



Consultorías virtuales y Programa de inducción al trabajo en Red Chile

www.equity-la.eu

31 de agosto 2018



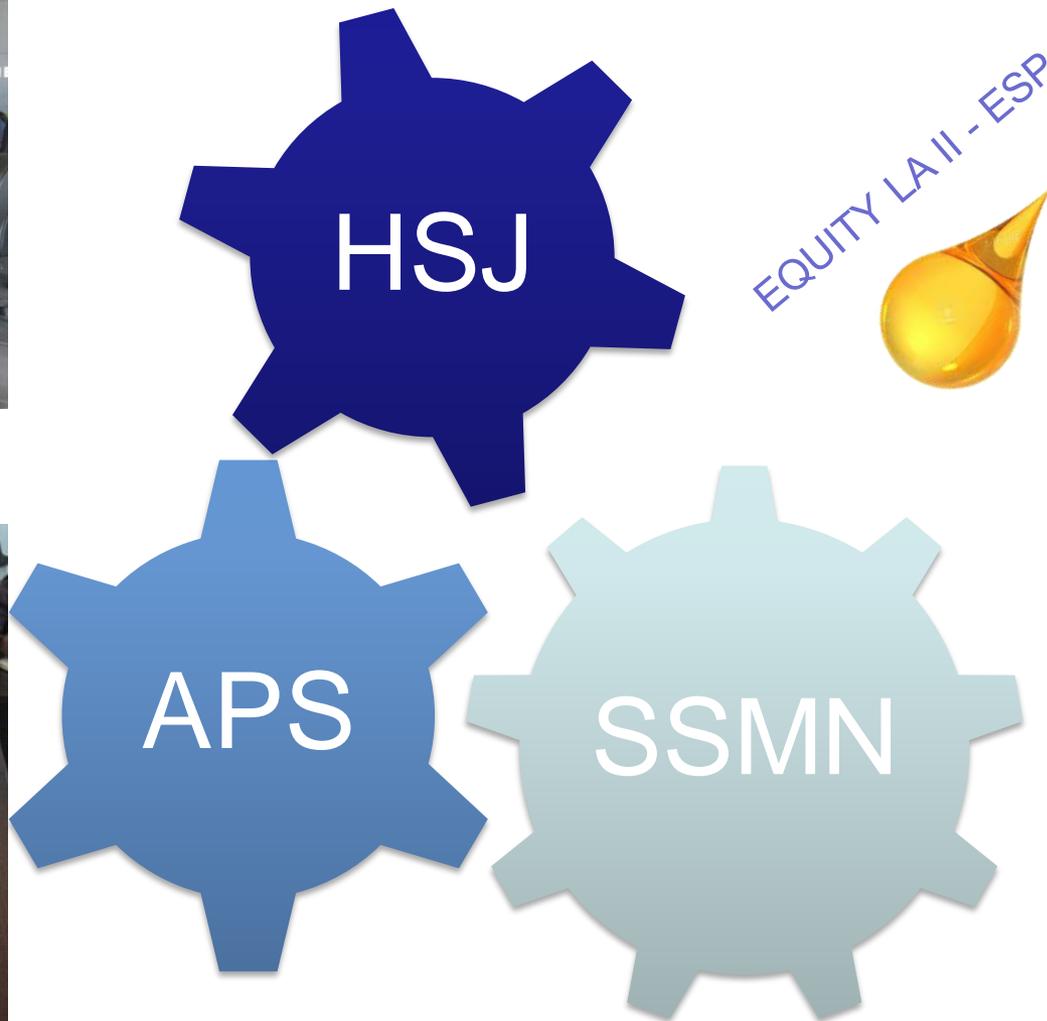
Contenidos

1. Diseño e implementación de las intervenciones
2. Resultados:
 - conocimiento y uso de nuevos mecanismos de coordinación
 - efectividad de las intervenciones
3. Evaluación cualitativa del proceso
 - Opiniones sobre el proceso
 - Factores relacionados
 - Contribuciones de las intervenciones
4. Logros y aprendizajes del proceso participativo

1. Diseño e Implementación de Intervenciones



Instalación de Comité Conductor Local del estudio (CCL) marzo 2015



1. Diseño e Implementación de Intervenciones

1.1 Devolución de Resultados

- **Identificación con la propia experiencia**
- Levantamiento de **lo estructural, lo organizativo, la cultura** problemáticas:
- Caracterización de problemas
- Identificación de participantes motivados
- **Plataforma de profesionales**
- **Propuestas de mejora**

Participan
más de 300
personas



1. Diseño e Implementación de Intervenciones

1.2 Priorización y selección de intervenciones



1. Diseño e Implementación de Intervenciones

1.3 Ciclos IAP

Diseño

1. Entrevistas (9) con encargados/as de procesos de inducción en distintos establecimientos, niveles y comunas, como profesionales que han ingresado recientemente a la red.

2. Revisión documental.

Normativa recomendada:

"Las derivaciones las aprendí con los colegas, con los clínicos; niños derivados al Roberto del Río, adultos al San José. Tuve información de todos los programas a los que se deriva al San José" E6

3. Levanta trabajo en

4. Constituir

Diagnóstico

Propuesta - acuerdos



Implementación piloto –experiencia

Evaluación – ajustes Acuerdos diseño



1. Diseño e Implementación de Intervenciones



PROGRAMA DE INDUCCIÓN AL TRABAJO EN RED:

Visitas inter-niveles bidireccionales entre equipos de APS y Hospital San José. Material gráfico y audiovisual informativo sobre equipos y actividades de la Red



1. Diseño e Implementación de Intervenciones

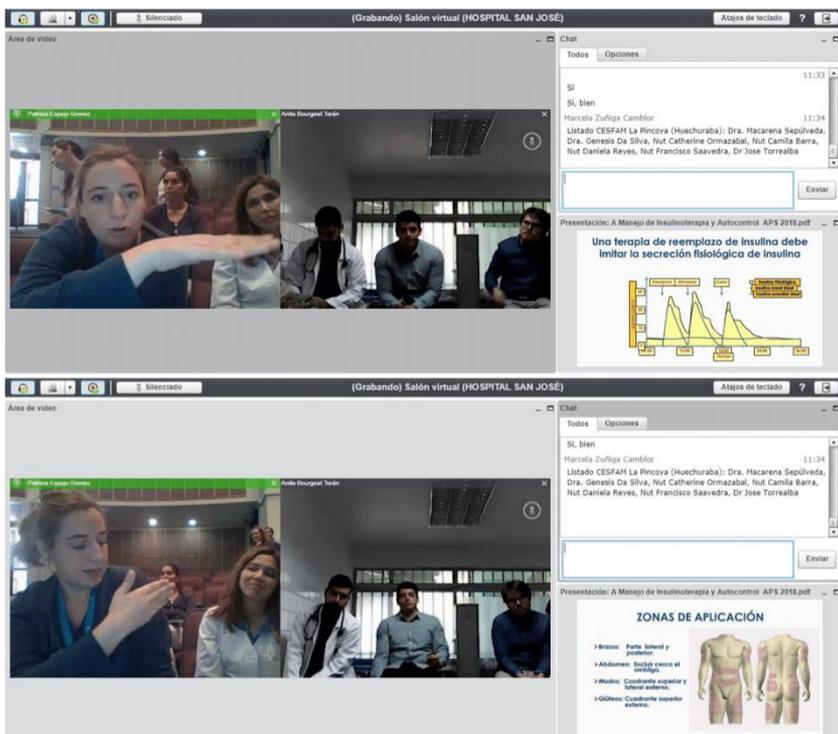


a HSJ: Equipos APS con especialistas y equipos Diabetología y Ginecología



a APS: Enfermera programa Diabetes CESFAM y Enfermera Diabetología CDT

1. Diseño e Implementación de Intervenciones



CONSULTORÍAS VIRTUALES:
Encuentros virtuales sincrónicos entre médicos/as y equipos de APS con médicos/as especialistas y equipos del nivel secundario.

Plataforma para videoconferencia, powerpoint, chat de conversación.

Plataforma para videoconferencia, powerpoint, chat de conversación.

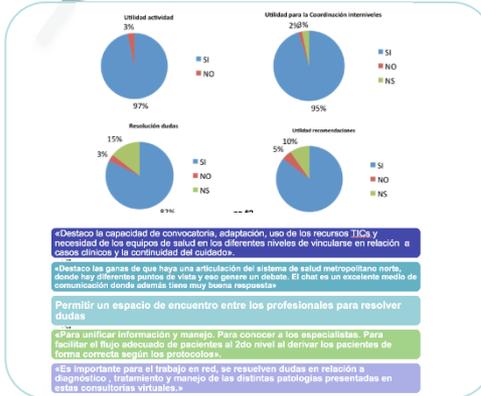
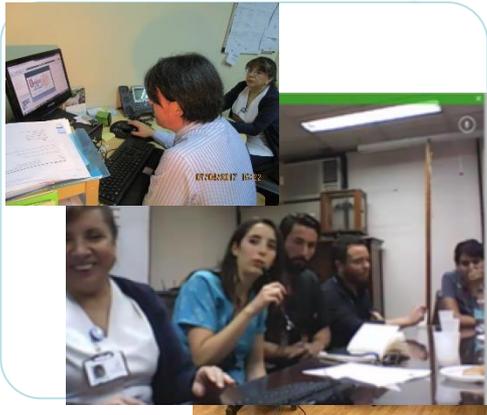
Actualización sobre diagnósticos y protocolos de derivación, con presentación de casos por APS, análisis de conducta, aclaración de dudas.

Frecuencia quincenal, 90 – 120' (19 en 2017). 10 especialidades participantes.

1. Diseño e Implementación de Intervenciones

Propuesta -
acuerdos

Implementación



«Destaco la capacidad de convocatoria, adaptación, uso de los recursos TICs y necesidad de los equipos de salud en los diferentes niveles de vinculación a casos clínicos y la continuidad del cuidado».

«Destaco las ganas de que haya una articulación del sistema de salud metropolitano norte, donde hay diferentes puntos de vista y eso genera un debate. El chat es un excelente medio de comunicación donde además tiene muy buenas respuestas».

Permitir un espacio de encuentro entre los profesionales para resolver dudas

«Para unificar información y manejo. Para conocer a los especialistas. Para facilitar el flujo adecuado de pacientes al zóo nivel al derivar los pacientes de forma correcta según los protocolos».

«Es importante para el trabajo en red, se resuelven dudas en relación a diagnóstico, tratamiento y manejo de las distintas patologías presentadas en estas consultoras virtuales».



FORMAS VIRTUALES

ALCANCE

- Seán partícipes de este proyecto todos los profesionales que conforman la Red

RESPONSABLES

- Enfermera Coordinadora de Enfería de la Red
- Profesional colaborador Unidad de Enfería de la Red
- Profesionales Referentes de APS

NORMAS GENERALES Y DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Normas Generales

Las presentes Normas tienen por objeto garantizar la calidad del servicio, y regular la actividad, en cuanto al funcionamiento de las de Videoconferencias. Cuando correspondiere y concuerde desde el Hospital San José, se realicen desde la sala de reuniones ubicada en la dirección del hospital y más adelante en el desarrollo de contribuciones en formato texto se podrán realizar desde APS.

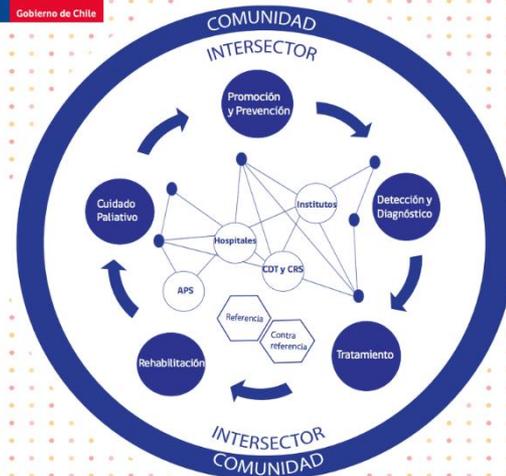
La Videoconferencia es una plataforma web que permite a los usuarios acceder a especialistas en línea, revisión y discusión de casos clínicos, revisión y actualización de protocolos y toma de acuerdos que mejoren la gestión clínica asistencial.

- La calendarización de las actividades será anual. Las Videoconferencias se realizarán los martes y últimos viernes del mes calendario en horario de 14:00 a 16:00 hrs.
- Si al evento es cancelado por razones técnicas a la coordinación entre APS y Hospital San José, este se comunicará a los participantes de la APS, vía correo electrónico con antelación a la fecha establecida.
- Los archivos de las exposiciones específicas serán enviados con antelación.
- Durante las sesiones se podrán hacer consultas de soporte mediante la plataforma de soporte técnico con el propósito de asegurar el acceso a los participantes.

Evaluación –
ajustes
implementación

1. Diseño e Implementación de Intervenciones: Institucionalización

“Quizás lo más importante... y fue el gran facilitador para poder implementarla y sentir por parte de todos los que estuvimos ahí rompiendo la tierra con el arado, fue que la iniciativa fue una iniciativa de todos, generada por todos y entonces cada uno sabía que le agregaba su poquito...” (Integrante CCL /HSJ)



**ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN
Y PROGRAMACIÓN EN RED
2018**

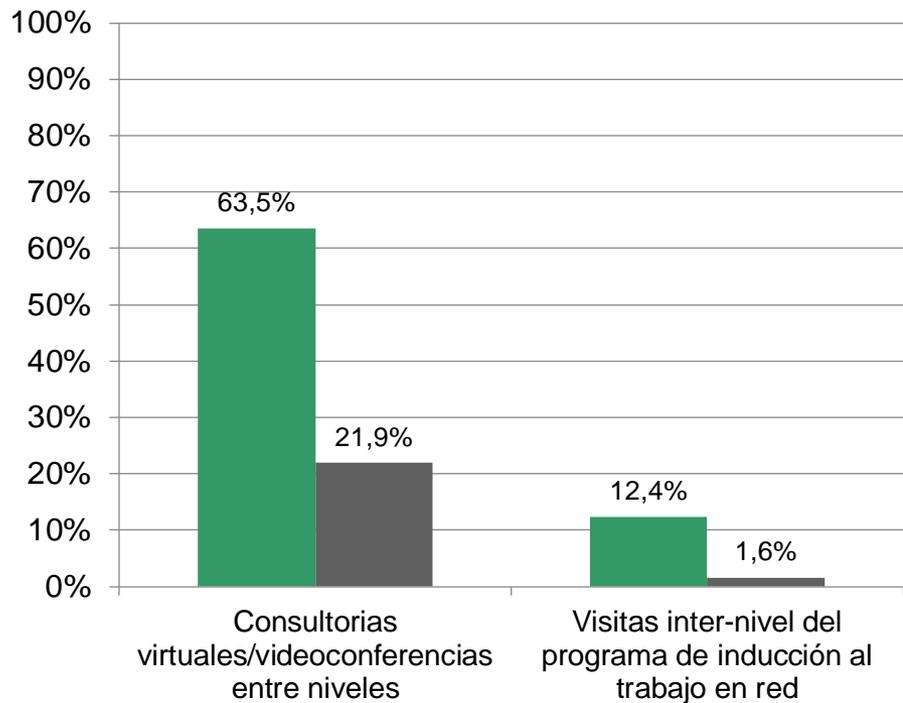
Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales



2. Resultados

- **Conocimiento y uso de los nuevos mecanismos de coordinación (intervenciones)**
- **Efectividad de las intervenciones**

2.1 Conocimiento y uso de los nuevos mecanismos de coordinación



Intervención 2017 n: 178
Control 2017 n: 183

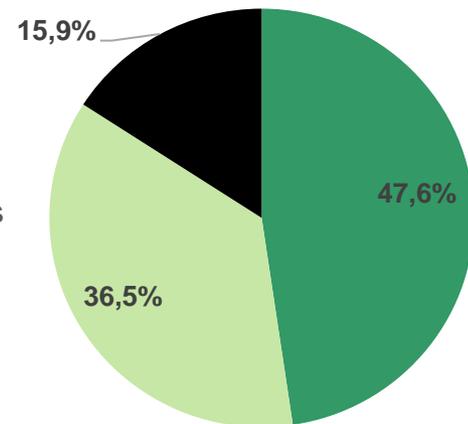
Intervención 2017 n: 178
Control 2017 n: 183

APS

Frecuencia de participación en las consultorías virtuales o videoconferencias

n:63

- Siempre/Muchas veces
- A veces/Pocas veces
- Nunca

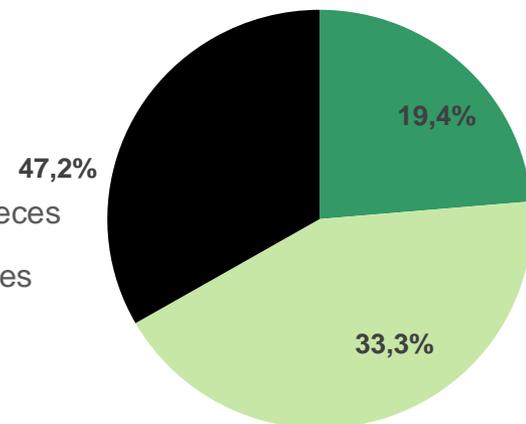


AE

Frecuencia de participación en las consultorías virtuales o videoconferencias

n:36

- Siempre/Muchas veces
- A veces/Pocas veces
- Nunca

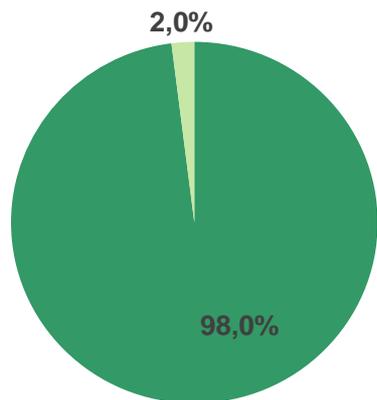


2.1 Conocimiento y uso de los nuevos mecanismos de coordinación

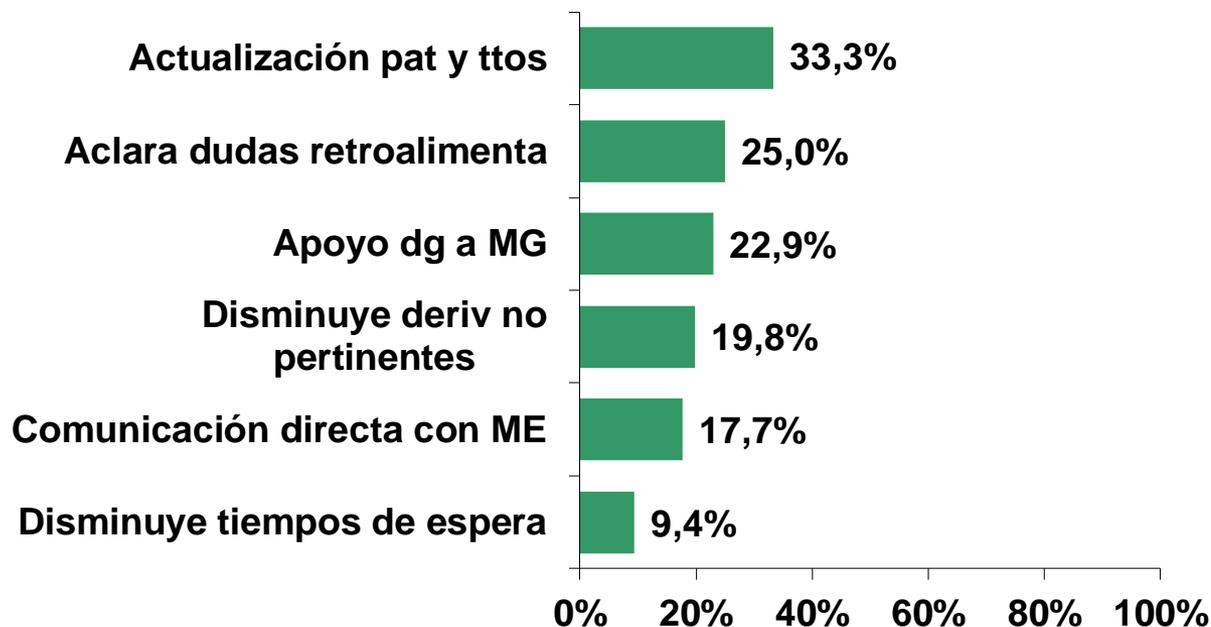
Utilidad de las consultorías virtuales o videoconferencias

n: 99

- Sí
- No
- NS/NR



Motivos de la utilidad de las consultorías virtuales o videoconferencias



n: 96

2.2 Efectividad de las intervenciones: análisis de cambios (comparativo años y redes)

| | Red Intervención | | | Red Control | | | Comparación entre redes | |
|---|------------------|------------------|-----------------------------------|-------------|------------|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | 2015 | 2017 | PR (IC 95%)* | 2015 | 2017 | PR (IC 95%)* | 2015 | 2017 |
| | n(Prev) | n(Prev) | | n(Prev) | n(Prev) | | PR (IC 95%)* | PR (IC 95%)* |
| Coordinación de la información entre niveles de atención | | | | | | | | |
| Intercambian la información del paciente | 18 (10,4) | 26 (14,6) | 1,34 [0,78-2,30] | 18 (10,3) | 15 (8,2) | 0,95 [0,49-1,84] | 1,14 [0,61-2,15] | 1,93 [1,07-3,48] |
| La información es la necesaria | 86 (69,9) | 82 (59,9) | 0,87 [0,73-1,05] | 77 (5,5) | 89 (62,7) | 1,15 [0,94-1,40] | 1,23 [1,02-1,48] | 0,96 [0,80-1,17] |
| Tomán en cuenta esta información | 76 (62,3) | 88 (63,8) | 1,03 [0,85-1,25] | 79 (57,2) | 89 (62,7) | 1,11 [0,92-1,36] | 1,07 [0,88-1,31] | 1,01 [0,85-1,21] |
| Coordinación de la gestión clínica: consistencia | | | | | | | | |
| APS deriva cuando es necesario | 119 (68,8) | 111 (62,4) | 0,94 [0,78-1,04] | 110 (63,2) | 134 (73,6) | 1,11 [0,97-1,27] | 1,07 [0,93-1,23] | 0,86 [0,75-0,97] |
| Repiten los exámenes | 45 (26,0) | 52 (29,4) | 1,17 [0,83-1,65] | 56 (32,0) | 68 (37,2) | 1,18 [0,89-1,58] | 0,78 [0,56-1,09] | 0,78 [0,58-1,04] |
| Están de acuerdo con tratamientos prescritos en el otro nivel | 81 (46,8) | 97 (54,2) | 1,08 [0,92-1,26] | 88 (51,1) | 105 (57,4) | 1,06 [0,90-1,24] | 0,93 [0,79-1,11] | 0,98 [0,84-1,13] |
| Coordinación de la gestión clínica: seguimiento | | | | | | | | |
| ME envían al nivel primario para seguimiento | 98 (56,6) | 114 (64,8) | 1,17 [0,99-1,38] | 99 (56,9) | 109 (59,6) | 1,01 [0,85-1,21] | 0,97 [0,81-1,17] | 1,07 [0,92-1,25] |
| Paciente realiza consulta de seguimiento en APS | 57 (36,1) | 76 (46,9) | 1,37 [1,06-1,79] | 76 (46,9) | 76 (46,1) | 0,99 [0,79-1,25] | 0,74 [0,58-0,96] | 1,00 [0,80-1,24] |
| ME hacen recomendaciones sobre el seguimiento | 69 (40,1) | 96 (53,9) | 1,37 [1,09-1,72] | 80 (46) | 77 (42,1) | 0,90 [0,71-1,14] | 0,87 [0,68-1,10] | 1,25 [1,01-1,55] |
| APS consulta a ME dudas | 22 (12,8) | 30 (16,9) | 1,23 [0,75-2,01] | 20 (11,4) | 19 (10,4) | 0,80 [0,44-1,46] | 1,13 [0,64-2,02] | 1,59 [0,95-2,66] |
| Coordinación entre niveles de atención | | | | | | | | |
| Percepción general de coordinación entre niveles de atención | 46 (26,7) | 78 (43,8) | 0,92 [0,53-1,60] | 50 (28,6) | 76 (41,5) | 1,41 [0,81-2,45] | 1,41 [0,81-2,46] | 0,98 [0,57-1,66] |

2.2 Efectividad de las intervenciones: análisis de cambios (comparativo años y redes)

| | Red Intervención | | | Red Control | | | Comparación entre redes | |
|---|-------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | 2015 | 2017 | PR (IC 95%)* | 2015 | 2017 | PR (IC 95%)* | 2015 | 2017 |
| | n(prev) | n(prev) | | n(prev) | n(prev) | | PR (IC 95%)* | PR (IC 95%)* |
| Factores interaccionales de los profesionales relacionados con la coordinación entre niveles de atención | | | | | | | | |
| Los médicos del primer nivel son los responsables del seguimiento del paciente | 103 (60,2) | 116 (66,3) | 1,05 [0,90-1,23] | 93 (55) | 109 (60,6) | 1,06 [0,89-1,25] | 1,09 [0,91-1,30] | 1,10 [0,96-1,27] |
| Factores organizativos relacionados con la coordinación entre niveles de atención | | | | | | | | |
| Buena relación con los/as médicos/as del otro nivel | 41 (38%) | 44 (42,7%) | 1,08 [0,78-1,50] | 47 (44,3%) | 43 (48,9%) | 1,15 [0,85-1,54] | 0,80 [0,58-1,09] | 0,89 [0,64-1,22] |
| Conocimiento personal de los/as médicos/as del otro nivel | 23 (13,8%) | 21 (12,2%) | 0,73 [0,41-1,28] | 10 (5,9%) | 9 (5%) | 0,77 [0,28-2,10] | 2,88 [1,30-6,37] | 2,61 [1,24-5,51] |
| Confianza en las habilidades clínicas los/as médicos/as del otro nivel | 98 (57,6%) | 106 (60,6%) | 1,02 [0,88-1,19] | 84 (48,3%) | 112 (61,9%) | 1,21 [1,02-1,42] | 1,20 [1,00-1,43] | 1,00 [0,88-1,14] |
| Conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención | | | | | | | | |
| Existencia contra-referencia | 106 (61,3) | 167 (93,8) | 1,48 [1,31-1,66] | 162 (92,6) | 177 (96,7) | 1,04 [0,99-1,08] | 0,68 [0,60-0,77] | 0,96 [0,92-1,01] |
| GPC y protocolos compartidos entre niveles | 125 (72,3) | 158 (88,8) | 1,17 [1,07-1,29] | 101 (57,7) | 128 (76,9) | 1,22 [1,05-1,42] | 1,29 [1,11-1,49] | 1,23 [1,12-1,35] |
| Consultorías presenciales o consultas conjuntas | 71 (41,0) | 103 (57,9) | 1,35 [1,11-1,63] | 68 (38,9) | 100 (54,6) | 1,28 [1,06-1,53] | 1,05 [0,86-1,29] | 1,14 [0,98-1,32] |
| Frecuencia de envío de Ref y CR | 120 (69,4) | 150 (84,3) | 1,21 [1,08-1,35] | 136 (77,7) | 145 (79,2) | 1,00 [0,90-1,11] | 0,89 [0,79-1,01] | 1,06 [0,97-1,17] |
| Frecuencia de recibo de Ref y CR | 98 (57,6) | 115 (64,6) | 1,16 [1,02-1,31] | 120 (68,6) | 126 (68,9) | 1,06 [0,95-1,19] | 0,86 [0,76-0,97] | 0,91 [0,80-1,02] |
| Participa en capacitación sobre uso de GPC y protocolos entre niveles | 58 (46,4) | 79 (50,0) | 1,04 [0,82-1,33] | 38 (37,6) | 61 (48,0) | 1,24 [0,91-1,69] | 1,19 [0,87-1,63] | 0,97 [0,76-1,22] |
| Frecuencia uso teléfono con médico/as del otro nivel para tto pacientes | 16 (26,7) | 8 (15,4) | 0,63 [0,36-1,11] | 21 (27,6%) | 4 (7,1) | 0,64 [0,38-1,06] | 0,93 [0,63-1,36] | 0,87 [0,42-1,78] |

3. Evaluación cualitativa

- Opiniones de los actores sobre el proceso, las intervenciones y su aplicabilidad
- Factores facilitadores y barreras
- Contribuciones a la mejora de la coordinación

2.3. Evaluación cualitativa: Opiniones de los actores sobre el proceso, las intervenciones y su aplicabilidad

| | |
|--|--|
| <p>Proceso de selección, diseño y planificación y de la intervención</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Importancia clave de la etapa de diagnóstico y devolución de resultados de la línea de base. Problema de la Red. • Espacio de diálogo inter-niveles para la suma e intercambio de diversas perspectivas. • Proceso articulado, ordenado y organizado. Sistematización, evaluación retroalimentación, y la elaboración conjunta de materiales para la Red [CCL] • <i>“Las dos iniciativas yo diría parten a ganador porque parten justamente de un trabajo del equipo” [CCL]</i> |
| <p>Intervención implementada</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones fáciles y de bajo costo que logran objetivos de mejora de la coordinación. • Se valora el dinamismo, flexibilidad, creatividad y participación de todos los niveles y su proceso de construcción abierta para la incorporación de cambios, en cuanto a metodología y contenidos. • Visión positiva de utilidad, método y contenido de las intervenciones. |
| <p>Aplicabilidad en otras redes</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Muy aplicable: Se destaca el método participativo. (NO adaptación de intervenciones como “recetas” sino diseño emergente a partir de la detección de necesidades (diagnóstico) y el diálogo conjunto. [CCL] • Identificar líderes claves: personas que comprendan los objetivos y sobretodo el método participativo y motiven a otros a incorporarse. [CCL] • Rol de la Universidad en el establecimiento del diálogo horizontal entre niveles, instalación de la metodología IAP. Valor/Credibilidad de la Academia. |

- **IAP: Proceso abierto, flexible, de participación horizontal, construido colectivamente, que incide en las distintas fases de las intervenciones y que le imprime un sello que continúa percibiéndose hasta el presente.**

2.3. Evaluación cualitativa: : Factores facilitadores y barreras

| | Facilitadores | Barreras |
|---|---|--|
| Relaciona dos con el sistema de salud y sus políticas | <ul style="list-style-type: none"> • Políticas nacionales y locales son coincidentes, sinergia con Estrategia RISS a partir de los Compromisos de gestión. | <ul style="list-style-type: none"> • La lógica y tiempos del método participativo chocan con la cultura y estructura jerárquica del sistema. |
| Relaciona dos con las redes | <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores concretos que apuntan al cumplimiento de compromisos de gestión • Apoyo institucional: clave para la disponibilidad de tiempos y recursos para participar (Ej. bloqueo de agendas, apoyo de directivos a la participación de los CESFAM) • Destaca el interés y la buena disposición a colaborar de parte de, en general, todos los sectores, lo que se traduce en tiempo, compromiso y acogida. | <ul style="list-style-type: none"> • Cultura organizacional que opera de manera fragmentada. • Demanda asistencial, falta de recursos tecnológicos. • Condiciones laborales de los profesionales: poco tiempo disponible para coordinación • Jerarquía al interior del mundo médico frente a estrategia de participación horizontal. • Resistencia inicial al cambio. • Ambición de protagonismo de algunos actores institucionales. [CCL] |

2.3. Evaluación cualitativa: : Contribuciones a la mejora de la coordinación

| | |
|---|--|
| Contribuciones en la mejora de la coordinación entre niveles | <ul style="list-style-type: none">• Generación de vínculos y canales que no existían previamente (puentes inter-niveles entre APS y HSJ)• Comunicación fluida entre niveles, más directa y efectiva.• Se facilita la respuesta frente a las necesidades del otro nivel• Resolución de casos críticos con rapidez,• Construcción de confianza respecto a la circulación de los usuarios en la Red• Aumento en la visibilidad del otro nivel, conocimiento mutuo y sensibilización frente a comunicarse más. |
| Otras contribuciones/cambios en la red | <ul style="list-style-type: none">• Resultados y aprendizajes permean a través de los distintos actores y sus roles otras acciones e iniciativas que contribuyen a la integración de la Red. Ej. Fortalecimiento de la UGRL.• Visión e Identidad de Red, materialización de la Red.• Confianza sobre el trabajo en equipo, instalación de una mirada integradora para quienes participan más activamente [CCL]• Motivación para sumar otros actores (comunas, CESFAM, hospitales) y al mismo tiempo, ha “contagiado” a otros que desean sumarse |

4. Logros y aprendizajes del proceso participativo

Los logros del proceso participativo

Vocación y compromiso con el sistema público – valores transversales

Construcción colectiva: sobre experiencias y aprendizajes adaptación mutua, perfeccionamiento de la intervención; horizontalidad

**Intersubjetividades:
aprendizajes,
significados
compartidos**

Empoderamiento de actores, fortalecimiento de liderazgos en la organización

Diseminación/Expansión: surgimiento de nuevas ideas, prácticas y núcleos de trabajo

Incorporación de nuevos roles y actores

Rol Equipo Investigación



Aprendizajes del proceso: elementos necesarios

- 1. Respaldo institucional:** Comité conductor local, compromiso de autoridades, participación activa de gestores niveles medios, liderazgos.
- 2. Construcción colectiva:** Espacios de reflexión conjunta, metodologías reflexivas, **sistematización, retroalimentación oportuna**, proceso informado, **respeto mutuo y a los acuerdos, flexibilidad** y apertura a la creatividad y a las nuevas ideas.
- 3. Participación:** **Convocatoria e inclusión progresiva por interés**, horarios y lugares que la posibiliten, fortalecimiento de **líderes** del grupo, **apertura** (sumar, no restar), empoderamiento.

Aprendizajes del proceso: elementos necesarios

4. Resguardos: **reconocimiento y respeto** a protagonismos colectivos sobre los individuales, **autoría de grupos...de la red sobre la de una institución.**
5. Influencia sobre modo de trabajo de la red: **Flexibilidad** y apertura para la **construcción** de **nuevos acuerdos** sustentados en **saberes**, prácticas y aprendizajes entre niveles.



¡MUCHAS GRACIAS!

