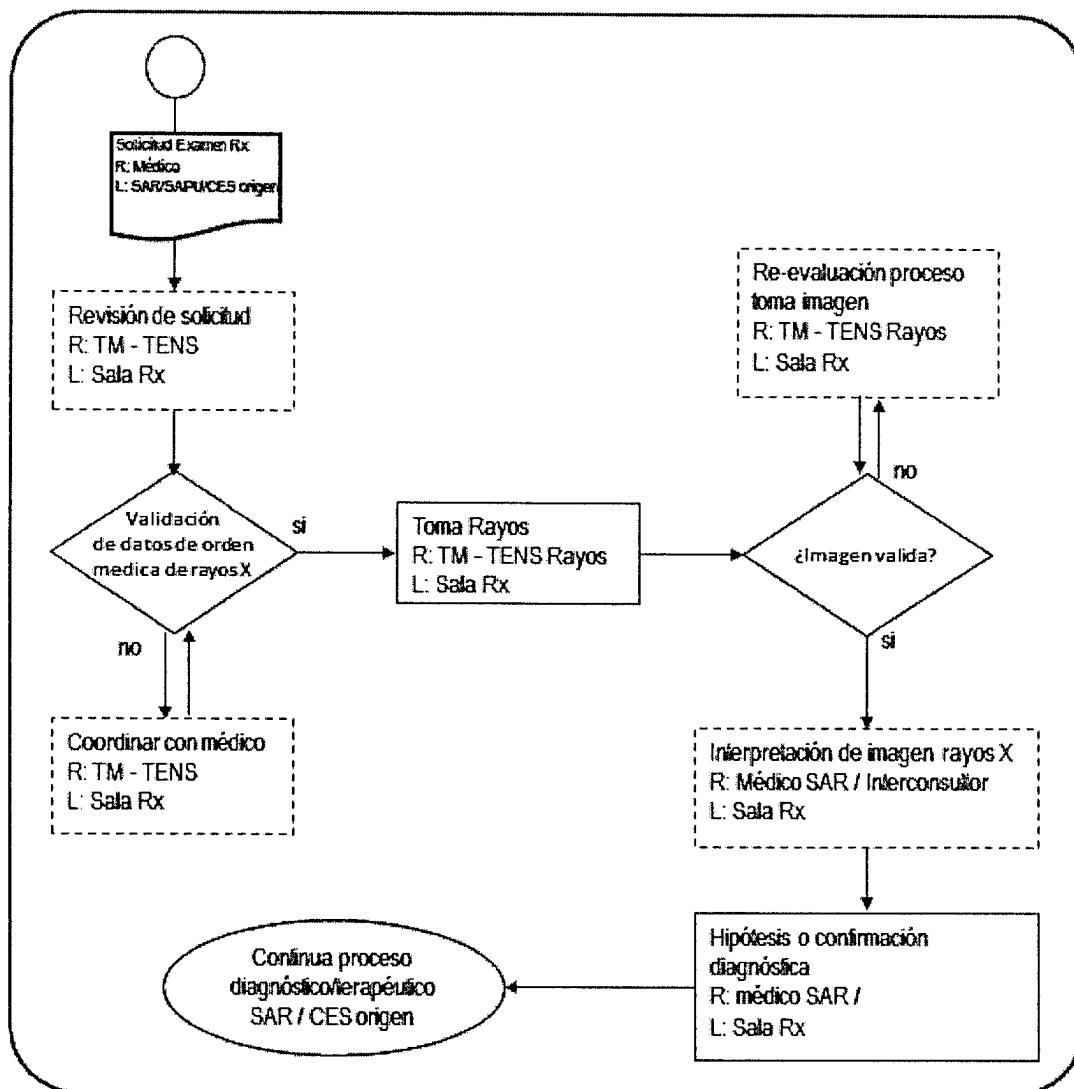
g. Cartera de servicio:

Es necesario definir cartera de servicio a nivel local y acorde a la resolutivez esperada para pacientes C3, C4 y C5:

04-01-009	Tórax Simple (AP o Lateral) (1 proyección) (1 exposición panorámica)
04-01-031	Ex. Rayos Cavidades perinasales, orbitas, huesos propios de la nariz, c/u (2 exposiciones.)
04-01-042	Columna Cervical o atlas-axis (frontal y lateral) (2 exposiciones)
04-01-046	Columna lumbar o lumbosacra (ambas incluyen quinto espacio) (3-4 Exposiciones)
04-01-051	Pelvis, cadera o coxofemoral, c/u (1 exposiciones)
04-01-052	Pelvis, cadera o coxofemoral, proyecciones especiales;(rotación interna, abducción, lateral, Lawenstein u otras) c/u (1 Exp.)
04-01-054	Brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie o similar (AP y lateral) c/u (2 exposiciones)
04-01-060	Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exposiciones)
04-01-070	Ex. Rayos Tórax Simple (AP o Lateral) (1 proyección.) (2 exposiciones panorámicas) (2 exposiciones)
04 01 032	Radiografía de cráneo (frontal y lateral)
04-01-033	Radiografía de cráneo Proyección especial Towne
	Ecografías: Sólo en el caso que el establecimiento habilite ecógrafo en el espacio del SAR



Flujograma Procedimiento Exámenes Radiológicos en SAR



Información examen

Los resultados de los exámenes deben ser vistos e interpretados por el profesional médico solicitante, o por interconsultor, a través de informes vía telemedicina cuando corresponda y cuyo diagnóstico debe quedar registrado en el DAU.

BIBLIOGRAFÍA

- D.F.L. N° 725 "Código Sanitario" de 1968 del MINSAL en sus Arts. 86 y 112.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

- Decreto N° 59 de Diciembre 2013 que Modifica Decretos N° 261, de 1978 y N° 1.704, de 1993, que Regulan las Actividades de Auxiliares de Enfermería y de Auxiliares de Medicina, Odontología y Química y Farmacia, respectivamente
- D.S. N° 1.704/1994 del Ministerio de Salud, que Aprueba Reglamento para el ejercicio de las Profesiones Auxiliares de la Medicina, Odontología y Química y Farmacia que indica.
- D.S. N° 261/1993 del Ministerio de Salud, que Aprueba Reglamento para el Ejercicio de la Profesión de Auxiliares de Enfermería
- D.S. N° 3/1985, del Ministerio de Salud, que Aprueba Reglamento de Protección Radiológica de Instalaciones Radiactivas.
- D.S. N° 133/1984 del Ministerio de Salud, que Aprueba el Reglamento sobre Autorización para Instalaciones Radiactivas o Equipos Generadores de Radiaciones Ionizantes, Personal que se Desempeña en Ellas, u Opere tales Equipos y otras Actividades Afines.
- Instructivo para uso correcto del rótulo y formulario único de cadena de custodia y anexos, DIGERA- MINSAL, 2015. Trabajo conjunto División de Gestión de la Red Asistencial, Ministerio de Salud- Fiscalía Nacional.

Propuesta de formato para Solicitud de Examen Imagenología

SOLICITUD DE EXAMEN IMAGENOLÓGIA EN SAR		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Fecha Nacimiento	RUT o Pasaporte:	FECHA:
EDAD:	HIPOTESIS DIAGNOSTICA:	
Examen/es solicitado/s:		
04-01-009	<input type="checkbox"/> Tórax Simple (Frontal o Lateral) (1 proy.) (1 exp. panorámica)	
04-01-031	<input type="checkbox"/> Ex. Rayos Cavidades perinasales, orbitas, huesos propios de la nariz, c/u (2 exp.)	
04-01-042	<input type="checkbox"/> Columna Cervical o atlas-axis (frontal y lateral) (2 exp)	
04-01-046	<input type="checkbox"/> Columna lumbar o lumbosacra (ambas incluyen quinto espacio) (3-4 Exp)	
04-01-051	<input type="checkbox"/> Pelvis, cadera o coxofemoral, c/u (1 exp)	
04-01-052	<input type="checkbox"/> Pelvis, cadera o coxofemoral, proyecciones especiales; (rotación Interna, abducción, lateral, Lawenstein u otras) c/u (1 Exp.)	
04-01-054	<input type="checkbox"/> Brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, ple o similar (frontal y lateral) c/u (2 exp)	
04-01-060	<input type="checkbox"/> Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp)	
04-01-070	<input type="checkbox"/> Ex. Rayos Tórax Simple (Frontal o Lateral) (1 proy.) (2 exp. panorámica) (2 exp)	Nombre y firma médico solicitante
<input type="checkbox"/>	Ecografía con técnica FAST (Focus Abdominal Sonography for Trauma)	

ANEXO 6: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EXÁMENES DE TAMIZAJE (KIT RÁPIDO)

1. Objetivos

Establecer un sistema de análisis rápido de algunas determinaciones bioquímicas con el fin de orientar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que consultan en los Servicio de Atención Primaria de Urgencia Alta Resolutividad SAR.

Objetivos específicos:

- Otorgar mayor resolutividad de los SAR contribuyendo a la formulación de la hipótesis diagnóstica de los consultantes que los requieran.
- Mejorar la calidad y seguridad en la atención de pacientes que consultan en los SAR.
- Lograr diagnóstico diferencial que permita descartar patologías de emergencia y urgencia.

Ámbito de Aplicación

El alcance de este documento está limitado a Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR).

Definiciones o glosario

DAU: dato de atención de Urgencia

Roles

Los equipos pueden ser utilizados por cualquier profesional o técnico del equipo de salud, debidamente; promoviéndose estas competencias preferentemente en los enfermeros, TENS y médicos de los SAR.

4.1 ENFERMERA SUPERVISORA DEL SAR:

- Realiza exámenes mediante el uso de equipos.
- Supervisa a los TENS o Enfermeros/as en el uso correcto del equipo.
- Controla el stock y el correcto uso de los insumos de los equipos.
- Inspecciona el equipo y las conexiones eléctricas para estar seguro de que funcionan.
- Verifica control de calidad horario
- Verifica y registra las fechas de vencimiento y números de lotes de los reactivos/kits en uso, y desecha cualquier reactivo o prueba que esté vencido.
- Verifica y registra las temperaturas de las áreas de la prueba y de almacenamiento de reactivos.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

- Inspecciona los reactivos para verificar que no estén dañados, con cambio de coloración o contaminados, y los desecha si encuentra cualquiera de estos problemas.
- Asegura el acceso permanente a protocolo de uso e instructivos comerciales del equipo, manteniéndolos actualizados e informa de los posibles cambios a todo el personal del SAR y Laboratorio Clínico local.

4.2 PROFESIONAL DEL LABORATORIO CLÍNICO COMUNAL O ENCARGADO DE LA GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO:

- Realiza y registra el Control de Calidad del equipo utilizando controles de calidad INTERNO (un laboratorio de referencia local, como sería Laboratorio Clínico Comunal, o el que presta los servicios al municipio, o Laboratorio Clínico de Hospital de la Red.
- Revisa los resultados del Control de Calidad (QC), discute discordancias y vela por la instalación de medidas correctivas, ante su jefe técnico o Jefe del SAR. Toma las medidas necesarias, definidas con el Laboratorio Clínico Local o del Servicio de Salud correspondiente, para mantener la mejor correlación entre las determinaciones de exámenes realizados en Laboratorio de referencia local y en los dispositivos médicos.
- Informa al médico responsable del SAR y a la enfermera a cargo de los equipos las discordancias detectadas.
- En caso de existir discordancias en el Control de Calidad se debe:
 - Verificar si las instrucciones del fabricante se siguieron correctamente,
 - Buscar las fuentes posibles de error, como reactivos o dispositivos de prueba obsoletos,
 - Verificar si los reactivos fueron almacenados correctamente.

Nota: Para obtener más ayuda, comunicarse con el fabricante, representante técnico y/o la persona que dirige o supervisa la realización de las pruebas.

5.1 INICIO DEL PROCEDIMIENTO:

El procedimiento se inicia en el momento en que el médico indica el examen en el SAR

5.2 DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO:

A) INDICACIÓN DEL EXAMEN

- Es de exclusiva responsabilidad médica la indicación del examen.
- El médico tratante debe emitir la orden (Anexo N° 1)
- En los casos que requiera un diagnóstico diferencial que permita descartar patologías de emergencia y urgencia.
- Los exámenes que a lo menos debe incluir en su cartera de servicio:
 - Examen físico-químico de orina

- Glicemia y cetonemia
- Kit de electrolitos Sodio y Potasio (de acuerdo a protocolo de uso, especialmente para pacientes que lleguen a reanimación, para estabilizar y trasladar a UEH, entregando elementos objetivos para tratar en la reanimación)
- Test de embarazo

B) TOMA DE MUESTRA Y PROCESAMIENTO MUESTRA EN EQUIPOS TEST RAPIDOS

La toma de muestra debe ser tomada por TENS o Enfermera del SAR.

- Limpiar las superficies de trabajo antes y después de la prueba.
- Preparar los reactivos de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
- Inspeccionar el equipo y las conexiones eléctricas para estar seguro de que funcionan.
- Realizar la prueba en un área bien iluminada.
- Tomar la muestra al paciente.
- Realizar los exámenes en los equipos, según técnica descrita por el fabricante
- Entrega resultado de examen impreso a médico tratante y copia resultado del examen en el DAU.

C) PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE CALIDAD

Los equipos serán sometidos a controles analíticos de diferente periodicidad por el Jefe del Laboratorio Clínico Comunal o Jefe Laboratorio donde el SAR deriva sus pacientes, según procedimiento de control de calidad interno.

C.1.- CONTROL DE CALIDAD INTERNO

Corresponde al Control analítico aleatorio de muestra realizada en equipo y enviada a Laboratorio Clínico para su realización en paralelo, **su frecuencia es diaria**.

- El control de calidad de equipo debe realizarse por profesional de Laboratorio Clínico.
- Aleatoriamente a diario se tomará muestra venosa a un paciente después de realizar la determinación en equipo. Debe registrarse cuidadosamente el equipo en que se realizó esta determinación. Si a diario se utilizan más de un equipos, deberá elegirse alternativamente día a día uno u otro equipo.
- En la eventualidad de pesquisar una discordancia la medida correctiva deberá tomarse antes del inicio de la rutina del día siguiente.
- Deberán quedar registrados todos los procedimientos realizados.

C.2.- CONTROL DE CALIDAD EXTERNO

Corresponde al Control analítico mediante Control comercial del proveedor, **su frecuencia es determinada a nivel local**.

- En días aleatorios, se procesará espécimen provisto por el proveedor el que deberá procesarse en todos los equipos utilizados en el SAR.
- Deberán registrarse todas las observaciones así como las eventuales medidas correctivas.

C.3.- INFORME DE RESULTADOS DEL CONTROL DE CALIDAD

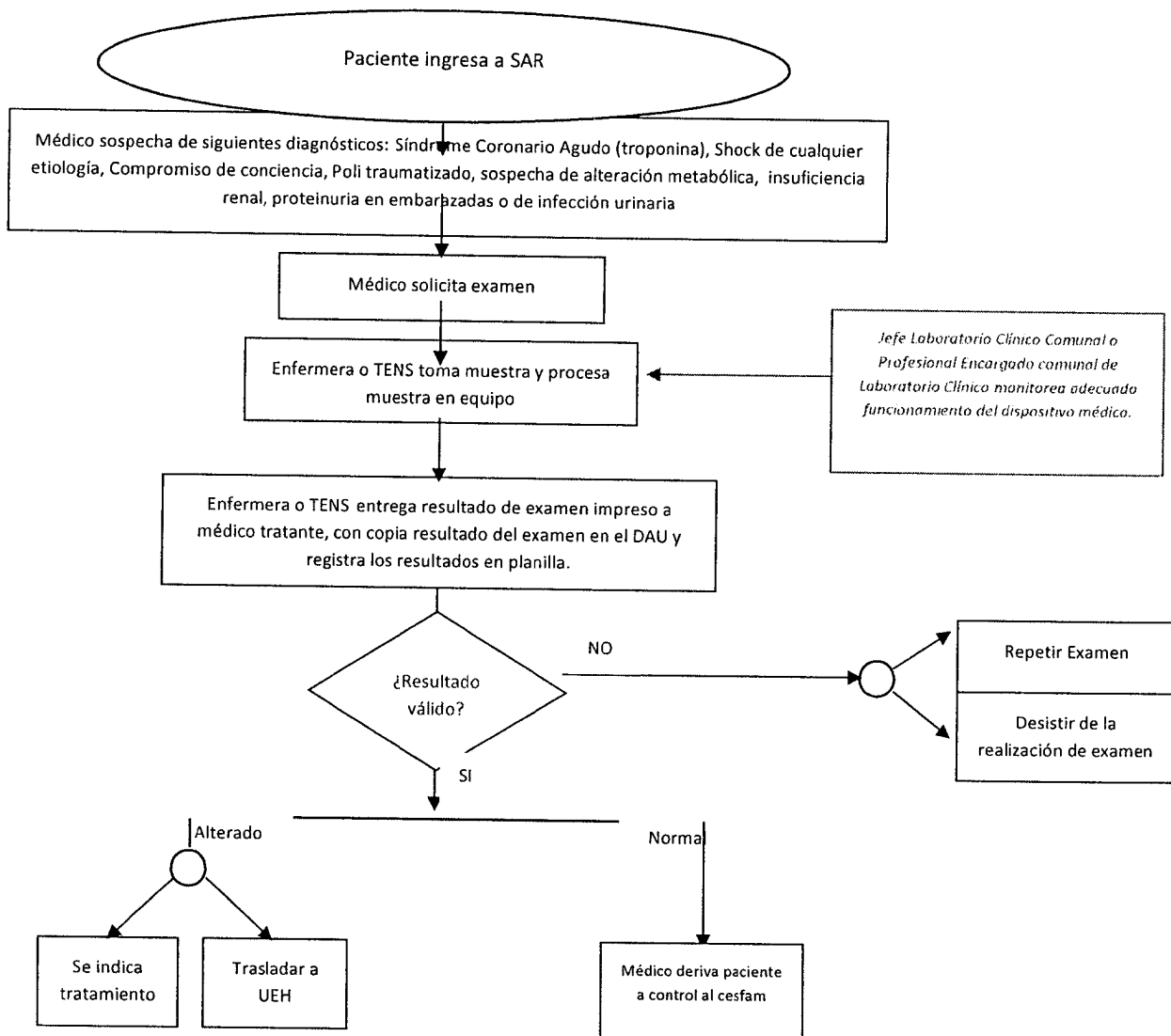


Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Con frecuencia a fijar localmente, el profesional responsable del procedimiento reportará por vía electrónica los resultados de los controles realizados al Médico responsable del SAR, con copia a la Enfermera responsable de los, Jefe Laboratorio Clínico Comunal y Coordinador de Laboratorio Clínico del Servicio de Salud.



Flujograma

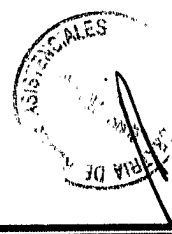




Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Referencias

- Guía para la implantación de pruebas de laboratorio en el lugar de asistencia al paciente. V2 F1. 08/05/2006. Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular.
- DS Nº 594, año 1999 “Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas de los Lugares de Trabajo”



Propuesta de formato para Solicitud Solicitud de Examen Rápido

SOLICITUD DE EXAMEN RAPIDO (POC) EN SAR

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
Fecha Nacimiento	RUT o Pasaporte:	FECHA:			
EDAD:	HIPOTESIS DIAGNOSTICA:				

Examen/es solicitado/s:	
Hemato crito - Hemoglobina - ELG - Creatinina	Sólo glucosa
Determinación enzimas cardíacas (troponina)	Orina físico-química: glucosa, proteinuria, leucocitos, nitratos

Nombre y firma médico solicitante





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

ANEXO 7: ARSENAL FARMACOLÓGICO Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA EL SAR

El Comité de Farmacia y Terapéutica del Servicio de Salud deberá definir el arsenal farmacoterapéutico y de dispositivos médicos del SAR atendiendo el perfil de la demanda y la participación de este dispositivo en el funcionamiento de la red de urgencia.

Se ha estimado un listado básico de los medicamentos orientados a cubrir el perfil epidemiológico de la urgencia APS, los que de acuerdo a su función deben estar disponibles durante el funcionamiento del SAR.

El SAR deberá tener definido su stock crítico tomando en consideración a los factores pertinentes que pueden afectar el quiebre de stock en el establecimiento y el uso racional de medicamentos, garantizando la existencia de los medicamentos y dispositivos médicos en todo momento. El stock crítico deberá acordarse entre Jefe del SAR, Enfermera Coordinadora y Químico Farmacéutico Comunal. La enfermera Coordinadora del SAR deberá supervisar la mantención del arsenal farmacológico acordado y de su vigencia, gestionando la reposición.

La entrega de medicamentos en SAR deberá dar respuesta a la completitud de la indicación médica en el caso de cuadros agudos, evitando que usuario deba recurrir nuevamente a solicitar atención médica o despacho de medicamentos.

En el caso de pacientes particulares o de Isapres, se podrá entregar el inicio del tratamiento (primera dosis) y una receta para su despacho particular.

El manejo del arsenal farmacológico deberá cumplirse acorde a reglamento que establece las condiciones sanitarias en que debe efectuarse la distribución, la elaboración en su caso, y el expendio de productos farmacéuticos, alimentos de uso médico en Farmacias, Almacenes Farmacéuticos, Droguerías, Depósitos de Productos Farmacéuticos humanos, veterinarios y dentales y botiquines.

EL ARSENAL SE PODRA AJUSTAR EN BASE A LA REALIDAD LOCAL Y LAS PROPIAS COMPETENCIAS DEL EQUIPO MEDICO

ARSENAL FARMACOLÓGICO BÁSICO PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIA EN SAR.

a. Medicamentos utilizados para modificar las funciones del Sistema Nervioso y del Músculo Estriado

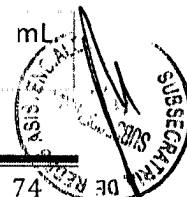
- Anestésicos locales:

Lidocaína Clorhidrato	Solución inyectable al 2% Ampolla 5 mL.
-----------------------	---

- Neurolépticos Antisicóticos:

Clorpromazina clorhidrato	Solución inyectable 12,5 mg/mL. Ampolla 2 mL. Comprimido 100 mg.
---------------------------	---

- Tranquilizantes menores, Butirofenonas:



Haloperidol clorhidrato	Solución inyectable 5 mg/mL. Ampolla 1 mL.
-------------------------	--

- Anticonvulsivantes:

Diazepam*	Solución inyectable 5mg/mL. Ampolla 2 mL.
-----------	---

* Sujeto a control legal Reglamento de productos Psicotrópicos.

b. Analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios no esteroidales y Tratamiento de la Gota

- Analgésicos narcóticos:

Fentanilo	0,1 mg. ampolla 2ml
Midazolam	solución inyectable ampolla 5 ml/ml

**Sujeto a control legal (a) Reglamento de productos Estupefacientes.

- Antiinflamatorios no Esteroidales, Analgésicos no Opiáceos:

Metamizol sódico	Solución inyectable 0,5 g / mL. Ampolla 2 mL. Supositorio 250 mg.
Paracetamol	Comprimido 500 mg. Solución oral para gotas 100 mg/mL. Supositorio 125 mg.
Diclofenaco sódico	Comprimido 50 mg. Solución inyectable 25 mg/mL. Ampolla 3 mL. Supositorio 12,5 mg.
Ibuprofeno	Jarabe 200mg/5ml

c. Antialérgicos y fármacos utilizados en el Tratamiento de la Anafilaxia

- Antihistamínicos:

Clorfenamina maleato	Comprimido 4 mg. Solución inyectable 10 mg/mL. Ampolla 1 mL.
----------------------	---

- Adrenérgicos:

Epinefrina clorhidrato	Solución inyectable 1 mg/ mL. Ampolla 1 mL.
------------------------	---

- Glucocorticoides:

Prednisona	Comprimido 5 mg. Comprimido 20 mg. Jarabe 5 mg/5ml
Betametasona fosfato disódico	Solución inyectable 4 mg/mL. Ampolla 1 mL.
Hidrocortisona succinato	Polvo para solución inyectable 100 mg. Frasco ampolla Polvo para solución inyectable 500 mg. Frasco ampolla

d. Antídotos y sustancias utilizadas en Tratamiento de Intoxicaciones

Carbón activado	Polvo envase 50 g
-----------------	-------------------





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Atropina sulfato	Solución inyectable 1 mg/mL. Ampolla 1 mL.
Flumazenilo	Solución inyectable 0,1 mg/mL. Ampolla 5 ml
Sodio bicarbonato	Solución inyectable 8% P/V. Ampolla 10 mL. Polvo. Envase 5 g
N-Acetilcisteína	Solución para nebulizar 100 mg/mL.



e. Antiinfecciosos

- Macrólidos:

Eritromicina etilsuccinato	Comprimido	500	mg.
	Suspensión oral	400 mg/ 5	mL.
	Suspensión oral 200 mg/ 5 mL.		

- Penicilinas:

Amoxicilina	Comprimido / cápsula	500	mg.
	Suspensión oral 500 mg/ 5 mL.		
Penicilina sódica	Polvo para solución inyectable de 1.000.000 U.I., y/o 2.000.000 U.I. Frasco-ampolla.		
Penicilina G Benzatina	Polvo para solución inyectable 1.200.000 U.I. Frasco ampolla		
Amoxicilina + Ac. Clavulánico	Comprimido 500 mg. + 125 mg		
Claritromicina	Comprimido	500	mg.
	Suspensión oral 250 mg/ 5 mL.		
Flucloxacilina	Suspensión oral 250 mg/5 mL.		
	Comp. 500 mg vía oral		

- Sulfonamidas:

Cotrimoxazol	Comprimido Sulfametoxazol 800 mg + trimetoprima 160 mg.
	Suspensión oral (Sulfametoxazol 200 mg + trimetoprima 40 mg) /5 mL.

- Nitrofuranos:

Nitrofurantoina	Comprimido 100 mg.
-----------------	--------------------

f. Medicamentos utilizados en el Aparato Digestivo

Sales para rehidratación oral	Solución oral 60 mEq sodio/ litro
	Solución oral 90 mEq sodio / litro
Clorhidrato de metoclopramida	solución inyectable 10mg. Ampolla 2ml vía oral tabletas de 10 mgs
Clorpromazina	Inyectable 12,5 mg. / mL.
Omeprazol Sódico	uso inyectable vía EV s fco-amp. 40 mg. + 1 diluyente. Según protocolo

- Antiespasmódicos:

Propifenasona/Adifenina	Supositorio adulto	440/25	mg.
	Supositorio adulto 220/25 mg		
Pargeverina Clorhidrato	Solución inyectable	5 mg.	/ mL.
	Solución gotas 10 mg. / mL		

g. Medicamentos que actúan en el Sistema Cardiovascular

- Medicamentos usados en IAM:





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Ácido acetil salicílico	Comprimido 100 mg. Comprimido 500 mg.
Nitroglicerina	Comprimido 0,6 mg.
Epinefrina Clorhidrato	Solución inyectable 1mg/ml, ampolla 1 ml
Atropina sulfato	Solución inyectable 1 mg/mL. Ampolla 1 mL.

- Antitrombóticos usados en IAM, puede utilizarse:

Estreptoquinasa	Liofilizado para solución inyectable 1.500.000 U.I. Frasco Ampolla
Nitroglicerina	solución inyectable 50mg/10ml
Tenecteplase	polvo liofilizado para solución inyectable 10.000 U.I. u otra potencia disponible (Este fármaco se utilizará según condición de uso establecida en la red de cada Servicio. Requerirá gestionar financiamiento GES).
* Clopidogrel	Comprimido 75 mg. (Este fármaco se utilizará según condición de uso establecida en la red de cada Servicio. Requerirá gestionar financiamiento GES).

- Antihipertensivos:

Captopril	Cápsulas 25 mg.
Propranolol	Comprimido 10 mg. Comprimido 40 mg.

- Glucósidos cardíacos:

Lanatóside C	Solución inyectable 0,2 mg/mL. Ampolla 2 mL.
Amiodarona clorhidrato	Solución inyectable 50 mg/mL. Ampolla 3 mL.

1. Diuréticos

Furosemida	Solución inyectable 20 mg/mL. Ampolla 1 mL.
------------	---

2. Desinfectantes y Antisépticos:

Alcohol etílico desnaturalizado	Solución al 70°. Frasco 250 mL. Forma Gel 70%
Clorhexidina	Jabón al 2%
Polividona yodada	Solución acuosa al 10%. Frasco 250 mL.

3. Medicamentos utilizados en el tratamiento de la Diabetes

Insulina humana cristalina	Solución inyectable 100 U.I./mL. Frasco-ampolla 10 mL.
----------------------------	--

4. Productos utilizados en Oftalmología

- Antiinfecciosos:

Cloranfenicol	solución oftálmica 5 mg./ml fco. 15 ml
---------------	--



	Ungüento de Cloranfenicol
- Anestésicos locales	
Proparacaína clorhidrato	Solución oftálmica al 0,5 %

5. Medicamentos que actúan en el Aparato Respiratorio

- No Agonistas:

Ipratropio Bromuro/Fenoterol	Solución para nebulización. Frasco 20 cc
Salbutamol sulfato	Suspensión para inhalación oral 100 mcg/ dosis Salbutamol sulfato. Solución para nebulización 0.5%

- Utilizados en el asma:

Aminofilina	Solución inyectable 25 mg/mL. Ampolla 10 mL.
-------------	--

6. Medicamentos utilizados para corregir perturbaciones de la Composición del Medio Interno

- Electrolitos:

Calcio gluconato	Solución inyectable al 10 %. Ampolla 10 mL.
Potasio cloruro	Solución inyectable al 10 %. Ampolla 10 mL.
Sodio cloruro	Solución inyectable al 10 %. Ampolla 20 mL.
Solución Ringer lactato	Solución inyectable según fórmula. Ampolla 500 mL.
Sulfato de magnesio	Solución inyectable al 20% ampolla 10ml

- Azúcares:

Glucosa	Solución inyectable 30 %. Ampolla 20 y 250 mL.
---------	--

7. Productos Biológicos

- Vacunas:

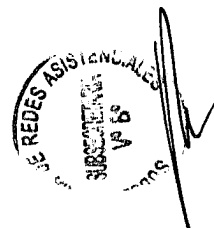
Vacuna antirrábica	Uso humano
Toxoide diftérico tetánico	Frasco 10 dosis

8. Anticonceptivo de Emergencia

Levonorgestrel	Comprimido 0,75 mg o 1,5 mg.
----------------	------------------------------

9. Otros

Vaselina	líquida
Agua destilada	Ampolla 5 y 10 mL.



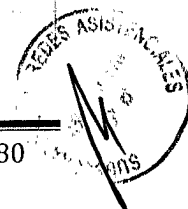


Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

DISPOSITIVOS MÉDICOS

Los dispositivos médicos para el apropiado funcionamiento del SAR, se recomienda:

Adaptador (tubo de O2)	Jeringa insulina con aguja fija 27-31 G
Aerocámara P/inhalador standard	Jeringa urológica (pivote grande)
Aguja 21 G x 1,5 desechable	Llave 3 pasos
Aguja 23 G x 1 desechable	Máscara de oxígeno
Algodón hidrófilo prensado 33	Mascarilla desechable con filtro
Antiparras	Mascarilla O2 c/sistema venturi c/conexión de O2 adulto
Baja lenguas desechables	Mascarilla O2 c/sistema venturi c/conexión de O2 pediátrico
Bolsa recolectora orina adulto graduada 2 L. Estéril	Mascarilla para nebulización adulto
Cánula intra vena 14 G 30-35 mm	Mascarilla para nebulización pediátrica
Cánula intra vena 16 G 30-35 mm	Nariceras
Cánula intra vena 18 G 30-35 mm	Paños perforados medianos
Cánula intra vena 20 G 30-35 mm	Papel electrocardiograma Schiller
Cánula intra vena 22 G 30-35 mm.	Paquete básico cirugía menor
Cánula intra vena 24 G 20 mm.	Paquete parto
Cánula Mayo o Guedel. N° 0- 1 – 2 – 3 – 4	para medir glucosa en sangre (50 tiras)
Catgut simple 2/0 con aguja semicircular atraumática 25 mm.	Pechera plástica
Catgut simple 3/0 con aguja semicircular atraumática 25 mm	seda negra 4/0 Y 5/0
Drenaje Penrose	Sonda aspiración control succión N° 8-10- 12 – 14 – 16
Equipo fleboclisis (macrogoiteo)	Sonda Foley c/ balón 5 cc. 2 vías N° 14 – 16 – 18
Equipo Infusión IV SCALP VEIN 21 G – 23 G – 25 G	Sonda nasogástrica desechable y estéril 12 FR – 14 FR – 16 FR
Gasa hidrófila (90 mts. Por rollo)	Sutura nylon mono filamento N° 2/0 – 3/0 – 4/0 – 5/0
Guantes látex para examen S – M – L	Tejido tubular 5 cm. – 10 cm. – 15 cm. 34
Guantes quirúrgicos estériles N° 61/2 – 7 – 71/2 – 8	Tela adhesiva micro porosa 2,5 y 5,0 cm.
Hoja bisturí N° 10 – 11 – 15 – 21	Termómetro clínico
Jabón líquido hipalérgico	Tijeras
Jeringa 20 cc. Sin aguja	Tubo en T



Jeringa desechable 10cc. Con aguja 21G x 1 ½
Jeringa desechable 3 cc. Con aguja 21 Gx 1
Jeringa desechable 5 cc. Con aguja 21 Gx1

Tubo endotraqueal con balón 6 – 7 – 7,5 – 8
Tubo endotraqueal s/ balón 2,5 – 3 – 3,5 – 4 – 5
Vaselina estéril 5 cc





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

ANEXO 8: CARRO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

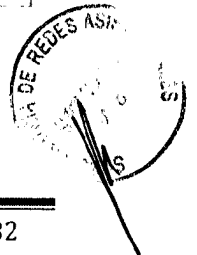
El carro de reanimación debe estar ubicado en un lugar accesible y conocido por todo el personal y cumplir con las siguientes condiciones:

- Transportable con ruedas
- Cajones con sistema de bloqueo y rotulados
- Bandejas extensibles para preparar medicamentos
- Soporte para el suero
- Porta oxígeno y balón con flujómetro

EQUIPOS INDISPENSABLES

De acuerdo a lo establecido en Decreto MINSAL N° 58 del 2008 que aprueba "Normas Técnicas Básicas de Autorización Sanitaria para establecimientos de salud de atención cerrada" (en su Anexo N° 1), el equipamiento disponible para **Resucitación Cardio-Pulmonar** debe ser:

Monitor cardíaco con desfibrilador portátil, con palas adulto y pediátrico	
Tabla para masaje cardíaco	
Carro de resucitación cardio-pulmonar	Bolsa de insuflación manual con mascarilla adulto e infantil
	Oxígeno con manómetro y flujómetro, humidificador
	Sistema de aspiración
	Laringoscopio con batería, 3 hojas rectas y curvas
	Set de cánulas de intubación endotraqueal, de uso adulto y pediátrico
	Set de cánula Mayo, de uso adulto y pediátrico
	Bigoterías y mascarillas para oxígeno uso adulto y pediátrico
	Sondas de aspiración uso adulto y pediátrico
Mantenimiento	Medicamentos e insumos críticos
	Existe una norma y procedimientos para mantener operativos los equipos (baterías y fuentes de luz, entre otros) y medicamentos dentro de fecha de vencimiento de carro de paro
	Existe profesional responsable de mantener operativos los equipos (baterías y fuentes de luz, entre otros) y medicamentos dentro de fecha de vencimiento de carro de paro



MEDICAMENTOS

Amiodarona clorhidrato	Solución inyectable 50 mg/mL. Ampolla 3 mL.
Acido tranexamico.	Ampolla Inyectable I.V. 1.000 mg
Etomidato	Solución inyectable 20% ampolla 10ml
Epinefrina clorhidrato	Solución inyectable 1 mg/ mL. Ampolla 1 mL.
Atropina sulfato	Solución inyectable 1 mg/mL. Ampolla 1 mL.
Hidrocortisona succinato	Polvo para solución inyectable 100 mg. Frasco-ampolla
Hidrocortisona succinato	Polvo para solución inyectable 100 mg. Frasco-ampolla
Midazolam	Solución inyectable 5 mg/mL. Sujeto a control legal
Fentanilo	0,1 mg. ampolla 2ml
Verapamilo clorhidrato	Solución inyectable 2,5 mg/mL. Ampolla 2 mL.
Lidocaína Clorhidrato	Solución inyectable al 2%. Ampolla 5 mL.
Sodio Bicarbonato	Solución inyectable 8,4 %. Ampolla 10 mL.
Propranolol clorhidrato	Solución inyectable 1 mg/mL.
Magnesio sulfato	Solución inyectable al 25%. Ampolla 5 mL.
Calcio Gluconato	Solución inyectable al 10%. Ampolla 10 mL.
Adenosina	Solución inyectable 6 mg./2 mL.
Glucosa	Solución inyectable 30 %. Ampolla 20 y 250 mL.
Suxametonio cloruro	Solución inyectable 100 mg./5 mL.

DISPOSITIVOS MÉDICOS

10. Vía Aérea

Tubos endotraqueales / Conductor del tubo endotraqueal	Pinza Maggil adulto y pediátrica
Sondas de aspiración flexible de doble lumen	Máscaras laríngeas adulto y pediátrica
Sondas de aspiración rígida	
Tela adhesiva, gasa larga y guantes estériles	1 Set de cricotiroidostomía adulto y pediátrico.
Cánula naso faríngea	

11. Vía Venosa

Catéteres endovenosos	Ligadura, tela adhesiva, gasas o parches estériles
Jeringas desechables	Torulero y alcohol
Agujas desechables	Equipo de micro goteo con dosificador
Mariposas para pediatría	1 equipo de osteoclisis





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Equipo de fleboclisis
Llave de tres pasos con alargador

Plumón para rotular drogas

12. Sueros

Suero fisiológico
Solución Ringer lactato

Solución glucosalina
Sodio Cloruro

SUPERVISIÓN DEL CARRO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Es responsabilidad del profesional de enfermería.

- a. Debe contar con un listado de dispositivos médicos y sus cantidades
- b. Debe contar con un listado de drogas, cantidades y dosis
- c. Debe existir un responsable de su mantención y reposición inmediata de los dispositivos médicos y drogas que se utilicen
- d. Periódicamente se debe supervisar:
 - Pilas del laringoscopio
 - Cantidad de oxígeno disponible
 - Funcionamiento del monitor desfibrilador (baterías)
 - Disponibilidad y vencimiento de medicamentos



ANEXO 9: TRASLADO DE PACIENTES

Para la derivación oportuna de los pacientes, el SAR deberá disponer de una ambulancia equipada para la satisfacción de las necesidades vitales de salud durante el tiempo que dura el traslado, según implementación que se detalla más adelante. Esta implementación debe ser adecuada a nivel local según especificaciones de la Red de Urgencia local.

La ambulancia asignada al SAR deberá ser usada con la autorización del Médico de turno, quien regulará el uso de ella según la necesidad y lo que indique el protocolo de actuación, así como los acuerdos con la Red de Urgencia local.

En la ambulancia podrá viajar sólo un acompañante adulto del paciente, quien deberá respetar las medidas de seguridad pertinentes. Las eventuales situaciones en que se requiera transportar más pasajeros serán de responsabilidad del médico de turno.

La responsabilidad legal frente a un accidente de la ruta será del conductor de la ambulancia y de la Municipalidad, como entidad propietaria del vehículo.

Según los estándares de atención prehospitalaria, los móviles que realizan la atención prehospitalaria básica deben ser tripulados, además del conductor, por un técnico paramédico. Este funcionario debe permanecer con el paciente en la cabina sanitaria.

El uso de la ambulancia debe observar las siguientes indicaciones:

- El médico de turno debe dar la indicación del traslado del paciente al centro de derivación correspondiente, mediante una hoja de traslado.
- En caso que el móvil sea requerido por una urgencia en la cual el paciente no puede acceder al SAR, será el médico de turno quién decidirá la concurrencia de la ambulancia al sitio del suceso. En aquellos SAR que están conectados a la red de emergencia prehospitalaria (SAMU), será el médico regulador quien tomará la decisión.
- El paciente debe ser derivado al SAR para su evaluación, excepto si es de riesgo vital o secuela funcional grave, caso en que el Médico Regulador decidirá su destino.
- Se debe informar previamente al establecimiento de derivación el traslado del paciente, especialmente si se trata de un paciente crítico, dando cumplimiento a protocolo de derivación establecido para la red de urgencia local.
- Se debe acompañar un informe de la condición del paciente, hipótesis diagnóstica, signos vitales, tratamiento y procedimientos realizados (hoja de traslado).
- Se debe registrar la atención del paciente, la hora de llegada al SAR y de salida al centro de derivación.
- Se debe registrar el resultado de la derivación: recepción en urgencia, retorno al SAR o a domicilio.
- La ambulancia no hará salidas innecesarias y sin justificación. Su uso será exclusivo para el traslado de pacientes, salvo autorización específica del Jefe de turno.
- Cualquier irregularidad que se presente en uso del vehículo debe ser corregido a la brevedad posible por el Coordinador(a) e informada por escrito al Director del Centro de Salud o a la autoridad responsable.

Ver Propuesta hoja de traslado SAR en anexo registros básicos del SAR.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

AMBULANCIAS SAR

Las ambulancias de la red de urgencias deben ajustarse a lo establecido en Resolución MINSAL N° 338/2005 NGT N° 17 sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia.

13. Tipo de Móvil para un SAR

De acuerdo a la tripulación y al equipamiento, el SAR debe contar con una **Ambulancia M1 o básica**, destinado al transporte de pacientes que no tienen compromiso vital, con escasa o nula potencialidad de agravación. El equipamiento de esta ambulancia, por lo tanto, no necesita ser complejo y el requerimiento está dado por lo necesario para asegurar la posición del paciente y algún elemento de ayuda básica. Dentro de éstos se contemplan elementos de inmovilización y extricación y de manejo no invasivo de la vía aérea.

Su tripulación considera dos personas; un conductor y un técnico paramédico, ambos debidamente capacitados en atención pre hospitalarios.

Las ambulancias deben estar comunicadas en forma permanente vía radial al SAR y/o Centro Regulador según esté o no incorporado a la Red SAMU Regional.

14. Requisitos Generales Móviles Básicos

- Ventilación y calefacción en buen estado
- Iluminación en la cabina sanitaria
- Cinturones de seguridad en la cabina sanitaria y de conducción
- Extintor
- Equipo de radio VHF
- Conos de seguridad (2)
- Equipos de alerta (luminosa y sonora)
- Identificación del móvil con logos y colores institucionales
- Lámpara de autonomía luminosa (1)
- Sábanas y frazadas

15. Equipamiento Móvil Básico (M1)

1. Elementos de inmovilización y extricación:
 - Férulas extremidades semi rígidas
 - Inmovilizador lateral de cabeza
 - Collares cervicales diferentes tamaños (niños y adultos)
 - Tabla espinal larga, con sus correspondientes correas de fijación
 - Tabla espinal corta, con sus correspondientes correas de fijación, o chaleco de extricación.
2. Elementos para manejo básico de la vía aérea:
 - Motor de aspiración



- Bolsa de reanimación adulto con reservorio y mascarilla
 - Bolsa de reanimación pediátrica con reservorio y mascarilla
 - Sondas de aspiración de diferentes lúmenes
 - Cánulas de Mayo de distintos tamaños
 - Balón de oxígeno portátil con manómetro y flujómetro
3. Monitores y equipos:
- Glucómetro
 - Desfibrilador semiautomático opcional (según definición red local que incluye al SAMU)
4. Varios:
- Equipo básico para atención del parto
 - Equipo para el manejo de lesiones y heridas.
 - Esfigmomanómetro
 - Fonendoscopio
5. Elementos de protección para el personal:
- Mascarillas
 - Linterna
 - Guantes de procedimientos
 - Anteojos de seguridad
 - Recipiente para desechos corto punzantes

Frente al traslado de pacientes que se encuentran inestables o cuya situación de salud requiere de una atención de mayor complejidad, debiera ser el SAMU regional el que lo realice.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

ANEXO 10: REGISTROS BÁSICOS EN SAR

FORMULARIOS

16. Ámbito Clínico Asistencial

- Registro diario de atención de urgencia foliado
- Dato de Atención de Urgencia (DAU)*
- Orden de derivación o interconsulta*
- Identificación del SAR que deriva
- Identificación del paciente
- Domicilio del paciente
- Establecimiento de destino
- Antecedentes clínicos
- Hipótesis diagnóstica
- Tratamiento y procedimientos efectuados
- Nombre y firma del médico que deriva
- Fecha y hora de derivación
- Registro de atención**
- Orden de atención (OA) para exámenes tamizaje rápido POC y/o imagenología
- Registro de prestaciones de pacientes en observación
- Cuaderno de novedades por turno de médicos y técnicos paramédicos

* Formulario DAU deberá contener el estándar de información de atención de urgencia que esté establecido por norma desde el DEIS MINSAL.

** Estos registros pueden estar incorporados en el mismo documento que es el Dato de Atención de Urgencia.

17. Documentos para los Usuarios

- Comprobante de atención de emergencia para el usuario
- Talonario de Licencias Médicas, dispuesto por el establecimiento (sólo para casos de dificultad de licencia médica electrónica)
- Talonario de certificados de defunción
- Comprobante de Atención del Parto

18. Ámbito Farmacia

- Registro de consumo diario/mensual de medicamentos
- Registro de estupefacientes en libro foliado



19. **Ámbito Administrativo**

- Libro de ruta ambulancia / Hoja de ruta de ambulancia
- Registro de accidentes laborales y del tránsito
- Registro de accidentes escolares
- Libro de pedidos de farmacia y de dispositivos médicos
- Talonario de boletas de prestaciones de servicio
- Libro cuaderno de reclamos, sugerencias, felicitaciones foliado y con copia

20. **Ámbito RRHH**

- Libro de firmas de funcionarios (si no existe reloj control)

21. **Ámbito Médico Legal**

- Talonario de derivación a Servicio Médico Legal
- Certificado de alcoholemias (si ellas se practican en el SAR)





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

ANEXO 11: PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO DEL SAR (PMA)

Los SAR en general están adosados a un establecimiento de atención primaria, del cual dependen. No obstante, en casos justificados pueden constituir un establecimiento por sí mismos y depender directamente de las Direcciones de Salud Municipal.

La planta física recomendable para un SAR no adosado a un Centro de Salud debiera considerar como mínimo una superficie de 473 metros cuadrados, distribuidos de la siguiente forma:

N°	PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO DE SAR	Cantidad	Sup. total m2
1	Sala espera	1	22
2	Sala de espera secundaria	1	16
3	Recepción	1	10
4	Box categorización	1	12
5	Box procedimientos	1	16
6	Box Reanimación	1	20
7	Box Atención	1	24
8	Box Acogida y Alcoholemia	1	20
9	Sala observación	1	25
10	Estación de enfermería	1	18
11	Espacio en E. Enfermería/ exámenes de laboratorio	1	5
12	RX ósteo-pulmonar- sala digitalización-vestuario	1	28
13	Box tratamiento respiratorio (IRA y ERA)	2	32
14	Botiquín / Bodega de Fármacos	1	8
15	Estar personal	1	15
16	Of. carabineros	1	6
17	Sala aseo	1	4
18	Baño personal	3	6
19	Baño público 4u	4	16
20	Bodega general	1	4
21	Área mantenimiento e instalaciones (caldera, gases clínicos)	1	8
	Neto		315
	Circulaciones y muros (50%)		158
	Sub total		473

* Puntos mínimos requeridos para estas especialidades

Residuos sólidos	1	4	En proyectos que están separados y alejados de CESFAM
Grupo Electrógeno	1	9	En proyectos que están separados y alejados de CESFAM
Estanque de agua	0	0	En proyectos que están separados y alejados de CESFAM
Ambulancia	0,5	12	En proyectos que están separados y alejados de CESFAM
Total		498	



Anexo Equipo y Equipamiento

RECINTO	EQUIPO	REQUERIMIENTO	LEY DE PRESUPUESTO
Área mantenimiento e instalaciones	Estantería en obra	1	Equipamiento
Baño personal	basurero plástico	3	Equipamiento
Baño público	basurero plástico	4	Equipamiento
Bodega general	Estantería en obra	1	Equipamiento
Botiquín / Bodega de Fármacos	Mobiliario en obra	1	Equipamiento
Botiquín / Bodega de Fármacos	papelero	1	Equipamiento
Botiquín / Bodega de Fármacos	Refrigerador clinico con termometro; tipo frigobar.	1	Equipo
Botiquín / Bodega de Fármacos	Silla ergonómica	1	Equipamiento
Box Acogida y Alcoholemia	balde a pedal	1	Equipamiento
Box Acogida y Alcoholemia	caja fuerte mural (muestras)	1	Equipamiento
Box Acogida y Alcoholemia	camilla examen	1	Equipamiento
Box Acogida y Alcoholemia	Soporte universal	1	Equipamiento
Box Acogida y Alcoholemia	Computadora	1	Equipo
Box Acogida y Alcoholemia	Escabel	1	Equipamiento
Box Acogida y Alcoholemia	Escritorio	1	Equipamiento
Box Acogida y Alcoholemia	lámpara examen 30.000 lux rodable	1	Equipo
Box Acogida y Alcoholemia	mesa toma de muestra	1	Equipamiento
Box Acogida y Alcoholemia	Mesón de Trabajo Limpio en obra	1	Equipamiento
Box Acogida y Alcoholemia	Mesón de Trabajo Sucio en obra	1	Equipamiento
Box Acogida y Alcoholemia	Perchero en obra	1	Equipamiento
Box Acogida y Alcoholemia	Silla ergonómica	1	Equipamiento
Box Acogida y Alcoholemia	Silla Visita	2	Equipamiento
Box Atención	balde a pedal	1	Equipamiento
Box Atención	camilla transporte pacientes	3	Equipamiento
Box Atención	Computadora	1	Equipo
Box Atención	Soporte universal	3	Equipamiento
Box Atención	Mesón de registro en obra	1	Equipamiento
Box Atención	escabel	3	Equipamiento
Box Atención	oto oftalmoscopio mural	3	Equipo
Box Atención	Silla ergonómica	1	Equipamiento
Box categorización	Analizador de glucosa (comodato)	1	Equipo
Box categorización	balanza adulto con tallímetro	1	Equipamiento
Box categorización	balanza lactante	1	Equipamiento
Box categorización	Mesón de Trabajo obra	1	Equipamiento
Box categorización	balde a pedal	1	Equipamiento
Box categorización	camilla transporte pacientes	1	Equipamiento
Box categorización	escabel	1	Equipamiento

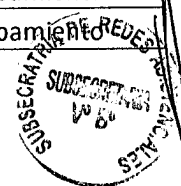
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
 SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
 SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES



Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Box categorización	cartabón	1	Equipamiento
Box categorización	Soporte universal	1	Equipamiento
Box categorización	Computadora	1	Equipo
Box categorización	escritorio	1	Equipamiento
Box categorización	monitor de presión arterial con oximetría	1	Equipo
Box categorización	Silla ergonómica	1	Equipamiento
Box categorización	silla visita	2	Equipamiento
Box procedimientos	balde a pedal	1	Equipamiento
Box procedimientos	bandeja taponamiento nasal	3	Equipamiento
Box procedimientos	Area de registro en obra	1	Equipamiento
Box procedimientos	Computadora	1	Equipo
Box procedimientos	Mesón de Trabajo Limpio en obra con gabinete superior para guardar equipos e insumos en obra	1	Equipamiento
Box procedimientos	Mesón de Trabajo Sucio en obra	1	Equipamiento
Box procedimientos	camilla transporte pacientes	1	Equipamiento
Box procedimientos	escabel	1	Equipamiento
Box procedimientos	lámpara examen 30.000 lux rodable	1	Equipo
Box procedimientos	Mesa Mayo	1	Equipamiento
Box procedimientos	Soporte universal	1	Equipamiento
Box procedimientos	mesa toma de muestra	1	Equipamiento
Box procedimientos	piso taburete	1	Equipamiento
Box procedimientos	set cirugía menor	3	Equipamiento
Box procedimientos	set curación	15	Equipamiento
Box procedimientos	set sutura	10	Equipamiento
Box procedimientos	riñon estéril (pueden ser desechables)	10	Equipamiento
Box Reanimación	acelerador de infusión	1	Equipo
Box Reanimación	balde a pedal	1	Equipamiento
Box Reanimación	Analizador de glucosa (comodato)	1	Equipo
Box Reanimación	bomba aspiración universal	1	Equipo
Box Reanimación	bomba infusión continua	1	Equipo
Box Reanimación	Mesón de trabajo con gabinete superior para guardar equipos e insumos en obra	1	Equipamiento
Box Reanimación	Camilla Reanimación	1	Equipamiento
Box Reanimación	set sutura	2	Equipamiento
Box Reanimación	set cirugía menor	2	Equipamiento
Box Reanimación	riñon estéril (pueden ser desechables)	2	Equipamiento
Box Reanimación	Escabel	1	Equipamiento
Box Reanimación	Negatoscopio	1	Equipo

Box Reanimación	Timbre de paro en obra	1	Equipamiento
Box Reanimación	Soporte universal	2	Equipamiento
Box Reanimación	Carro de Paro con balón de oxígeno y tabla espinal	1	Equipamiento
Box Reanimación	Mesón de área limpia en obra	1	Equipamiento
Box Reanimación	electrocardiógrafo	1	Equipo
Box Reanimación	Monitor de signos vitales de ECG Baja Complejidad de Transporte	1	Equipo
Box Reanimación	Monitor Desfibrilador	1	Equipo
Estación de enfermería	Analizador de glucosa (comodato)	1	Equipo
Estación de enfermería	balde a pedal	1	Equipamiento
Estación de enfermería	Carro Utilitario	1	Equipamiento
Estación de enfermería	Computadora	1	Equipo
Estación de enfermería	Electrocardiógrafo red MINSAL	1	Equipo
Estación de enfermería	Equipo telemedicina	1	Equipo
Estación de enfermería	impresora	1	Equipo
Estación de enfermería	Bolso clave azul (ventilador manual, ser de intubación, hemoglucotest, saturómetro, set de vía venosa, cánula mayo, insumos)	1	Equipamiento
Estación de enfermería	Soporte universal	1	Equipamiento
Estación de enfermería	Set lavado de oídos	3	Equipamiento
Estación de enfermería	Mesón de trabajo con gabinete superior para guardar equipos e insumos en obra	1	Equipamiento
Estación de enfermería	Mesón de Trabajo Limpio en obra	1	Equipamiento
Estación de enfermería	Mesón de Trabajo Sucio en obra	1	Equipamiento
Estación de enfermería	riñón estéril (pueden ser desechables)	5	Equipamiento
Estación de enfermería	mesón estación de enfermería en obra	1	Equipamiento
Estación de enfermería	monitor de presión arterial con oximetría	1	Equipo
Estación de enfermería	Oto-Oftalmoscopio Portátil	1	Equipo
Estación de enfermería	Oxímetro de pulso	1	Equipo
Espacio en E. Enfermería / exámenes de laboratorio	Equipo (s) que permiten realizar la cartera de laboratorio de SAR	1	Equipo
Estación de enfermería	Silla ergonómica	2	Equipamiento
Estar personal	Frigobar	1	Equipo
Estar personal	mesa pequeña 4 personas	1	Equipamiento
Estar personal	microondas	1	Equipo
Estar personal	hervidor	1	Equipo
Estar personal	lockers (dobles, para 6 personas)	1	Equipamiento
Estar personal	mueble kitchenette en obra	1	Equipamiento
Estar personal	papelero	1	Equipamiento
Estar personal	sillas apilables	4	Equipamiento
Estar personal	sillón 1 cuerpo	1	Equipamiento
Of carabinero	escritorio	1	Equipamiento





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Of carabinero	papelero	1	Equipamiento
Of carabinero	Silla ergonómica	1	Equipamiento
Recepción	Computadora	1	Equipo
Recepción	Estantería en obra	1	Equipamiento
Recepción	impresora	1	Equipo
Recepción	mesón en obra	1	Equipamiento
Recepción	papelero	1	Equipamiento
Recepción	Silla ergonómica	2	Equipamiento
Recepción	Silla Visita	1	Equipamiento
RX ósteo-pulmonar - sala digitalización - vestuario	banqueta en obra	1	Equipamiento
RX ósteo-pulmonar - sala digitalización - vestuario	mesón en obra	1	Equipamiento
RX ósteo-pulmonar - sala digitalización - vestuario	Escabel	1	Equipamiento
RX ósteo-pulmonar - sala digitalización - vestuario	RX Osteopulmonar (de piso o arco en U), con mini pacs	1	Equipo
RX ósteo-pulmonar - sala digitalización - vestuario	Set de protección radiológica	1	Equipamiento
RX ósteo-pulmonar - sala digitalización - vestuario	Computadora	1	Equipo
RX ósteo-pulmonar - sala digitalización - vestuario	Silla ergonómica	1	Equipamiento
Sala aseo	carro aseo	1	Equipamiento
Sala aseo	Contenedor de basura	1	Equipamiento
Sala de espera secundaria	Sillón clínico o similar	3	Equipamiento
Sala de espera secundaria	Soporte universal	3	Equipamiento
Sala de tratamiento respiratorio (IRA y ERA)	balde a pedal	2	Equipamiento
Sala de tratamiento respiratorio (IRA y ERA)	camilla examen	2	Equipamiento
Sala de tratamiento respiratorio (IRA y ERA)	escabel	2	Equipamiento
Sala de tratamiento respiratorio (IRA y ERA)	escritorio	2	Equipamiento
Sala de tratamiento respiratorio (IRA y ERA)	Balón de O2 con carro	2	Equipamiento
Sala de tratamiento respiratorio (IRA y ERA)	piso taburete	2	Equipamiento
Sala de tratamiento respiratorio (IRA y ERA)	Flujometro de wright	1	Equipamiento
Sala de tratamiento respiratorio (IRA y ERA)	nebulizador	2	Equipo

Sala de tratamiento respiratorio (IRA y ERA)	Bomba de aspiración de sobremesa	1	Equipo
Sala de tratamiento respiratorio (IRA y ERA)	Oxímetro de pulso	2	Equipo
Sala de tratamiento respiratorio (IRA y ERA)	silla visita con apoya brazos	2	Equipamiento
Sala de tratamiento respiratorio (IRA y ERA)	sillón clínico o similar	2	Equipamiento
Sala espera	banqueta en obra	4	Equipamiento
Sala espera	Desfibrilador automático DEA	1	Equipo
Sala espera	papelero	1	Equipamiento
Sala espera	silla de rueda obeso	1	Equipamiento
Sala espera	sillas de ruedas	2	Equipamiento
Sala espera	Televisor	1	Equipo
Sala observación	balde a pedal	1	Equipamiento
Sala observación	bomba infusión continua	4	Equipo
Sala observación	camilla transporte pacientes	4	Equipamiento
Sala observación	Soporte universal	4	Equipamiento
Sala observación	Biombo	1	Equipamiento
Sala observación	Computadora	1	Equipo
Sala observación	silla visita con apoya brazos	4	Equipamiento
Sala observación	escabel	4	Equipamiento
Sala observación	mesa killian o similar	1	Equipamiento
Sala observación	monitor de presión arterial con oximetría	1	Equipo
Sala observación	Monitor de signos vitales de ECG Baja Complejidad	1	Equipo





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

ANEXO 12: OTROS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS LEGALES

Licencias Médicas

En el marco de lo establecido en Decreto MINSAL N° 03 del 1984 - y sus modificaciones - que aprueba Reglamento de Autorización de Licencias Médicas por las Compín e Instituciones de Salud Previsional, *"se entiende por licencia médica el derecho que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación profesional certificada por un médico-cirujano, cirujano-dentista o matrona, en adelante "el o los profesionales", según corresponda, reconocida por su empleador en su caso, y autorizada por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, en adelante "Compín", de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, en adelante "Seremi", que corresponda o Institución de Salud Previsional según corresponda, durante cuya vigencia podrá gozar de subsidio de incapacidad laboral con cargo a la entidad de previsión, institución o fondo especial respectivo, o de la remuneración regular de su trabajo o de ambas en la proporción que corresponda."*

Respecto del Otorgamiento de Licencias Médicas, el mismo Reglamento señala en:

Artículo 6°.- La dolencia que afecte al trabajador, y el reposo necesario para su recuperación deberán certificarse por un médico-cirujano, cirujano-dentista o matrona, esta última en caso de embarazo y parto normal.

Los profesionales mencionados, considerando la naturaleza y gravedad de la afección, el tipo de incapacidad que ésta produzca y la duración de la jornada de trabajo del trabajador, podrán prescribir reposo total o parcial.

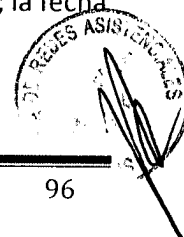
Sin embargo, en los casos de licencia por descanso maternal y por enfermedad grave del niño menor de un año sólo podrán ordenar reposo total.

La licencia médica que prescribe reposo total confiere al trabajador el derecho a ausentarse de su trabajo durante el tiempo que ella misma determina. La que ordena reposo parcial confiere al trabajador el derecho a reducir a la mitad su jornada laboral, por el período que ésta señala.

El trabajador afecto a reposo parcial que tenga más de un empleador deberá realizar su jornada parcial de trabajo en la mañana o en la tarde, según se le indique en la licencia, en el empleo o empleos, en que presta sus servicios en el horario señalado. Durante el período de este tipo de licencia médica, el trabajador no podrá presentar una licencia adicional extendida por otro profesional que también otorgue reposo parcial.

Artículo 7°.- Corresponderá al profesional certificar, firmando el formulario respectivo, el diagnóstico de la afección del trabajador; establecer el pronóstico, fijar el período necesario para su recuperación; el lugar de tratamiento o reposo con su dirección, y teléfono; el tipo de éste; si constituye o no prórroga de uno anterior; la fecha de concepción y la del nacimiento del hijo; la fecha y hora del accidente si es del caso y el tipo de licencia.

Asimismo, deberá dejarse constancia de los datos profesionales y personales del otorgante.



Deberá extender tantas licencias por igual período o diagnóstico, como sean necesarias a aquellos trabajadores que prestan servicios a dos o más empleadores y que, por esta causa, deban presentarlas en más de una Compín.

En el marco de lo descrito, los médicos que atienden en el SAR, deberán extender licencias médicas cuando corresponda, excepto cuando el paciente sea derivado a otro establecimiento de mayor complejidad, donde deberá asumirse allí esa responsabilidad.

Para ello, se deberá disponer del documento en el establecimiento para su uso institucional, con los debidos registros de emisión.

Certificación de Muerte Natural

Se encuentra regulado en el Decreto Supremo Nº 460, de 26 de Junio de 1970, "REGLAMENTO PARA EL OTORGAMIENTO O EXTENSIÓN DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN".

Persona fallecida dentro de 48 horas de ser atendida en algún servicio médico, con motivo de su última enfermedad.- El jefe del servicio (se entiende que del servicio clínico) debe otorgar el certificado, siempre que no se presuma que falleció por otra causa. (Art. 2°).

Persona fallecida después de las 48 horas y dentro de los 30 días siguientes a la atención en un servicio médico. El jefe del servicio (se entiende que del servicio clínico) podrá otorgar el certificado. Si los antecedentes clínicos no se lo permiten certificará la imposibilidad de otorgar certificado de defunción y las razones para ello. (Art. 3°).

Persona fallecida no atendida por ningún médico o servicio médico o después de los mencionados 30 días. El Director del Hospital del Servicio de Salud dentro de cuya jurisdicción se hubiese producido el fallecimiento certificará la defunción y la causa de muerte basándose en los antecedentes proporcionados por los parientes más cercanos o por personas que vivían con el fallecido (estos deberán firmar el certificado de defunción conjuntamente con el médico). Para este efecto, si lo estimase necesario, dispondrá el examen del cadáver por algún profesional del establecimiento. (Art.4°)

En los casos anteriores el médico podrá negarse a otorgar el certificado de defunción si los antecedentes aportados e inspección del cadáver no le permiten determinar la causa de muerte. En esta situación, entregará a los deudos un certificado en tal sentido (Art. 5°).

En todos los casos señalados anteriormente, si el médico presume que el fallecimiento se debe a causas no naturales, no debe otorgar certificado alguno y debe notificar el hecho al Director del hospital base del Servicio., quien lo denunciara a la justicia. (Art.5°).





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Denuncias por parte de los Profesionales de la Salud

El Código Procesal Penal en su Art. 175 establece que estarán obligados a **denunciar**, letra d: Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito.

Denuncia en caso de Violencia Sexual

22. Víctima ingresa al Centro Asistencial trasladada por alguna de las policías

- La denuncia la recibe y redacta la Policía que trae a la víctima
- El parte lo remite la Policía directamente a la Fiscalía.

23. Víctima ingresa sin policía al Centro Asistencial y allí efectúa la denuncia

- El médico debe comunicarse con el Carabinero de guardia del Centro Asistencial, si no existiere, con la Unidad Policial más cercana, en defecto de las alternativas anteriores comunicarse con la Fiscalía a fin de gestionar la recepción de la denuncia.
- La policía remite la denuncia (parte) a la Fiscalía.

24. Víctima ingresa a Centro Asistencial sin denuncia y existe hallazgo médico de posible agresión sexual.

- Ante la sospecha de una agresión sexual y tratándose de una persona menor de 18 años (niño, niña o adolescente), el médico tiene la obligación de efectuar la denuncia y compete a la Fiscalía efectuar la investigación del caso.
- La denuncia se realiza con el Carabinero del Centro Asistencial, si no existiere, con la Unidad Policial más cercana, en defecto de las alternativas anteriores, comunicarse con el Fiscal de turno.
- La Policía remite la denuncia (parte) a la Fiscalía.
- Si la persona es mayor de 18 años y ha sido víctima de violencia sexual, la legislación chilena le reconoce el derecho de decidir si realiza o no la denuncia respectiva. Representa la única situación en que no se obliga a salud a efectuar la denuncia. Sin embargo este hecho no puede significar ningún cambio respecto al tipo y calidad de atención que debe recibir por parte del equipo de salud (ref. Norma Técnica 2016).

Es importante señalar que en el tema del peritaje sexológico forense, debe haber énfasis hacia la atención de niñas, niños y adolescentes, dado que entre el 70 a 80% de las víctimas de violencia sexual son personas menores de 18 años. Por ello se está desarrollando un nuevo estándar de atención en las redes asistenciales de mayor complejidad respecto a lo que son las Salas de Acogida,



denominado Unidad Clínica Forense Hospitalaria (UCFH) ubicadas en UEH, modelo actualmente instalado en etapa de piloto en algunos Servicios de Salud.

No obstante ello, es responsabilidad de salud realizar el peritaje sexológico forense en toda Sala de Acogida inserta en dependencias de una Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH).

Para ello se debe disponer de los Protocolos de Atención y Flujogramas pertinentes. De no existir posibilidad de traslado de una víctima hacia la UCFH/ Sala de Acogida de EUH correspondiente y según requerimientos de Fiscalía, se podrá practicar una evaluación integral y examen ginecológico y/o proctológico y/o urológico a la víctima, acorde a los elementos que estén disponibles en el SAR y ajustado a lo descrito en la Norma General Técnica para la Atención a Víctimas de Violencia Sexual, 2016.

Denuncia en caso de otros Delitos

- Recepción de denuncia

Ante el ingreso de una persona que presentare lesiones corporales de significación, el médico debe comunicarse con el Carabinero de guardia del Centro Asistencial, si no existiere, con la Unidad Policial más cercana y en defecto de las alternativas anteriores, comunicarse con la Fiscalía a fin de gestionar la recepción de la denuncia.

La denuncia deberá consignar el estado del paciente y los antecedentes que llegaren a conocimiento del médico acerca del origen de tales lesiones.

Toda denuncia deberá ir acompañada de la Hoja DAU, la cual calificará como Informe de Lesiones o Informe Ginecológico, según el caso.

4. Certificación de Lesiones Corporales de Víctimas e Imputados (DAU como Informe de Lesiones o Informe Ginecológico)

Una vez examinada una persona, cuyas lesiones se hubieren originado en un hecho que reviste características de delito, sea en calidad de víctima o de imputado, el médico que la hubiese atendido procederá a confeccionar el Dato de Atención de Urgencia (DAU), consignando lo más fielmente el relato y estado del paciente tanto en su esfera psicosocial como física, describiendo fielmente todos los hallazgos del examen físico, dado que el DAU adquiere el valor de un Informe Médico de Lesiones.

- El original del DAU deberá ser entregado al policía que trasladó al lesionado al Centro Asistencial, tan pronto éste se hubiere completado, quedando una copia en el Centro Asistencial.
- Si el imputado o la víctima no fue trasladada al Centro Asistencial por personal policial, el médico se deberá poner en contacto a la brevedad, con el Carabinero del mismo Centro Asistencial si lo hubiere, o si no con la Unidad Policial más cercana, a fin de que su personal adopte el procedimiento que corresponda y a su vez, se les entregue a éstos un original del DAU o Informe Médico de Lesiones.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

- En caso de imposibilidad de comunicación con las Policías comunicarse con la Fiscalía directamente.
- Al paciente, tanto víctima como imputado, se le entregará una copia del DAU y sólo en caso de agresiones sexuales, a la víctima se le entrega además un “Acta de Realización de Examen”, la cual debe estar foliada y se debe solicitar al Referente del Servicio de Salud.

5. Atención a Víctimas de Violencia Sexual

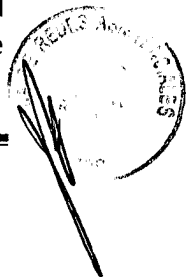
LA ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL ES UNA DEMANDA MUY SENSIBLE PARA SALUD Y REQUIERE DE UN MARCO REGULATORIO, CAPACIDADES DEL EQUIPO DE SALUD Y UN DETERMINADO GRADO DE EXPERTICIA DEL MÉDICO QUE REALIZA EL EXAMEN. SIN EMBARGO ES IMPORTANTE SEÑALAR LOS ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE SU EXAMEN EN COERENCIA EN EL RELATO DEL PACIENTE, SIENDO ESTO MÁS RELEVANTE QUE EL DIAGNOSTICO MÉDICO LEGAL. ADEMÁS ES NECESARIO DISPONER DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN, FLUJOGRAMAS Y ESTABLECER LAS COORDINACIONES LOCALES NECESARIAS, PARA QUE LA ATENCIÓN DE ESTAS PERSONAS SEA FLUIDA, PERTINENTE, DE CALIDAD Y NO VICTIMIZANTE.

Aunque aún está vigente la “Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual” (Res.Ex. N°527 del 6 Abril 2004), ésta será reemplazada por la nueva “Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual” durante el año 2016. Esta nueva Norma surge de un trabajo intersectorial y será aplicable tanto para la Red de Salud como para el Servicio Médico Legal.

Actualmente cada Servicio de Salud determina en que Unidades de Emergencia Hospitalaria y con qué nivel de complejidad, implementará el estándar definido en la Norma Técnica: Sala de Acogida con estándar básico o Sala Acogida con estándar de Unidad Clínica Forense Hospitalaria (UCFH). Estos serán los lugares definidos donde se realizará el peritaje sexológico forense en cada territorio y que necesariamente requiere de la coordinación de la red de salud local, con generación de Protocolos de Atención y Flujoqramas adecuados a su realidad. Éstos deben considerar la atención de pacientes que consulten en cualquier dispositivo de la red de salud, ya sea establecimientos de atención primaria, incluidos los SAR, así como de otros niveles de complejidad, para la derivación en red.

6. Levantamiento y Traslado de Evidencia: Cadena de Custodia

Durante la atención de una persona, ya sea en calidad de víctima o de imputado, según evaluación del profesional que atiende y/o según sea instruido por la Fiscalía, el equipo de salud procederá al levantamiento de muestras o evidencias, ya sean de carácter corporal o biológico, (Ej.: extracción de sangre, fluidos corporales, orina, etc. En delitos sexuales) así como de carácter no corporal.



a. **Obtención de la muestra**

Tanto el imputado como la víctima deben consentir para poder tomarles muestras biológicas, mediante el registro de su firma o huella dactilar en el DAU. El levantamiento de evidencias no corporales, (Ej.: ropa, armas, joyas, documentos, etc.) no requiere del consentimiento de quien está siendo examinado.

En caso de negativa del imputado o de la víctima para la obtención de muestras corporales o biológicas necesarias para constatar circunstancias relevantes para una investigación, requiere de autorización judicial. Para su obtención, el médico deberá comunicarse con el policía que se encuentre o acuda al centro asistencial o excepcionalmente, llamar directamente al fiscal de turno, exponiéndole las razones del rechazo (Art. 197 del CPP) Si se obtiene autorización judicial, la policía se la comunicará al imputado o víctima, advirtiéndole que puede ser compelido por la fuerza a la práctica del examen y que su negativa a cumplir una orden judicial constituye un delito.

Tener disponible el Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia (NUE) en el box de atención, ya no depende de las policías, sino es responsabilidad del Referente de Cadena de Custodia del Centro Asistencial, quien debe contactar al Referente de Cadena de Custodia del respectivo Servicio de Salud, el cual le proveerá de éstos según demanda.

b. **Embalado, sellado y rotulado de la evidencia**

Si se trata de **evidencia corporal o biológica**, así como de **evidencia no corporal**, deben ser embaladas en recipientes o contenedores idóneos que aseguren la integridad de la misma. Luego el contenedor de transporte debe ser sellado y rotulado con el Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia (RFUCC).

El contenedor de una evidencia debe ser sellado de manera tal, que se impida el acceso a la evidencia sin romper el sello o el contenedor.

c. **Registro de la diligencia de levantamiento de evidencia**

Se debe efectuar un registro en el DAU, de todas las evidencias tomadas a una determinada persona, a través del registro del Número Único de Evidencia (NUE) que va asociado a cada Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia empleado.

d. **Traslado de la evidencia y su custodia transitoria ⁹**

Cada dispositivo de salud que pueda tener que levantar evidencia, debe disponer de lugares para su custodia transitoria (refrigerador o maleta refrigerada con llave, en caso de muestras biológicas o mueble con llave, en caso de evidencias no corporales).

La continuidad de la Cadena de Custodia es responsabilidad de la jefatura del SAR respectivo y de quien cumpla el rol de Referente de Cadena de Custodia en éste. Debe existir asesoría y coordinación permanente con el Referente de Cadena de Custodia del Servicio de Salud correspondiente.

⁹ Ver Bibliografía.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

e. **Traslado de la evidencia a la Fiscalía o a organismos especializados**

El traslado de la evidencia no corporal a la Fiscalía para su custodia definitiva, o al lugar que determine el Fiscal, se realizará por la policía.

Tratándose de evidencias corporales o biológicas que deban remitirse al Servicio Médico Legal, u otra institución o laboratorio que ordene la Fiscalía, será trasladada por las policías o por un funcionario que determine la fiscalía.

Toda persona que traslade evidencia en Cadena de Custodia, deberá consignar sus datos personales y firmar en la casilla correspondiente del Formulario de Cadena de Custodia, en señal de su recepción. Desde entonces, esa persona asume la responsabilidad de su traslado hasta su entrega en el lugar de destino.

Toda evidencia debe ser trasladada consignando el hecho en el Formulario de Cadena de Custodia asociado a ella.

El Sistema de Aprendizaje a Distancia (SIAD) del Ministerio de Salud tiene disponible una cápsula autogestionada en Cadena de Custodia, de libre acceso para los profesionales de las redes asistenciales.





LISTADO DE EVIDENCIAS EN CUSTODIAS
DESDE SERVICIO DE SALUD:
A FISCALÍA REGIONAL:

NOMBRE DE PACIENTE	RUT DE PACIENTE	TIPO DE DELITO	NUE	FECHA DE INGRESO DE EVIDENCIA	TIPO DE EVIDENCIA	ESTADO DE LA EVIDENCIA	OBSERVACIONES

INFORMA:

NOMBRE:

RUT:

REFERENTE CADENA

DE CUSTODIA

SERVICIO DE SALUD:





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Alcoholemias

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 190 de la Ley del Tránsito, corresponde a los establecimientos de los Servicios de Salud el procedimiento de toma de muestras para determinar la alcoholemia.

Los Centros de Salud que dependen de administración municipal **no estarían facultados para efectuar dicho procedimiento**. Sin embargo, dado que el Instituto Médico Legal autoriza su realización incluso en clínicas privadas, **se puede solicitar esta autorización en el nivel local correspondiente**, para que en los SAR se tomen dichas muestras. Esto evitará traslados innecesarios de personas, con el consiguiente ahorro de recursos.

En el caso de disponer de autorización para realizar este procedimiento, se deberá cumplir con todos los requerimientos que exige la Ley al respecto, especialmente la presencia de Carabineros, y en particular, lo dispuesto en Resolución Exenta del Servicio Médico Legal N° 8.833/2010 que Aprueba Instrucciones y Normativa Técnica sobre Exámenes de Alcoholemia.

Accidentes del Trabajo

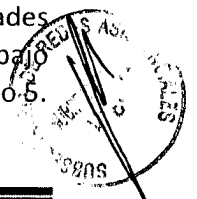
A nivel del SAR se prestará la primera atención y se seguirá el procedimiento correspondiente en el organismo que esté afiliado el trabajador (ISL-SNSS, Mutual, Administración Delegada). La entidad administradora de salud municipal debe solicitar el reembolso de los gastos incurridos en la atención del accidentado al organismo privado o público al que se encuentre afiliado el trabajador.

El artículo 52 de la Ley N° 19.378 del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal establece que las prestaciones que los establecimientos de este nivel otorguen en casos de accidentes del trabajo deben ser cobradas al Servicio de Salud respectivo (si el accidentado debe ser atendido por el Sistema Público de Salud) o a la Mutualidad de empleadores o empresa de administración delegada (si a una de éstas corresponde dar las prestaciones).

Para acreditar el origen laboral del accidente, es necesario completar la declaración de accidente del trabajo, documento que estará a disposición en el SAR. Esta debe ser firmada posteriormente por el empleador. En caso de que el empleador se niegue a firmar, deberá derivarse el caso a la Unidad de Salud Ocupacional del Servicio de Salud, quién la tramitará.

Frente a un accidente del trabajo atendido en el SAR, deben registrarse los siguientes datos:

- Nombre del paciente
- Nombre de la empresa en la cual trabaja
- Dirección de la empresa
- Organismo administrador del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a que está afiliada la empresa. Para todos los casos de accidentes del trabajo y/o de trayecto y enfermedades profesionales, la Licencia Médica a extender es la tipo 5.



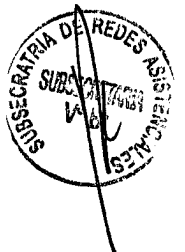
A partir de la promulgación de la Ley 19.345 sobre **Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, a Trabajadores del Sector Público**, los funcionarios públicos (se incluyen las municipalidades) podrán acceder a los beneficios otorgados por la Ley 16.744, que establece **Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales** por lo cual, dependiendo de su afiliación (del organismo administrador en el cual cotiza el empleador), será el procedimiento que deberá seguir el SAR.

En el caso del personal de salud que sufra accidentes con elementos cortopunzantes, con riesgo eventual de contagio de enfermedades infectocontagiosas, éstos deberán consignarse como accidentes del trabajo y tramitarse con el organismo administrador del seguro pertinente el tratamiento preventivo de las mismas y la Licencia Médica tipo 5.

Accidentes Escolares

En este caso, los SAR deben brindar la primera atención. Se debe completar la declaración de Accidente Escolar emitida por el establecimiento de origen del alumno y derivar al paciente a la Unidad de Emergencia Hospitalaria pertinente o al Centro de Salud correspondiente, atendiendo a la complejidad del caso y a lo indicado en el protocolo de atención.

Es necesario registrar los accidentes escolares atendidos así como el(los) establecimiento(s) educacional(es) de origen, ya que del análisis de esta información, junto a la disponible en el Centro de Salud del cual depende el SAR, se contribuirá al diagnóstico de situación de la accidentabilidad de la población escolar a cargo y al diseño e implementación de estrategias conjuntas con los establecimientos de educación del sector, destinadas a contener y reducir estos accidentes.





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

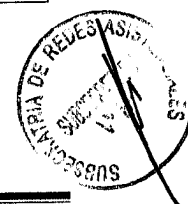
ANEXO 13: PROPUESTA FORMATO FORMULARIO ESTÁNDAR DE ATENCIÓN POR TELEMEDICINA

REGISTRO DE TELECONSULTA

Desde SAR a IMR (Instituciones de Mayor Complejidad)

- IMR: UGCC
 UEH (Hospitales de Referencia)

Identificación del paciente			
Nombre			
RUN			
Edad			
Consentimiento informado	SI	NO	
Motivo de la Tele consulta			
Contra referencia			
Fecha y hora			
Nombre Médico			
Establecimiento			
Respuesta a Teleconsulta			
Médico Consultor			
Nombre y RUN			
Establecimiento			



ANEXO 14: PAUTA EVALUACION

			32	26%	26%
A. AMBITO FINANCIERO-ADMINISTRATIVO					
EJECUCION DE PRESUPUESTO				30%	30%
1	a)	Presupuesto elaborado por ítemes: 1. RRHH, 2. Bienes y Servicios	[SI]	[10%]	[10%]
2	b)	Gasto ejecutado de acuerdo a presupuesto	[SI]	[10%]	[10%]
3	c)	Rendiciones de cuentas mensuales ante S.S. (de acuerdo a Res. 759/2003 CGR)	[SI]	[10%]	[10%]
DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO EN FUNCIONAMIENTO				25%	25%
4	a)	Equipo POC en funcionamiento	[SI]	[5%]	[5%]
5	b)	Equipo de Rx en funcionamiento	[SI]	[5%]	[5%]
6	c)	Equipo teleelectrocardiografía en funcionamiento	[SI]	[5%]	[5%]
7	d)	Equipo de Telemedicina para Teleconsultas en funcionamiento	[SI]	[5%]	[5%]
10	g)	Ambulancia en funcionamiento	[SI]	[5%]	[5%]
DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS				20%	20%
11	a)	100% productos de Arsenal de farmacia disponibles	[SI]	[10%]	[10%]
12	b)	100% productos de Dispositivos médicos disponibles	[SI]	[10%]	[10%]
FORMULARIOS A DISPOSICION				22%	22%
Ámbito Clínico Asistencial				8%	8%
13		- Registro diario de atención de urgencia foliado	[SI]	[1%]	[1%]
14		- Dato de Atención de Urgencia (DAU)	[SI]	[1%]	[1%]
15		- Orden de derivación o interconsulta	[SI]	[1%]	[1%]
16		- Registro de atención	[SI]	[1%]	[1%]
17		- Orden de atención (OA) para exámenes imagenología	[SI]	[1%]	[1%]
18		- Orden de atención (OA) para exámenes tamizaje rápido POC	[SI]	[1%]	[1%]
19		- Registro de prestaciones de pacientes en observación	[SI]	[1%]	[1%]
20		- Cuaderno de novedades por turno de médicos y técnicos paramédicos	[SI]	[1%]	[1%]
Documentos para los Usuarios				3%	3%
21		- Comprobante de atención de emergencia para el usuario (puede ser copia DAU)	[SI]	[1%]	[1%]
22		- Talonario de Licencias Médicas, dispuesto por el establecimiento (sólo para casos de dificultad de licencia médica electrónica)	[SI]	[1%]	[1%]
23		- Comprobante de Atención del Parto	[SI]	[1%]	[1%]





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

	Ámbito Farmacia		2%	2%
24	- Registro de consumo mensual de medicamentos	[SI]	[1%]	[1%]
25	- Registro de estupefacientes en libro foliado	[SI]	[1%]	[1%]
	Ámbito Administrativo		7%	7%
26	- Libro de ruta ambulancia	[SI]	[1%]	[1%]
27	- Hoja de ruta de ambulancia	[SI]	[1%]	[1%]
28	- Registro de accidentes laborales y del tránsito	[SI]	[1%]	[1%]
29	- Registro de accidentes escolares	[SI]	[1%]	[1%]
30	- Libro de pedidos de farmacia y de dispositivos médicos	[SI]	[1%]	[1%]
31	- Talonario de boletas de prestaciones de servicio	[SI]	[1%]	[1%]
32	- Libro cuaderno de reclamos, sugerencias, felicitaciones foliado y con copia	[SI]	[1%]	[1%]
	Ámbito RRHH		1%	1%
33	- Libro de firmas de funcionarios (si no existe reloj control)	[SI]	[1%]	[1%]
	Ámbito Médico Legal		1%	1%
34	- Certificado de alcoholemias (si ellas se practican en el SAR)	[SI]	[1%]	[1%]
35	- Certificado de lesiones	[SI]	[1%]	[1%]
36	- Certificados de defunción	[SI]	[1%]	[1%]



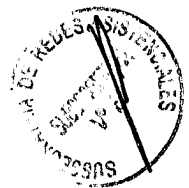
		35	20%	20%
B. AMBITO MODELO				
CONSTITUCION DEL EQUIPO DE SALUD SAR : Existen actas o documentos de verificación para:			15%	15%
37	a) Equipo SAR 100% constituido de acuerdo a Manual Operativo	[SI]	[5%]	[5%]
38	b) Definición de funciones (descripción de cargo) cada miembro del equipo	[SI]	[5%]	[5%]
39	c) Realización de reuniones técnico administrativas ampliadas y en forma programada con el personal	[SI]	[5%]	[5%]
CAPACITACION EQUIPO DE SALUD			15%	15%
40	a) Técnico de enfermería nivel superior: Curso de Atención Prehospitalaria Básica	[SI]	[3%]	[3%]
41	b) Conductores: Curso de Atención Prehospitalaria Básica	[SI]	[3%]	[3%]
42	c) Médicos: Curso de Atención Prehospitalaria Avanzada, ATLS, ACLS, PALS, IRA y ERA	[SI]	[3%]	[3%]
43	d) Enfermeras y otros profesionales no médicos: Curso Atención Prehospitalaria Avanzada,	[SI]	[3%]	[3%]
44	e) Técnico en Rayos: Curso de protección radiológica	[SI]	[3%]	[3%]
DOCUMENTACIÓN A DISPOSICIÓN DEL EQUIPO DE SALUD			8%	8%
45	a) Manual Operativo SAR	[SI]	[2%]	[2%]
46	b) Programa SAR	[SI]	[2%]	[2%]
47	c) Guías Clínicas GES	[SI]	[2%]	[2%]
48	d) Protocolos de derivación de la red asistencial	[SI]	[2%]	[2%]
49	e) Protocolo de derivación para:		6%	6%
	• Traslado a UEH	[SI]	[2%]	[2%]
	• Traslado de pacientes en observación desde o hacia SAR	[SI]	[2%]	[2%]
	• Solicitud de apoyo diagnóstico a SAR desde otro SAPU de la red comunal	[NO]	[2%]	[0%]
OFERTA DE SERVICIOS			18%	18%
50	a) Categorización previo a la atención	[SI]	[3%]	[3%]
51	b) Radiografías, complementario a atención de urgencia	[SI]	[3%]	[3%]
52	c) Radiografías, en horario diurno	[SI]	[3%]	[3%]
53	d) Exámenes POC	[SI]	[3%]	[3%]
54	e) Camillas de observación (6)	[SI]	[3%]	[3%]
55	f) Programa de Teleconsultorías elaborado	[SI]	[3%]	[3%]
56	g) Participación en reuniones coordinación Red de Urgencia Servicio de Salud	[SI]	[4%]	[4%]
57	h) Análisis de la demanda mensual: identificando casos a gestionar continuidad de la atención con su CES APS	[SI]	[4%]	[4%]
58	i) Definición de instancia regular de coordinación con la red local APS para gestionar la continuidad de atención de casos	[SI]	[4%]	[4%]
59	j) Plan de capacitaciones anual elaborado	[SI]	[4%]	[4%]



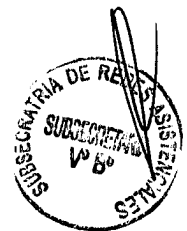


Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

GESTION FARMACIA			16%	16%
60	a) Arsenal de farmacia SAR aprobado por RE SEREMI de Salud	[SI]	[3%]	[3%]
61	b) Programa local de supervisión de medicamentos y dispositivos médicos de carro de reanimación cardiopulmonar	[SI]	[3%]	[3%]
Definición de Procedimientos locales para:			10%	10%
62	a) – Abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos	[SI]	[2%]	[2%]
63	b) – Almacenamiento y conservación de medicamentos y dispositivos médicos	[SI]	[2%]	[2%]
64	c) – Prescripción de Medicamentos	[SI]	[2%]	[2%]
65	d) – Notificación de Reacción Adversa a Medicamentos a la autoridad pertinente.	[SI]	[2%]	[2%]
66	e) – Registro de estupefacientes y psicotrópicos según normativa vigente.	[SI]	[2%]	[2%]
SISTEMA INFORMatico			4%	4%
67	Registro Clínico Electrónico de APS_Urgencia (SIDRA) en plena usabilidad	[SI]	[4%]	[4%]
MODELO DE ATENCION EN RED: Realiza análisis de la demanda mensual			2%	2%
68	a) Solicitud de apoyo diagnóstico a SAR desde otro centro de salud APS de la red comunal, como apoyo en un proceso diagnóstico y de seguimiento de caso	[SI]	[2%]	[2%]
69	b) Determina establecimientos de origen de los consultantes	[SI]	[102%]	[102%]
70	c) Emite listados de policonsultantes y sus derivaciones	[SI]	[202%]	[202%]
71	d) Emite perfiles de consultas	[SI]	[302%]	[302%]
72	e) Mide tiempos de espera por atención médica	[SI]	[402%]	[402%]



		Valor de Ref.	Alcanzado	
A.	AMBITO FINANCIERO-ADMINISTRATIVO	97%	97%	
	EJECUCION DE PRESUPUESTO	30%	30%	LOGRADO
	DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO EN FUNCIONAMIENTO	25%	25%	LOGRADO
	DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	20%	20%	LOGRADO
	FORMULARIOS A DISPOSICION	22%	22%	LOGRADO
B.	AMBITO MODELO	82%	76%	
	CONSTITUCION DEL EQUIPO DE SALUD SAR : Existen actas o documentos de verificación para:	15%	15%	LOGRADO
	CAPACITACION EQUIPO DE SALUD	15%	15%	LOGRADO
	DOCUMENTACIÓN A DISPOSICIÓN DEL EQUIPO DE SALUD	8%	8%	LOGRADO
	OFERTA DE SERVICIOS	18%	18%	LOGRADO
	GESTION FARMACIA	16%	16%	LOGRADO
	SISTEMA INFORMATICO	4%	4%	LOGRADO





Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

GLOSARIO

Tele asistencia: *Corresponde a la entrega de prestaciones de salud a distancia mediante la participación de dos profesionales que logran comunicación a través de las TICs, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de ese vínculo un planteamiento Diagnóstico y Terapéutico.*

Tele consulta (o Consulta Médica de Especialidad): *Es la atención profesional otorgada por el médico especialista, a un paciente en un lugar destinado para esos fines. Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla.*

La entrega de esta prestación podrá realizarse a distancia mediante la participación de dos profesionales médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de ese vínculo un planteamiento Diagnóstico y Terapéutico.”

Tele informes: *Apoyo diagnóstico a distancia a través de análisis e informes de examen. La modalidad depende del tipo de producto requerido, por ejemplo: Tele radiología, Tele espirometría, etc.*

Tele consultorías: *Estrategia participativa e interactiva entre médicos APS y médicos Especialistas, destinada a que los médicos de APS logren un mayor conocimiento en determinadas áreas y aumenten su capacidad resolutive local, haciendo uso de las TICs.*

Tele educación o Tele capacitación: *Capacitación a distancia realizada a través de las TICs a Equipos de Salud y/o grupos de la Comunidad sobre temas relevantes de Salud gestionados desde el SAR.*



Índice de abreviaturas

- ACLS: sigla en inglés "advanced cardilogic life suport"
ATLS: sigla en inglés "advanced trauma life suport"
BLS: sigla en inglés "Basic Life Support"
CDT: Centro de Diagnóstico y Tratamiento
CECOSF: Centro Comunitarios de Salud Familiar
CCR: Centro Comunitario de Rehabilitación
CRS: Centro de Referencia de Salud
CESFAM: Centro de Salud Familiar
CGU: Consultorio General Urbano
CGR: Consultorio General Rural
PSR: Posta de Salud Rural
EMR: Estación Médico Rural
C1: Emergencia Vital (atención inmediata)
C2: Emergencia Evidente (atención antes de 30 minutos)
C3: Urgencia (atención antes de 90 minutos o en su defecto reevaluar)
C4: Urgencia mediata (atención antes de 180 minutos o en su defecto reevaluar)
C5: atención general
CES: Centro de Salud
COMPIN: Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez
DAU: Dato de Atención de Urgencia
DM: Diabetes Mellitus
ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EMR: Estación Médico Rural
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
GES: Garantías Explícitas en Salud
HTA: Hipertensión Arterial
IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
IAM: Infarto Agudo al Miocardio
OIRS: Oficina de Información Reclamos y Sugerencias
PALS: sigla en inglés "Pediatric Advanced Life Support"
POC: Point of Care: "Test diseñados para ser usados en o cerca del lugar de atención del paciente, que no requieren espacio físico dedicado y que se utilizan o aplican en dependencias físicas fuera del Laboratorio Clínico", definición entregada por el Colegio de Patólogos Americanos (CAP).
PSCV: Programa de Salud Cardiovascular
PSR: Posta de Salud Rural
RX: Radiografía
Sala IRA: Sala de atención de Infecciones Respiratorias Agudas
Sala ERA: Sala de Atención de Enfermedad Respiratoria
SAMU: Sistema de Atención Médico de Urgencia
SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SAR: Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad





Ministerio de Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales

SIDRA: Sistemas de Información de la Red Asistencial

SUR: Servicio de Urgencia Rural

SUH SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIO

TENS: técnico de enfermería de nivel superior

TICs: Tecnologías de la información

UAPO: Unidad de Atención Primaria Oftalmológica

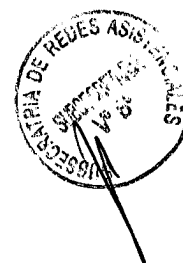
UEH: Unidad de Emergencia Hospitalaria

UGCC: Unidad de Gestión Centralizada de Camas (Minsal)

VC: video conferencia

SIGGES: Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud

SEREMI: Secretaría Regional Ministerial



UNIDADES RESPONSABLES DEL DOCUMENTO

GABINETE DE LA MINISTRA

Departamento de Gestión Sectorial TIC-MINSAL

Sr. Rodrigo Castro
Sra. Gabriela Lissi
Sr. Jorge Herrera

División Jurídica

Sra. Nelly Abarca

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Departamento de Estadística e Información en Salud

Dra. Verónica Rojas

Departamento Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, DIPOL

E.U. María Elena Winser Caviedes

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

División de Atención Primaria de Salud

Dr. Bernardo Martorell
Dra. Leticia Ávila
EU. Paola Pontoni
Nut. Juan Ilabaca
T.O. Claudia Binimelis De Dios
Dra. Beatriz Cadegan
Geog. Oscar Guerrero
Q.F. Rene Miranda
Q.F. Karina Castillo
Q.F. Karen Torres

División de Gestión de la Red Asistencial

Departamento de Procesos Asistenciales Integrados

Dra. Patricia Navarrete M.
T.M. Inés González
E.U. Verónica del Fierro G.
Dra. María Luisa Alcázar

Unidad de Telemedicina

Sr. Cristian Igor
A.S. Marcela Cortes

División de Inversiones

E.U. Ph.D Yocelyn Price.
Ing. Mónica Bustamante
EU Margarita Sepúlveda

Departamento de Calidad y Formación

Sr. Manuel Arriagada



Agradecimientos a los Servicios de Salud del País, encargados de redes de Urgencia, Jefes de UEH, Jefes Comunales APS, Jefes y profesionales de SAPU del país, en especial a los miembros de la Mesa de expertos para la Elaboración de OT que contengan los Protocolos clínicos de atención, para los Servicios de atención primaria de urgencia de alta complejidad SAR "y a



Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales

todos aquellos que apoyaron activamente la realización de este documento y sus sucesivas revisiones.

