



GOBIERNO DE CHILE  
SERVICIO DE SALUD  
METROPOLITANO NORTE

# GES EN HOSPITAL ROBERTO DEL RIO



## MODULO 2

### PROCESO ADMINISTRATIVO HOSPITAL ROBERTO DEL RIO

#### TEMAS:

- **Macroredes de atención para PS pediátricos atendidos en el Hospital Roberto del Río.**
- **Importancia del SOME GES del Hospital Roberto del Río.**
- **¿Cómo circula un paciente GES en el Hospital Roberto del Río?.**
- **Diagrama de flujo clínico- administrativo del paciente GES en el HRRío.**
- **Importancia de la Coordinación GES del Hospital**
- **Formularios legales de responsabilidad médica**
- **Lecturas obligatorias y complementarias**
- **Ejercicios de autoevaluación**





## Macroredes de atención para PS pediátricos atendidos en el Hospital Roberto del Río.


- De acuerdo a la Ley 19937 de Autoridad Sanitaria “ la red asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con las de otros Servicios de salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población”





# Macrorredes de atención para PS pediátricos atendidos en el Hospital Roberto del Río.

- Es importante distinguir dos conceptos importantes.
- **RED Local:** Corresponde a los prestadores de salud públicos que se unen de acuerdo a aspectos geográficos.  
Es así como el Hospital Roberto del Río pertenece a la Red del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

- **MACRORED** : Se refiere a redes supraregionales. En esta red se determinan :

**Centros de referencia:** establecimientos que se hacen cargo de ciertas prestaciones ( o ciertos problemas de salud); y

**Centros de derivación:** Establecimiento que deriva al paciente al Centro de referencia





GOBIERNO DE CHILE  
SERVICIO DE SALUD  
METROPOLITANO NORTE

# Macredes de atención para PS pediátricos atendidos en el Hospital Roberto del Río.



El Departamento de Diseño y Operación de redes Asistenciales tiene por misión diseñar , implementar y evaluar las redes sanitarias.

Para el diseño de las macredes se consideran aspectos : epidemiológicos , aspectos geográficos; relación demanda/oferta; capacidad técnica; medios de apoyo; aspectos financieros y de gestión; entre otros.

Es así como se hace explícito el tipo de pacientes que deberá ser atendido, la intervención sanitarias que debe realizar el centro de referencia y los Servicios de Salud que están definidos como centros derivadores.





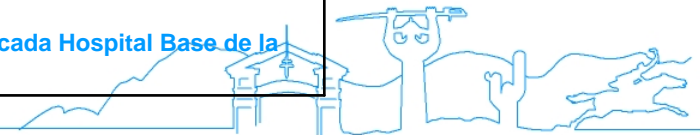
# Macroredes de atención para PS pediátricos atendidos en el Hospital Roberto del Río.



El antiguo concepto “El Hospital Roberto del Río recibe todos los pacientes derivados de la III y IV región”, ahora queda atrás... Actualmente bajo las macroredes vigentes sabemos que hay ciertos Problemas de Salud GES deben ser derivados de las regiones mencionadas.

Veamos algunos ejemplos:

Problema de Salud	Servicio de Salud Derivador	Intervención sanitaria a otorgar por HRRío
Cardiopatía congénita Operable	Atacama Coquimbo SSMN SSMS SSMC	Tratamiento Quirúrgico:  Ductus del RN y cirucias cardiacas de mediana y baja complejidad
Diabetes Mellitus I	Cada Hospital Base de la Red Local debe confirmar y tratar a sus pacientes	
Hemoflia	Todos los Servicios de Salud del País	Sólo Confirmación diagnóstica  (Tratamiento Es responsabilidad de cada Hospital Base de la RED local





# ¿Como debe ingresar un paciente derivado desde la RED y MACRORED al Hospital Roberto del Río?



- Tener clara la macrored para la derivación de pacientes.
- Todo paciente que es enviado al Hospital Roberto del Río debe ser derivado a través de una Solicitud de Interconsulta (SIC) al SOME del Hospital Roberto del Río.
- Además, esta SIC debe ser derivada a través del SIGGES, con el propósito de :

Generar y monitorear las GES de los pacientes.

Dejar explícita la responsabilidad de Centros derivadores y de Referencia acerca de la intervención sanitaria necesaria resolver.





# IMPORTANCIA DE SOME EN LA ATENCIÓN DE PACIENTE GES

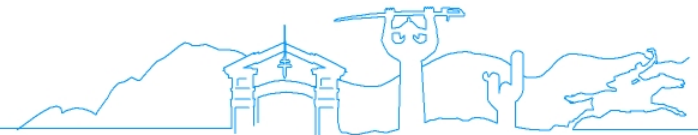


## OBJETIVOS DE SOME:

**Velar por la expedita, racional y oportuna admisión, referencia y atención de los usuarios que concurran al establecimiento.**

Considerando la diversa naturaleza y volumen de la demanda asistencial, así como la disponibilidad de recursos de cada establecimiento para resolverla, los niveles ejecutores deben adecuar los procedimientos que aquí se norman, a su realidad operacional, así como actualizarlos oportunamente, de acuerdo a las modificaciones normativas que a Nivel Central introduzca.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA SECCION DE ORIENTACIÓN MEDICA Y ESTADISTICA (S.O.M.E) 198Obe

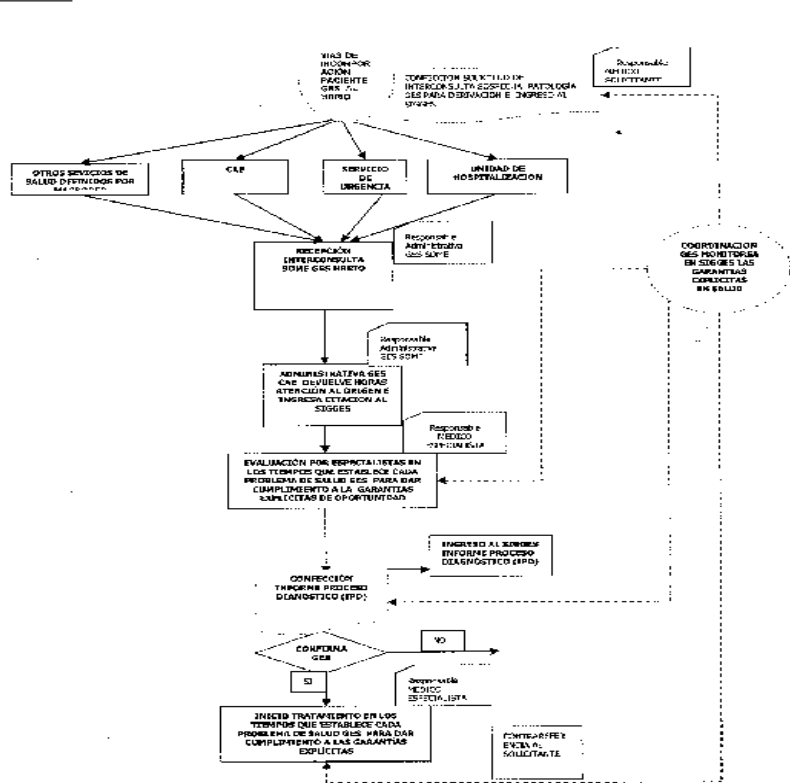




# FLUJO CLINICO ADMINISTRATIVO DE UN PACIENTE GES EN EL HOSPITAL ROBERTO DEL RIO



HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RÍO  
Diagrama de flujo de proceso administrativo de atención del Paciente: GES-2008



HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RÍO  
Población: 200.000 habitantes - Dirección: Santiago - Teléfono: 551 2000





# REGISTRO ADMINISTRATIVO

**SOLICITUD DE INTERCONSULTA (SIC)**

**INFORME PROCESO DE DIAGNOSTICO  
(IPD)**

**CIERRE DE CASO**

**EXCEPCIÓN DE GARANTÍA**



**CONSTANCIA DE INFORMACION A  
PACIENTE GES**

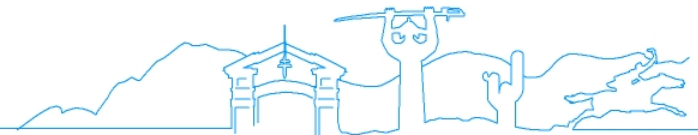




# FORMULARIOS DE REGISTRO CLINICO-ADMINISTRATIVO



- Para explicitar administrativamente los hitos relevante en la atención clínica de un paciente GES tenemos los siguientes formularios:
- **Solicitud de Interconsulta(SIC)**  . Se utiliza para la sospecha de un Problema de Salud ( si corresponde según decreto). Además se utiliza la referencia (Centro Derivador) como la contrarreferencia (Centro de Referencia) de un paciente.
- **Informe de Proceso de Diagnóstico (IPD)**  : Documento que se utiliza para indicar en cada Problema de salud el momento a partir del cual los beneficiarios se confirma o descarta un Problema de salud .
- EL IPD debe ser emitido toda vez que un PS de Salud comienza a partir de una sospecha, o de acuerdo a lo estipulado en las garantías de acceso del Decreto vigente.





SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACIÓN

FOLIO N° \_\_\_\_\_

FECHA SOLICITUD: Día Mes Año

HORA: \_\_\_\_\_

Para ser llenado en Admisión

1. Servicio de Salud		2. Establecimiento	
3. Especialidad		4. Unidad	
5. Nombre		6. Historia Clínica	
7. RUT. <input type="text"/> - <input type="text"/>		8. Si es recién nacido, RUT. de padre o madre beneficiario <input type="text"/> - <input type="text"/>	
9. Sexo (marcar con X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		10. Fecha de Nacimiento Día Mes Año Hora	
11. Edad <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Horas		12. Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localidad)	
13. Comuna de residencia		14. Teléfono 1	15. Teléfono 2
16. Correo Electrónico			

Para ser llenado por el/la profesional que solicita la interconsulta o derivación

17. Se deriva para atención en		18. Especialidad	
19. Se envía a consulta para: Confirmación Diagnóstica <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Realizar Tratamiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar →→		20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: (anote con letra legible y sin siglas)	
21. ¿Sospecha problema de salud AUCE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		22. Subgrupo o subproblema de salud AUCE (si corresponde)	
23. Fundamentos del diagnóstico			
24. Exámenes realizados			

Para ser llenado en Admisión, excepto la firma

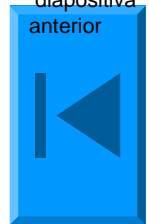
25. Nombre		26. RUT. <input type="text"/> - <input type="text"/>	
27. Nombre		Firma profesional	

Indicar Lda.

Original: Establecimiento que recibe la referencia



Haga click aquí para volver a diapositiva anterior





INFORME DEL PROCESO DIAGNÓSTICO

FECHA INFORME: Día Mes Año

FOLIO N°

HORA:



Para ser llenado en Admisión

1. Servicio de Salud 2. Establecimiento  
3. Especialidad 4. Unidad

5. Nombre 6. Historia Clínica  
7. RUT. Apellido paterno Apellido materno Nombres  
8. Sexo (marcar con X) Masculino Femenino 10. Fecha de Nacimiento Día Mes Año Hora 11. Edad Años Meses Días Horas

Para ser llenado por el(a) profesional

12. Problema de salud AUCE 13. ¿Confirma que el diagnóstico pertenece al sistema AUGE? NO SI  
14. Subgrupo o subproblema de salud AUCE  
15. Diagnóstico (a note el(los) diagnóstico(s) con letra legible y sin siglas)  
16. Fundamentos del diagnóstico:  
17. Tratamiento e indicaciones  
18. El tratamiento deberá iniciarse a más tardar el: Día Mes Año

Para ser llenado en Admisión, excepto la firma

19. Nombre 20. RUT. Apellido paterno Apellido materno Nombres  
Firma profesional

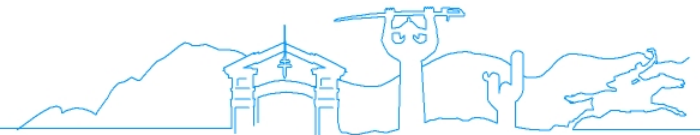
Fecha: Lda.

Original: Establecimiento que realiza la confirmación






- Por ejemplo:
- Insuficiencia renal crónica terminal: El IPD sólo se realiza si el paciente se confirma.
- Cáncer infantil :El IPD se realiza si el paciente se confirma o se descarta.
- Politraumatizado Grave: El IPD sólo se realiza si el paciente se confirma
- Escoliosis: El IPD sólo se realiza si el paciente se confirma.





# FORMULARIOS DE REGISTRO CLINICO-ADMINISTRATIVO



**CIERRE DE CASO**  : Documento que se utiliza para indicar el momento a partir del cual el paciente deja de gozar de las garantías explícitas en salud establecidas en decreto, de un Problema de Salud previamente confirmado.

La causales por las cuales un caso puede ser cerrado son:

1. Fallecimiento.
2. Término del tratamiento (por definición del profesional tratante)
3. Criterios de exclusión (según guías clínicas).
4. No cumplimiento de tratamiento garantizado.
5. Término de tratamiento garantizado.
6. Descarte.
7. Causas atribuibles al paciente:
  - A) Rechazo del prestador.
  - B) Rechazo del tratamiento.
  - C) Cambio de previsión.
  - D) Inasistencia.
  - E) Otra causa expresada por el paciente





CIERRE DE CASO AUGE

FOLIO N° \_\_\_\_\_

FECHA : Día Mes Año

Para ser llenado en Admisión

1. Servicio de Salud

2. Establecimiento

3. Especialidad

4. Unidad

5. Nombre

6. Historia Clínica

7. RUT. Apellido paterno Apellido materno Nombres

8. Si es recién nacido, RUT. de padre o madre beneficiario

9. Sexo (marcar con X)  Masculino  Femenino

10. Fecha de Nacimiento Día Mes Año Hora

11. Edad Años Meses Días Horas

Para ser llenado por el(a) profesional

12. Problema de salud AUGE

13. Subgrupo o subproblema de salud AUGE

14. Diagnóstico (anote el(los) diagnóstico(s) con letra legible y sin siglas)

15. Causa del cierre del caso (marque con X una opción)

A) Decisión profesional tratante

- Criterios de exclusión (según protocolos)
- Término de tratamiento
- Parto a término
- Parto pretérmino
- Aborto
- Fecha del parto o aborto: Día Mes Año
- Semanas de gestación

B) Relacionado con el seguro

- Término de garantía
- Cambio de previsor

C)  Fallecimiento → Fecha defunción: Día Mes Año

D) Causas atribuibles al paciente o a sus representantes

D.1)  Por inasistencia (según protocolo)

D.2) Por expresión de la voluntad del paciente o de sus representantes →

- Por rechazo del prestador designado
- Por rechazo del tratamiento
- Por otra causa (especificar)

Acompaña documento  NO  SI

16. OBSERVACIONES:  
(ESPECIFICAR AQUÍ EL MOTIVO DEL CIERRE DEL CASO)

Para ser llenado en Admisión, excepto la firma

15. Nombre

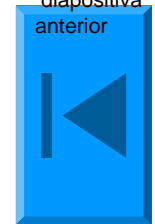
16. RUT. Apellido paterno Apellido materno Nombres

Firma profesional

Este documento se debe anezar a la historia clínica




Haga click aquí para volver a diapositiva anterior

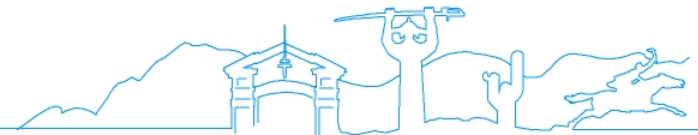




# FORMULARIOS DE REGISTRO CLINICO-ADMINISTRATIVO



- **EXCEPCION DE GARANTÍA** : En el marco de la Ley 19966, Decreto 44 artículo 11 señala: “ No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía de oportunidad en los casos de fuerza mayor o que se deriven de causa imputable al beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por el FONASA o Isapre.
- Se han definido como causales imputables al beneficiario:
- A) Inasistencia
  - Periodos mayores a 30 días : Dos inasistencias
  - Periodos menores a 30 días : Una inasistencia
- B) La expresión de la voluntad del paciente o sus representante de rechazar el prestador o el tratamiento.
- C) Otra causa.







GOBIERNO DE CHILE  
SERVICIO DE SALUD  
METROPOLITANO NORTE

# FORMULARIOS DE REGISTRO CLINICO-ADMINISTRATIVO



## FORMULARIO DE CONSTANCIA DE INFORMACION AL PACIENTE GES



Los prestadores de Salud deberán informar que se les ha confirmado el diagnóstico de alguno de los problemas de Salud contenidos en las GES y el momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías...

Para dar cumplimiento a lo establecido, los prestadores de Salud deberán dejar constancia por escrito.

Ley 19966 art. 29





## FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

### ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO: \_\_\_\_\_ PREVISIÓN: \_\_\_\_\_  
(identificación de la Isapre o Fonasa)

### INFORMACIÓN MÉDICA

DIAGNÓSTICO O HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA GES:  
\_\_\_\_\_

FECHA DEL DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE:

Se deja constancia que el paciente antes individualizado fue informado que su diagnóstico corresponde a un problema de salud explícitamente garantizado, y que se le ha informado que tiene derecho a las garantías establecidas en la Ley N° 19.966, en la medida que se atienda en la Red de Prestadores que le corresponda, para lo cual deberá informarse en Fonasa o en la Isapre en la que se encuentre adscrito, de la forma de acceso y condiciones de otorgamiento de dichas garantías.

### DATOS DEL PRESTADOR

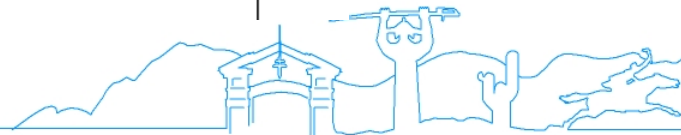
INSTITUCIÓN (Hospital, clínica, consultorio, etc): \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_  
RUT: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
INFORMÉ DIAGNÓSTICO GES  
(Firma del médico tratante)

\_\_\_\_\_  
TOMÉ CONOCIMIENTO  
(Firma o huella digital del paciente)

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_





GOBIERNO DE CHILE  
SERVICIO DE SALUD  
METROPOLITANO NORTE



**PARA INGRESAR AL TEST DE  
EVALUACION DEL MÓDULO N°2 HAGA  
CLIC AQUÍ**

