

Implementación de mecanismos de coordinación clínica en servicios de salud de Chile. Revisión de alcance

Scoping review

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

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

RESUMEN

La implantación de mecanismos de coordinación clínica entre niveles es una de las estrategias promovidas en Chile para enfrentar la fragmentación del sistema de salud y mejorar la calidad de la atención.

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

¹Departamento de Pediatría, de Obstetricia y Ginecología y Medicina Preventiva. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.

²Instituto Nacional del Cáncer, Servicio de Salud Metropolitano Norte, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

³Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS), Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona, España.

⁴Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende Gossens, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

^aCirujano Dentista, Mg, ESP en Salud Pública.

^bMatrona, PhD.

*Correspondencia: Pamela Eguiguren Bravo / peguiguren@u.uchile.cl

Avenida profesor Zañartu 1010, Independencia. Santiago de Chile. Código postal 8380453

Financiamiento: El trabajo no recibió financiamiento.

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

Recibido: 04 de junio de 2025.
Aceptado: 12 de agosto de 2025.

políticas públicas. Aunque con cautela, los resultados sugieren que los enfoques participativos, que promueven la interacción profesional y la construcción de acuerdos clínicos, tendrían mejores resultados. Generar evidencia aplicable y contextualizada, debe ser una prioridad para orientar políticas y rediseñar estrategias que aborden los desafíos persistentes de fragmentación del sistema de salud.

Palabras clave: Guías de práctica clínica; Prestación integrada de atención de salud; Investigación sobre servicios de salud; Relaciones interprofesionales; Referencia y consulta.

ABSTRACT

The implementation of care coordination mechanisms between levels of care has been one of the strategies promoted in Chile to address health system fragmentation and improve the quality of care. **Aim:** To synthesize the available evidence and identify knowledge gaps regarding the implementation of clinical coordination mechanisms between levels of care in Chile's public healthcare services. **Methods:** A scoping review was conducted following PRISMA guidelines, using the MEDLINE/PubMed, SCIELO, LILACS, and EPISTEMONIKOS databases between March and September 2023, with an update in August 2024. Original articles analyzing knowledge, use, or outcomes of the implementation of coordination mechanisms between levels were included. **Results:** Of the 1,001 publications identified, 11 were selected, primarily quantitative and locally scoped studies (8). Nine addressed mechanisms for clinical management coordination, such as consultations, clinical practice guidelines (CPGs), and protocols, while only two focused on information coordination mechanisms (referral, counter-referral, and discharge summaries). Five studies analyzed knowledge and use, which varied across mechanisms; referral and CPGs showed higher awareness, although the latter faced applicability and organizational barriers. Six evaluations, limited to inter-level clinical consultations and protocols, reported improvements in clinical coordination, reductions in hospitalizations, and, together with protocols, decreased waiting times. Key facilitators included participatory processes, use of technology, regulatory support, and organizational alignment. **Conclusions:** Available knowledge on care coordination mechanisms across levels is very limited, with significant gaps in the real-world evaluation of mechanisms promoted by public policies. Although cautiously, the findings suggest that participatory approaches, those that foster professional interaction and clinical agreements, may yield better outcomes. Generating applicable and context-specific evidence should be a priority to inform policies and redesign strategies that address the persistent challenges of health system fragmentation.

Keywords: Clinical Practice Guidelines; Delivery of Health Care, Integrated; Health Services Research; Interprofessional Relations; Referral and Consultation.

En América Latina, la fragmentación de los sistemas de salud afecta negativamente el acceso, continuidad y calidad de la atención, comprometiendo tanto la equidad y eficiencia del sistema, como los resultados en salud de la población¹. En un sistema fragmentado se dificulta la coordinación de la atención y entre sus causas subyacen elementos de la estructura y organización de los servicios^{1,2}.

El sistema de salud chileno presenta una alta fragmentación^{3,4,5}. Esta problemática, ya identificada antes de la creación del Sistema Nacional de Salud en los años 50⁶, fue abordada con ese nuevo modelo, aunque mantuvo grados de fragmentación en la provisión. Con las reformas de los años 80⁴ la fragmentación se profundizó, lo que se expresa, en primer lugar, en la segmentación del aseguramiento entre un sector público y uno privado. En segundo lugar, en el sector público, la gestión de los servicios está descentralizada a los municipios para la atención primaria (AP) y a los Servicios de Salud para hospitales. En tercer lugar, la normativa permite derivación a prestadores privados por convenio o libre elección de los afiliados, acentuando los desafíos para la coordinación de la atención^{4,5}.

Desde la década de 1990, y especialmente con la reforma de salud de 2004⁷, se han desplegado esfuerzos para mitigar dicha fragmentación, entre otras medidas, la implantación de mecanismos de coordinación entre niveles de atención⁸. Entre los principales se encuentran los Consejos Integrados de la Red Asistencial (CIRA), mapas de derivación, guías de práctica clínica (GPC), guías para patologías con Garantías Explícitas en Salud (GES), protocolos y hojas de referencia y contrarreferencia, así como sistemas de información compartidos^{3,8}. Estas medidas se alinearon con las recomendaciones internacionales en torno a promover un modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)^{1,9}.

Según el marco teórico adoptado^{2,10} los mecanismos se pueden agrupar según el tipo de coordinación que promueven: a) de gestión clínica, destinados a asegurar la coherencia, seguimiento y accesibilidad en la atención entre niveles, como GPC o reuniones conjuntas y b)

de la información, orientados a la transferencia y uso de la información compartida entre niveles, como la hoja de referencia y contrarreferencia.

El seguimiento de la implementación de mecanismos en el país se ha basado principalmente en indicadores de gestión definidos por el Ministerio de Salud, como la existencia de protocolos de derivación o tiempos máximos de espera para atención especializada tras la derivación (AE)^{11,12}. A ello se suma una evaluación ministerial con gestores de cinco servicios de salud sobre el desarrollo de las RISS¹³, que mostró avances limitados en coordinación asistencial y baja implementación de mecanismos como grupos de trabajo, puestos de enlace o directivos integradores.

En Chile, existe interés creciente por el análisis de mecanismos de coordinación clínica entre niveles implantados tras la reforma, abordando dimensiones como: calidad de contenidos¹⁴ o aspectos metodológicos sobre el uso de recomendaciones contenidas en las GPC¹⁵; reducción de listas de espera o brechas de acceso mediante telemedicina^{16,17,18}, y dimensiones ético-normativas del uso de registros clínicos electrónicos¹⁹. En los últimos años, algunos estudios en diversos países de América Latina, que incluían Chile, han explorado el conocimiento y uso de mecanismos de coordinación entre niveles^{20,21}. No obstante, hasta la fecha no se han identificado revisiones que sintetizen el conocimiento sobre la implantación de estos mecanismos y sus resultados sobre la coordinación en Chile, lo que representa un vacío importante de conocimiento para orientar decisiones de política pública. Dado lo incipiente y diverso de los estudios disponibles, el objetivo de este estudio fue sintetizar, mediante una revisión de alcance, el conocimiento disponible y vacíos de conocimiento sobre la implantación de mecanismos de coordinación entre niveles en el sistema de salud de Chile.

Métodos

Diseño: revisión bibliográfica de alcance, basada en recomendaciones PRISMA²², para identificar artículos originales que analizaran el conocimiento, utilización y/o resultados de

la implantación de mecanismos de coordinación clínica entre niveles en el sistema de salud de Chile.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda en las bases de datos MEDLINE/PubMed, SCIELO, LILACS y EPISTEMONIKOS, entre marzo y junio de 2023. Complementariamente, se revisaron manualmente las referencias bibliográficas de los estudios elegibles. Se actualizó la revisión en MEDLINE/PubMed en agosto de 2024.

Se combinaron descriptores controlados (MeSH y DeCS) y términos libres relacionados con cada mecanismo, usando nombre principal y denominaciones identificadas para cada uno en la literatura en inglés y español, aplicados en los campos de título y resumen, sin límites temporales. Se añadieron descriptores complementarios basados en el marco de análisis de coordinación y servicios de salud para precisar la búsqueda, se utilizó el filtro geográfico "Chile" en cualquier campo del artículo para acotar la búsqueda al contexto chileno (Figura 1).

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron artículos originales en inglés o español, sin límite de tiempo ni diseño metodológico (cualitativos, cuantitativos o mixtos), que

estudiaran mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales: Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), existentes en el sistema de salud de Chile, como: reuniones clínicas o consultorías conjuntas, guías de práctica clínica, protocolos de referencia, hoja de referencia (HR) y contrarreferencia (HCR), siguiendo los criterios de clasificación de Terraza et al.¹⁰. Se incluyeron estudios que abordaran como variables o dimensiones de análisis: 1) nivel de conocimiento y uso; 2) características de uso; 3) resultados o impacto de su implantación.

Revisión y análisis de los estudios

La selección se realizó en dos etapas (Figura 2), la primera, a partir de: a) revisión de título y resumen y b) la revisión del texto completo, por la primera autora. La selección de los artículos fue corroborada por las otras dos co-autoras, especialistas en el tema. La resolución de discrepancias sobre la inclusión o no, se realizó en conjunto por las tres autoras, a partir de la revisión y aplicación de los criterios de selección. Para la extracción y análisis de datos, se elaboró una matriz de información de los estudios seleccionados. Los hallazgos cualitativos se extrajeron y sintetizaron teniendo en cuenta las dimensiones de análisis propuestas.

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

Figura 1: Sintaxis final de búsqueda PubMed.

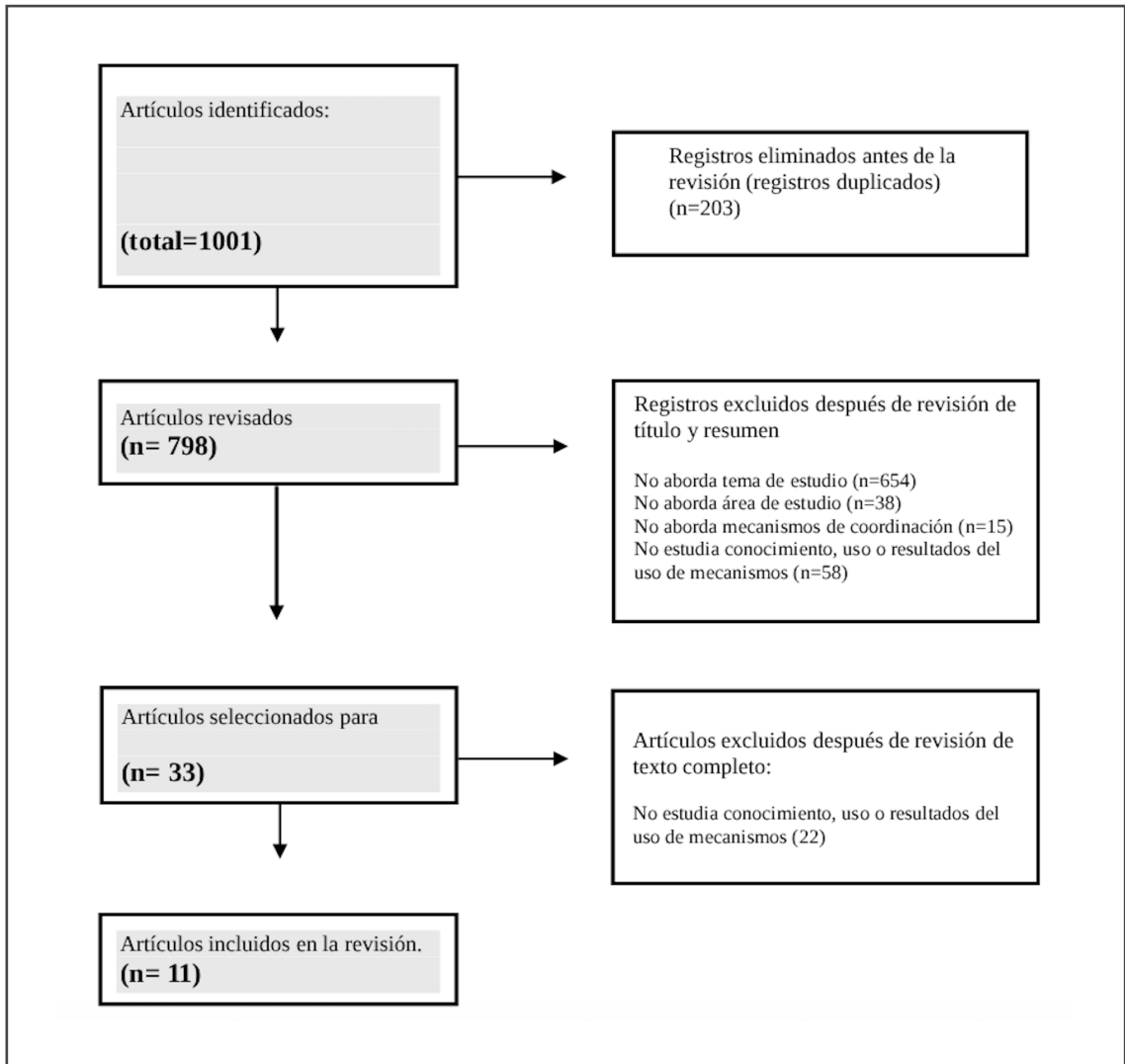


Figura 2: Esquema de búsqueda y selección.

Resultados

La búsqueda arrojó 1.001 resultados, tras eliminar duplicados (203), se examinaron 798 publicaciones, de las cuales 11 cumplieron criterios de selección (Figura 2). Los artículos, publicados entre 2017²³ y 2022²⁴, fueron mayormente cuantitativos (8): tres descriptivos, transversales^{20,21,25}, tres de evaluación^{26,27,28}, uno ecológico²⁹, con análisis agregado a nivel de comunas, y uno cuasi experimental²⁴ (Tabla 1). La encuesta fue la principal fuente de información, dirigida a

médicos^{20,21,24,25} (4) o por centro de salud²⁹ (1), seguida del análisis secundario de registros^{26,27,28,29} (4). Tres estudios cualitativos^{23,30,31} uno descriptivo-interpretativo³⁰, uno de evaluación³¹ y uno con enfoque de investigación-acción²³, se basaron en entrevistas semiestructuradas^{23,30,31} y grupos de discusión^{23,30,31} con tomadores de decisión, gestores, médicos y otros profesionales (Tabla 2). Sólo tres tuvieron alcance nacional^{23,25,29}, los demás abordaron redes o subredes de servicios, principalmente metropolitanas.

Tabla 1. Resultados de los estudios cuantitativos sobre conocimiento, uso, resultados e impacto de los mecanismos de coordinación.

Primer autor, año, país	Diseño, fuente de datos	Área de estudio	Población de estudio y muestra	Mecanismo	Variables de estudio	Resultados
Conocimiento y uso						
Miranda-Mendizábal, 2020 ¹⁵ Chile, Brasil, Argentina, Uruguay, Colombia y México	Descriptivo, corte transversal Encuesta, cuestionario COORDENA, 2015.	Dos redes de servicios públicos, en Chile: Servicios de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y Sur (SSMS).	Médicos AP y AE de cada red por país. En Chile: (n= 348) AP n= 141 y AE n= 207.	-Guías de práctica clínica (GPC) y protocolos -Reuniones conjuntas internivel -Hoja de referencia (HR) y Hoja de contrarreferencia (HCR) -Informe de alta hospitalaria -Teléfono y correo electrónico institucionales.	-Nivel de conocimiento -Nivel de uso -Finalidad de uso -Características de uso -Dificultades de uso.	Guías de práctica clínica o protocolos -Conocimiento: AP 86,5%; AE 50,2% -Uso frecuente: AP 92,6%; AE 85,6% -Finalidad de uso: definir criterios de derivación (AP 50,8%; AE 26,9%), unificar criterios de atención (AP 36,1%; AE 44,2%), mejorar la atención del paciente (AP 34,4%; AE 13,5%). -42,5% de los médicos participa en capacitaciones sobre su uso -50% identifica dificultades de uso (aplicabilidad de recomendaciones 38,6% y accesibilidad 26,3%) Reuniones conjuntas/consultorías internivel -Conocimiento: AP 83,7%; AE 30,9% -Uso frecuente AP 23,7%; AE 42,2% -Finalidad de uso: mejorar calidad de atención (AP 29,6%; AE 37,9%) estandarizar criterios de derivación (AP 21,3%; AE 32,2%) -70,9% considera el contenido adecuado y 37,7% siempre tiene disponibilidad para asistir. -66,5% identifica dificultades de uso (tiempo para asistir 37,4%, poca participación 24,5% y falta de periodicidad 25,2%) Hoja de referencia y Contrarreferencia -Conocimiento: AP 100%; AE 100% -Uso frecuente: 95% AP ; 59% AE -Finalidad de uso: derivar al otro nivel (36% AP; 10,5% AE) enviar información al otro nivel (34,9% AP; 19,6% AE), dar indicaciones de seguimiento (AP 0%; AE 56,5%). Informe de alta hospitalaria -Conocimiento: AP 97,9%; AE 96,6% -Uso frecuente: AP 38,4%; AE 65% -Finalidad de uso: enviar/recibir información (AP 52,8%; AE 51%) o recomendaciones de seguimiento (AP 36,9%; AE 22,4%) del otro nivel. -30,5% identifica dificultades de uso (información incompleta 25%, letra ilegible 22,7%) Teléfono y correo electrónico Conocimiento AP 68,1%; AE 63,8% teléfono institucional Conocimiento AP 71,6%; AE 53,1% correo electrónico Uso frecuente teléfono: AP 7,8%; AE 12,6%.
Rodríguez, 2019 ¹⁹ Chile	Descriptivo de corte transversal Encuesta online.	Atención Primaria del sistema de salud chileno.	Médicos de AP de Servicios de Salud de todo el país n= 354.	-Guías de Práctica Clínica ministeriales de patologías (GPC-GES).	-Nivel de conocimiento -Nivel de uso -Finalidad de uso -Factores que influyen en el uso de las GPC-GES.	-Conocimiento 99% de médicos de AP 97% las usan, 42% al menos una vez por semana. -Principalmente algoritmos (82%) y recomendaciones clave (50%). -85% estandarizar y homogeneizar la práctica asistencial. -Factores asociados a mayor uso de GPC-GES: ser menor 35 años, nacionalidad chilena y actitud-control percibido positivo ^a .

...continuación tabla 1.

Primer autor, año, país	Diseño, fuente de datos	Área de estudio	Población de estudio y muestra	Mecanismo	Variables de estudio	Resultados
Conocimiento y uso						
Vargas, 2018 ¹⁶ Chile, Brasil, Argentina, Uruguay, Colombia y México	Descriptivo, corte transversal Encuesta, cuestionario COORDENA, 2015.	Dos redes de servicios públicos, en Chile: Servicios de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y Sur (SSMS).	348 médicos AP y AE por país. En Chile: AP 141 y AE 207.	-Hoja de referencia (HR) y contrarreferencia (HCR).	-Nivel de conocimiento -Nivel de uso -Características de uso: -Contenido, respuesta de HCR a motivo de HR y oportunidad de recibo -Dificultades de uso.	-100% AP y 100% AE conocen la HR y HCR -95% de médicos de AP envía la HR y 58,9% de AE envía la HCR. Contenido: -HR: Sospecha diagnóstica (79,9%), Historial clínico (36,8%), Motivo de derivación (33,3%) -HCR: Tratamiento (93,4%), Diagnóstico (80,2%), Pruebas realizadas (16,5%) Respuesta a motivo de derivación: -71,9% de la HCR responde al motivo de la HR Oportunidad: -28,9% de los médicos AP recibe la HCR a tiempo para tomar decisiones. -56,9% de los médicos detectaron dificultades: data incompleta (49%), letra ilegible (25,3%).
Espinoza, 2018 ²³ Chile	Descriptivo, evaluación de implementación piloto Registros de derivación y atención.	Servicio de Salud Metropolitano Oriente. CRS Cordillera., Unidad de Artritis Reumatoide Temprana UART.	Pacientes derivados a UART por sospecha de ART de 9 centros de las comunas de Macul y Peñalolén entre 2014 a 2016, n= 120.	-Protocolo de referencia a unidad especializada de manejo temprano de artritis reumatoide. (Con capacitación teórico-práctica y vista de reforzamientos a AP)	-Tiempo de espera desde derivación -Detección temprana de ART -Valor predictivo positivo de los criterios de derivación.	-14,6 +- 12,6 días entre derivación y evaluación por especialista -33% de casos con detección temprana de ART. -El Valor predictivo positivo del conjunto de criterios implementados fue de 68,1%.
Coppelli, 2019 ²² Chile	Descriptivo, evaluación implementación antes-después Registros de derivación y atención (2015-2017)	Hospital Villarrica, Servicio de Salud Araucanía Sur	Pacientes atendidos en servicio de endoscopia del Hospital en el período pre y post implementación del protocolo, derivados por dispepsia entre años 2016 y 2017.	-Protocolo de referencia a procedimientos endoscópicos. (Acompañado de programa educativo para médicos de AP sobre su uso).	-Cambio en número de casos -Cambio en tiempo de espera. -Detección de lesiones incipientes y premalignas -Recursos ahorrados.	-Reducción de casos en espera de 51,6% (1.964 a 950 casos), -Reducción de tiempo de espera en 51,9% (384 a 183 días) -Detección de un 12,8% de cáncer incipiente -Detección de lesiones premalignas 30,7% -2.631 procedimientos endoscópicos ahorrados.

ARTÍCULO DE REVISIÓN / REVIEW ARTICLE

Implementación de mecanismos de coordinación clínica en la salud pública chilena...- I. Abarca-Baeza, et al.

...continuación tabla 1.

Primer autor, año, país	Diseño, fuente de datos	Área de estudio	Población de estudio y muestra	Mecanismo	Variables de estudio	Resultados
Conocimiento y uso						
Sepúlveda, 2020 ²⁰ Chile	Transversal, ecológico Encuesta, cuestionario adaptado ^a y registro de egresos hospitalarios, 2009.	Centros de AP de Servicios de Salud del país.	502 centros de AP (87,3% del total) pertenecientes a 275 comunas de Chile.	-Consultoría de enlace de psiquiatría (reunión conjunta internivel presencial).	-Calidad -Disponibilidad -Continuidad de atención -Cambios en índices de hospitalización.	-Centros con consultoría de enlace óptima ^c 28,3% durante el año anterior (IC 24,4%-32,2%) -62,4% de los centros reportó disponibilidad de consultoría (IC 58,2% a 66,7%), 54,6% de ellos tuvo el último mes. -52,6% de los centros reportó que siempre o casi siempre la realizó el mismo psiquiatra y un 38% de los centros, que los pacientes al ser derivados eran atendidos por el mismo especialista -Reducción de tasa de hospitalización en municipios con consultoría óptima. Esquizofrenia 35% (TIR= 0,65 [0,49-0,85]) y otras psicosis 32% (TIR= 0,68 [0,52-0,89]).
Prada, 2020 Chile	Descriptivo corte transversal. Registros de atención AP y AE.	Red Servicio, de Salud Reloncaví en Hospital Puerto Montt.	Pacientes beneficiarios Hospital Calbuco en lista de espera para traumatología	Reuniones conjuntas (Video conferencia entre niveles) y protocolización.	-Número de pacientes de lista de espera atendidos por médico general - Casos resueltos por médico general - Casos presentados en videoconferencia con especialista - Cambio en tiempos de espera.	-293 casos evaluados por médico general entre junio 2017 y julio 2018 -204 pacientes (69,6%) resueltos por médico general, no requirieron evaluación con especialista -89 pacientes (30,4%) fueron presentados en videoconferencia con especialista. -Reducción de tiempo promedio de espera de 201,4 a 40 días. Tiempo medio de resolución desde la primera evaluación= 46,9 días.
Vázquez, 2022 ¹⁷ Chile, Brasil, Argentina, Uruguay, Colombia y México	Cuasi-experimental, (diseño controlado antes-después) Encuesta, cuestionario COORDENA, adaptado para cada país, 2015 y 2017.	Dos redes de servicios públicos, en Chile: Servicios de Salud Metropolitano Norte (SSMN), red intervenida y Sur (SSMS), red control.	Población de estudio y muestra: 178 médicos AP y AE en SSMN y 195 en SSMS.	-Reuniones conjuntas/ consultorías entre niveles (21): revisión de casos, acuerdos de derivación o seguimiento de pacientes; visitas internivel bidireccionales (4) de AP y AE para conocimiento mutuo.	-Nivel de conocimiento -Nivel de uso -Cambios en factores que influyen en la coordinación -Cambios en la coordinación experimentada.	<i>Conocimiento de la intervención:</i> -63,5% conocía consultorías virtuales y 12,4% las visitas internivel -Uso: 20,8% participaron de las consultorías virtuales y 5,8% en visitas internivel. <i>Cambios post intervención, red intervenida:</i> -Aumento de médicos de AE que hacen recomendaciones a médicos de AP para seguimiento de pacientes (RP= 1,32 [1,04-1,66]) en 2017 <i>Respecto de red control:</i> -Aumento de identificación del médico de AP como coordinador de la atención del paciente entre niveles (RP= 1,17 [1,02-1,34]) -Reducción de repetición de pruebas ya realizadas en el otro nivel (RP= 0,73 [0,55 – 0,98]) -Reducción de referencias de AP a AE cuando es necesario (RP= 0,84[0,74-0,96])

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

Tabla 2. Resultados de los estudios cualitativos sobre opiniones y resultados percibidos de los mecanismos de coordinación.

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

ARTÍCULO DE REVISIÓN / REVIEW ARTICLE

Implementación de mecanismos de coordinación clínica en la salud pública chilena...- I. Abarca-Baeza, et al.

...continuación tabla 2.

Autor/año	Diseño información	Técnica de recogida de de análisis	Área de estudio	Población y muestra	Mecanismo y dimensiones	Resultados
Conocimiento y uso						
Vargas, 2020 ²¹	Descriptivo- interpretativo Evaluación de una intervención.	Entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión.	Dos redes de servicios de salud públicos en Chile, Brasil, Argentina, Uruguay, Colombia y México. Chile: Servicios de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y Sur (SSMS).	Miembros del comité conductor del proyecto: gestores, directivos y profesionales de la red SSMN. (n= 15 entrevistas individuales y n= 26 en 5 grupos, de discusión).	Consultorías virtuales entre niveles y visitas internivel implantadas participativamente -Contribuciones a la coordinación y factores que influyen -Condiciones para la sostenibilidad y transferibilidad.	<i>Contribución de la intervención:</i> -Mejorar la coordinación clínica: la comunicación en el seguimiento de los pacientes, el acuerdo clínico, a adecuar protocolos de atención teniendo en consideración los contextos locales y reducir derivaciones innecesarias. -Mejorar los factores que influyen: la interacción entre los profesionales y gestores (conocimiento y confianza mutua), y el sentido de pertenencia a la red. <i>Condiciones para la sostenibilidad:</i> -El método (enfoque IAP), que permitió relevar el problema y la necesidad de intervenir. -El alineamiento de las intervenciones con las políticas locales y nacionales. -El apoyo institucional para la programación de actividades, el tiempo protegido y la destinación de recursos.

GPC-GES: Guías de Práctica Clínica-Garantías explícitas en salud; IAP: Investigación Acción Participativa; AP: Atención Primaria; MGD: médico gestor de demanda

Los estudios se enfocaron en uno (7)^{21,23,25,26,27,29,30} o varios mecanismos (4)^{20,24,28,31}. La mayoría, de coordinación de la gestión clínica: seis abordaron reuniones conjuntas o consultorías entre niveles: presenciales en salud mental²⁹ y virtuales para la revisión de casos clínicos o discusión de protocolos^{20,21,24,28,31}; tres, se enfocaron en GPC^{20,23,25} principalmente de patologías GES^{23,25}; tres estudiaron protocolos de derivación específicos por patología²⁷, especialidad²⁸ o procedimientos²⁶ y uno, las funciones del médico gestor de demanda en AP, como dispositivo de enlace entre niveles³⁰. Sobre los mecanismos de coordinación de la información, dos estudios examinaron la HR y HCR^{20,21}, y uno además incluyó el informe de alta hospitalaria, correo electrónico y teléfono institucional²⁰ (Tablas 1 y 2).

Los tres estudios descriptivos cuantitativos^{20,21,25} midieron nivel de conocimiento, frecuencia, características y dificultades en el uso de consultorías, GPC, HR y HCR e informe de alta hospitalaria y los estudios cualitativos analizaron los factores que influyen en el uso de GPC-GES²³ y funciones del médico gestor de demanda³⁰. Cinco estudios cuantitativos y uno cualitativo, evaluaron los resultados de la implementación de consultorías^{24,29}, protocolos^{26,27} y de ambos, protocolización y consultoría²⁸; midiendo cambios en tiempos de espera para AE²⁸, diagnóstico temprano^{26,27}, reducción de tasas de hospitalización²⁹ y cambios en la experiencia de coordinación y factores asociados²⁴; finalmente, el estudio cualitativo evaluó las contribuciones de las consultorías virtuales y visitas internivel a la coordinación y factores que influyen en su implantación³¹ (Tablas 1 y 2).

Mecanismos de coordinación de la gestión clínica

Los mecanismos de coordinación de la gestión clínica entre niveles de atención estudiados incluyeron consultorías^{24,28,29,31}, GPC^{23,25}, protocolos de derivación^{26,27,28}, y médico gestor de demanda³⁰. El conocimiento y uso fueron medidos para consultorías y GPC^{20,23}, siendo mayor en éstas últimas²⁰. Sólo se evaluaron resultados de consultorías y protocolos. Las consultorías mostraron mejoras en la coordinación de la atención^{24,31}, reducción de listas de espera²⁸ y en salud mental, disminución de hospitalizaciones²⁹. Los protocolos contribuyeron a reducir tiempos de espera^{26,27}.

Respecto a la implantación, las consultorías presenciales entre equipos de AP y especialistas en salud mental estaban implementadas en 62,4% de los centros de AP del país, aunque sólo en el 28,3%, con calidad óptima²⁹. En redes metropolitanas, consultorías presenciales con diversas especialidades²⁰ eran conocidas por la mayoría de los médicos (83,7%); usadas para estandarizar criterios, pero con baja participación (23,7%), señalando limitaciones de tiempo para participar y poca regularidad²⁰. Las consultorías virtuales, usadas para revisar casos y establecer acuerdos clínicos para derivación o seguimiento en una red metropolitana, eran conocidas por el 63,5% y el 20,8% de médicos participaba²⁴.

En su evaluación, las consultorías presenciales en salud mental se asociaron con menores tasas de hospitalización psiquiátrica en comunas con consultorías óptimas (disponibilidad, frecuencia, continuidad del especialista y de atención)²⁹; mientras que, tras la implementación de consultoría virtual y protocolo para evaluación de casos en espera de atención traumatológica, se redujeron tiempos de espera (de 201,4 a 40 días promedio) y el 69,6% no requirió derivación²⁸. Finalmente, la evaluación de consultoría virtual y visitas internivel, mediante métodos mixtos^{24,31}, mostró mejoras en coordinación de la gestión clínica: mayor entrega de recomendaciones para el seguimiento clínico (RP= 1,32) y menor repetición de pruebas (RP= 0,73)²⁴ (Tabla 1). La evaluación cualitativa³¹ señaló mejoras en la comunicación para el acuerdo clínico y seguimiento de pacientes y, en factores de interacción

que favorecen la coordinación: conocimiento y confianza mutua (Tabla 2). Entre los facilitadores, destacaron el proceso participativo de diseño e implementación, alineamiento de la intervención con políticas vigentes y el uso de tecnología que permitió superar barreras geográficas y de tiempo, favoreciendo la participación^{24,31}.

Los estudios cuantitativos mostraron un alto nivel de conocimiento de las GPC, en general, principalmente entre médicos de AP (86,5%)²⁰ y de las GPC-GES (99%)²⁵ y también de uso (92,6%²⁰ y 97%²⁵); algo menor entre especialistas (50,2% conocían y 85,6% usaban)²⁰. Se señaló su utilidad para estandarizar criterios de atención y derivación^{20,25}. Entre las dificultades, limitada aplicabilidad de sus recomendaciones, difícil acceso y escasa capacitación (Tabla 1)²⁰, fueron también señaladas por el estudio cualitativo con gestores y tomadores de decisión²³; éstos últimos identificaron como facilitadores, la calidad metodológica del proceso de elaboración y el apoyo a la toma de decisiones²³.

Dos estudios, basados en registros, evaluaron los resultados asociados a la implementación de protocolos para la derivación a procedimientos²⁶ y atención especializada²⁷, ambos apoyados por capacitación. El primero, comparado pre y post implementación, mostró una reducción de tiempo (51,9%) y casos en espera (52%)²⁶; el segundo, post implementación, registró 14,6 días de espera promedio²⁷. En ambos se registraron casos con diagnóstico temprano (12,8%²⁶, y 33%²⁷ respectivamente)^{26,27}.

Un estudio cualitativo, con médicos y directivos de AP, analizó el perfil del médico gestor de demanda en centros de AP en una red metropolitana³⁰ mostrando, con diferencias entre centros y comunas, que ejerce un rol de enlace entre niveles: evalúa y prioriza las referencias y hace tutoría a otros médicos sobre protocolos y guías, entre otras funciones. Como dificultades describieron limitaciones de tiempo y múltiples actividades no formalizadas (Tabla 2).

Mecanismos de coordinación de la información

Los dos estudios que analizaron la HR y HCR y uno, el informe de alta hospitalaria, mostraron

que la HR es ampliamente conocida y usada por los médicos de AP, mientras que la HCR e informe de alta, se conocen, pero su uso es menor. Su principal finalidad del uso fue enviar información al otro nivel, mientras que, entre las dificultades, la información incompleta y letra ilegible^{20,21}.

Todos los médicos en ambos niveles conocían la HR y HCR^{20,21}. Mientras un 95% en AP refirió enviar la referencia, sólo el 58,9% en AE envía la respuesta; y únicamente el 21,3%, en AP, refirió recibirla²¹. De éstos, sólo un tercio indicó que llega oportunamente para la toma de decisiones (28,9%). La información enviada en la HR fue la sospecha diagnóstica (79,9%); en sólo un tercio los antecedentes clínicos (36,8%) o motivo de derivación (33,3%). En la HCR, la mayoría informa el tratamiento realizado (93,4%), diagnóstico (80,2%), y sólo el 12,4%, antecedentes clínicos²¹. Un 56,9% de los médicos refirió dificultades de uso; principalmente: envío de información incompleta y letra ilegible²¹ (Tabla 1).

El Informe de alta hospitalaria fue altamente conocido en ambos niveles (sobre 90%)²⁰, aunque con uso dispar: mayor envío desde AE (65%), que el recibo por AP (38,4%). La mitad de los médicos lo usaba para enviar o recibir información (52,8% AP y 51% AE) y un tercio, recomendaciones de seguimiento (36,9% AP y 22,4% AE). Las dificultades percibidas por 30,5% de los encuestados, fueron también información incompleta y letra ilegible²⁰.

Finalmente, el correo electrónico y teléfono institucional eran conocidos por 68,1% y 71,6% respectivamente de médicos AP y 63,8% y 53,1% de AE, aunque con bajos niveles de uso²⁰ (Tabla 1).

Discusión

Este estudio representa el primer esfuerzo por sintetizar el conocimiento disponible sobre la implantación de mecanismos de coordinación clínica entre niveles de atención en el sistema de salud chileno. Pese a la prioridad otorgada a estas estrategias en las políticas públicas introducidas desde la reforma^{3,8}, los estudios identificados son escasos, metodológicamente heterogéneos, mayormente descriptivos y de alcance local. Abordan principalmente mecanismos de coordinación de

la gestión clínica (consultorías, GPC y protocolos) y, en menor medida, de coordinación de información (referencia y contrarreferencia e informe de alta). No se identificaron análisis sobre otros mecanismos establecidos en la política, como mapas de derivación o sistemas de información compartidos, como "SIGGES"³. El análisis de la implementación de mecanismos se centra en niveles de conocimiento, uso y características del uso, principalmente por médicos, incluyendo dificultades^{20,21,23,25,30}, y analizan limitadamente factores asociados^{23,25,30}. Las evaluaciones, aportan resultados sobre provisión de servicios^{28,29}, acceso^{26,27,28}, y en menor medida, en experiencia de coordinación^{24,31}, o resultados en salud²⁹. Aunque limitados, y, por tanto, deben considerarse con cautela, los estudios muestran un conocimiento y uso desigual entre mecanismos, mayor para GPC^{20,25} y HR²⁰ y menor para HCR y las consultorías internivel²⁰. Las evaluaciones, sólo de consultorías^{24,28,29,31} y protocolos^{26,27,28}, sugieren mejoras en aspectos de la coordinación^{24,26,27,28,31}, la provisión de servicios²⁸ y resultados en salud²⁹.

El conocimiento y uso es mayor en mecanismos con respaldo normativo, como guías GES y hoja de referencia. Mientras las primeras proporcionan marcos de actuación en patologías con garantía legal³² y la referencia es obligatoria para acceder a atención especializada³³, la contrarreferencia no cuenta con normativa equivalente, al igual que otros países de la región³⁴. En Chile, la contrarreferencia depende del establecimiento de compromisos para el desarrollo de protocolos en los Servicios de Salud³⁵ que expliciten cuándo, cómo y quién debe realizarla y su monitoreo es de definición local²⁰. También parece ser el caso de las consultorías presenciales, recomendadas en el plan nacional de salud mental de 2001³⁶, pero implementadas en poco más de la mitad de los centros de AP del país²⁹. Las consultorías virtuales, en tanto, desarrolladas como estrategias locales^{24,28}, y con un limitado período de implantación, mostraron un alto nivel de conocimiento, y una participación relativamente baja al momento de su evaluación. No obstante, informes posteriores documentan la sostenibilidad, expansión y reconocimiento normativo del mecanismo^{37,38,39}.

La evaluación de resultados, aunque limitada, sugiere que los mecanismos que fortalecen la comunicación entre niveles y los acuerdos clínicos (consultorías), aquellos orientados a la estandarización de procesos concretos (protocolos de derivación), o en combinación, tendrían efectos positivos en dimensiones de coordinación¹⁰ incluyendo mejoras en accesibilidad, resolutiveidad^{26,27,28}, seguimiento clínico^{24,31} y reducción de hospitalizaciones²⁹. La literatura internacional, centrada en países de altos ingresos^{40,41,42,43}, respalda el uso de intervenciones que integren comunicación directa y estandarización, además de herramientas digitales, mostrando efectos positivos en calidad y pertinencia de derivaciones^{40,43}, tiempos de espera⁴¹ y mejoras de confianza para el manejo clínico⁴². Los estudios en Chile no desagregan el aporte específico de cada componente, ni evaluar su efecto combinado.

Comprender estos resultados requiere considerar los factores que influyen en la implementación, uso y sostenibilidad de los mecanismos^{44,45}. Aunque abordados parcialmente, coinciden con la literatura internacional en señalar que el respaldo normativo facilita su adopción, aunque no asegura su efectividad ni sostenibilidad⁴⁵. La aplicabilidad local o inadecuadas condiciones organizativas como el tiempo, insuficiente respaldo directivo o acceso a información limitados, emergen como barreras comunes para el uso de mecanismos en Chile y otros contextos^{34,46}; mientras entre los facilitadores, se ha documentado que un enfoque participativo en el diseño e implementación favorece la apropiación y adherencia a los mecanismos por parte de gestores y profesionales^{47,48,49}, y la interacción entre niveles favorece la comunicación, transferencia de información, y mejora la confianza y seguridad en el manejo clínico^{42,50}.

Un elemento destacable es el uso de mecanismos de coordinación basados en tecnologías de la información y comunicaciones (TICs), como las consultorías virtuales en Chile³¹, señalado como facilitador de participación e intercambio, también en experiencias internacionales^{44,51,52}. Sus efectos sobre la coordinación clínica en las redes de servicios han sido escasamente evaluados^{51,53}, por lo que su estudio adquiere relevancia ante

el avance de la transformación digital en salud y la expansión del uso de las TICs en el país⁵⁴.

En tanto, la creciente participación de prestadores privados en la atención de usuarios del sistema público, mediante convenios o libre elección, impone desafíos relevantes para la coordinación y continuidad de atención, aspecto que no fue abordado en esta revisión y que requiere ser estudiado por su potencial impacto sobre la fragmentación de la provisión.

En síntesis, se identifican importantes vacíos de conocimiento; por: evaluaciones en condiciones reales de mecanismos promovidos por las políticas públicas, análisis comparativos entre mecanismos y estudios que integren dimensiones económicas, organizativas o tecnológicas. Cerrar estas brechas debe ser una prioridad para orientar decisiones basadas en evidencia y rediseñar estrategias pertinentes a los desafíos actuales del sistema de salud.

Aunque con cautela, los hallazgos sugieren mejores resultados en mecanismos implementados participativamente, que favorecen la interacción profesional, junto con la construcción de acuerdos clínicos. La institucionalidad pública debiera evaluar críticamente los mecanismos existentes y acompañar el desarrollo de nuevas estrategias con estudios de implementación que permitan ajustar su diseño y asegurar su efectividad y sostenibilidad en los niveles locales.

Agradecimientos

Al Instituto Nacional del Cáncer, por facilitar y promover el desarrollo de investigación que aporte al país.

Referencias

1. Organización Panamericana de Salud. *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de ruta para su Implementación en las Américas*. Organización Panamericana de Salud; 2010.
2. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Da Silva MRF, De Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: Toward a conceptual framework for analysis. *Pan American Journal of Public Health*. 2009; 26: 360-367.
3. Almeida PF de, Oliveira SC de, Giovanella L. Network integration and care coordination: The case of Chile's

- health system. *Cien Saude Coletiva*. 2018; 23(7): 2213-2228.
4. Gattini C. El sistema de salud en Chile. *Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP)*, Escuela de Salud Pública U de Chile. noviembre de 2018; 1-23.
 5. Goic G. A. El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Med Chil*. 2015; 143(6): 774-786.
 6. Allende Gossens S. La realidad médico-social chilena: (síntesis). Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social; 1939.
 7. Ministerio de Salud. Ley 19937 - Autoridad Sanitaria. Chile; 2004.
 8. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. La red pública de salud: fundamentos, conceptos y experiencias. Serie de cuadernos de redes No8. Santiago; 2007.
 9. Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas y metodológicas: Compromisos de gestión en el marco de las redes integradas de servicios de salud 2015-2018. 2015.
 10. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006; 20(6): 485-495.
 11. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda. Instrumento de Evaluación Establecimientos Autogestionados en Red 2019. 2019.
 12. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Informe Glosa n°06. Ley Presupuesto del año 2019, cuarto trimestre. Ordinario C16N°251. Santiago; 2020.
 13. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Informe de implementación Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el sistema público de salud 2014-2017. 2018.
 14. Pantoja T, Strain H, Valenzuela L. Guías de práctica clínica en atención primaria: Una evaluación crítica. *Rev Med Chil*. 2007; 135(10): 1282-1290.
 15. Mendoza C, Kraemer P, Herrera P, Burdiles P, Sepúlveda D, Núñez E, et al. Cómo interpretar guías de práctica clínica elaboradas con metodología GRADE. *Rev Med Chil*. 2017; 145(11): 1463-1470.
 16. Gatica JL, Bertoló S, Morales E, Espinoza M, Contreras C. Store-and-forward teledermatology in Chile: A contribution to primary health care. *Piel*. 2015; 30(3): 148-154.
 17. González Coloma F, Sandoval Garcés M, Gedda Quiroga V, Bley Banda C. Teledermatology in Remote Parts of Chile: Experience in 4 Isolated Rural Areas. *Actas Dermosifiliog*. 2019; 110(8): 653-658.
 18. Mundt AP, Irarrázaval M, Martínez P, Fernández O, Martínez V, Rojas G. Telepsychiatry consultation for primary care treatment of children and adolescents receiving child protective services in Chile: Mixed methods feasibility study. *JMIR Public Health Surveill*. 2021; 7(7): e25836.
 19. Godoy Olave J, Barraza Mesquida J. La ficha clínica mirada desde la legislación chilena actual. *Acta Bioeth*. 2018; 24(2): 181-188.
 20. Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Ferreira de Medeiros Mendes M, López J, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit*. 2020; 34(4): 340-349.
 21. Vargas I, García-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Ferreira-De-Medeiros-Mendes M, Eguiguren P, Cisneros AI, et al. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: A cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy Plan*. 2018; 33(4): 494-504.
 22. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*. American College of Physicians; 2018; 169: 467-473.
 23. Herrera P, Fajreldin V, Rodríguez MF, Kraemer P, Mendoza C, Pineda I, et al. Guías de práctica clínica: Estudio cualitativo sobre su implementación en el sistema de salud de Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2017; 41: e67.
 24. Vázquez ML, Miranda-Mendizábal A, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Ferreira-De-Medeiros-Mendes M, López-Vázquez J, et al. Evaluating the effectiveness of care coordination interventions designed and implemented through a participatory action research process: Lessons learned from a quasi-experimental study in public healthcare networks in Latin America. *PLoS One*. 2022; 17(1): e0261604.
 25. Rodríguez MV, Prieto F, Pantoja T, Letelier F. Percepciones y actitudes de médicos de atención primaria respecto de las Guías de Práctica Clínicas en el Régimen de Garantías en Salud. *Rev Med Chil*. 2019; 147(5): 602-611.
 26. Coppelli L, Díaz LA, Riquelme A, Waeger C, Rollán A, Bellolio E, et al. La derivación protocolizada a endoscopia asociada a la detección de *Helicobacter pylori* mediante antígeno en deposiciones disminuye lista de espera para endoscopia y optimiza la detección de lesiones pre-malignas y cáncer gástrico incipiente. *Rev Med Chil*. noviembre de 2019; 147(11): 1382-1389.
 27. Espinoza Francisco, Monckeberg Gustavo, Hassi Isabel, Queirolo Alejandra, Chicao Fernando, Sandoval Ximena, et al. Implementación de una unidad de artritis reumatoide temprana en pacientes chilenos derivados desde centros de atención primaria de salud. *Rev Med Chile*. 2018; 146: 39-45.
 28. Prada C, Izquierdo N, Traipe R, Figueroa C. Results of a new telemedicine strategy in traumatology and orthopedics. *Telemedicine and e-Health*. mayo de 2020; 26(5): 665-670.
 29. Sepúlveda R, Zitko P, Ramírez J, Markkula N, Alvarado R. Primary care consultation liaison and the rate of psychiatric hospitalizations: A countrywide study in Chile. *Pan American Journal of Public Health*. 2018; 42: 1-9.
 30. Troncoso J, González C, Mena F, Valencia A, Cuevas P, Rubio JP. «Missing time»: Experiences of demand management doctors in Chilean primary health care. *Aten Primaria*. 2021; 53(10): 102159.
 31. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Ber-

- tolotto F, López-Vázquez J, et al. Can care coordination across levels be improved through the implementation of participatory action research interventions? Outcomes and conditions for sustaining changes in five Latin American countries. *BMC Health Serv Res.* 2020; 20(1): 1-16.
32. Ministerio de Salud. Ley 19966. Establece un régimen de garantías en salud. 2004.
 33. Departamento de Gestión de la Información, Ministerio de Salud. Norma técnica para el registro de las listas de espera. 2012.
 34. Fernández Ortega MÁ, Roo Prato JB, Irigoyen Coria AE, Blanco Lara S, Edward Barrell A, Juárez Téllez VM. Los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de coordinación asistencial y el rol de la medicina familiar y comunitaria. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 2016; 11(Suppl 2): 37-45.
 35. División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Protocolos Resolutivos en Red. 2015.
 36. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud. Plan nacional de salud mental y psiquiatría. 2001.
 37. Eguiguren Bravo P. Evidencia y aprendizajes desde la evaluación de efectividad de intervenciones para la mejora de la coordinación e integración de la red del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Primeras Jornadas de Atención Primaria y Medicina Familiar: Innovaciones, desafíos y oportunidades. En Santiago, Chile: Academia Chilena de Medicina. 2023; 187-99. [citado 27 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://bolacadmed.cl/index.php/bacm/article/view/35/34>
 38. Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red año 2020. Santiago de Chile; 2019.
 39. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red año 2021. 2020.
 40. Bolton Saghdaoui L, Lampridou S, Tavares S, Lear R, Davies AH, Wells M, et al. Interventions to improve referrals from primary care to outpatient specialist services for chronic conditions: A systematic review and framework synthesis update. *Syst Rev.* 2025;14(1): :103.
 41. Manderson K, Taylor NF, Lewis A, Harding KE. Service-level interventions to reduce waiting time in outpatient and community health settings may be sustained: A systematic review. *BMJ open quality.* 2025; 14: :e003235.
 42. Arain M, Rostami M, Zaami M, Kiss V, Ward R. Specialist LINK and primary care network clinical pathways- A new approach to patient referral: A cross-sectional survey of awareness, utilization and usability among family physicians in Calgary. *BMC Fam Pract.* 2020; 21(1): 86.
 43. Vimalananda VG, Meterko M, Waring ME, Qian S, Solch A, Wormwood JB, et al. Tools to Improve Referrals From Primary Care to Specialty Care. *Am J Manag Care.* 2019; 25(8): 237-242.
 44. Esteve-Matalí L, Vargas I, Amigo F, Plaja P, Cots F, Mayer EF, et al. Understanding how to improve the use of clinical coordination mechanisms between primary and secondary care doctors: Clues from Catalonia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(6): 1-18.
 45. Henao Martínez D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit.* 2009; 23(4): 280-286.
 46. Zhou P, Chen L, Wu Z, Wang E, Yan Y, Guan X, et al. The barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines in healthcare: An umbrella review of qualitative and quantitative literature. *Journal of Clinical Epidemiology.* Elsevier Inc. 2023; 162: 169-181.
 47. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Bertolotto F, Samico I, López J, et al. Understanding the factors influencing the implementation of participatory interventions to improve care coordination. An analytical framework based on an evaluation in Latin America. *Health Policy Plan.* 2020; 1-11.
 48. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Samico I, Bertolotto F, López-Vázquez J, et al. Lessons learnt from the process of designing care coordination interventions through participatory action research in public healthcare networks of six Latin American countries. *Health Res Policy Syst.* 2023; 21(1): 39.
 49. Tetui M, Coe AB, Hurtig AK, Bennett S, Kiwanuka SN, George A, et al. A participatory action research approach to strengthening health managers' capacity at district level in Eastern Uganda. *Health Res Policy Syst.* 2017; 15(Suppl 2): 110.
 50. Lundvoll Nilsen L. Collaborative work by using videoconferencing: Opportunities for learning in daily medical practice. *Qual Health Res.* 2011; 21(8): 1147-1158.
 51. Gonçalves-Bradley DC, J Maria AR, Ricci-Cabello I, Villanueva G, Fønhus MS, Glenton C, et al. Mobile technologies to support healthcare provider to healthcare provider communication and management of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2020; 8(8): CD012927.
 52. Mechanic OJ, Nguyen N, Kimball AB, Awtrey C. Teleconnect: Digitally connecting physicians across the health care system. *American Journal of Managed Care.* Ascend Media. 2021; 27: E4-E6.
 53. Campaz-Landazábal D, Vargas I, Vázquez ML. Impact of coordination mechanisms based on information and communication technologies on cross-level clinical coordination: A scoping review. *Digit Health.* 2024; 10: 1-20.
 54. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Programa Nacional de Telesalud. Santiago; 2018.