

Estudio descriptivo sobre el uso de la Plataforma de Continuidad de la Atención en la gestión de las epicrisis por el Servicio de Medicina del Hospital Barros Luco Trudeau entre los años 2018-2022, Santiago de Chile.

Descriptive study of the use of the Continuity of Care Platform in the management of epicrisis by the Medicine Service of the Barros Luco Trudeau Hospital between 2018-2022, Santiago, Chile.

Alonso Bolbarán Castillo¹.

1. Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), Departamento de Inversiones y Operaciones (IIOO), Santiago, Chile

Autor para correspondencia: alonso.bolbaran@ug.uchile.cl

RESUMEN

La Plataforma de Continuidad de Atención (PCA) es un Registro Clínico Electrónico para el envío de epicrisis médicas desde el nivel secundario al primario en el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS). **Materiales y Métodos:** Este estudio describe el número de epicrisis generadas por el Servicio de Medicina del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT), su promedio de atención efectiva por año y la coordinación activa hacia la Atención Primaria de Salud (APS) mediante la PCA, desde enero de 2018 hasta diciembre de 2022, excluyendo casos con diagnóstico COVID-19. Durante el período de estudio, se incluyeron todas las epicrisis generadas y se calculó el promedio anual de seguimiento efectivo (< 10 días) realizado por los establecimientos de APS del SSMS. **Resultados:** Los resultados muestran un promedio general de seguimiento activo y atención efectiva del 96,53 %, **Conclusión:** Este estudio descriptivo presenta un promedio general del 96,53% de seguimiento activo en la atención primaria de pacientes con epicrisis generadas en el HBLT durante el período 2018-2022 (5 años), excluyendo casos con diagnóstico principal de COVID-19. Estos hallazgos reflejan la funcionalidad y la coordinación entre niveles de atención en el SSMS, y ofrecen información valiosa para orientar futuras investigaciones que exploren su posible impacto en la reducción de la morbilidad de las patologías priorizadas y en la mejora de la salud pública.

ABSTRACT



Palabras Claves:

Registros Clínicos Electrónicos; Continuidad de Atención; Nivel Primario; Medicina Interna; Interoperabilidad.

Keywords:

Forum theater; Community theater; Participatory theater; Risk; Behavior.

The Continuity of Care Platform (PCA) is an electronic health record system for sending medical discharge summaries from the secondary to the primary care level within the Metropolitan South Health Service (SSMS). **Materials and Methods:** This study describes the number of discharge summaries generated by the Internal Medicine Service of the Barros Luco Trudeau Hospital (HBLT), the average annual rate of effective follow-up, and the active coordination towards Primary Health Care (PHC) through the PCA, from January 2018 to December 2022, excluding cases with a primary diagnosis of COVID-19. During the study period, all discharge summaries generated were included, and the annual average of effective follow-up (< 10 days) carried out by PHC facilities within the SSMS was calculated. **Results:** The results show an overall average of 96.53% for active follow-up and effective care throughout the study period. **Conclusion:** This descriptive study presents an overall average of 96.53% active follow-up in the primary care of patients with discharge summaries generated by the HBLT between 2018 and 2022, excluding those with a primary diagnosis of COVID-19. These findings highlight the functionality and the coordination between care levels within the SSMS, offering valuable information to guide future studies that explore its potential impact on reducing the morbidity and mortality associated with prioritized conditions, as well as its contribution to public health improvement.



Copyright © 2025. Este es un artículo open-access distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License (CC BY). El uso, distribución o reproducción en otros foros está permitido, siempre que el/los Autor/es y el/los dueño/s de los derechos de autor sean acreditados y que la publicación original sea citada, en concordancia con la práctica académica aceptada. No usar, distribuir o reproducir si no se cumplen con estos términos.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflicto de interés

Financiamiento. La elaboración de este estudio no contó con fuentes de financiación específicas.

INTRODUCCIÓN

La transformación digital de los sistemas de salud ha surgido como una estrategia clave para mejorar la eficiencia, la calidad y la continuidad de la atención sanitaria a nivel mundial (1,2). En este marco, los Registros Clínicos Electrónicos (RCE) se han consolidado como herramientas fundamentales para la gestión integrada de la información clínica y la coordinación entre distintos niveles asistenciales (3,4). Los RCE permiten almacenar y compartir información médica esencial de manera estructurada, promoviendo decisiones basadas en datos y optimizando la gestión de los pacientes.

Los orígenes de los RCE se remontan a finales de la década de 1960, cuando hospitales y universidades de Estados Unidos comenzaron a desarrollar los primeros prototipos. El Massachusetts General Hospital y la Universidad de Utah impulsaron proyectos pioneros en esta área, centrados inicialmente en la gestión electrónica de resultados de laboratorio y farmacéuticos (5). En 1972, se estableció uno de los primeros sistemas integrados, el Regenstrief Medical Record System en Indiana, que sentó las bases para los modelos actuales de RCE (6).

Desde entonces, la evolución de los RCE ha sido especialmente destacada en Europa. Según el informe 2025 *Digital Decade eHealth Indicator Study* de la Comisión Europea, al 31 de diciembre de 2024, los 27 Estados miembros de la Unión Europea, junto con Islandia y Noruega, alcanzaron un puntaje promedio del 83 % en el *Composite eHealth Score*. Este indicador mide la madurez digital de los sistemas sanitarios en relación con la disponibilidad y el acceso electrónico a los registros clínicos por parte de los ciudadanos. Se construye a partir de doce subindicadores que evalúan diversos tipos de datos clínicos accesibles electrónicamente —como identificación personal, alergias, dispositivos médicos e implantes, procedimientos, medicamentos actuales y anteriores, resultados de laboratorio, imágenes médicas e informes de alta hospitalaria—, así como su disponibilidad oportuna, cobertura poblacional, tecnología de acceso y marco regulatorio.(7)

Los países con mayores niveles de madurez digital en 2024 fueron Bélgica y Estonia, ambos con un 100 %, seguidos por Dinamarca con un 98 %. Italia con un puntaje del 84 %, destaca la experiencia de la Regione Emilia-Romagna, que ha fortalecido la continuidad asistencial mediante su plataforma *Fascicolo Sanitario Elettronico* 2.0. Esta herramienta registró en 2024 cerca de 68 millones de accesos y más de 72 millones de documentos consultados, con la participación activa de más de 4,3 millones de ciudadanos —un 90 % de los cuales otorgó su consentimiento— y un uso intensivo

por parte de médicos y farmacéuticos, quienes realizaron más de 19 millones de accesos en ese mismo período (8).

En Estados Unidos, la relevancia de los RCE en la continuidad de la atención está bien documentada. Jencks et al. (9) demostraron que aproximadamente el 20 % de los pacientes dados de alta en el sistema Medicare son readmitidos en un plazo de 30 días, reflejando la necesidad de herramientas que mejoren la gestión de la información y la coordinación entre niveles asistenciales. Estudios como los de Donzé et al. (10) y Dharmarajan et al. (11) también destacan cómo los RCE permiten identificar pacientes con riesgo de reingresos, subrayando su importancia en la reducción de la morbilidad vinculada a patologías crónicas y eventos agudos.

En América Latina, Brasil ha avanzado con su programa Conecte SUS, que busca integrar los sistemas regionales mediante estándares internacionales como HL7 y openEHR, demostrando la relevancia de la infraestructura tecnológica y de los marcos regulatorios claros para lograr interoperabilidad y eficiencia en los sistemas de salud (12). Sin embargo, en otros países de la región, como Chile, la consolidación de los RCE y la plena interoperabilidad de las plataformas sigue siendo un desafío pendiente.

El sistema de salud chileno se organiza en un modelo mixto público-privado, con el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como principal asegurador público y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) como opciones para seguros privados (13). La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el eje de la cobertura sanitaria universal y la puerta de entrada al sistema. Se articula con la atención secundaria y terciaria mediante derivaciones y programas de continuidad asistencial, aunque persisten brechas en la coordinación efectiva, especialmente en la gestión de pacientes con enfermedades crónicas y condiciones de alto riesgo (14).

En el ámbito normativo, Chile ha avanzado en la creación de un marco que equilibra la protección de la privacidad y la necesidad de compartir datos clínicos para mejorar la atención. La Ley N° 19.628 establece los principios generales de protección de la vida privada, mientras que la Ley N° 20.584 regula los derechos y deberes de las personas respecto a su atención en salud (15,16). La reciente promulgación de la Ley N° 21.668 en mayo de 2024, que modifica la Ley N° 20.584, marca un hito al establecer la interoperabilidad obligatoria de las fichas clínicas (2). Esta ley redefine la ficha clínica como un instrumento obligatorio —en cualquier soporte— que debe garantizar el acceso, la conservación y la confidencialidad de los datos. Además, amplía las responsabilidades de los prestadores y establece

un plazo de 18 meses para actualizar el reglamento respectivo, fortaleciendo así la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles.

En este contexto, en diciembre de 2017, el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) implementó el sistema Epicrisis, orientado a gestionar electrónicamente la información de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina y Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT). Esta herramienta tiene como objetivo principal informar a la APS sobre las condiciones de salud identificadas durante la hospitalización y que requieren seguimiento, permitiendo una planificación oportuna y una gestión más efectiva y centrada en la persona.

En la práctica, los médicos de nivel terciario o secundario registran la epicrisis en la plataforma, asignando el dispositivo de salud de nivel primario (CESFAM, CECOSF, PSR, etc.) correspondiente según la residencia o los datos entregados por el paciente o su familia. Este flujo de información fortalece la continuidad asistencial y la coordinación entre los niveles secundario y primario, elementos fundamentales para una atención de calidad y centrada en el usuario.

Así, el presente estudio descriptivo tiene como objetivo describir la gestión de las epicrisis generadas por el Servicio de Medicina del HBLT entre 2018 y 2022 (5 años), así como evaluar el seguimiento realizado por la APS en el SSMS. A través de este análisis, se busca aportar datos de una iniciativa de un Servicio de Salud Metropolitano para fortalecer las políticas de coordinación asistencial y guiar futuras investigaciones y decisiones de un acompañamiento activo del paciente.

OBJETIVO

Describir el Número de Epicrisis generadas por el Servicio de Medicina del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT) a través de la PCA y su gestión activa hacia el Nivel Primario del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2022 (5 años); sin considerar las epicrisis generadas con diagnóstico de COVID-19.

DESARROLLO

Esta experiencia fue implementada a través del Manual de la Plataforma de Continuidad de Atención (PCA) (14), con el propósito de fortalecer la coordinación entre el nivel secundario y la Atención Primaria de Salud (APS). Desde diciembre de 2017 se está realizando la emisión sistemática de todas las epicrisis por parte del Servicio de Medicina del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT), las cuales fueron gestionadas activamente por los referentes de APS de los establecimientos del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS).

El seguimiento completado se definió como la confirmación de la atención efectiva en box clínico dentro de un plazo máximo de 10 días tras la emisión de la epicrisis. Este indicador considera el tiempo necesario para que la APS planifique la continuidad del cuidado y realice las prestaciones pertinentes, buscando reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

A partir de los registros disponibles en la plataforma, los pacientes fueron categorizados en dos grandes grupos:

- i. Pacientes con seguimiento completado: aquellos que fueron atendidos por la APS dentro del plazo estipulado, reflejando la efectividad de la coordinación y la funcionalidad de la plataforma.
- ii. Pacientes sin seguimiento completado: aquellos que no fueron atendidos en APS dentro del plazo de 10 días, lo que puede evidenciar brechas en la continuidad de la atención y la necesidad de reforzar la gestión de casos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio poblacional, descriptivo utilizando el registro clínico electrónico PCA (Plataforma de Continuidad de la Atención) del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), cubriendo el período entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022. Se excluyeron las epicrisis de pacientes con diagnóstico principal de COVID-19.

Los datos analizados correspondieron a las epicrisis generadas por el Servicio de Medicina del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT) y a su seguimiento en la Atención Primaria de Salud (APS) de la red del SSMS. Para cada año se registraron:

- i. El número absoluto de epicrisis emitidas.
- ii. El número absoluto y el porcentaje de epicrisis con seguimiento completado en APS (atención efectiva en box clínico).

La verificación y gestión de la información se realizó directamente en la Plataforma de Continuidad de la Atención (PCA), que permite registrar la epicrisis, asignar el caso en un dispositivo de salud de atención primaria correspondiente y confirmar la atención efectiva en APS.

Como parte de la caracterización de la población estudiada, se identificaron las patologías priorizadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), las cuales son gestionadas activamente en la APS y corresponden a:

Patologías cardiovasculares:

- i. Angina inestable (I20.0).
- ii. Infarto agudo de miocardio y sus subcategorías (I21, I21.0, I21.1, I21.2, I21.4, I21.9).
- iii. IAM recurrente (I22).
- iv. Insuficiencia cardíaca congestiva e insuficiencia ventricular izquierda (I50.0, I50.1, I50.9).

Patologías respiratorias:

- i. Neumonías virales, bacterianas y otras etiologías (J12–J18.9).

porcentaje de 95,18 %.

Durante el período del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019, el total de epicrisis fue de 1.816, con 1.755 seguimientos completados, con un porcentaje de 96,64 %.

Durante el período del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020, el total de epicrisis fue de 1.179, con 1.179 seguimientos completados, alcanzando un porcentaje de 100,00 %.

Durante el período del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021, el total de epicrisis fue de 429, con 415 seguimientos completados, con un porcentaje de 96,74 %.

Tabla 1. Resultados del seguimiento completado de epicrisis gestionadas por la PCA en el Servicio de Salud Metropolitano Sur (2018–2022)

Año	Total Epicrisis pertenecientes al SSMS	Total Epicrisis con Seguimiento Completado	Porcentaje Seguimiento Completado
2018	912	868	95,18%
2019	1816	1755	96,64%
2020	1179	1179	100,00%
2021	429	415	96,74%
2022	1230	1156	93,98%
TOTAL 5 años	5566	5373	96,53%

- ii. Infecciones respiratorias agudas bajas (J22).
- iii. Bronquitis agudas y bronquiolitis (J20–J21.9).
- iv. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus variantes (J44–J44.9).
- v. Asma y asma aguda severa (J45–J46).
- vi. Bronquiectasias (J47).
- vii. Neumoconiosis (J60–J63).

Durante el período del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022, el total de epicrisis fue de 1.230, con 1.156 seguimientos completados, con un porcentaje de 93,98 %.

En total, durante los cinco años de estudio, se generaron 5.566 epicrisis, con 5.373 seguimientos completados, lo que corresponde a un promedio general de seguimiento efectivo del 96,53 %.

Los resultados se expresan en números absolutos, promedios con porcentajes de atención efectiva en box de APS del SSMS. Dada la naturaleza del estudio se requirió aprobación por comité de ética del SSMS por la utilización de información de registros clínicos de pacientes, debido al resguardo y confidencialidad de la información.

RESULTADOS

Se incluyeron todas las epicrisis generadas por el Servicio de Medicina del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT) desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2022, y se calculó el porcentaje anual de seguimiento completado (atención efectiva) de los pacientes por parte del Nivel Primario del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS). (Tabla 1.)

Durante el período del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018, el total de epicrisis fue de 912, con 868 seguimientos completados, logrando un

DISCUSIÓN

Estos resultados muestran el rendimiento de la PCA como herramienta de coordinación y continuidad asistencial en una población específica. La variación observada en los números absolutos de seguimientos completados año a año podría reflejar, en parte, un posible subuso o variabilidad en la utilización de la PCA por parte de los médicos responsables del registro de las epicrisis y la asignación a los dispositivos de salud de nivel primario del SSMS.

En el contexto internacional, países como Bélgica, Estonia y Dinamarca han consolidado plataformas interoperables que integran información clínica de manera segura, reduciendo eventos adversos y costos derivados de la atención fragmentada (7). Asimismo, la experiencia de la Regione Emilia-Romagna en Italia con su Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 refuerza la relevancia de los sistemas interoperables para

fortalecer la continuidad asistencial (8).

Aunque este estudio no evaluó directamente el impacto clínico de la PCA, investigaciones previas han mostrado que la falta de seguimiento post-alta se asocia con mayores tasas de readmisiones a 30 días (9-11). Por lo tanto, la elevada tasa de seguimiento observada en este estudio podría contribuir a la reducción de la morbilidad en pacientes con patologías crónicas y respiratorias, representando así una oportunidad relevante para futuras investigaciones. Además, estos resultados sugieren la posibilidad de desarrollar intervenciones específicas en salud familiar dirigidas a este grupo de pacientes, aprovechando el evento mayor —como el infarto agudo de miocardio, el accidente cerebrovascular, la neumonía o la amputación de pie diabético— como un momento clave para implementar estrategias antitabaco, optimizar los controles cardiovasculares y fortalecer la continuidad asistencial en el nivel primario.

Finalmente, nuevos registros clínicos electrónicos deberían considerar no solo la interoperabilidad, sino también la gestión activa de estos pacientes hacia la atención primaria.

CONCLUSIÓN

Este estudio descriptivo mostró que, en una población específica de pacientes derivados desde el nivel terciario (HBLT), la gestión de las epicrisis a través de la Plataforma de Continuidad de Atención (PCA) logró un seguimiento activo en la atención primaria del SSMS en un 96,53 % de los casos (5.373 de 5.566 epicrisis generadas entre 2018 y 2022), excluyendo los diagnósticos principales de COVID-19. Estos datos evidencian la coordinación efectiva y continuidad de cuidado entre niveles asistenciales y abren la posibilidad de futuras investigaciones para evaluar la eficacia de la reducción de la morbilidad asociada al uso de la PCA y su eventual impacto en la salud pública.

Agradecimientos

Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) y Departamento Técnico en Salud (DTS).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. OPS; 2010.
2. Ministerio de Salud de Chile. Modifica la Ley N° 20.584 con el objeto de establecer la interoperabilidad de las fichas clínicas [Internet]. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2024 [citado 2025 Jun 6]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1203827>
3. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, et al. Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. JAMA. 2013;309(4):355-63.

4. MedPAC. Report to the Congress: Medicare and the health care delivery system. Washington, DC: Medicare Payment Advisory Commission; 2022.
5. Collen MF. Origins of the electronic medical record. West J Med. 1990;153(5):533-6.
6. McDonald CJ, Overhage JM, Tierney WM, et al. The Regenstrief Medical Record System: a quarter century experience. Int J Med Inform. 1999;54(3):225-53.
7. European Commission: Directorate-General for Communications Networks, Content and Technology, Capgemini Invent, Page M, de Waal P. 2025 digital decade eHealth indicator study – Final report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2025. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2759/2737039>
8. Regione Emilia-Romagna. Il Fascicolo sanitario elettronico 2.0, per una sanità sempre più innovativa e digitale [Internet]. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2025 Mar 24 [citado 2025 Jun 6]. Disponible en: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/notizie/regione/2025/marzo/il-fascicolo-sanitario-elettronico-2-0-per-una-sanita-sempre-piu-innovativa-e-digitale-esperti-a-confronto-oggi-al-2018dama-tecnopolo-data-manifattura-emilia-romagna2019>
9. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. N Engl J Med. 2009;360(14):1418-28.
10. Donzé J, Aujesky D, Williams D, Schnipper JL. Potentially avoidable 30-day hospital readmissions in medical patients: derivation and validation of a prediction model. JAMA Intern Med. 2013;173(8):632-8.
11. Van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, et al. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge. CMAJ. 2010;182(6):551-7.
12. Alqahtani JS, Oyelade T, Aldhahir AM, et al. Prevalence, risk factors and outcomes of readmission in patients with pneumonia. Thorax. 2023;78(1):12-22.
13. Servicio de Salud Metropolitano Sur. Plataforma de Continuidad de Atención [Internet]. Santiago: SSMS; 2024 [citado 2025 Jun 6]. Disponible en: <http://10.6.105.159/epicrisisqa/>
14. Quintullanca P, Muñoz C. Manual de la Plataforma de Continuidad de la Atención del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Santiago: SSMS; 2023.
15. Ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
16. Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.