



MINISTERIO DE SALUD
GABINETE DE MINISTROS

AZJ/ILH/JAA/FPI/JHG



**DICTA INSTRUCCIONES PARA LA GESTIÓN
DE CAMAS Y DERIVACIÓN DE PACIENTE
CRÍTICO EN LA RED INTEGRADA PÚBLICO
- PRIVADA.**

RESOLUCIÓN EXENTA N°

248

SANTIAGO,

11 MAY 2020

VISTO: Lo dispuesto en el Título II del Libro I del Código Sanitario, rotulado: "De las Enfermedades Transmisibles; los artículos 4° N° 14 y 9° del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud que fijó el texto refundido, entre otros, del Decreto Ley N° 2763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469; lo señalado en los artículos 6, 7, 9 y 25 del Decreto Supremo N° 136 de 2004, correspondiente al Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en el decreto N° 4 de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta Alerta Sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV), modificado por el decreto N° 6 y 10 de 2020; la resolución exenta N° 208, de 25 de marzo de 2020, del Ministerio de Salud, que dispone medidas sanitarias que indica por brote de COVID-19; resolución exenta N° 156, de 1 de abril de 2020, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que dispone instrucciones para la coordinación de la red pública y privada de salud por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales; resolución N° 7, de 2019, de Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón; y

CONSIDERANDO:

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.
2. Que asimismo, a esta Secretaría de Estado le corresponde ejercer la rectoría del sector salud y velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
3. Que, como es de público conocimiento, a partir de la segunda quincena de diciembre de 2019 hasta la fecha se ha producido un brote mundial del virus denominado coronavirus-2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) que produce la enfermedad del coronavirus 2019 o COVID -19.
4. Que, con fecha 30 de enero de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, declaró que el brote de COVID-19 constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de conformidad a lo dispuesto en el artículo 12 del Reglamento Sanitario Internacional, aprobado en nuestro país por el decreto N° 230, de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores.
5. Que, el 11 de marzo de 2020 la OMS concluyó que el COVID-19 puede considerarse como una pandemia.
6. Que, el 5 de febrero de 2020, este Ministerio dictó el decreto N° 4 de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta Alerta Sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV). Dicho decreto fue modificado por los decretos N° 6 y N° 10, ambos de 2020 del Ministerio de Salud.

7. Que, el señalado decreto N° 4, en el artículo 2° bis, numeral 10, otorgó a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la facultad de coordinar la Red Asistencial del país, tanto de prestadores públicos como privados.
8. Que, en el uso de dichas facultades fue dictada la resolución N° 156, de 1 de abril de 2020, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que dispuso instrucciones para la coordinación de la red pública y privada de salud por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, las cuales abordaban en términos generales las definiciones y lineamientos para coordinar la red integrada público – privada.
9. Que, no obstante lo anterior, corresponde dictar un acto administrativo con las instrucciones para implementar y operativizar la referida coordinación en cuanto a dotaciones de camas, condiciones clínicas y derivaciones a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) y traslado secundario de pacientes.
10. Por lo anteriormente expuesto, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **APRUÉBASE** en carácter de protocolo de derivación y atención de salud, el documento para la Gestión de Camas y la Gestión de Derivación del Paciente en la Red Integrada Público – Privada con ocasión de la enfermedad COVID-19, cuyo texto consta de 27 páginas y se adjunta a la presente resolución.
2. **PUBLÍQUESE** por la Unidad de Gestión de Camas Críticas, el texto íntegro del documento y el de la presente resolución en el sitio <https://www.gob.cl/coronavirus/documentos/>, a contar de la total tramitación de esta última.
3. **INSTRÚYASE** la actualización del documento que por este acto se aprueba, según la evolución epidemiología de la pandemia, la aparición de nueva evidencia científica o requerimientos de la red, la cual será aprobada mediante resolución y publicada de acuerdo a lo señalado en el numeral anterior.
4. **REMÍTASE** un ejemplar del documento que por este acto se aprueba, a los Servicios de Salud del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



Jaime Mañalich Muxi
DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Jefa de Gabinete Ministro de Salud
 - Jefe de Gabinete Subsecretario de Salud Pública
 - Directores de los Servicios de Salud del país
 - Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país
 - Jefe de División Prevención y Control de Enfermedades
 - División Jurídica
 - Oficina de Partes
-

GESTIÓN DE CAMAS
EN LA RED INTEGRADA PÚBLICO – PRIVADA
Y
GESTIÓN DE DERIVACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

2020

Subsecretaría de Redes Asistenciales

División de Gestión de la Red Asistencial





Documento elaborado por la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, perteneciente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud. Versión N° 1 del 16 de abril de 2020.

Documento sujeto a evaluación según dinámica de la pandemia, aparición de nueva evidencia científica y/o requerimientos de la red.





TABLA DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	4
	PROPOSITO	4
	ALCANCE	5
	DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CENTRALIZADA DE CAMAS	5
II.	IMPLEMENTACIÓN DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA EN PRESTADORES PÚBLICOS Y PRIVADOS PARA LA GESTIÓN DE CAMAS Y DERIVACIÓN DE PACIENTES.....	7
	1. OBTENCIÓN DE DATOS, COTEJO DE INFORMACIÓN Y MONITOREO DE LA DOTACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE CAMAS DE LA RED INTEGRADA PÚBLICO-PRIVADA	7
	2. MODELO DE GESTIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO A TRAVÉS DE LA UGCC.....	11
	3. OTRAS CONSIDERACIONES RELEVANTES	17
	4. SITUACIONES ESPECIALES	18
	5. TRASLADO SECUNDARIO	16
III.	ANEXOS	17



I. INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019, la Oficina de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de China fue informada de la presencia de casos de neumonía, de etiología desconocida y detectada en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei de China. El 7 de enero de 2020 las autoridades de China informaron la identificación de un nuevo tipo de coronavirus.

Posteriormente Japón y Corea reportaron casos el 15 y 20 de enero, respectivamente, asociados con el brote de China. Rápidamente, este brote se propagó a otros países, por lo que, con fecha 30 de enero de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud, declaró que el brote de COVID-19 constituía una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de conformidad a lo dispuesto en el artículo 12 del Reglamento Sanitario Internacional, aprobado en nuestro país por el decreto N° 230, de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores. Consecutivamente el 11 de marzo de 2020 la OMS concluyó que la enfermedad infecciosa COVID-19 podía considerarse como una pandemia.

Para el 16 de abril la OMS reporta que existen en el mundo 210 países o territorios que han presentado casos de COVID-19 dentro de sus fronteras, así mismo, a nivel mundial, 1.991.562 personas han sido confirmadas con la enfermedad y 130.885 personas han fallecido.

En Chile se estableció un Plan de acción COVID-19 donde se decretó Alerta Sanitaria a inicios del mes de febrero, otorgando a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la facultad de coordinar la Red Asistencial del país, tanto de prestadores públicos como privados. Así mismo, se determinaron los lineamientos y definiciones para el ejercicio de la referida facultad, en Resolución exenta N° 156 del 01 de abril del 2020.

El presente documento describe cómo implementar los lineamientos establecidos en dicha Resolución Exenta, respecto de sus numerales, cinco, sobre las dotaciones de camas y seis, sobre las condiciones clínicas, derivaciones a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) y traslado secundario de pacientes.

PROPOSITO

El propósito del presente documento es informar en relación a los siguientes temas:

1. Forma de registro de las camas públicas y privadas en el sistema informático de la UGCC, por parte de los respectivos establecimientos.
2. Monitorización de la oferta de dotación de camas públicas y privadas, con énfasis en camas críticas con ventilación mecánica para paciente adulto.
3. Modelo de gestión de derivación del paciente crítico, a través de la UGCC.
4. Forma de realizar los traslados secundarios a nivel nacional.



ALCANCE

El presente documento está dirigido a profesionales y personal de salud, de la red integrada de prestadores públicos y privados, involucrados en los procesos de gestión de camas, hospitalización de pacientes, hospitalización en unidades de cuidado crítico y traslado secundario de pacientes.

Para efectos de esta Resolución:

Se define prestador privado como:

Prestador privado para la atención cerrada: Clínicas y demás establecimientos de salud privados, con o sin convenio de colaboración o de otro tipo con la red pública de salud, en que se preste atención cerrada para ejecutar acciones de recuperación y rehabilitación a personas enfermas, incluyendo Hospitales de mutualidades, Fundaciones y centros privados de diagnóstico, tratamiento, investigación y docencia (Fundaciones e Institutos); con sus respectivos laboratorios, ambulancias u otros vehículos adaptados para atención extra-hospitalaria. Además, para estos efectos se consideran los establecimientos de salud pertenecientes a Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública.

Prestador privado para la atención abierta: Centros asistenciales privados, con o sin convenio de colaboración o de otro tipo con la red pública de salud, que sólo otorgan atención de tipo ambulatoria, sin pernoctación de pacientes, tales como: centros de mediana y alta complejidad que cuentan con consultas médicas, salas de procedimientos, y unidades de apoyo diagnóstico terapéutico, laboratorios privados, ambulancias u otros vehículos adaptados para atención extra-hospitalaria.

DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CENTRALIZADA DE CAMAS

La Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), es una unidad dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (MINSAL).

La UGCC se encarga de apoyar la derivación de pacientes que requieren cama en un establecimiento público; monitorear diariamente las unidades de emergencia hospitalarias respecto de la demanda de cama y las dotaciones de camas a nivel nacional.

Es una estrategia que vincula la oferta de camas, con la demanda no satisfecha de los distintos establecimientos públicos de salud del país y que coordina las derivaciones, desde un establecimiento a otro, donde existe la disponibilidad y capacidad resolutive para atender al paciente.

Dicha estrategia se realiza a través de un sistema informático, <http://ugcc.minsal.cl>, siendo un software en línea, de acceso vía web, al cual se ingresa a través de diferentes perfiles, de acuerdo con las distintas responsabilidades respecto del proceso de gestión y operación de la información de la demanda, la oferta y las derivaciones.

La gestión de derivación es un proceso sistematizado que permite la descripción de las gestiones asociadas al caso; el sistema permite la identificación de cada caso con un número único (ID), el cual pasa por los principales hitos administrativos y clínicos, los cuales se encuentran documentados, con el fin de lograr la trazabilidad del caso desde la creación hasta el cierre de este.

El sistema informático de la UGCC se encuentra integrado con el sistema de pago de FONASA, esta automatización del proceso de atención asociado al pago, permite simplificar la comunicación entre FONASA y prestadores, eliminar los respaldos físicos (papel) involucrados en los procesos, reducir los tiempos de pago e incorporar la facturación electrónica, logrando optimizar los procesos administrativos de los convenios.



Todo el proceso de gestión es realizado y supervisado 24/7 por un equipo de profesionales de salud, el cual está compuesto por 25 personas, y de acuerdo a las funciones se divide en dos: Equipo coordinador, conformado por 5 profesionales y equipo de gestión operativa conformado por 20 profesionales, de los cuales 17 son del área de la salud (médicos y enfermeros) que desempeñan su trabajo de gestión de casos en sistema de turnos, 3 profesionales desempeñan sus funciones de gestión administrativa en horarios diurno (1 enfermera y 2 de otras áreas).

En el equipo de gestión operativa existe una segmentación de rol, de acuerdo al tipo de gestión que se realice, es decir, gestión de los pacientes en contexto de Ley de urgencia o la gestión de pacientes en contexto de gestión de camas, los que son derivados desde hospitales hacia prestadores resolutivos, priorizando de la siguiente manera: prestadores públicos, prestadores en convenio con FONASA o prestadores sin convenio.

La UGCC está en constante interacción con los referentes de gestión de camas de los servicios de salud y hospitales de la Red pública, referentes de gestión de camas de prestadores privados por convenios o por pacientes Ley de urgencia, para la ejecución de las gestiones ya descritas.

Los perfiles de usuario (para el ingreso) están creados según las diferentes competencias y cumplen diversas funciones de acuerdo con el tipo de establecimiento (público o privado), también existen perfiles para los 29 Servicio de Salud, FONASA y Superintendencia de Salud. Para la creación de un nuevo usuario, en el caso de establecimientos ver Anexo N°: 1.



- Para camas UCI-UTI, el registro debe ser cada vez que la cama cambie de estado (ocupada, disponible, complejizada, complejizada adicional, fuera de servicio).

Lo anterior, debe ser realizado en base al instructivo de funcionamiento del módulo de camas de la UGCC de abril de 2020, cuyo link es el siguiente <https://ugcc.minsal.cl/>. Mayor información al respecto, se puede encontrar en Anexo N° 1 del presente documento.

Para efectos de registros de camas en el sistema informático de la UGCC, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- **Camas de Dotación:** Camas de capacidad instalada base, que tienen en continuo funcionamiento en el establecimiento y que en el escenario ideal debiesen coincidir con la autorización sanitaria. Esta información se cargó de manera masiva en el módulo, es decir, de visualización predefinida, la cual debe ser revisada y confirmada por el prestador.
- **Camas Fuera de Servicio¹ (No habilitada):** Es la cama bloqueada. Dicho bloqueo puede ser por diversos motivos, aislamiento, falta de personal o equipamiento, mantención u otro.
- **Camas Complejizadas:** Es la cama de dotación a la cual se le cambia su nivel de cuidado hacia uno superior, es decir, mayor nivel de complejidad, por un periodo determinado de tiempo.
- **Camas Adicionales por complejización:** Cama sumada a la dotación actual, cuyo origen es un área clínica de menor nivel de cuidados, es decir de menor complejidad, lo que resulta en el incremento de las camas complejizadas. En el módulo informático se reflejará en la visualización de destino.
- **Camas Adicionales (Habilitadas):** Son las camas implementadas, extras a la dotación de camas del establecimiento. En el módulo informático se requiere de su registro a medida que se vayan implementando.
- **Camas Reservadas:** Cama hospitalaria destinada a ser ocupada por un paciente en traslado.
- **Camas Disponibles:** Cama que se encuentra en condiciones de recibir a un paciente, es decir, libre y sin uso de paciente. En el módulo este dato se calcula de manera automática.
- **Camas Totales Habilitadas:** Es la suma de las camas de dotación, camas adicionales y adicionales por complejización.
- **Número de pacientes en espera de cama crítica (UCI y UTI):** Es el número total de pacientes en espera de cama crítica, UCI (cuidado intensivo), UTI (cuidado intermedio) y que dicha cama no ha sido asignada, ni reservada.

En caso de que el registro no esté actualizado se llamará desde la UGCC diariamente, al responsable asignado por el prestador. La no actualización de la información podría ser sancionada conforme a lo dispuesto en el Título X del Código Sanitario.

1.3. OPTIMIZACIÓN MODULO DE CAMAS PRESTADORES PÚBLICOS

El prestador público deberá registrar de la siguiente manera:

- Para camas básicas y medias deberá registrar el estado de sus camas como mínimo dos veces al día (10:00 y 15:00 horas), en el sistema informático de la UGCC.

¹ La Resolución Exenta N° 156, establece en su numeral 5.3. Se deberá hacer la apertura de camas existentes actualmente y que se encuentren bloqueadas por causales administrativas, habilitándolas con todos los recursos necesarios para su funcionamiento. Al completar dicha apertura, se deberán incluir las camas adicionales, en la dotación de camas informada en el sistema informático de la UGCC. Por lo que se deben extremar medidas para no tener camas bloqueadas en el establecimiento.



II. IMPLEMENTACIÓN DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA EN PRESTADORES PÚBLICOS Y PRIVADOS PARA LA GESTIÓN DE CAMAS Y DERIVACIÓN DE PACIENTES

1. OBTENCIÓN DE DATOS, COTEJO DE INFORMACIÓN, MONITOREO DE LA DOTACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE CAMAS DE LA RED INTEGRADA PÚBLICO-PRIVADA

El propósito de esta estrategia es obtener información completa, oportuna y fidedigna, en línea, de la red integrada de prestadores públicos y privados; para lo cual se creó en el sistema informático de la UGCC:

- A. Módulo de COVID-19, en el cual la totalidad de prestadores deben informar los casos confirmados
- B. Registro de camas para prestadores privados.
- C. Optimización del módulo de camas de prestadores públicos.

Con la información obtenida de estas tres fuentes, el sistema informático de la UGCC realizará un cotejo de la oferta de camas públicas y privadas, y la ocupación de cama por paciente, con el fin de conocer la disponibilidad de camas y camas ocupadas del país. Este análisis se focalizará en las camas críticas con ventilación mecánica.

Para la realización de esto, el prestador público y privado deberá:

- Informar diariamente, su oferta real, en forma oportuna y de acuerdo con la dinámica de uso, para que el Ministerio conozca la ocupación de pacientes por COVID-19 y disponibilidad efectiva de camas.
- Informar la capacidad de cuidado crítico y manejo de falla ventilatoria catastrófica con manejo ECMO.
- Informar diariamente el número de camas complejizadas y el número de camas nuevas abiertas.
- Asignar un responsable por establecimiento que entregue la información, de comunicación continua y directa.
- Asignar un responsable por establecimiento para el registro de los pacientes COVID-19.

1.1. MODULO COVID-19

En el contexto de alerta sanitaria por Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por enfermedad infecciosa por COVID-19 se generó desde la División de Gestión de la Red Asistencial este módulo para monitorizar y dar seguimiento a los casos confirmados con infección por el virus SARS-CoV-2; con el fin de realizar análisis del comportamiento asistencial de la red integrada de salud (pública y privada) y para la oportuna toma de decisiones, respecto del contexto nacional actual.

Para la completitud del registro se ha generado acceso a la totalidad de prestadores públicos, incluida la atención primaria, la cual es canalizada a través de su Servicio de Salud respectivo, a grandes laboratorios para el registro de los confirmados con atención ambulatoria y a prestadores privados con atención hospitalaria.

El instructivo de utilización de este módulo está contenido en el módulo COVID-19 y se encuentra en actualización constante de acuerdo con los requerimientos y mejoras que se desarrollen. El enlace y como acceder se encuentra en Anexo N°: 1.

1.2. REGISTRO EN MODULO DE CAMAS COVID-19 PRESTADORES PRIVADOS

El prestador privado deberá registrar la información de la siguiente manera:

- Para camas básicas y medias deberá registrar el estado de sus camas como mínimo dos veces al día (10:00 y 15:00 horas), en el sistema informático de la UGCC.



- Para camas UCI-UTI, el registro debe ser cada vez que la cama cambie de estado (ocupada, disponible, complejizada, complejizada adicional, fuera de servicio).

Lo anterior, debe ser realizado en base al instructivo de funcionamiento del módulo de camas de la UGCC año 2017 y en el instructivo de uso del módulo de camas compromiso COVID19 de abril de 2020, cuyo link es el siguiente <https://ugcc.minsal.cl/> Mayor información al respecto se puede encontrar en el Anexo N° 1.

Para efectos de registros de camas en el sistema informático de la UGCC que forman parte del compromiso COVID19 de cada Servicio de Salud, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- **Camas de Dotación:** Camas de capacidad instalada base, que tienen en continuo funcionamiento en el establecimiento y que en el escenario ideal debiesen coincidir con la última Resolución Exenta informada a la DIGERA. Esta información se cargó de manera masiva en el módulo, es decir, es de visualización predefinida.
- **Camas Fuera de Servicio² (No habilitada):** Es la cama bloqueada. Dicho bloqueo puede ser por diversos motivos, aislamiento, falta de personal o equipamiento, mantención u otro.
- **Camas Disponibles:** Corresponde a una cama que se encuentra en condiciones de recibir a un paciente, es decir, libre y sin uso de paciente. En el módulo este dato se calcula de manera automática.
- **Camas Complejizadas:** Es la cama de dotación a la cual se le cambia su nivel de cuidado hacia uno superior, es decir, complejidad, por un periodo determinado de tiempo. En el módulo el dato es de registro.
- **Camas Adicionales por complejización:** Cama sumada a la dotación actual, cuyo origen es un área clínica de menor nivel de cuidados, es decir de menor complejidad, lo que resulta en el incremento de las camas complejizadas. En el módulo informático se reflejará en la visualización de destino.
- **Camas Habilitadas (Adicionales):** Cama implementada, extras a la dotación de camas del establecimiento.
- **Camas Reservadas:** Cama hospitalaria destinada a ser ocupada por un paciente en traslado.
- **Compromiso:** Se refiere a los acuerdos de cada uno de los establecimientos respecto de la complejización de camas y/o habilitación de camas nuevas por contingencia COVID-19.
- **Camas Totales Habilitadas:** Es la suma de las camas de dotación, camas habilitadas (adicionales), adicionales por complejización, camas de compromiso y camas de campaña de invierno.
- **Unidad funcional:** Existen 29 unidades funcionales actualmente. Ejemplos: Área Médica Adulto Cuidados Básicos, Área Médico Quirúrgico Cuidados Básicos, Área Médica Adulto Cuidados Medios, Área Médico Quirúrgico Cuidados Medios.

En caso de que el registro no está actualizado se llamará desde la UGCC diariamente, al responsable designado por el prestador. La no actualización de la información podría ser sancionada conforme a lo dispuesto en el Título X del Código Sanitario junto con sanciones disciplinarias, en caso que corresponda.

1.4. GESTIÓN DE CAMAS EN LA COORDINACIÓN DE LA RED INTEGRADA PÚBLICA Y PRIVADA

² La Resolución Exenta N° 156, establece en su numeral 5.3. Se deberá hacer la apertura de camas existentes actualmente y que se encuentren bloqueadas por causales administrativas, habilitándolas con todos los recursos necesarios para su funcionamiento. Al completar dicha apertura, se deberán incluir las camas adicionales, en la dotación de camas informada en el sistema informático de la UGCC. Por lo que se deben extremar medidas para no tener camas bloqueadas en el establecimiento.



Para efectos de la implementación de la coordinación de prestadores públicos y privados, los prestadores de salud privados se incorporarán a la red del Servicio de Salud que corresponda, de acuerdo a la ubicación geográfica del prestador dentro del territorio asignado al Servicio de Salud.

La integración anterior se realiza con el fin de asegurar la atención en salud. La organización de la red radica en los directores de los Servicios de Salud, y por ende, estos últimos toman un rol de liderazgo para la coordinación. Los establecimientos de salud privados deberán cumplir con los protocolos y ordinarios emanados por el Ministerio de Salud.

Se requiere por parte del Servicio de Salud que se revise la cartera y capacidad resolutive de los prestadores privados, teniendo en cuenta los servicios de apoyo, para que se organicen flujos de atención de los pacientes que requieren hospitalización de cuidados básicos y medios.

Debido a la diversidad de oferta pública-privada a nivel nacional y las diferencias de capacidad resolutive de los prestadores, que genera disparidades en los 29 Servicios de Salud del país, los establecimientos públicos y privados asumirán la atención de los pacientes de cuidado crítico, con la intermediación de la UGCC para el traslado de los casos donde se exceda la oferta de camas y capacidad resolutive, recurriendo a macro-redes, redes de alta complejidad y convenios ya establecidos, posteriormente, de acuerdo a los lineamientos descritos en el presente documento en numeral dos, Modelo de gestión de derivación del paciente crítico a través de la UGCC.

Para poder ejercer su rol coordinador los Servicios de Salud podrán conocer y monitorear la información de los prestadores públicos y privados, concerniente a dotaciones de cama y pacientes COVID-19, a través del sistema informático de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC).

Por su parte, los directores de Servicios de Salud designarán a un encargado para que asista a los establecimientos de salud privados integrados a su red, con el fin de revisar y verificar el cumplimiento de la aplicación de las indicaciones del Ministerio de Salud en cuanto a la información y habilitación de camas. En relación a esto, en el Anexo N° 2 se encuentra una lista de chequeo de apoyo.



2. MODELO DE GESTIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO A TRAVÉS DE LA UGCC

Para el trabajo en el contexto de alerta sanitaria, la UGCC funcionará con su equipo de continuidad más un nuevo equipo de coordinación de gestión clínica para el paciente COVID-19, compuesto por enfermeras de seguimiento de paciente crítico por enfermedad COVID-19 y médico regulador UGCC, el cual será liderado por el Dr. Francisco Pizarro en su rol de Coordinador de Gestión Clínica Nacional.

La UGCC será la encargada de realizar el seguimiento y monitoreo de camas de la red integrada, en sus diferentes niveles de organización (Anexo N° 3):

- Nivel 1: Establecimientos prestadores, Hospitales y Clínicas con Unidades de Paciente Crítico UPC.
- Nivel 2: Los 29 Servicio de Salud
- Nivel 3: Las 16 Regiones del país
- Nivel 4: Las 6 Macro-regiones
- Nivel 5: Nacional

El monitoreo se realizará midiendo la saturación de ocupación y disponibilidad de cama del sistema de salud del nivel más micro al macro, es decir del nivel 1 al nivel 5, generando acciones de acuerdo con cada nivel de saturación/disponibilidad, así como también en los contextos regionales y/o macro-regionales.

Diariamente se realizarán dos cortes: a las 11:00 y a las 17:00 horas para dicho monitoreo y de acuerdo con esto, el Coordinador de Gestión Clínica Nacional se contactará con los Directores de Servicios de Salud, para establecer las estrategias a realizar como:

- Traslado de pacientes entre distintas instituciones.
- Traslado de equipos.
- Traslado de personal.
- Otras estrategias que genere la autoridad.

2.1. GESTIÓN DE DERIVACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

Una de las estrategias para resolver la situación de saturación/disponibilidad de cama, es la derivación de paciente crítico con la intermediación de la UGCC, para lo cual se establecieron dos tipos de gestión:

GESTIÓN DE DERIVACIÓN PROACTIVA	GESTIÓN DE DERIVACIÓN REACTIVA
Implica la generación de estrategias por parte de la UGCC, de acuerdo con los resultados de saturación de la red y de la disponibilidad de camas, con el objetivo de anticiparse a situaciones de colapso en alguno de los cinco niveles de la organización.	Es la gestión de derivación a través de la UGCC como respuesta a la necesidad de solicitud de derivación del caso a caso que se genere por algún establecimiento de la red integrada. Es decir, es el proceso de continuidad y habitual derivación que realiza la UGCC.

Con el fin de poder determinar cómo realizar la gestión de derivación del paciente crítico, se estableció una **medida de alerta**, asociada a la disponibilidad de cama crítica de adulto de la red integrada, la cual permite determinar puntos de corte para identificar tres **etapas** diferentes en la gestión de derivación del paciente crítico.

La metodología del uso de la medida de alerta se encuentra en el Anexo N°4.

ETAPAS DE GESTIÓN:

Al aplicar la medida de alerta en la dotación total de camas críticas adulto de la red integrada (públicas + privadas), se determinará la disponibilidad de camas UCI del país, estableciendo tres etapas, las cuales tendrán diferentes criterios para la gestión de derivación de los pacientes críticos.

Estas etapas se pueden establecer en los cinco niveles de organización y para definir la gestión de derivación, se realizará desde el nivel 2 de Servicios de Salud.

ETAPAS PARA LA GESTIÓN DE DERIVACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO		
ETAPA	ALERTA DE DISPONIBILIDAD DE CAMA CRÍTICA ADULTO	CRITERIOS PARA LA GESTIÓN DE LA DERIVACIÓN
I	<p>Con más del 35% (Disponibilidad sumada pública y privada)</p> <p>(Saturación de ocupación menor a 65%)</p>	<p>*Paciente FONASA: Se gestiona a través de la UGCC y se privilegia el prestador público, convenios por ranking, convenios y/o acuerdos de colaboración público-privado.</p> <p>*Paciente ISAPRE: Se gestiona por su respectiva ISAPRE, al ser informada por el prestador donde se encuentra, se prioriza la red de prestadores o prestadores en convenio.</p> <p>NOTA: Entendiendo que la oportunidad de atención es lo más relevante en la gestión de derivación, en caso que la ISAPRE no dé respuesta a la gestión de derivación, la UGCC tomará el caso.</p>
II	<p>Del 35 -20% (Disponibilidad sumada pública y privada)</p> <p>(Saturación de ocupación entre el 65-80%)</p>	<p>*Paciente FONASA e ISAPRE que se encuentra en hospital público, es gestionado por la UGCC.</p> <p>*Paciente FONASA que se encuentra en establecimiento privado, es gestionado por la UGCC.</p> <p>*Paciente ISAPRE COVID-19 (+) que se encuentra en establecimiento privado, es gestionado por la UGCC.</p> <p>*Paciente ISAPRE NO COVID-19 que se encuentra en establecimiento privado, es gestionado por su respectiva ISAPRE, y en caso de requerir ayuda, la ISAPRE se deberá comunicar con la UGCC.</p> <p>*Se privilegia la derivación del paciente FONASA público y privado en convenio sin usar ranking.</p> <p>*Se privilegia la derivación del paciente ISAPRE a prestador privado, según disponibilidad de cama.</p> <p>*Se ubica al paciente por requerimiento de cama según nivel de atención que requiera y prestadores con disponibilidad. Dado que los prestadores son parte de la red integrada, deben priorizar la entrega de la cama a la UGCC.</p>
III	<p>Con menos del 20% (Disponibilidad sumada pública y privada)</p> <p>(Saturación de ocupación mayor a 80%)</p>	<p>*UGCC gestiona paciente FONASA e ISAPRE, indistintamente.</p> <p>*Se ubica al paciente por requerimiento de cama según nivel de atención que requiera y prestadores con disponibilidad.</p> <p>*Se prioriza los pacientes de acuerdo con los contextos y complejidad clínica.</p>

En el Anexo N°: 5 encontraran el resumen esquemático de las etapas de gestión de derivación del paciente crítico.

CONSIDERACIONES PARA LA ETAPA I: Identificada con el color verde, en esta coexisten diferentes roles en la gestión de derivación del paciente crítico. La aplicación de criterios para la gestión de derivación se realiza de acuerdo con el uso del monitoreo de saturación/disponibilidad desde el nivel 2 de organización (Ver Anexo N° 5).

1. El tiempo promedio de gestión de derivación³ debe ser el más oportuno y eficiente y lo debe cumplir la UGCC e ISAPRES.
2. Si se requiere de un traslado por falta de capacidad resolutive, el prestador deberá generar todas las instancias posibles para la atención, adquiriendo servicios o gestionando dicho traslado.
3. Cada Servicio de Salud establecerá un referente médico, quien apoyará la revisión de criterios clínicos para la derivación de pacientes a derivar desde los hospitales de su red a otra red.
4. El paciente FONASA en modalidad de atención institucional MAI que se encuentra en prestador público, será gestionado por el equipo de gestión de camas de la UGCC y el paciente FONASA MAI que se encuentra en prestador privado, será gestionado por el equipo de Ley de urgencia o gestión de camas de la UGCC, según corresponda.
5. Los pacientes ISAPRE en prestador público o privado deben ser gestionados con su respectiva aseguradora.
6. El móvil de traslado debe ser gestionado por el prestador que deriva en el caso del paciente FONASA o la respectiva ISAPRE.
7. Los pacientes que son parte de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública, serán gestionados de acuerdo a su red de prestadores, por referentes designados de sus propias instituciones.

CONSIDERACIONES PARA LA ETAPA II: Esta etapa se identifica con el color amarillo, la gestión de derivación del paciente crítico se orienta a disminuir la coexistencia de roles. La aplicación de criterios para la gestión de derivación se realiza de acuerdo al uso del monitoreo de saturación/disponibilidad desde el nivel 2 de organización (Ver Anexo N° 5)

1. El tiempo promedio de gestión de derivación debe ser el más oportuno y eficiente y lo debe cumplir la UGCC e ISAPRES.
2. El paciente FONASA e ISAPRE que se encuentra en prestador público será gestionado por el equipo de gestión de camas de la UGCC y el paciente FONASA MAI (modalidad de atención institucional) y MLE (modalidad libre elección) que se encuentra en prestador privado será gestionado por el equipo de Ley de urgencia de la UGCC.
3. El médico regulador de la UGCC validará el traslado de los pacientes con diagnóstico de COVID-19.
4. El móvil de traslado debe ser gestionado por el prestador que deriva en el caso del paciente FONASA o la respectiva ISAPRE.
5. Los pacientes que son parte de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública, serán gestionados de acuerdo a su red de prestadores, por referentes designados de sus propias instituciones.

CONSIDERACIONES PARA LA ETAPA III: Se identifica con el color rojo. En esta, la gestión de derivación del paciente crítico a nivel nacional es centralizada en la UGCC y la valida un médico regulador de esta Unidad en contexto al escenario país. La aplicación de criterios para la gestión de derivación se realiza de acuerdo con el uso del monitoreo de saturación/disponibilidad desde el nivel 2 de organización (Ver Anexo N° 5).

1. El tiempo promedio de gestión de derivación debe ser el más oportuno y eficiente y lo debe cumplir la UGCC.
2. La responsabilidad de la atención clínica radica en el establecimiento donde se encuentra el paciente.
3. Los médicos reguladores de la UGCC designarán el prestador al cual se derivará el paciente, de acuerdo con el contexto clínico, la comunicación realizada con el médico que atiende y al escenario de disponibilidad de camas.
4. La UGCC informará al SAMU el establecimiento derivador y receptor. Por su parte, el SAMU designará la flota que realizará dicho traslado.
5. Los pacientes que son parte de las Fuerzas armadas y de orden, serán gestionados de acuerdo a su red de prestadores por referentes designados de sus propias instituciones y en caso de requerir apoyo los gestionará la UGCC.

³ El tiempo promedio de gestión de derivación se define como el periodo entre el conocimiento del caso por parte de la UGCC o la ISAPRE y la asignación de cama en el prestador de destino.



6. En esta etapa se utilizarán otro tipo de estrategias para lograr la disponibilidad de camas, a partir de pacientes que NO tienen diagnóstico de COVID o de otras complejidades.

2.2. GESTIÓN DE DERIVACIÓN DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19

Para todas las etapas de gestión se establecieron 2 niveles de atención de cuidado crítico diferenciado a partir de la capacidad resolutoria. Lo anterior, con el fin poder ubicar de la mejor manera al paciente respiratorio de acuerdo con sus requerimientos clínicos y capacidad resolutoria del paciente.

NIVELES DE ATENCIÓN DE CUIDADO CRÍTICO EN PRESTADOR PÚBLICO Y PRIVADO	
NIVEL DE ATENCIÓN DE CUIDADO CRÍTICO	CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN
1. Muy alta complejidad	Cama crítica con respaldo de ECMO
2. Alta complejidad	Cama crítica sin respaldo de ECMO

Todas las unidades de cuidado crítico, de muy alta complejidad y de alta complejidad deben contar con: Terapias de remplazo renal, unidad o banco de sangre, laboratorio clínico 24/7, servicio de scanner 24/7, para la atención de paciente. Este servicio puede ser propio o en convenio.

Para la derivación a establecimiento de “Muy alta complejidad por requerimiento de ECMO” se procederá de la siguiente forma:

1. Se aplicará el protocolo de derivación a ECMO por falla Respiratoria catastrófica vigente del Ministerio de Salud.
2. En caso de discrepancias se realizará una conferencia de comité clínico entre el médico del centro derivador, el médico del centro receptor y el médico regulador de la UGCC donde se establecerá como proceder.

2.3. GESTIÓN DEL PACIENTE QUE NO TIENE DIAGNÓSTICO DE COVID-19

Es necesario se resguarden servicios de apoyo para la atención crítica de otras patologías, como: pabellón de hemodinamia, pabellón quirúrgico, pabellón de trombectomía.

Únicamente para la **Etapa III** en la Región Metropolitana, se privilegiarán las derivaciones a través de UGCC, de otras condiciones críticas del adulto, hacia establecimientos con manejo especializado, de acuerdo con la red de alta complejidad de la red pública y al prestador privado resolutorio en ranking de mayor a menor disponibilidad según los monitoreos de saturación/disponibilidad de las 11:00 y 17:00 horas.

TIPO DE MANEJO ESPECIALIZADO DE EMERGENCIA	PRESTADOR
Neurológico y neuroquirúrgico -Trombectomía	Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo Prestador privado resolutorio en ranking de mayor a

-Trombólisis	menor disponibilidad.
Cardiología y Cardiocirugía -Trombólisis -Hemodinamia	Instituto Nacional del Tórax Prestador privado resolutorio en ranking de mayor a menor disponibilidad.
Oncología Hemato-Oncología	Instituto Nacional del Cáncer Prestador privado resolutorio en ranking de mayor a menor disponibilidad.
Gran Quemado	Hospital de Urgencia Asistencia Pública Prestador privado resolutorio en ranking de mayor a menor disponibilidad.
Traumatología huesos largos	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer Prestador privado resolutorio en ranking de mayor a menor disponibilidad.
Politrauma	Hospital de Urgencia Asistencia Pública Prestador privado resolutorio en ranking de mayor a menor disponibilidad.
Trauma Ocular	Hospital Del Salvador Prestador privado resolutorio en ranking de mayor a menor disponibilidad.

Para la gestión de derivación en regiones, cada Servicio de Salud priorizará el uso de la Red público-privada acudiendo a las macro-redes y redes de alta complejidad en caso de ser necesario. Se insiste que en caso de requerir traslado secundario de pacientes FONASA a prestadores privados, estos deberán ser gestionados a través de la UGCC.

3. OTRAS CONSIDERACIONES RELEVANTES

- Las gestiones de derivación de camas medias o básicas que realicen los Servicios de Salud, desde hospitales públicos a prestadores públicos o privados, deben ser registradas en la UGCC, a través de la entrega de una planilla Excel, la cual se cargará con la totalidad de pacientes al sistema informático. Dicha planilla deberá contener: Servicio de Salud, Hospital de origen, RUN, Nombre completo, tipo de destino, establecimiento de destino, tipo de cama, tipo de paciente, diagnóstico, fecha de derivación, hora de derivación, COVID-19 positivo, sospecha o negativo. El envío será una vez al día, en la jornada de la mañana, de los casos de las últimas 24 horas del día anterior, con corte a las 8:00 horas, a los correos electrónicos ugcc@minsal.cl, maureen.gold@minsal.cl, karina.guzman@minsal.cl. La señalada planilla de registro de derivaciones está contenida en el Anexo N° 6.
- Las gestiones de derivación entre hospitales del mismo servicio de salud que se realicen, independiente de la cama, deben ser registradas en la UGCC, a través de la entrega de una planilla Excel, la cual se cargará con la totalidad de pacientes al sistema informático. Dicha planilla deberá contener: Servicio de Salud, Hospital de origen, RUN, Nombre completo, tipo de destino, establecimiento de destino, tipo de cama, tipo de paciente, diagnóstico, fecha de derivación, hora de derivación, COVID-19 positivo, sospecha o negativo. El envío será una vez al día, en la jornada de la mañana, de los casos del día anterior, últimas 24 horas, cortes 8:00 am a 8:00 am del día siguiente, a los correos electrónicos ugcc@minsal.cl, maureen.gold@minsal.cl, karina.guzman@minsal.cl. Anexo N°: 6.
- Para la atención de pacientes no críticos y en caso de que las condiciones clínicas lo permitan, se privilegiará la atención con servicios de hospitalización domiciliaria. Lo anterior para pacientes FONASA con programa de hospitalización domiciliaria local y convenios de FONASA vigentes, y pacientes ISAPRE con los convenios de hospitalización domiciliaria establecidos por la aseguradora.



- Para pacientes FONASA el equipo de gestión de camas de los establecimientos deberán seleccionar diariamente y de forma proactiva pacientes que cumplan con criterios de derivación para los convenios FONASA: Convenio GRD y servicios de hospitalización domiciliaria (HODOM). Anexo N° 7.
- Respecto del rescate de pacientes Ley de urgencia ya estabilizados y pacientes derivados al sistema privado no rankeado, los equipos de Ley urgencia y gestión de camas de la UGCC MINSAL, identificarán los casos susceptibles de rescate utilizando la estrategia de Hospitalización domiciliaria. Posteriormente, informarán a los equipos de los establecimientos a cargo del paciente sobre estas gestiones.

4. SITUACIONES ESPECIALES

- En el caso de paciente sin seguro, se deberá gestionar de manera prioritaria su inscripción a una aseguradora de acuerdo con su situación particular. Empero a lo anterior, la atención clínica debe primar. En caso de no contar con familiares que puedan realizar la gestión, el establecimiento debe procurar realizar lo necesario para la regularización de previsión. Si no es posible realizarlo se gestionará con los criterios del paciente FONASA.
- Para la gestión de pacientes “NN” se deberá extremar recursos para su identificación. En caso de no ser posible, se gestionará a través de la UGCC, con los criterios del paciente FONASA. El establecimiento siempre debe procurar realizar lo necesario para la identificación del paciente.
- Para retornar cuerpos de fallecidos a regiones de origen se realizará de acuerdo con el protocolo de cadáveres del Ministerio de Salud que se encuentre vigente.

5. TRASLADO SECUNDARIO

El SAMU de acuerdo con su experiencia, en los traslados secundarios o interhospitalarios de pacientes críticos, además de coordinar y liderar en situaciones de emergencia producto de catástrofes y desastres, designará la flota que realizará los traslados secundarios, haciendo uso de sus móviles, así como empresas de traslado privadas, para el traslado terrestre y aéreo. Para el traslado intra-servicio e intra-regional el SAMU regional en coordinación con su Director de Servicio de Salud, se hará cargo de dichos traslados.

Para efectos del presente documento, se define traslado secundario como el traslado de un paciente crítico que se realiza desde un establecimiento de salud a otro establecimiento de salud.

Este lineamiento se encuentra enmarcado en la capacidad de la gestión de la flota pública y privada en relación con las indicaciones de centro derivador y centro receptor que se generen desde la UGCC.

Dicha gestión implica:

- Recepción de la llamada.
- Priorización del caso informado por la UGCC.
- Establecer móvil para el traslado, de acuerdo a las indicaciones del médico derivador y/o el médico regulador de la UGCC, el cual puede ser perteneciente a su flota o a las que tenga a disposición en su región.
- Coordinación con el establecimiento derivador y establecimiento receptor.



III. ANEXOS

ANEXO N° 1 ENLACE Y FORMA DE ACCESO A SISTEMA INFORMÁTICO DE LA UGCC

Para acceder al sistema informático de la UGCC debe ingresar al siguiente enlace: <https://ugcc.minsal.cl/>, en la página de acceso deberá completar su usuario y clave asociada.

Para solicitar la generación de usuario y clave de usuario debe enviar un correo electrónico a karina.guzman@minsal.cl, e indicar en el asunto "creación de usuario", en el contenido del correo debe informar:

- Código DEIS del establecimiento
- RUT del establecimiento
- Nombre del establecimiento
- Nombre y datos de contacto del referente a cargo de registro en la plataforma UGCC, es decir, teléfono fijo, teléfono celular y correo electrónico.

Para el registro de datos encontrará:

- A. Módulo de COVID-19: En la página de inicio como un recuadro rojo.
- B. Registro de camas para prestadores privados: En pestaña "COVID19", encontrará la opción de gestión de camas.
- C. Optimización del módulo de camas de prestadores públicos: En pestaña "Gestión de Camas", encontrará las opciones de registro de las camas.

ANEXO N° 2
LISTA DE CHEQUEO PARA ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS PERTENECIENTES A LA RED INTEGRADA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:				
OFERTA CAMAS				
N° camas dotación ADULTOS	Básicas	medias	UTI	UCI
N° camas disponibles ADULTOS				
N° camas dotación PEDIÁTRICOS	Básicas	medias	UTI	UCI
N° camas disponibles PEDIÁTRICOS				
N° camas dotación NEO	Cunas		UTI	UCI
N° camas disponibles NEO				

COMPLEJIZACIÓN DE CAMAS		
N° de camas complejizadas	adultos	pediátricas
básicas		
medias		
UTI		
UCI		

ECMO	N°
Adulto	
Pediátrico	
Neonato	

Nombre responsable de registro, Módulo de camas	
Nombre responsable de registro, Módulo COVID-19	

ANEXO N° 3
NIVELES DE ORGANIZACIÓN DE LA RED INTEGRADA

MACRO-REGIONAL	REGIÓN	SERVICIO DE SALUD
NORTE	ARICA	ARICA
	TARAPACÁ	IQUIQUE
	ANTOFAGASTA	ANTOFAGASTA
	ATACAMA	ATACAMA
CENTRO-NORTE	COQUIMBO	COQUIMBO
	VALPARAÍSO	VALPARAÍSO SAN ANTONIO
		VIÑA DEL MAR QUILLOTA
CENTRO	METROPOLITANA	ACONCAGUA
		METROPOLITANO OCCIDENTE
		METROPOLITANO NORTE
		METROPOLITANO CENTRAL
		METROPOLITANO ORIENTE
		METROPOLITANO SURORIENTE
CENTRO-SUR	LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS	O'HIGGINS
	MAULE	MAULE
SUR	ÑUBLE	ÑUBLE
	BIOBÍO	BIOBÍO
		ARAUCO
		CONCEPCIÓN
		TALCAHUANO
	ARAUCANÍA, PROVINCIA DE MALLECO	ARAUCANÍA NORTE
EXTREMO-SUR	ARAUCANÍA, PROVINCIA DE CAUTÍN	ARAUCANÍA SUR
	DE LOS RÍOS	VALDIVIA
	DE LOS LAGOS	OSORNO
		RELONCAVI
	AYSÉN	CHILOE
	AYSÉN	AYSÉN
MAGALLANES	MAGALLANES	



ANEXO N° 7
DESCRIPCIÓN DE CONVENIOS DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

EMPRESA	COBERTURA	CARTERA DE SERVICIOS	TIPO DE PAGQUETE ASIGNADO EN UGCC
CLINICAL SERVICE (BUPA)	Nacional excepto (Arica y Punta Arenas)	Pacientes agudos y crónicos de todas las complejidades, pediátricos y adultos	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Crónico de baja complejidad sin TENS 2.- Crónico baja complejidad con TENS 12 hrs 3.- Crónico baja complejidad con TENS 24 hrs 4.- Crónico mediana complejidad con TENS 24 hrs 5.- Crónico alta complejidad con TENS 24 hrs 6.-Rehabilitación N°1 7.- Rehabilitación N°2 8.- Paquete de tratamiento ATB
SIRAK	Nacional hasta Puerto Montt	Pacientes agudos y crónicos de todas las complejidades, pediátricos y adultos.	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Alta complejidad (Traqueotomía y Ventilación Mecánica Invasiva). 2.-Mediana complejidad: Asociado a la presencia de una o más ostomías. 3.- Baja complejidad para paciente crónicos y agudos 4.- Tratamiento ATB de 1° y 2° línea según canasta
XINERMED	Región Metropolitana urbana (existe recargo por zonas lejanas) y en regiones: sólo tratamiento IV y VIII	Pacientes agudos y crónicos de todas las complejidades, pediátricos y adultos.	<ol style="list-style-type: none"> 1.-Crónico baja complejidad 2.-Crónico mediana complejidad 3.-Crónico Alta complejidad con VMNI y VMI 4.-Tratamiento ATB de 1° línea 5.-Incluye paquete de manejo de heridas
LIFE HC	Nacional excepto (Arica y Punta Arenas)	Pacientes agudos y crónicos de todas las complejidades, pediátricos y adultos.	<ol style="list-style-type: none"> 1.-Paciente crónico de baja complejidad 2.-Paciente de mediana complejidad 3.- paciente crónico de alta complejidad con VMI 4.- Paciente con tratamiento EV y procedimientos de enfermería ATB 1° y 2° línea (se excluyen ATB de última generación)
UC CHRISTUS	Región Metropolitana (sector Oriente, Macul, La Florida, Puente Alto, Santiago, Recoleta, Conchalí, Independencia, San Miguel, La cisterna, Estación. Central, Quinta Normal, Maipú, San Bernardo)	Pacientes agudos y crónicos de todas las complejidades, pediátricos y adultos.	<ol style="list-style-type: none"> 1.-Paquete de tratamiento EV 2.-Paquete de Rehabilitación Básica 3.-Paquete de Rehabilitación Avanzada 4.-Paquete de hospitalización baja complejidad sin TENS 5.- Paquete de Hospitalización domiciliaria baja complejidad con TENS 12 hrs 6.-Paquete de hospitalización domiciliaria baja complejidad con TENS 24 hrs 7.- Paquete de hospitalización Mediana complejidad con TENS 24 hrs 8.-Paquete de Hospitalización domiciliaria alta complejidad con TENS 24 hrs



SAN JUAN DE DIOS	Comunas del Gran Santiago	Pacientes agudos y crónicos de todas las complejidades, pediátricos y adultos	1.-Baja complejidad sin sonda nasoyeyunal o Gastrostomía con y sin TENS. 2.-Baja complejidad con sonda nasoyeyunal o Gastrostomía con 1 visita EU por semana con 2 visitas Enfermero por semana + 2 sesiones de fonoaudiología. 3.- Alta complejidad con Ventilación Mecánica no Invasiva. 4.- Alta complejidad con Ventilación Mecánica Invasiva. 5.- Tratamiento Antibiótico endovenoso.





ANEXO N° 4 METODOLOGÍA DE LA MEDIDA DE ALERTA:

La medida de alerta está asociada a la disponibilidad de cama crítica de la red integrada, es decir, de la totalidad de prestadores públicos y privados que se encuentren ingresados como usuarios al sistema informático de la UGCC.

Para esto se tendrán en cuenta los registros de dotación de camas, el registro de uso de camas y el número de pacientes en espera de cama crítica realizados en la UGCC.

La ALERTA DE DISPONIBILIDAD DE CAMA CRÍTICA ADULTO: Es la diferencia entre las camas críticas totales habilitadas en la red integrada informadas en la UGCC, menos la ocupación de camas por un paciente, las camas fuera de servicio y el número total de pacientes en espera de cama crítica.

La fórmula de cálculo es:

→ ALERTA DE DISPONIBILIDAD DE CAMA CRÍTICA ADULTO: CAMAS TOTALES HABILITADAS – (OCUPACIÓN TOTAL + FUERA DE SERVICIO⁴ + N° PTE. ESPERA DE CAMA CRÍTICA⁵)

La ALERTA DE DISPONIBILIDAD DE CAMA CRÍTICA ADULTO se va a aplicar sobre un 100% de disponibilidad de cama crítica adulto, la cual corresponde a las camas totales habilitadas de la red integrada público-privada.

Dicha aplicación de la alerta se realizará en los cinco niveles de organización con el fin de poder aplicar diferentes criterios para la gestión de derivación del paciente crítico, es decir, se va a aplicar por establecimiento, Servicio de Salud, Región, Macro-región o país.

⁴La Resolución Exenta N° 156, establece en su numeral 5.3. Se deberá hacer la apertura de camas existentes actualmente y que se encuentren bloqueadas por causales administrativas, habilitándolas con todos los recursos necesarios para su funcionamiento. Al completar dicha apertura, se deberán incluir las camas adicionales, en la dotación de camas informada en el sistema informático de la UGCC. Por lo que se deben extremar medidas para no tener camas bloqueadas en el establecimiento.

⁵ Durante el periodo de alerta sanitaria la información de los pacientes en espera de cama crítica (UCI y UTI) deberá ser registrar en el sistema informático de la UGCC a las 8:00 am y 15:00 pm

ANEXO N° 5
ESQUEMA DE LA GESTIÓN DE DERIVACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

ETAPAS PARA LA GESTIÓN DE DERIVACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO				
ETAPA	ALERTA DE DISPONIBILIDAD DE CAMA CRÍTICA ADULTO	PREVISIÓN/COVID-19 (+ O -)		ENCARGADO DE LA GESTIÓN DE DERIVACIÓN
I	Con más del 35% Disponibilidad sumada pública y privada. (Saturación de ocupación del 65%)	PACIENTE FONASA PRESTADOR PÚBLICO	COVID-19 (+)	UGCC
			COVID-19 (-)	UGCC
		PACIENTE FONASA PRESTADOR PRIVADO	COVID-19 (+)	UGCC
			COVID-19 (-)	UGCC
		PACIENTE ISAPRE PRESTADOR PÚBLICO	COVID-19 (+)	ISAPRE
			COVID-19 (-)	ISAPRE
		PACIENTE ISAPRE PRESTADOR PRIVADO	COVID-19 (+)	ISAPRE
			COVID-19 (-)	ISAPRE
II	Del 35 -20% Disponibilidad sumada pública y privada. (Saturación de ocupación entre el 65-80%)	PACIENTE FONASA PRESTADOR PÚBLICO	COVID-19 (+)	UGCC
			COVID-19 (-)	UGCC
		PACIENTE FONASA PRESTADOR PRIVADO	COVID-19 (+)	UGCC
			COVID-19 (-)	UGCC
		PACIENTE ISAPRE PRESTADOR PÚBLICO	COVID-19 (+)	UGCC
			COVID-19 (-)	UGCC
		PACIENTE ISAPRE PRESTADOR PRIVADO	COVID-19 (+)	UGCC
			COVID-19 (-)	ISAPRE
III	Con menos del 20% Disponibilidad sumada pública y privada (Saturación de ocupación mayor a 80%)	PACIENTE FONASA PRESTADOR PÚBLICO	COVID-19 (+)	UGCC
			COVID-19 (-)	UGCC
		PACIENTE FONASA PRESTADOR PRIVADO	COVID-19 (+)	UGCC
			COVID-19 (-)	UGCC
		PACIENTE ISAPRE PRESTADOR PÚBLICO	COVID-19 (+)	UGCC
			COVID-19 (-)	UGCC
		PACIENTE ISAPRE PRESTADOR PRIVADO	COVID-19 (+)	UGCC
			COVID-19 (-)	UGCC



ANEXO N° 6

PLANILLA DE REGISTRO DE DERIVACIONES

FORMATO EXCEL

Servicio Salud	Hospital de Origen	RUT paciente	Nombre y apellidos del Paciente	Tipo Destino	Establecimiento de Destino	Tipo cama	Especialidad (tipo de paciente)	Diagnóstico	Fecha de derivación	Hora de derivación	COVID-19
				publico-privado		básica, media, UTI y UCI	Adulto, pediátrico, neonatológico				POSITIVO-NEGATIVO-SOSPECHA (EXAMEN TOMADO)