

ANEXO N°45



Serie Proyectos de Investigación e Innovación
Superintendencia de Seguridad Social
Santiago - Chile

INFORME FINAL

Sistema Descentralizado de Atención Integral Temprano del Trabajador.
(MITT)

Autores:

GSE Salud Consultores LTDA.

Álvaro Alvarado

Gabriel Mansilla

Cristóbal Marín

Jaime Leppe

Josefina Bustamante

Santiago 10 octubre

Año publicación

2024

"Este trabajo fue seleccionado en la Convocatoria de Proyectos de Investigación e Innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades Profesionales 2022 de la Superintendencia de Seguridad Social (Chile), y fue financiado por Mutual de Seguridad C.Ch.C. con recursos del Seguro Social de la Ley N°16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.





SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD

SOCIAL

SUPERINTENDENCE OF SOCIAL

SECURITY

La serie Proyectos de Investigación e Innovación corresponde a una línea de publicaciones de la Superintendencia de Seguridad Social, que tiene por objetivo divulgar los trabajos de investigación e innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades del Trabajo financiados por los recursos del Seguro Social de la Ley N°16.744.

Los trabajos aquí publicados son los informes finales y están disponibles para su conocimiento y uso. Los contenidos, análisis y conclusiones expresados son de exclusiva responsabilidad del autor(es), y no reflejan necesariamente la opinión de la Superintendencia de Seguridad Social.

Si requiere de mayor información, sobre el estudio o proyecto escriba a: investigaciones@suseso.cl.

Si desea conocer otras publicaciones, artículos de investigación y proyectos de la Superintendencia de Seguridad Social, visite nuestro sitio web: www.suseso.cl.

The Research and Innovation Projects series corresponds to a line of publications of the Superintendencia of Social Security, which aims to disseminate the research and innovation work in the Prevention of Occupational Accidents and Illnesses financed by the resources of Law Insurance 16,744.

The papers published here are the final reports and are available for your knowledge and use. The content, analysis and conclusions are solely the responsibility of the author (s), and do not necessarily reflect the opinion of the Superintendencia of Social Security.

For further information, please write to: investigaciones@suseso.cl.

For other publications, research papers and projects of the Superintendencia of Social Security, please visit our website: www.suseso.cl

Superintendencia de Seguridad Social

Huérfanos 1376

Santiago, Chile



Sistema Descentralizado de Atención Integral Temprano del Trabajador.
(MITT)

PREPARADO POR:
Gabriel Mansilla Lucero

Mutual de Seguridad

Santiago, Chile. Octubre 2024

Índice

Introducción	5
Objetivos	8
Objetivos General	8
Objetivos específicos	8
Marco metodológico	8
Enfoque metodológico	8
Primera etapa: Incorporación dimensión funcionalidad del instrumento MITT	8
Segunda etapa: Integración del modelo de atención temprana del trabajador en centros de salud de Mutual CChC.	10
Tercera etapa: aplicación de piloto de modelo de atención temprana de pacientes en Mutual CChC.	10
Cuarta etapa: Levantamiento de información y identificación de brechas de implementación.	12
Primera etapa estudio cualitativo	12
Entrevista semiestructurada	12
Resultados	13
Resultados primera etapa	13
Resultados segunda etapa	14
Resultados tercera etapa	15
Resultados cuarta etapa	17
Técnica de Análisis de la información cualitativa	18
Identificación	19
Análisis Función en la participación del proceso de implementación	19
Análisis: Opinión sobre la iniciativa de implementación del modelo	20
Análisis: Estructura y optimización del modelo	21
Análisis: Oportunidad de implementación del modelo.	22
Análisis: Brechas de implementación	24
Discusión	25
Baja Adherencia de Equipos Multidisciplinarios en Regiones	26
Limitación de Recursos Humanos y Horarios Dedicados	26
Falta de Protocolos Estandarizados y Seguimiento Efectivo	27
Desigualdad en la Infraestructura y Recursos entre Centros Urbanos y Rurales	27
Resistencia al Cambio Organizacional y Falta de Coordinación Transversal	27
Fortalezas y Oportunidades del Modelo MITT	27
Conclusión	28
Agradecimientos	31

Bibliografía	32
Anexos	34
Anexo 1 Resolución comité de ética	34
Anexo 2 Preguntas EQ-5D	35
Anexo 3 Listado final de preguntas	36
Anexo 4 Pauta de preguntas de entrevista semiestructurada.	40

Introducción

Las lesiones musculoesqueléticas representan una causa significativa de incapacidad para los trabajadores, afectando tanto su estado de salud como su desempeño laboral, lo que a su vez genera un impacto económico considerable. Entre las lesiones más comunes en el entorno laboral se encuentran las que afectan a diversas partes del sistema musculoesquelético, tales como las extremidades superiores, columna vertebral y articulaciones, debido a su papel crucial en la ejecución de tareas físicas. Estas lesiones, que pueden incluir desde esguinces y fracturas hasta desgarros musculares y daños en ligamentos, comprometen tanto la movilidad como la funcionalidad, lo que tiene un impacto profundo en la vida diaria y la capacidad laboral de quienes las sufren.

La caracterización y clasificación de las lesiones musculoesqueléticas presentan desafíos diagnósticos, lo que subraya la necesidad de herramientas especializadas que optimicen tanto el tratamiento como la recuperación de los pacientes. En este contexto, el “Manejo Integral Temprano del Trabajador (MITT)” ha sido desarrollado por un equipo clínico y directivo de Mutual de Seguridad CChC para abordar esta problemática. Este modelo de atención incluye un cuestionario de 36 preguntas que explora cuatro dimensiones clave que influyen en el pronóstico de los trabajadores con lesiones musculoesqueléticas: salud mental, salud física, riesgo psicosocial y factores biomédico-funcionales.

El presente estudio se propone abordar esta carencia, con el objetivo de aplicar y evaluar el modelo MITT para mejorar los procesos de diagnóstico, tratamiento y recuperación, optimizando tanto los recursos humanos como económicos en el manejo de las lesiones laborales de extremidades superiores.

Contexto y proceso de innovación

1) Descripción de fase anterior:

El proyecto se encuentra en la tercera fase de desarrollo se realizará un breve resumen de las etapas anteriores.

Fase 1: Desarrollo del instrumento MITT.

Un equipo de profesionales clínicos y directivos de Mutual de Seguridad visibilizaron la situación problema proponiendo el instrumento “Manejo Integral Temprano del Trabajador (MITT)”, el cual consistía en un cuestionario que abarcaba tres grandes dimensiones que impactan sobre el pronóstico de los usuarios con lesión traumática de mano: salud mental, riesgo psicosocial y biomédico-funcional. El instrumento estaba compuesto por 36 preguntas orientadas a la búsqueda de información de las dimensiones ya mencionadas. Sin embargo, una de las dificultades del instrumento, es que no se había definido la ponderación o relevancia clínica de cada una de las dimensiones, paso fundamental para su posterior validación científica. Se desarrolló 3 metodología para el mejoramiento del instrumento, un primer filtro de preguntas relevadas a través de un grupo focal con objetivo principal de estructurar bien los objetivos, alcances, viabilidad que podría tener el instrumento MITT, en función de determinar los parámetros necesarios que debiese tener un instrumento con las características señaladas por MUTUAL CChC. Se realizó a través de entrevista semi-estructurada, la cual consistió en una pauta de preguntas ordenadas y redactadas por igual para todos los entrevistados, pero su respuesta es libre y abierta (Canales, 2006). Esta tuvo como objeto identificar los principales temas e ideas contenidos en el discurso semántico (Braun & Clarke, 2006) de los y las profesionales entrevistados de la Mutual CChC. Luego se procedió a realizar a través de metodología Delphi con objetivo de afinar el listado de preguntas asociadas al instrumento MITT, se reunieron 11 profesionales definidos como expertos en el área de atención clínica teniendo un grupo interno de Mutual CChC y externos a la misma. Por último, se realizó un panel de expertos con el objetivo de fortalecer las respuestas obtenidas del método Delphi (Georghiou, 2010). Luego de estos procesos de iteración se obtuvo un instrumento aceptado y validado de constructo por expertos que constaba de un total de 40 preguntas divididas en 5 dimensiones: Sociodemográficas, Antecedentes Clínicos, Salud Mental, Psicosocial y Relación Laboral.

Fase 2: Validación del instrumento MITT

Para esta etapa se realizó para el proyecto Evaluación Instrumento Screening “Manejo Integral Temprano del Trabajador” (MITT) una metodología descrita como COSMIN (Consensus-Based Standards for the Selection of Health Measurement) utilizada para la validación instrumentos de salud, ampliamente utilizada en la literatura científica la cual tiene una naturaleza mixta cuantitativa y cualitativa. La parte cualitativa (Estudio piloto según la metodología COSMIN) se realizó a través de entrevistas a pacientes que se atienden de Mutual CChC. Sobre el entendimiento y mejoramiento de las preguntas relacionadas con el MITT. La parte cuantitativa es la aplicación directa del instrumento a 100 pacientes de una muestra seleccionada por tanto los centros participantes como los pacientes fueron a través de muestreo por conveniencia que fueron seleccionados por la contra parte. De esta etapa se obtuvo que resultados estadísticos que validaban la confiabilidad del instrumento y se recomendó agregar preguntas sobre la funcionalidad de los pacientes para darle mayor peso a validación de constructo.

Ambas fases previas fueron financiadas exclusivamente por Mutual CChC a través de concursos internos.

2) Resultados, nivel alcanzado y justificación de nueva etapa:

Luego de los procesos previos de desarrollo del “Manejo Integral Temprano del Trabajador” (MITT), al observar el instrumento en su integridad, se puede observar que los puntajes de la sub-escala de salud mental, influyen en mayor medida sobre los puntajes totales, por lo que la variación de los resultados estarían reflejando cambios en la percepción de dolor, angustia o temor de los participantes durante el proceso de rehabilitación. El MITT es un instrumento que presenta una moderada validez y es confiable. (Etapa II Proyecto II Sistema Descentralizado de Atención Integral Temprano del Trabajador. (MITT). 2017) Esto nos lleva a considerar al MITT como una herramienta perfectible y en base a los resultados obtenidos se mantiene una relación cercana al objetivo inicial del proyecto. Se sugirió a Mutual CChC incorporar una mejora en la dimensión funcionalidad, para percibir cambios en la evolución de los pacientes.

Justificación

Actualmente, Mutual de Seguridad CChC ha dispuesto de atención clínica oportuna para los trabajadores y trabajadoras que han sufrido un accidente y/o enfermedad, en el marco de la Ley N° 16.744. Sin embargo, el enfoque habitual de abordaje médico se centraliza en el trauma, y omite aspectos relevantes que posteriormente, interfieren en una adecuada evolución clínica. Esta situación se agudiza en contextos más alejados, donde no existen todas las especialidades biopsicosociales que permitan un abordaje rápido y oportuno.

En función de darle continuidad al proceso de iteración de esta nueva herramienta, la cual tiene como objetivo ser un instrumento predictor que permita un manejo temprano de los pacientes que han sufrido alguna lesión de origen musculoesquelético, esto significa un beneficio para la atención del paciente de forma integral con un equipo multidisciplinario que se preocupe no sólo la parte clínica inmediata del tratamiento de la lesión, también, una atención en áreas de salud mental y psicosociales. Se aplicó el instrumento en una muestra de centros pertenecientes a Mutual CChC. Se pretende realizar un piloto de atención integral temprano a los pacientes, con la aplicación del MITT como herramienta que aporte indicaciones sobre las herramientas necesarias para la atención del paciente aplicando un modelo bio-psico-social integral en un piloto en centros seleccionados por Mutual CChC. Con ello identificar las brechas y factores de riesgo asociado a la aplicación del MITT en el modelo de atención propuesto.

En este contexto, surge la necesidad de detectar la presencia de factores de riesgos en el tratamiento, en trabajadores que ingresan a Mutual, representando la diversidad de sus contextos, y permitiendo estructurar y entregar atenciones multidisciplinarias a nivel nacional, de manera rápida y eficiente

Objetivos

Objetivo General

Generar un sistema de atención integral temprana, descentralizado, que detecte oportunamente factores de riesgos biopsicosociales en trabajadores accidentados, permitiendo el abordaje multidisciplinario focalizado, promoviendo así el reintegro laboral oportuno.

Objetivos específicos

- Mejorar la validez del instrumento MITT que de soporte a la dimensión funcionalidad.
- Integrar el MITT en el equipo de atención temprana.
- Definir los profesionales idóneos para la aplicación del sistema de atención integral temprana.

Nota: Se ha realizado una modificación en los objetivos específicos, eliminando el objetivo de “Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes intervenidos por el equipo multidisciplinario”. Esto se debe a que no fue posible concretar la evaluación de los pacientes para su seguimiento, dado que el tiempo de ejecución fue insuficiente. Por motivos logísticos y de coordinación con los distintos equipos, no se logró llevar a cabo el seguimiento necesario para la derivación oportuna de cada paciente.

Marco metodológico

El proyecto cuenta con la aprobación del comité de ética de Mutual CChC. según resolución del 02 de febrero del 2023. Anexo 1.

Enfoque metodológico

Por la naturaleza del proyecto, se espera realizar un enfoque de un conjunto de metodologías para desarrollar el pilotaje de proyecto MITT.

Primera etapa: Incorporación dimensión funcionalidad del instrumento MITT

Para esta etapa, se desarrollaron preguntas relacionadas con la dimensión de funcionalidad a través de un grupo de expertos, con el fin de mejorar los resultados en la validez, siguiendo las sugerencias de las etapas previas del instrumento. Durante este proceso, se identificaron las principales brechas del instrumento en la dimensión de funcionalidad. Esta dimensión hace referencia a la capacidad de una persona para realizar actividades y desempeñar tareas esenciales para su vida diaria y su trabajo, en relación con su estado de salud física y mental. En el contexto de las lesiones musculoesqueléticas, esta dimensión evalúa el impacto que dichas lesiones tienen sobre la movilidad, fuerza, coordinación y precisión en los movimientos, aspectos clave para determinar la capacidad funcional de un trabajador en su entorno laboral. Esta dimensión no solo se refiere a lo que el paciente es capaz de hacer actualmente, sino también a las limitaciones que enfrenta y los posibles factores que afectan su recuperación, como el dolor crónico, la fatiga, o las barreras psicológicas.

La integración de la dimensión de funcionalidad en el MITT es crucial para lograr una evaluación más completa y personalizada de los trabajadores con lesiones musculoesqueléticas. Como se mencionó previamente en el estudio Sistema Descentralizado de Atención Integral Temprano del Trabajador (MITT) en su segunda etapa específicamente, el modelo ya incluye otras dimensiones claves como la salud mental, el riesgo psicosocial y los factores biomédico-funcionales. Sin embargo, la funcionalidad proporciona una perspectiva más holística, ya que permite identificar las brechas entre las capacidades actuales del trabajador y los requisitos funcionales de su puesto de trabajo.

Además, esta dimensión complementa el MITT al facilitar una interpretación más profunda y matizada de la recuperación del trabajador. A través de encuestas en profundidad y la observación de patrones tanto explícitos como latentes en la respuesta de los trabajadores, se puede ajustar el tratamiento y la intervención para mejorar no solo el estado de salud física, sino también la reintegración laboral efectiva y segura. La recolección de información mediante grabaciones y transcripciones de expertos permite capturar estos detalles críticos que pueden no estar presentes en una evaluación superficial, optimizando la derivación y el seguimiento del trabajador durante su proceso de recuperación.

Posteriormente, se llevó a cabo un estudio cualitativo confirmatorio para evaluar el entendimiento de las preguntas anexadas al instrumento, tal como lo sugería la etapa piloto de la metodología COSMIN.

En este sentido, se utilizó una muestra por conveniencia en los centros disponibles de la Mutual CChC, con el objetivo de obtener resultados exploratorios que permitieran un acceso rápido a una población específica. Si bien esta muestra no aspira a lograr representatividad estadística a nivel nacional, sí proporcionó una primera aproximación valiosa para la comprensión de las preguntas incorporadas. Se accedió al centro de referencia CAS Providencia, el cual proporcionó 15 pacientes que participaron en la validación y comprensión de las nuevas preguntas derivadas del instrumento EQ-5D. El EQ-5D, un instrumento estandarizado diseñado para medir el estado de salud de una persona, desarrollado por el EuroQol Group, fue ampliamente utilizado en este estudio. Este instrumento es valorado por su simplicidad y capacidad para generar un índice numérico del estado de salud, lo que permite realizar comparaciones entre diferentes condiciones y tratamientos.

Se realizó análisis a través de metodología de prueba piloto y retroalimentación sobre las preguntas previamente expuestas, cabe señalar que es un instrumento ya con validación nacional. La prueba piloto consiste en aplicar una versión preliminar o inicial del test a un grupo reducido de pacientes, en este caso los 15 pacientes del centro CAS Providencia. Esta versión del test incluye las preguntas del del EQ-5D con el objetivo de observar cómo los pacientes interactúan con esta parte del instrumento. Tras la aplicación del test, se les solicita a los participantes que proporcionen retroalimentación sobre varios aspectos del cuestionario, como la claridad de las preguntas, la facilidad de respuesta y cualquier confusión que puedan haber experimentado.

El EQ-5D, un instrumento estandarizado diseñado para medir el estado de salud de una persona, desarrollado por el EuroQol Group, fue ampliamente utilizado en este estudio. Este instrumento es valorado por su simplicidad y su capacidad para generar un índice numérico del estado de salud, lo que permite realizar comparaciones entre diferentes condiciones y tratamientos.

Componentes del EQ-5D:

El cuestionario evalúa cinco dimensiones clave del estado de salud:

- Movilidad
- Cuidado personal
- Actividades cotidianas
- Dolor/Malestar
- Ansiedad/Depresión

Cada una de estas dimensiones tiene tres (versión EQ-5D-3L) o cinco niveles de severidad (EQ-5D-5L), que van desde "sin problemas" hasta "problemas extremos". Además, incluye una escala visual analógica (EQ-VAS) que permite a los individuos autovalorar su salud en una escala de 0 a 100, donde 0 es "la peor salud imaginable" y 100 es "la mejor salud imaginable".

El EQ-5D es ampliamente utilizado en estudios de costo-efectividad para calcular los QALYs (Quality-Adjusted Life Years), una medida que combina la calidad y cantidad de vida vivida. Por estas razones fueron escogidas las preguntas del EQ-5D

Segunda etapa: Integración del modelo de atención temprana del trabajador en centros de salud de Mutual CChC.

Se eligieron cuatro centros de salud de Mutual CChC por conveniencia y aceptación previa, donde se realizaron mesas de trabajo con tomadores de decisión y encargados clínicos de cada centro. Se identificaron procesos, donde se explicó y preparó a los equipos sobre el modelo de atención temprana del trabajador propuesto por Mutual CChC, indicando a través de un flujo de atención y necesidades clínicas en cada caso. Se consideraron dentro del modelo, los tiempos relacionados con la aplicación del MITT, el abordaje clínico necesario y variables de salida relacionadas con la atención de los trabajadores.

Se entregó el diagrama de flujo a cada encargado de centro para explicar las necesidades del modelo solicitando retroalimentación a los mismos para conservar la viabilidad de aplicación según las diversas realidades locales en los centros escogidos previamente, considerando variables relacionadas con el personal clínico local, flujo de pacientes y gravedad de las lesiones atendidas en dichos centros.

En esta etapa se definieron los siguientes elementos:

- Etapas y flujos de atención para la aplicación del modelo de atención temprana del paciente
- Personal clínico que aplicaría el MITT
- Equipo multidisciplinario idóneo a evaluar y determinar (usando el MITT como herramienta integrada) las intervenciones terapéuticas relacionadas con cada paciente.

Tercera etapa: aplicación de piloto de modelo de atención temprana de pacientes en Mutual CChC.

Luego de las reuniones con la contraparte de organización y coordinación con cada centro, se realizó un piloto de atención en cuatro centros previamente seleccionados por Mutual CChC:

- CAS Copiapó
- CAS Talca
- CAS Hospital Concepción
- Hospital Mutual de Seguridad CChC

Se tomó una muestra por conveniencia en función de los pacientes que ingresaron considerando la realidad de cada centro; se optó por utilizar ingresos en los servicios de kinesiología y también en el caso de Hospital Mutual de Seguridad CChC y CAS Hospital Concepción que se realizaron también en el servicio de atención de control médico. La selección previa de los pacientes se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión para esta etapa del proyecto:

Criterios de inclusión:

- Pacientes que han sufrido un accidente laboral que presenten una lesión que, por criterio diagnóstico médico, tenga de forma previa una permanencia en el sistema de atención y/o rehabilitación mayor a 30 días de estadía.
- Paciente mayor de 18 años.
- Paciente que se encuentre a menos en la primera semana de tratamiento.
- Paciente que acepte y firme consentimiento informado.

Criterio de exclusión

- Paciente que se encuentre a dos semanas del alta clínica o bien esté pronta recuperación.
- Paciente con enfermedad profesional.
- Pacientes que presenten complicaciones de agravamiento de su patología inicial.

Los pacientes fueron identificados en función de los criterios de inclusión y exclusión propuestos en la etapa anterior. A estos pacientes, previo consentimiento informado, se les aplicó el MITT, y sus casos fueron expuestos a la mesa multidisciplinaria de profesionales de diversas áreas relacionadas con el tratamiento y/o rehabilitación de los pacientes entre ellos podemos considerar: médico tratante, kinesiólogos, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales y enfermeros, determinando las intervenciones idóneas para su atención dentro de los plazos estipulados según el flujo de atención propuesto en la fase anterior.

La muestra incluyó 138 pacientes durante el período de atención.

Se realizaron además 5 entrevistas a tomadores de decisión y/o participantes en el proceso de implementación del MITT de Mutual C.Ch.C.

Se gestionó con la contraparte la designación de un coordinador por cada centro para la aplicación del modelo, quien supervisó y gestionó las modalidades de atención requeridas por el equipo multidisciplinario.

Cuarta etapa: Levantamiento de información e identificación de brechas de implementación.

Una vez realizada la intervención piloto de la atención temprana del trabajador de Mutual CChC, se realizó un análisis cualitativo de las brechas de intervención por parte del equipo multidisciplinario sobre la aplicación y satisfacción de los pacientes con la atención.

Primera etapa estudio cualitativo

En la primera etapa se identifican las principales brechas del modelo de intervención, permitiendo observar tanto sus contenidos explícitos (lo que se dice) y latentes (lo que se dice sin pretenderlo), así como sus posibles relaciones en la interpretación del mismo, a través de encuestas en profundidad.

En esta línea, se realiza una muestra de conveniencia de los tomadores de decisión o bien profesionales que participaron en la implementación en cada centro a disposición de Mutual CChC. A través de la autorización de actores clave, se accede a 5 participantes, se procedió a realizar una entrevista semiestructurada:

Asimismo, los participantes entregan su consentimiento de forma voluntaria. El análisis de la información es desagregado y confidencial. La duración promedio de las entrevistas es de 36 minutos, 15 segundos.

Entrevista semiestructurada

Se define como una técnica social que pone en relación de comunicación directa, cara a cara, entre un investigador/entrevistador, y un entrevistado (Canales, 2006). Se establece una relación dialógica, espontánea, concentrada y de intensidad variable. Mediante un proceso interactivo entre ambos en relación a preguntas estructuradas, se anima un juego del lenguaje con preguntas cerradas con cierto grado de libertad, las cuales orientan el proceso de obtención de información expresada por el entrevistado. Se incluyen sus respuestas verbales y no verbales, claves para el acceso y profundidad de la información recolectada (Canales, 2006).

Por el contexto territorial de los centros seleccionados se opta por realizar las evaluaciones utilizando tecnologías de teleconferencias previamente coordinadas con la contraparte para luego obtener la grabación con autorización de cada uno de los involucrados para su transcripción y análisis.

Resultados

A continuación, se presentan los principales hallazgos que permiten identificar, organizar y validación de la aplicación piloto Sistema Descentralizado de Atención Integral Temprano del Trabajador (MITT). Los resultados serán presentados según etapa de ejecución y se realizará una discusión de los principales hallazgos y brechas sobre el modelo.

Resultados primera etapa

Se expusieron las 5 preguntas relacionadas con el EQ-5D descritas en el Anexo 2. Se optó por una metodología de preguntar:

- 1.- ¿La pregunta formulada ante usted, se entiende en su contexto?
- 2.- ¿La pregunta formulada ante usted, se entiende en su formulación/construceto?
- 3.- ¿Tiene observaciones para mejorar la pregunta formulada ante usted?

Al ser consultados los participantes describieron la siguiente tabla de resultados sobre el entendimiento de las preguntas agregadas

Tabla 1. Participantes en la Etapa 1

Participantes	Respuesta P1	Respuesta P3	Respuesta P2
Participante 1	Sí	Sí	Ninguna
Participante 2	Sí	Sí	Ninguna
Participante 3	Sí	Sí	Ninguna
Participante 4	Sí	Sí	Ninguna
Participante 5	Sí	No	Mejorar el sentido de la pregunta N°3
Participante 6	Sí	Sí	Ninguna
Participante 7	Sí	Sí	Ninguna
Participante 8	Sí	Sí	Ninguna
Participante 9	Sí	Sí	Ninguna
Participante 10	Sí	Sí	Ninguna

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de las evaluaciones de campo.

Nota: A todos los participantes se les aplicó consentimiento informado previo a las preguntas.

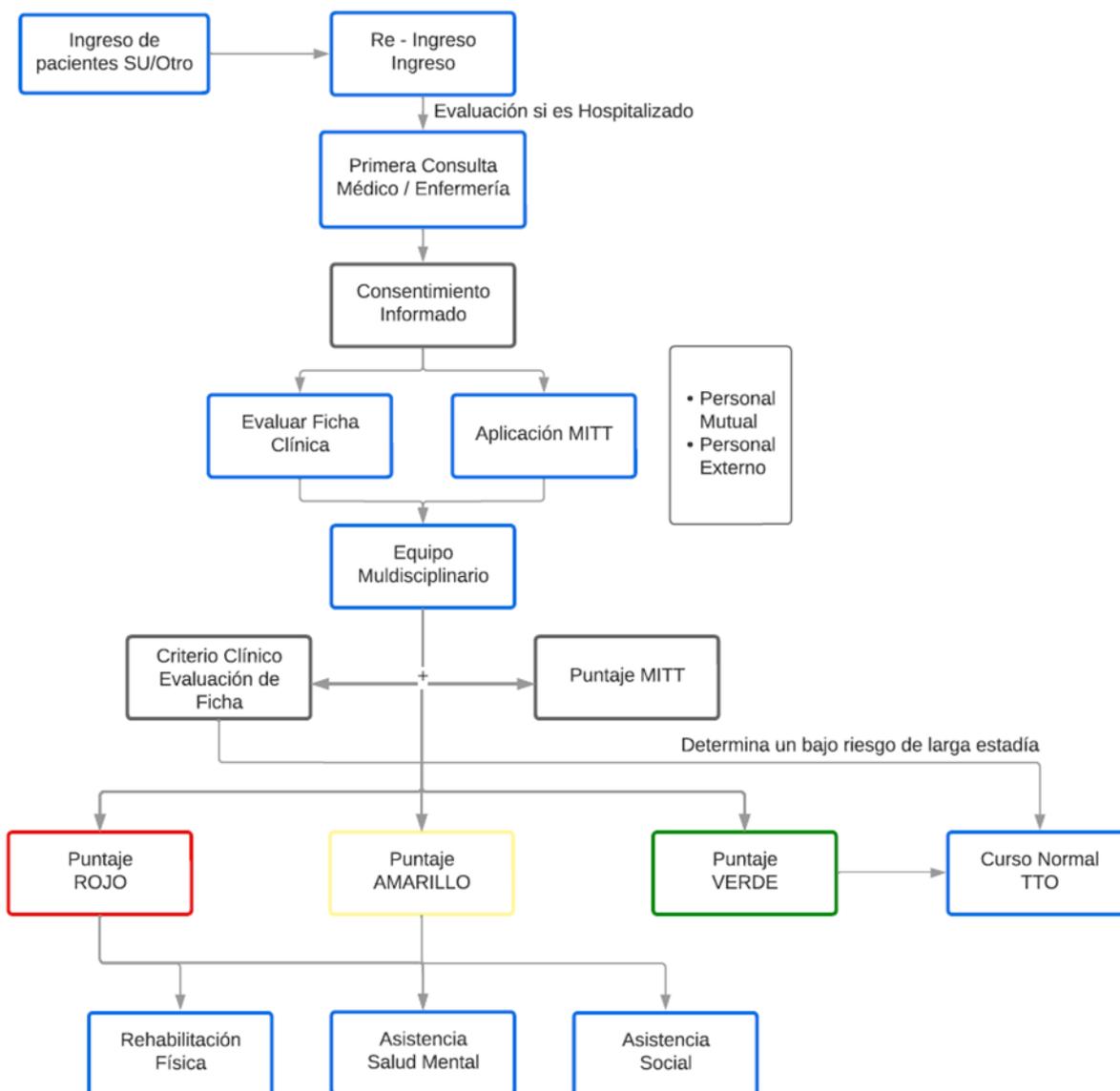
Al obtener un 90% de aceptación de todas las preguntas se optó por mantener tanto el formato como el constructo de cada una de las preguntas. Sobre la observación del participante 5 se dejó como pauta para mejorar los ejemplos desarrollados por el profesional que aplique el cuestionario final.

Resultados segunda etapa

Se coordinaron con los centros de atención descritos en la metodología mediante entrevistas virtuales, en las cuales se evaluaron las condiciones de cada centro y se presentó el modelo de atención. Durante estas reuniones, se discutieron los puntos más relevantes y críticos para la correcta implementación del proyecto.

Una vez finalizadas las coordinaciones con los distintos centros, se procedió a implementar el modelo de atención, siguiendo el flujograma presentado a continuación.

Flujograma de atención Modelo de atención integral MITT.



Fuente: Elaboración propia.

Se presentó este diagrama de flujo que representa el proceso de atención a pacientes relacionado con la aplicación del "MITT" (Sistema Descentralizado de Atención Integral Temprano del Trabajador). Se

destaca que se modificó el ingreso de los pacientes previamente descrito puesto se consideró lo estimado por cada coordinador de centro, optando por realizar las evaluaciones en los servicios clínicos de rehabilitación de cada CAS y en el caso de Hospital Concepción y Hospital Central Mutual CChC. también se utilizó la opción de captar pacientes en el control con médico.

Se estableció las visitas según se describe en la siguiente tabla

Tabla 2: Propuesta de fechas de viajes programada en respuesta a las entrevistas previas

Fechas	Centro/ Agencia	Ejecutor	Contraparte CAS
04 -15 de marzo	Copiapó	GSE	Dr. Juan Loch / Enf. Cindy Olivera
18-22 de marzo	Talca	GSE	Dra. Ma. Teresa/ Enf. Jefe Claudia Bravo
1-5 de abril	Concepción	GSE	Dra. Ingrid Rudolph A.S. Paola Alvarez
18-22 de marzo	Hospital	GSE	Dr. Rafael Borgoño/ Valentina Carrasco

Tabla 3: Ejecución de las evaluaciones

Fechas	Centro/ Agencia	Ejecutor	Contraparte CAS
03 -09 de marzo	Copiapó	GSE	Dr. Juan Loch / Enf. Cindy Olivera
31 Marzo – 04 Abril	Talca	GSE	Dra. Ma. Teresa/ Enf. Jefe Claudia Bravo
06-10 de Mayo	Concepción	GSE	Dra. Ingrid Rudolph A.S. Paola Álvarez
31 Mayo - 11 de Junio	Hospital	GSE	Rodrigo Llancaamán/ Valentina Carrasco

Nota: La toma de muestra de Hospital se prolongó por licencia del evaluador del equipo investigador.

Resultados tercera etapa

La presente etapa se llevó a cabo durante las visitas del equipo investigador a distintos centros clínicos, con el objetivo de evaluar a una muestra de pacientes bajo el modelo de intervención MITT (Modelo Integral Temprano del Trabajador). Este proceso de evaluación permitió recoger datos en diferentes centros de salud seleccionados, cuyas características y resultados se detallan a continuación. Además, se describen las metodologías aplicadas, el perfil de los profesionales involucrados, y las derivaciones realizadas a partir de las necesidades detectadas en los pacientes evaluados.

La muestra se llevó a cabo dentro de la visita del equipo investigador a cada centro, se solicitó de forma previa alcanzar 50 pacientes en el periodo de evaluación (3 meses) de las cuales fue logrado un 69% del

total. Todos los participantes de esta muestra pasaron por consentimiento informado según los requisitos del Comité Científico de Mutual CChC. La muestra obtenida siguió la siguiente distribución:

Tabla 4: Muestra obtenida por cada centro.

Centro clínico seleccionado	Cantidad de pacientes evaluados	Porcentaje de logro de la muestra por centro
CAS Copiapó	17	34
CAS Talca	21	42
CAS Hospital Concepción	50	100
Hospital Mutual CChC.	50	100

Se le aplicó el instrumento MITT. Las preguntas del instrumento se encuentran en el Anexo 3 las cuales fueron previamente seleccionadas y validadas en las etapas anteriores del mismo proyecto.

Posteriormente, se procedió a aplicar el Criterio Clínico de Evaluación de Ficha y el Puntaje MITT. La evaluación de cada paciente fue realizada por el equipo investigador, que proporcionaba esta información al equipo multidisciplinario de la Mutual CChC. La cantidad y tipo de profesionales involucrados en cada centro se reflejan en la Tabla 3. Como resultado de la evaluación, se emitía una alerta de color (verde, amarilla o roja), tanto en general como desglosada por las áreas evaluadas en el MITT: Antecedentes Mórbidos, Salud Mental, Psicosocial y Relación Laboral. Además, se incluía una breve descripción de cada caso evaluado, como se muestra de ejemplo en la siguiente tabla:

Tabla 5: Ejemplo de entrega de resultados del MITT por categoría y total.

Rut	1	2	3	4	5	6	7	8	Res	9	10	11	12	13	14	15	16	Res	17	18	19	22	Res	20	21	Res	Resultado MITT	Observaciones	
xxxxxxxxxx	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	R	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Paciente con relación a temor de dolor y ansiedad por diagnóstico futuro
xxxxxxxxxx	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Paciente con leve proceso de estimación de catastrofismo y ansiedad
xxxxxxxxxx	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	A	Paciente con ansiedad y potenciar red de apoyo; preocupación por futuro de tto
xxxxxxxxxx	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	R	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Paciente con dolor y catastrofismo con riesgo de ansiedad y depresión
xxxxxxxxxx	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	R	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Paciente con riesgo de deterioro en salud mental con sentimiento de empeoramiento
xxxxxxxxxx	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	R	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Paciente con antecedentes previos de accidentes laborales, licencias y antecedentes

Posteriormente, se analizaron los casos según las oportunidades de intervención disponibles en cada centro. Finalmente, el Equipo Multidisciplinario, en conjunto con la evaluación de la ficha clínica y el MITT, deliberaba para proponer las indicaciones correspondientes.

Tabla 6: Participantes en el equipo multidisciplinario por centro

Centro clínico seleccionado	Cantidad de profesionales	Tipo de profesional evaluador
CAS Copiapó	2	Kinesiólogos
CAS Talca	2	Enfermera y kinesiólogo
CAS Hospital Concepción	2	Médico y Kinesiólogo
Hospital Mutual CChC.	4	Médico, Terapeuta Ocupacional, Trabajadora Social, Enfermera

Se definió de forma previa que las derivaciones potenciales que podía optar el equipo multidisciplinario fueron:

- Incorporar al paciente a evaluación salud mental.
- Incorporar al paciente a evaluación por trabajadora social.
- Incorporar al paciente a evaluación del equipo del dolor.
- Reevaluación por médico tratante.

Nota: Cabe considerar que en la visita en terreno para la aplicación del modelo se realizó la capacitación y se realizaron los casos que se pudo dentro del horario reservado para dicha actividad, luego se dejó dentro de las posibilidades de cada centro completar el flujo de todos los pacientes evaluados, para ello se compartieron los resultados del MITT a través de un drive compartido con el encargado de cada centro participante y luego reforzado vía correo electrónico. Para efectos de resultados se pudo realizar la aplicación de todo el modelo de intervención a 14 pacientes. Considerando esta realidad se optó por tomar los casos ejemplificadores para ayudar a ejemplificar las brechas de implementación que serán discutidas en el capítulo de discusión.

Luego del proceso de evaluación, se realizó un análisis descriptivo de las respuestas que arrojó el siguiente análisis de algunas preguntas:

1.- La pregunta 2 “¿Cuántos días de licencia médica ha tenido en el transcurso del último año?” El 100% de la muestra se observó un resultado “Rojo” por lo que se estima que para efecto de los pacientes evaluados no apunta a la necesidad de saber si es un paciente recurrente del sistema de atención, esto se puede explicar por la opción de tener pacientes ingresados ya al servicio de kinesiología que ya llevan una data de más de 30 días de atención en el proceso de rehabilitación.

2.- La pregunta 5 “Usted presenta alguno de estos consumos regularmente”: se agregó la opción “ninguna” que faltaba en la estructura inicial.

3.- La pregunta 10, “¿Está muy preocupado por su salud?”, arrojó un 86% de respuestas afirmativas (“Sí”). Este resultado influye en la clasificación del área correspondiente como de alto riesgo (valor Rojo). Sin embargo, esta respuesta puede generar confusión en su interpretación, ya que no necesariamente implica que los pacientes presenten un pensamiento catastrófico sobre su salud. En muchos casos, los pacientes consideraban su preocupación como un factor protector o positivo, al estar más atentos a su bienestar y tomando medidas preventivas para evitar futuros problemas de salud.

4.- Las preguntas 15, 16, 17 y 20 al no tener una respuesta intermedia se evalúa como muy “extrema” las respuestas en cuanto a su dispersión interna.

Nota: Se considera las respuestas en Verde, amarillo o rojo dependiendo del valor descrito en las etapas anteriores del MITT, según la clasificación de cada pregunta por criterio de experto.

Resultados cuarta etapa

En esta última etapa se realizó entrevistas semiestructuradas, se utilizaron las preguntas descritas en el Anexo 4, los actores claves que participaron en el proceso de implementación para detectar brechas de implementación, los participantes se exponen en la siguiente tabla.

Tabla 7: Participantes en entrevistas semiestructuradas

Profesional entrevistado	Fecha de la entrevista	Duración de la entrevista
P 1	13-09-2024	15m 29s
P 2	04-09-2024	25m 56s

P 3	10-09-2024	25m 4s
P 4	05-09-2024	22m 5s
P 5	11-09-2024	23m 15s

Todos los participantes aceptaron que la entrevista sea grabada.

La producción de información cualitativa se realizó mediante entrevistas semi estructuradas, pues esta técnica permite obtener descripciones del mundo vivido por los entrevistados y su interpretación de los fenómenos estudiados (Kvale, S. 2011).

Ámbito	Preguntas guía
Identificación	Nombre, Cargo y relación laboral dentro de Mutual CChC.
Función en la participación del proceso de implementación	¿Descripción sobre su rol en la toma de muestra e implementación del modelo?
Opinión sobre la iniciativa de implementación del modelo	¿En función de haber participado en la ejecución del Mitt, que le parece la iniciativa? ¿Cree que existe un beneficio para los pacientes?
Estructura y optimización del modelo	¿En qué momento habría que implementar el modelo de atención para beneficio de los pacientes? ¿Se debería hacer un seguimiento de los pacientes? y ¿Cuál sería la mejor forma de hacerlo?
Oportunidad de implementación del modelo	¿Qué cree que se necesitaría para implementar un modelo de atención así? ¿Cree que existe la voluntad administrativa y/o política interna para instaurar un modelo de esta magnitud?
Brechas de implementación	¿ Cuáles cree que son algunas brechas para implementar un modelo de atención así?

Técnica de Análisis de la información cualitativa

Se utilizó una aproximación basada en el análisis de contenido cualitativo. Específicamente, se trata de un método que consiste en la clasificación o codificación de los diversos elementos de un mensaje en categorías con el fin de hacer aparecer de manera adecuada su sentido (manifiesto o latente). (Krippendorff, K. 1990; Mayring, P. 2000)

Para el desarrollo del análisis de la información, se siguieron los siguientes 6 pasos (Cáceres, P. 2003; Strauss, A. y Corbin, J. 2002):

1. El primer paso del análisis fue identificar el material a analizar en función de las preguntas de investigación, la pauta de entrevistas establecidas y las respuestas dadas por los entrevistados.
2. El segundo paso consistió en identificar y definir las unidades de análisis que se correspondían a los trozos de contenido sobre los cuales se desarrolló el análisis (las unidades de análisis

representan los segmentos del contenido de las respuestas de los entrevistados. La unidad de análisis se denomina, “unidad de registro”, y se refiere al contenido identificado como significativo dentro del documento).

3. De manera paralela al paso anterior, se desarrolló el tercer paso en el que se establecieron las reglas de análisis. Estas reglas indican cuáles son las condiciones para codificar y categorizar un determinado contenido. Este proceso se desarrolló de manera inductiva, comenzando desde los datos para definir reglas que los clasifiquen y para posteriormente codificarlos preguntándose cuál es el tema, aspecto o significado que ellas encierran.
4. Una vez que los datos fueron segmentados y agrupados conforme a las reglas de análisis, se identificó a cada grupo mediante nombre de códigos. Los códigos resumen el conjunto de datos reunidos en una clase, “etiquetan” los segmentos, agregando información al texto a través de un proceso que abstraer las características del contenido agrupado.
5. A continuación, se definieron categorías en donde el contenido previamente codificado se ordenó y clasificó. Las categorías representan el momento en el cual se agrupa o vincula la información, en términos de mayor amplitud o abstracción teórica o pudiendo representar interpretaciones acerca del contenido que no se manifiesta de modo explícito, a través de la construcción del concepto de cuenta de relaciones en el conjunto de material analizado.
6. Por último, se realizó una síntesis final que utilizó las categorías y códigos usados previamente. Esta puso énfasis en el esfuerzo reflexivo, descubriendo lazos, causas e interpretándolas de acuerdo con la información disponible.

Identificación

Caracterización:

Se tomó una muestra de cinco participantes los cuales son cuatro mujeres y un hombre.

De los cinco entrevistados se destacó la disposición y descripción de cada cargo y el rol de cada uno de ellos en los diferentes CAS y servicios que se desempeñan, todos cuentan con un título profesional y dos de ellos con cargos de tomadores de decisión dentro de su servicio.

Todos centran su rol como parte del sistema de rehabilitación y/o coordinación del mismo.

Análisis Función en la participación del proceso de implementación

Se señala que los centros correspondientes juegan un papel fundamental en la implementación de un modelo de esta envergadura, y que, desde su rol profesional, pueden contribuir tanto en el aspecto técnico como en el proceso de implementación.

Asimismo, se destaca que los coordinadores de la implementación perciben el proceso de intervención como claro y sencillo cuando es explicado por el equipo innovador.

En cuanto a los implementadores del cuestionario MITT, surgieron dudas principalmente sobre los plazos y la entrega de los resultados y su análisis, más que sobre la metodología en sí.

Esto se puede describir según lo referido.

R3 “Nuestro rol en el servicio de rehabilitación es clave en establecer una conexión con el paciente y por lo mismo un modelo como el MITT verdad, podría tener una buena posibilidad de instaurar una parte o las evaluaciones del MITT”

Análisis: Opinión sobre la iniciativa de implementación del modelo

En general, todos los participantes expresaron opiniones favorables sobre la implementación del modelo MITT. Coincidieron en que la iniciativa responde a una necesidad real de brindar atención integral temprana a los trabajadores. Subrayaron la claridad de los objetivos y el valor del modelo para mejorar la detección precoz y gestión de las atenciones relacionadas con la accidentabilidad de los pacientes que se atienden en Mutual CChC.

Cinco participantes manifestaron opiniones particularmente positivas, destacando los siguientes puntos:

Pertinencia y oportunidad: Afirmaron que el modelo aborda de manera precisa un vacío existente en el sistema actual, permitiendo una intervención más rápida y efectiva en los trabajadores que presentan signos tempranos de problemas de salud.

R5 “...efectivamente el modelo parece una buena oportunidad, sin embargo, creo que debe tener claro los roles de los participantes y por sobre todo la forma de entregar el feedback puesto que la optimización de cada caso va ir variando en los diferentes centros...”

Valor agregado profesional: Resaltaron que el MITT no solo ofrece herramientas prácticas para mejorar la gestión clínica, sino que también otorga un marco metodológico que optimiza la toma de decisiones. El modelo permite identificar riesgos de forma temprana, diseñar intervenciones personalizadas y fomentar la autonomía del equipo clínico, lo que fortalece su rol profesional. Además, facilita la integración de enfoques preventivos con los tratamientos convencionales, promoviendo así una gestión más proactiva de la salud ocupacional.

R1 “Creo que el modelo es una ayuda fundamental una herramienta necesaria para disminuir los días de reposo, todos sabemos que tenemos casos que se quedan pegados en los servicios de rehabilitación, esto podría aportar en tener más herramientas para liberar a este tipo de paciente”

Innovación: Enfatizaron que el enfoque descentralizado del MITT representa un avance significativo en salud ocupacional, permitiendo llevar los servicios de evaluación e intervención más cerca de los

trabajadores. La descentralización no solo mejora el acceso, sino que también distribuye la carga de trabajo entre distintas unidades, promoviendo un modelo más sostenible. Asimismo, destacaron que la combinación de tecnología y protocolos estandarizados fomenta la toma de decisiones basadas en evidencia, lo que contribuye a la innovación continua del sistema de salud.

Colaboración y trabajo en red: Subrayaron que el modelo fomenta un trabajo coordinado entre distintos actores, fortaleciendo las redes de apoyo y la toma de decisiones compartida, tanto en el ámbito clínico como organizacional, lo que en última instancia contribuye a una mejor calidad de atención y seguimiento.

R2 *“...el hecho de juntarse hablar de los pacientes creo que es un trabajo que se hacía antes y tiene un valor agregado para el análisis de cada caso, instaurar estas mesas de conversación ayudaría bastante creo yo...”*

Sin embargo, también surgieron comentarios constructivos relacionados con los desafíos operativos, especialmente respecto a los tiempos de entrega de resultados y al análisis de los datos, los cuales se perciben como áreas a mejorar para asegurar una implementación más fluida.

Sobre el beneficio a los pacientes surgieron en su conjunto opiniones positivas, ninguno de los participantes cree que es algo innecesario o bien algo negativo para los pacientes, todos los participantes coincidieron en que la implementación del modelo MITT representa un aporte significativo a la salud de los trabajadores. Ninguno de los entrevistados expresó dudas sobre su pertinencia o cuestionó su impacto positivo. Por el contrario, existe un consenso claro sobre la relevancia del modelo como herramienta para mejorar la condición de cada uno de los pacientes. Los participantes destacaron que el modelo permite detectar problemas de salud en etapas iniciales, lo que facilita una intervención oportuna. Esta capacidad de prevenir complicaciones mayores genera un impacto positivo directo en la calidad de vida de los trabajadores, evitando tanto ausencias laborales prolongadas como deterioro en su bienestar físico y mental.

Se valoró que el MITT no solo aborda los síntomas físicos del trabajador, sino que considera el contexto psicosocial y ocupacional, aportando una atención más completa y centrada en la persona. Esta visión holística fue interpretada como una ventaja respecto a modelos tradicionales, que tienden a fragmentar la atención y tratar cada problema de forma aislada. La percepción de los participantes sugiere que esta aproximación fortalece la relación de confianza entre el trabajador y los equipos de salud. Según los entrevistados, este tipo de iniciativas no sólo mejoraría la salud del trabajador, sino que también influye positivamente en otras áreas como la psicosocial o salud mental.

Análisis: Estructura y optimización del modelo

Cuando se consultó sobre el momento óptimo para la implementación del modelo, existió cierta divergencia de opiniones, algunos creen que para que el modelo tenga una mayor efectividad se debería ejecutar en fases más tardías poniendo como ejemplo considerar el ingreso al proceso de rehabilitación.

R5 *“...considero que se debería instaurar desde el ingreso a kinesiología donde se evalúa según la consideración médica previa y se tiene una visión de para dónde va el paciente...”*

Por otra parte, surgió la inquietud que el modelo debería ser implementado debería ocurrir lo más pronto posible dentro del ciclo desde la lesión al inicio del proceso de rehabilitación, idealmente en las etapas tempranas de su sintomatología o en situaciones de riesgo identificadas para evitar temas de cronicidad o similares.

El otro grupo de recomendaciones sugirió implementar el modelo en un proceso de rehabilitación avanzada, una vez que ya se conoce al paciente y su actuar frente a la rehabilitación física.

R4 *“... creo que, en nuestro rol profesional como kinesiólogos, conocemos bien a nuestros pacientes, pensamos que nuestro diagnóstico no es errado para detectar cuando un paciente necesita, por ejemplo, asistencia en salud mental.”*

Frente a la consulta sobre el seguimiento de los pacientes, todos estaban de acuerdo que era necesario hacer un seguimiento y este se debía vincular con la estadística, esta consulta o seguimiento se podría realizar vía telefónica o bien analizando las bases de datos existentes, sólo existió una respuesta relacionada que se debería tener una posibilidad de visitar al paciente en su casa para ver la efectividad de la transición laboral.

Se mantiene un consenso que el seguimiento es fundamental para garantizar el éxito del modelo. Pueden haber pensado que una intervención sin seguimiento adecuado corre el riesgo de perder efectividad, especialmente en un contexto donde el estado de salud de los pacientes es dinámico y las condiciones de salud de los mismos pueden cambiar rápidamente. Además, el seguimiento permitiría evaluar la evolución del estado de salud del trabajador y adaptar las intervenciones de manera personalizada, asegurando así una gestión más eficiente y centrada en el paciente.

Análisis: Oportunidad de implementación del modelo.

Para una correcta implementación del modelo, es fundamental definir con precisión ciertos elementos clave. Es necesario determinar el porcentaje específico de trabajadores que serán incluidos, ajustando los puntos de corte correspondientes. La selección de pacientes debe regirse exclusivamente por el estándar que considera a aquellos que superan los días establecidos para su patología. Además, es imprescindible contar con una línea base que permita evaluar los resultados iniciales y dar seguimiento a los efectos del modelo a largo plazo. Una planificación cuidadosa del momento óptimo para su implementación también es fundamental para maximizar los beneficios de la intervención.

R1: *“Tengo, lo siento de fuera de estándar, actualmente en algunas lesiones que también sean importantes, no sé, voy a tener, no sé qué el 20% de los pacientes está fuera de estándar, ¿cuál sería entonces mi línea basal? ¿Qué pasa entonces con esos pacientes sobre este programa?”*

Esta reflexión subraya la importancia de establecer criterios claros para definir qué pacientes serán considerados dentro del modelo y cómo se abordarán aquellos que no cumplan con los estándares predefinidos. Esta incertidumbre pone de manifiesto la necesidad de precisar cómo manejar los casos

que no encajen en los criterios iniciales, asegurando que estos pacientes no queden fuera de la intervención.

Por otra parte, se aportó una perspectiva complementaria, destacando la importancia de contar con el compromiso organizacional y una adecuada asignación de recursos:

R2: “El modelo requiere más que una metodología clara; necesitamos asegurar que exista una estructura organizacional alineada y que los recursos estén disponibles. Sin esto, la implementación puede quedar limitada. El seguimiento continuo también debería ser priorizado, con indicadores claros para saber si realmente estamos logrando el impacto esperado.”

Se resalta que la implementación del modelo no depende únicamente de criterios técnicos o clínicos, sino que es necesario un compromiso integral por parte de la organización. La asignación adecuada de recursos y el monitoreo mediante indicadores precisos son esenciales para garantizar que el modelo cumpla sus objetivos y genere el impacto esperado.

Asimismo, se identificó una oportunidad estratégica para ampliar la cobertura del modelo. Se planteó que su implementación debería ser transversal a todos los servicios de atención clínica y administrativa de la Mutual CChC. Esta visión permitiría que el modelo no se limite a áreas específicas, sino que abarque toda la organización, maximizando su impacto y facilitando una integración más fluida en los procesos institucionales. Para garantizar el éxito del modelo es fundamental resolver las inquietudes respecto a la definición de estándares y la gestión de casos fuera de ellos. Al mismo tiempo, el compromiso organizacional, la asignación de recursos adecuados y el seguimiento continuo son elementos críticos para asegurar una implementación efectiva. Finalmente, aprovechar la oportunidad de implementación transversal fortalecería la cohesión entre los distintos servicios, incrementando los beneficios tanto para los trabajadores como para la organización.

Al ser consultados sobre la existencia de voluntad administrativa y/o política interna para instaurar un modelo de esta magnitud, los cinco participantes coincidieron en que existe un respaldo claro tanto desde las instancias administrativas como de las jefaturas para promover este tipo de cambio en el enfoque de intervención. Sin embargo, destacaron que la voluntad institucional, aunque necesaria, no es suficiente para garantizar el éxito de la implementación. Advirtieron que esta debe ir acompañada de una adecuada asignación de recursos que permita sustentar y operacionalizar el modelo en todas sus etapas.

Los participantes subrayaron que la voluntad política y administrativa puede facilitar la toma de decisiones estratégicas y abrir espacios para el cambio cultural dentro de la organización, creando un entorno favorable para la innovación. No obstante, enfatizaron que este impulso debe ser complementado con recursos financieros, capital humano calificado y herramientas que permitan llevar a cabo las intervenciones propuestas. La falta de estos recursos podría limitar la capacidad del modelo para alcanzar sus objetivos, incluso si existe el compromiso institucional.

Asimismo, se señaló que la ejecución efectiva del modelo no solo implica voluntad de las jefaturas, sino también una coordinación transversal entre distintas áreas de la organización. La implementación debe

estar respaldada por políticas internas que garanticen el alineamiento de los equipos clínicos y administrativos, asegurando que cada actor involucrado comprenda su rol y compromiso en el proceso.

Análisis: Brechas de implementación

En esta parte se reflejaron las principales brechas de implementación presentadas por el comentario de los participantes, de las cuales se separaron por tipo como se demuestra a continuación:

Los participantes coincidieron en que una de las principales brechas para la implementación exitosa del MITT radica en la insuficiencia de recursos humanos. Se destacó que, para que el modelo funcione eficazmente, se necesita contar con personal clínico y administrativo dedicado exclusivamente al proceso. La falta de personal disponible en los centros genera una sobrecarga de trabajo y podría limitar la capacidad de aplicar el modelo de forma oportuna.

R5: *"... Es complicado porque en algunos centros estamos con el personal justo, no hay horas para nada más, partimos a las 8 y no paramos hasta salir, por lo que asumir nuevas tareas sea muy difícil. Si no se asignan más personas, no sé cómo podríamos implementar esto bien."*

R2: *"No solo necesitamos más gente, sino que también es importante que las personas estén capacitadas específicamente para manejar el MITT. No podemos pedirles a los mismos equipos que asuman esto como una tarea más, sugiero exista personal específico para la aplicación de la encuesta y su análisis..."*

También se enfatizó la necesidad de contar con horarios específicos dedicados exclusivamente a la aplicación del MITT. Indicaron que las consultas o evaluaciones deben programarse de forma diferenciada para garantizar que el cuestionario y la intervención se realicen sin interrupciones ni interferencias con las tareas rutinarias.

R3: *"Si no asignamos horas específicas para esto, se va a terminar haciendo a la rápida y no vamos a tener los resultados que esperamos. Necesitamos tiempo exclusivo para aplicar el MITT con calma, acá tenemos sólo mi colega y yo 2 a 3 horas de atención, con todo el tipo de temas administrativos que debemos hacer si nos agregan esto otro, no se va a poder conseguir nada, sólo más carga para nosotros."*

Otro aspecto crítico identificado fue la falta de lineamientos claros sobre cómo realizar el seguimiento de los trabajadores y cómo utilizar los recursos disponibles en cada centro. La ausencia de protocolos estandarizados puede llevar a inconsistencias en la implementación y al riesgo de que algunos pacientes no reciban el seguimiento adecuado.

R1: *"Cada centro tiene recursos distintos. Hay que aprovechar lo que ya tenemos, pero necesitamos saber cómo hacerlo de manera consistente."*

Los participantes señalaron que una de las principales brechas es la falta de adaptación del modelo a la realidad de cada servicio, especialmente en centros regionales donde los recursos son más limitados.

Expresaron preocupación por las diferencias en infraestructura, personal y herramientas disponibles entre centros urbanos y rurales.

R2: *"No podemos implementar lo mismo en todas partes. En algunas regiones no contamos ni con la mitad de los recursos que tienen en Santiago. Hay que adaptar el modelo a lo que realmente se puede hacer."*

También se mencionó la necesidad de formar equipos multidisciplinarios heterogéneos que puedan responder a las necesidades específicas de cada centro. Los participantes enfatizaron que estos equipos deben incluir a profesionales de distintas disciplinas que representen la realidad local, para asegurar que las intervenciones se adapten adecuadamente a los contextos específicos.

R3: *"El equipo tiene que ser variado, no solo en términos de profesión, sino también en conocimiento del contexto local. No tiene sentido que todos los centros tengan exactamente la misma estructura si sus necesidades son diferentes."*

Por último, se expresó que esperan que el MITT contribuya a desintegrar la atención centralizada, otorgando a los centros regionales más autonomía en la gestión de sus pacientes. Esta descentralización permitiría una mayor adaptabilidad del modelo y facilitaría la toma de decisiones a nivel local.

R5: *"Es fundamental que los centros en regiones tengan más autonomía para aplicar el modelo según sus necesidades. No podemos seguir esperando que todas las decisiones pasen por Santiago."*

La implementación exitosa requiere enfrentar varias brechas importantes, la falta de recursos humanos, la necesidad de tiempos específicos para la aplicación del modelo, la falta de protocolos claros, las desigualdades regionales, la formación de equipos multidisciplinarios heterogéneos y la autonomía regional emergen como desafíos críticos. Abordar estas brechas es esencial para garantizar que el modelo no solo se implemente, sino que genere un impacto positivo y sostenible en la salud de los trabajadores.

Discusión

En el trabajo de campo se evidenció la diversidad de enfoques y adaptaciones en la aplicación del modelo MITT, los cuales responden a las realidades y recursos disponibles en cada centro. Por ejemplo, en el CAS Hospital de Concepción, se estableció que la derivación a salud mental requería un análisis previo por parte de una asistente social. Este filtro era fundamental para abordar adecuadamente los aspectos administrativos y económicos, asegurando que los pacientes accedieran de manera eficiente a las herramientas de salud mental disponibles en el centro. En contraste, en centros como Copiapó y Talca, la escasez de especialistas en salud mental y psicosocial obligó a gestionar estas atenciones mediante telemedicina, lo que introduce desafíos adicionales para mantener la integralidad del modelo y garantizar la continuidad de las intervenciones.

Un aspecto crítico identificado fue la baja participación de profesionales de diferentes disciplinas clínicas en la conformación de equipos multidisciplinarios. Esto resultó en un enfoque más limitado, con visiones sesgadas que no capturan plenamente la realidad integral del paciente. Esta falta de colaboración entre diversas especialidades afecta el análisis del instrumento MITT, restando eficacia al proceso de evaluación al no considerar todas las dimensiones del estado de salud del trabajador.

A pesar de estas limitaciones, en todos los centros se destacó el trabajo de las mesas multidisciplinarias como un componente clave. A través de estas instancias, los equipos lograron un consenso respecto a la precisión del MITT, especialmente en la identificación de necesidades en las áreas de salud mental y apoyo social. Las evaluaciones permitieron detectar de manera temprana casos que requerían intervenciones prioritarias en estas áreas. Sin embargo, surgieron discrepancias en cuanto a la evaluación de otros aspectos clínicos, como los antecedentes médicos o el manejo del dolor, los cuales no se consideraron con la misma urgencia dentro del modelo de atención.

Este proceso revela la importancia de contar con equipos verdaderamente multidisciplinarios, donde cada profesional aporte su perspectiva para asegurar una evaluación integral del paciente. Además, enfatiza la necesidad de fortalecer la disponibilidad de especialistas, particularmente en salud mental, para asegurar que el modelo pueda responder a las demandas complejas de manera eficiente y sostenible.

El Sistema Descentralizado de Atención Integral Temprano del Trabajador (MITT) ha revelado importantes desafíos en su aplicación en las diversas regiones de Chile, los cuales deben ser abordados de manera sistemática para garantizar su éxito. Dentro de ellas el modelo debería ajustarse mejor a las realidades locales y considerar los recursos escasos sobre todo de personal clínico y administrativo, existe por lo encontrado en el trabajo de campo una necesidad de apoyo administrativo a los servicios de rehabilitación en regiones, donde los equipos se encuentran presionados para el cumplimiento de estándares previos impuestos por calidad.

Baja Adherencia de Equipos Multidisciplinarios en Regiones

Uno de los pilares del modelo MITT es la conformación de equipos multidisciplinarios que aborden de manera integral los aspectos clínicos, sociales y psicológicos de cada trabajador. Sin embargo, la experiencia en los centros regionales muestra dificultades para conformar estos equipos debido a la escasez de especialistas en ciertas áreas, particularmente en salud mental y psicosocial. La falta de coordinación entre profesionales también ha dificultado la integración eficiente del modelo.

La ausencia de un enfoque multidisciplinario impide una atención holística, lo que reduce las probabilidades de éxito en la recuperación del trabajador y afecta la posibilidad de un reintegro laboral oportuno. Para enfrentar esta situación, es necesario fomentar la capacitación continua a nivel regional y establecer alianzas con otras instituciones de salud que permitan suplir la falta de especialistas. Además, se sugiere crear incentivos que atraigan profesionales especializados hacia las zonas más alejadas del país, fortaleciendo así la capacidad de respuesta de los centros de salud en regiones.

Limitación de Recursos Humanos y Horarios Dedicados

El diagnóstico realizado en los centros participantes señala que los equipos de salud enfrentan una sobrecarga laboral que impide destinar tiempo específico para la aplicación del MITT, lo que genera una implementación apresurada de las herramientas y compromete la calidad de las intervenciones. Como solución, se propone asignar personal exclusivo para la aplicación del MITT y establecer horarios diferenciados que eviten interferencias con la carga laboral diaria. Adicionalmente, se recomienda implementar plataformas digitales que faciliten la coordinación entre los equipos y el seguimiento remoto de los casos, optimizando así los tiempos de atención y garantizando una aplicación más eficiente del modelo.

Falta de Protocolos Estandarizados y Seguimiento Efectivo

La implementación del MITT se ha visto afectada por la carencia de protocolos unificados que orienten las intervenciones y aseguren la coherencia en los distintos centros. Cada centro ha interpretado y aplicado el modelo de manera diferente, lo que afecta la homogeneidad de los resultados y dificulta la evaluación comparativa del impacto del modelo. Para ello se propone desarrollar un manual operativo con protocolos estandarizados que especifiquen cómo y cuándo realizar las intervenciones. También se sugiere implementar sistemas de monitoreo continuo que permitan evaluar el estado de salud del trabajador a lo largo del tiempo, ajustando las intervenciones de acuerdo con las necesidades emergentes.

Desigualdad en la Infraestructura y Recursos entre Centros Urbanos y Rurales

Los centros ubicados en regiones alejadas enfrentan mayores dificultades para implementar el MITT debido a la falta de infraestructura y recursos adecuados. Esta desigualdad limita el acceso a herramientas necesarias y afecta la calidad de las intervenciones en comparación con centros de mayor envergadura en la capital o en CAS Hospital Concepción. Se debería adaptar el modelo a las capacidades locales mediante un enfoque flexible que permita ajustes en función de los recursos disponibles. Además, se debe garantizar que los centros regionales cuenten con autonomía suficiente para gestionar sus intervenciones sin depender exclusivamente de decisiones centralizadas como las evaluaciones en salud mental u otras similares.

Resistencia al Cambio Organizacional y Falta de Coordinación Transversal

Si bien existe voluntad entre los participantes a nivel transversal para implementar el modelo de intervención temprana, algunos actores han mostrado resistencia al cambio debido a la carga de trabajo adicional que implica. La falta de coordinación entre las áreas administrativas y clínicas también ha dificultado la fluidez en los procesos. Integrar a los equipos a través de mesas de trabajo interdisciplinarias que integren a todos los actores involucrados, permitiendo una comunicación clara y eficiente puede ser una herramienta fundamental para el éxito de la implementación de este tipo de modelo. También es fundamental realizar campañas internas que sensibilicen sobre los beneficios del modelo y generen mayor compromiso de los equipos.

Fortalezas y Oportunidades del Modelo MITT

A pesar de los desafíos mencionados, el MITT posee fortalezas significativas que lo convierten en una herramienta estratégica para transformar el enfoque actual de atención de los pacientes de Mutual CChC.

El modelo de atención integral temprana destaca por su capacidad de integrar múltiples dimensiones en la atención a los trabajadores, superando el enfoque tradicional al incorporar tanto factores físicos como psicosociales y mentales, fundamentales para lograr una recuperación más completa y sostenible. La promoción de un modelo descentralizado es otro elemento clave, al otorgar mayor autonomía a los centros regionales para gestionar los casos según sus contextos particulares. Esta flexibilidad permite mejorar la eficiencia del sistema al adaptar las intervenciones a las necesidades locales, optimizando recursos y distribuyendo de manera equitativa la carga de trabajo entre los centros, reduciendo así la dependencia de decisiones centralizadas.

El modelo de atención integral temprana también introduce herramientas innovadoras para la identificación temprana de riesgos, fortaleciendo la toma de decisiones clínicas y personalizando las intervenciones de acuerdo con cada caso. Esta capacidad predictiva resulta esencial para reducir la probabilidad de complicaciones y evitar tratamientos prolongados, lo que, a su vez, genera ahorros significativos en costos y licencias médicas extendidas.

El compromiso institucional demostrado por la Mutual CChC ha sido fundamental para potencialmente implementar el modelo de atención integral temprana, reflejado en los recursos destinados al desarrollo de las investigaciones previas. Sin embargo, este respaldo debe ir acompañado de acciones concretas y sostenidas en el tiempo, mediante la creación de políticas internas que aseguren la continuidad del modelo. Asimismo, es crucial implementar indicadores de desempeño que permitan evaluar su impacto a largo plazo, facilitando la asignación eficiente de recursos y promoviendo la mejora continua.

El éxito del modelo de atención integral temprana también depende de la creación de un marco regulatorio sólido que garantice su aplicación uniforme en todo el territorio nacional. Este marco debe establecer lineamientos claros para la asignación de recursos e incentivos para los centros que adopten y adapten el modelo de manera efectiva a sus contextos. La sostenibilidad del modelo de atención integral temprana requiere priorizar la asignación de recursos financieros, tecnológicos y humanos, asegurando que todos los centros cuenten con las herramientas necesarias para su implementación adecuada.

Conclusión

El proyecto modelo de atención integral temprana al trabajador ha demostrado ser una herramienta prometedora para optimizar la atención integral de trabajadores con lesiones, superando el enfoque clínico tradicional al incorporar dimensiones biopsicosociales en su diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, su implementación ha revelado desafíos significativos y áreas de oportunidad que requieren atención para garantizar su impacto y sostenibilidad en diversos contextos.

Una de las principales fortalezas es su capacidad para detectar tempranamente problemas en la salud mental y social de los trabajadores, lo que permite diseñar intervenciones oportunas y personalizadas. Este enfoque facilita la reducción de riesgos de cronicidad, promoviendo el reintegro laboral rápido y eficaz. Sin embargo, la incorporación de otras dimensiones, como el manejo del dolor y los antecedentes clínicos, ha quedado relegada en algunas aplicaciones del modelo. Esta limitación sugiere que, en futuras implementaciones, se debe reforzar la integración de estos aspectos en la evaluación inicial para asegurar una atención verdaderamente integral. Una estrategia complementaria podría ser el desarrollo de subescalas específicas dentro del modelo para abordar áreas críticas subatendidas, mejorando la precisión en los diagnósticos y las intervenciones.

El proceso de implementación ha puesto en evidencia importantes desigualdades entre centros urbanos y de regiones. La escasez de especialistas en salud mental y psicosocial en regiones como Copiapó y Talca obliga a utilizar otras estrategias como telemedicina o enviar a los pacientes a Santiago para cubrir estas carencias. Aunque la telemedicina es una herramienta útil, su uso continuo puede limitar la calidad de la atención integral que el modelo pretende ofrecer. Esta situación refleja la necesidad urgente de desarrollar programas de formación regional y estrategias de incentivo para atraer profesionales especializados a áreas alejadas. También es esencial adaptar el modelo a las capacidades locales, permitiendo que cada centro cuente con flexibilidad para gestionar los recursos de acuerdo con sus necesidades y limitaciones.

La baja participación de equipos multidisciplinarios en la evaluación del MITT en ciertos centros sugiere la importancia de establecer mecanismos que incentiven la colaboración interprofesional. La falta de diversidad en los equipos puede generar una visión sesgada del estado del trabajador, afectando la calidad del diagnóstico y las decisiones terapéuticas. Una posible solución es implementar capacitaciones periódicas y talleres que promuevan la integración de diversas disciplinas en el análisis y toma de decisiones.

Los equipos clínicos enfrentan una sobrecarga laboral significativa, lo que impide destinar el tiempo necesario para aplicar el MITT con la profundidad que requiere. Esta situación ha generado aplicaciones apresuradas del modelo, comprometiendo la calidad de las intervenciones y afectando los resultados esperados. Para abordar esta problemática, es fundamental la asignación de recursos humanos adicionales dedicados exclusivamente al uso del MITT. La incorporación de horarios diferenciados para estas actividades es otro paso crucial para evitar interferencias con las tareas cotidianas del personal clínico.

Una herramienta complementaria sería el uso de plataformas digitales que faciliten la coordinación y seguimiento remoto de los casos. Estas plataformas permitirían registrar el progreso de los pacientes en tiempo real y promover la comunicación eficiente entre los miembros del equipo, optimizando los tiempos de atención y evitando duplicaciones en las intervenciones.

La implementación del MITT ha revelado la falta de protocolos estandarizados que orienten las intervenciones de manera consistente entre los diferentes centros de salud. Cada centro ha interpretado y aplicado el modelo de manera distinta, lo que genera variaciones en los resultados y dificulta la evaluación comparativa del impacto del modelo. Para resolver esta situación, es esencial desarrollar un manual operativo con protocolos detallados que incluya criterios claros para la evaluación de los pacientes y el seguimiento posterior.

Asimismo, se recomienda implementar un sistema de monitoreo continuo, que permita evaluar la evolución del estado de salud de los trabajadores a lo largo del tiempo. Este monitoreo es clave para ajustar las intervenciones según las necesidades emergentes y garantizar la continuidad del proceso de recuperación.

Una de las experiencias más enriquecedoras durante la implementación del MITT ha sido el trabajo colaborativo en mesas multidisciplinarias (con los profesionales que participaron), donde distintos profesionales pudieron compartir perspectivas y llegar a consensos sobre las intervenciones más adecuadas. Este tipo de instancias no solo mejora la calidad del diagnóstico, sino que también fortalece la toma de decisiones basadas en evidencia. Sin embargo, para maximizar el impacto de estas mesas, es necesario fomentar la participación activa de todas las disciplinas relevantes, asegurando que cada profesional aporte su conocimiento específico en el análisis del caso. El establecimiento de campañas internas de sensibilización puede ser una estrategia eficaz para promover la colaboración interdisciplinaria. Estas campañas podrían enfocarse en destacar los beneficios del modelo para los pacientes y para el equipo clínico, generando así un mayor compromiso de todos los actores involucrados.

La sostenibilidad del modelo dependerá en gran medida de la creación de un marco regulatorio sólido que garantice su continuidad a largo plazo. Este marco debe incluir lineamientos claros para la asignación de recursos y establecer incentivos para los centros que adopten el modelo de manera efectiva. La implementación de indicadores de desempeño permitirá medir el impacto del MITT y facilitará la toma de decisiones informadas para la mejora continua del modelo. Adicionalmente, es fundamental fortalecer la asignación de recursos financieros, tecnológicos y humanos para asegurar que todos los centros cuenten con las herramientas necesarias para aplicar el modelo de manera eficiente. La creación de un fondo de innovación podría ser una solución viable para financiar proyectos piloto y promover mejoras en la implementación de este tipo de intervenciones.

En síntesis, el MITT representa una oportunidad innovadora para mejorar la atención de los trabajadores lesionados mediante un enfoque integral y basado en la evidencia. Sin embargo, su éxito dependerá de la capacidad de abordar las brechas identificadas y de adaptar el modelo a las realidades locales. La combinación de innovación, compromiso institucional y una gestión eficiente de los recursos permitirá consolidar el MITT como una herramienta transformadora en la salud ocupacional,

mejorando la calidad de vida de los trabajadores y promoviendo un reintegro laboral oportuno y sostenible.

Agradecimientos

- Se agradece a los equipos administrativos de los centros de salud de Mutual Cámara Chilena de la construcción por su apoyo en todo el proceso.
- Se agradece a los equipos de rehabilitación de los centros por ayudar a la toma de muestras y la colaboración con el personal de GSE Salud Consultores LTDA. Para la ejecución del proyecto.
- Se agradece a la contraparte técnica del estudio y los distintos miembros propulsores del estudio por estar siempre presentes y preocupados en todo momento del avance y ejecución del estudio.
- A los centros de atención de Copiapó, Talca, Concepción y Santiago, sumado a los directores y coordinadores de dichos centros.

Bibliografía

- Agudelo Hernández, F., Rojas-Andrade, R., Guapacha Montoya, M. y Delgado Reyes, A. C. (2023). Identification of Components Associated with the Operation of Mutual Aid Groups: A Scoping Review. *Revista Colombiana de Psicología*, 32(2), 95–113.
- Andreu Abela, J. (2000). Las técnicas de Análisis de Contenido : Una revisión actualizada. *Fundación Centro de Estudios Andaluces. Universidad de Granada*, 10(2), 1–34. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.- analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
- Bermúdez, M. (1982). El análisis de contenido: Procedimientos y aplicaciones. *Ciencias Sociales*, 24, 71–80.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, ii(1),53-81.
- Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios* (M. Canales (ed.); 1ra ed., Vol. 1, Issue Investigación Social). LOM Ediciones. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38669112/Canales_Ceron_Manuel_-_Metodologias_de_la_investigacion_social.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1503947450&Signature=0rP%2BivvBPgRCCZ1FKL1TojzCtwY%3D&response-content-disposition=inli
- Denzin, K. y Lincoln, S. (2005). *The SAGE handbook of qualitative research* (3ra edición). Los Angeles: Sage Publications.
- Gilovich, T. (2009). *Convencidos, pero equivocados. Guía para reconocer espejismos de la vida cotidiana*. Barcelona: Milrazones.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). Mc Graw Hill / Interamericana Editores, S.A. De C.V.
- Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar lento*. Buenos Aires: Debate
- Krippendorff, K. (1990) *Metodología del análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata

Kyrouz, E., Humphreys, K. y Loomis, C. (2002). A Review of Research on the Effectiveness of Self-Help Mutual Aid Groups.

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência y Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.

Mayring, P. (2000) Qualitative content analysis. *Forum qualitative social research*, 1(2): <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385>

Morse, J. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research* Vol 5, N°2, May 1995:147-149

Pistrang, N., Barker, C. y Humphreys, Keith. (2008). Mutual Help Groups for Mental Health Problems: A Review of Effectiveness Studies. *American journal of community psychology*. 42. 110-21. 10.1007/s10464-008-9181-0.

Quintana Peña, A. (2006). Metodología de investigación científica cualitativa. In A. Quintana & W. Montgomery (Eds.), *Psicología: Tópicos de actualidad* (pp. 46–84). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Roberno Hernández, S., Carlos Fernández, C., & Pilar Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación* (5a ed.). Mc Graw Hill / Interamericana Editores, S.A. De C.V.

Strauss, A., Corbin, J. (2002) Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Antioquía: Editorial Universidad de Antioquía.

Anexos

Anexo 1 Resolución comité de ética



Santiago, 02 de Febrero del 2023

Decisión del Comité de Ética Científico para Proyectos de Investigación

Título de la propuesta de investigación : Sistema Descentralizado de Atención Integral Temprano del Trabajador

Fecha y lugar de la decisión : 02 de Febrero del 2023, Mutual de Seguridad Santiago.

Nombre del investigador principal : Gabriel Mansilla Lucero

Nombre del lugar de desarrollo de la investigación : Departamento de investigación, Mutual Cámara Chilena de Seguridad, centros de salud adherentes al estudio según planificación acordada.

Decisión tomada: Se decide **APROBAR** el Proyecto de Investigación

Justificación de la decisión:

Se evalúa apelación del proyecto de investigación.

Se revisan los antecedentes, y se decide aprobar ya que proyecto cumple con las exigencias metodológicas y éticas requeridas.

Se le recuerda al investigador que debe contar con la aprobación del Director Médico del Centro donde se realizará el estudio. A sí mismo, debe hacer llegar informe de avance, al año de ejecución (enero del 2024), y una vez finalizado el estudio.

Atentamente.

Dr. Pablo Salinas T.
Presidente
Comité de Ética Científico
Mutual de Seguridad CChC

Anexo 2 Preguntas EQ-5D

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

- No tengo problemas con mi cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades habituales

- No tengo problemas para hacer mis actividades habituales
- Tengo algunos problemas para hacer mis actividades habituales
- Soy incapaz de hacer mis actividades habituales

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo un dolor o malestar moderado
- Tengo mucho dolor o malestar

Angustia/depresión

- No estoy angustiado o deprimido
- Estoy moderadamente angustiado o deprimido
- Estoy muy angustiado o deprimido

Anexo 3 Listado final de preguntas

¿Usted ha sufrido algún accidente laboral y/o enfermedad profesional antes de este último evento?
SI (Describa)
NO
¿Cuántos días de licencia médica ha tenido en el transcurso del último año?
0 - 10 Días
11 - 30 Días
30 o más días
Antecedentes mórbidos ¿Usted tiene algún diagnóstico médico previo a este accidente/enfermedad que requiera tratamiento?
SI (Describa)
NO
En el caso que la respuesta anterior sea Sí, ¿Cuál es el diagnóstico?
Cáncer
Accidente Cerebro Vascular (ACV)
Diabetes
Hipertensión
Obesidad
Otro
Usted presenta alguno de estos consumos regularmente
Tabaco
Marihuana
Alcohol
Otro
En esta escala de dolor físico, siendo 0 la ausencia de dolor y siendo 10 el máximo de dolor que pueda sentir, ¿Qué valor le daría hoy a su dolor físico?
Dolor en 0
Dolor en 1
Dolor en 2
Dolor en 3
Dolor en 4
Dolor en 5
Dolor en 6
Dolor en 7
Dolor en 8

Dolor en 9
Dolor en 10
En relación a los medicamentos que le dio su médico tratante ¿Siente que ha sido efectivo el uso de estos medicamentos para los malestares de su lesión?
En Desacuerdo
Indiferente
De Acuerdo
Antecedentes de Salud Mental ¿Usted ha tenido tratamiento o prestación en el área de salud mental previamente?
SI
NO
¿A menudo se preocupa por la posibilidad de tener una enfermedad grave?
En Desacuerdo
Indiferente
De Acuerdo
¿Está muy preocupado por su salud?
Si
Indiferente
No
¿Siente estar preocupado todo el tiempo pensando si el dolor desaparecerá?
Nunca
Raramente
Algunas veces
Frecuentemente
Siempre
¿Siente temor que el dolor empeore?
Nunca
Raramente
Alguna veces
Frecuentemente
Siempre
¿Experimenta ocasionalmente sensaciones de gran angustia o temor después del evento que le produjo la lesión?

Nunca
Raramente
Con cierta frecuencia
Muy a menudo
¿Ha perdido el interés por su aspecto personal?
Me cuido como siempre le he hecho
Es posible que no me cuide como debiera
No me cuido como debería hacerlo
Completamente
¿A causa de su salud física, ha hecho menos de lo que hubiese querido hacer en las últimas 2 semanas?
SI
NO
¿Ha hecho menos de lo que hubiese querido hacer, por algún problema emocional?
SI
NO
En relación a su condición familiar y red de apoyo. ¿Cuenta con apoyo regular y permanente de familiares y/o amigos cercanos?
SI
NO
¿En qué rango se encuentra su ingreso mensual?
Menos de \$64.000
Entre \$65.000 y \$136.000
Entre \$137.000 y \$180.000
Entre \$181.000 y \$250.000
Entre \$251.000 y \$350.000
Entre \$351.000 y \$450.000
Entre \$451.000 y \$650.000
Entre \$651.000 y \$850.000
Entre \$851.000 y \$1.050.000
Entre \$1.051.000 y \$1.250.000
Entre \$1.251.000 o más
No sabe
No responde
¿En relación a las deudas que usted y su familia presenta, su nivel de endeudamiento lo evaluaría cómo?

Crítico (Mas del 60% de sus ingresos familiares mensuales)
Medio (Entre 40% y 60% de sus ingresos familiares mensuales)
Aceptable (Menos de 40% de sus ingresos familiares mensuales)
En relación a su condición contractual, ¿Qué contrato de trabajo presenta a la fecha?
Temporal, por faena u obra
Indefinido
Respecto a su jefatura, usted definiría la relación como:
Conflictiva
Tradicional/Habitual
Cercana/amistosa
Nivel educacional ¿Cuál es su último año de educación cursado?
Sin educación formal
Educación Preescolar o Educación parvularia
Educación diferencial o Especial
Educación básica
Primaria o Preparatoria (Sistema antiguo)
Científico-Humanista
Técnica Profesional
Humanidades (Sistema antiguo)
Técnica comercial, Industrial o Normalista (Sistema antiguo)
Técnico Superior incompleta (1 a 3 años)
Técnico Superior completa (1 a 3 años)
Profesional incompleta(4 años o más)
Profesional completa (4 años o más)
Postgrado incompleto (Magíster, Doctorado)
Postgrado completo (Magíster, Doctorado)
No sabe
No responde

Anexo 4 Pauta de preguntas de entrevista semiestructurada.

Preguntas entrevista semiestructurada para tomadores de decisión.

Nombre, Cargo y relación laboral dentro de Mutual CChC.
¿Descripción sobre su rol en la toma de muestra e implementación del modelo?
¿En función de haber participado en la ejecución del Mitt, que le parece la iniciativa? ¿Cree que existe un beneficio para los pacientes?
¿En qué momento habría que implementar el modelo de atención para beneficio de los pacientes? ¿Se debería hacer un seguimiento de los pacientes? y ¿Cuál sería la mejor forma de hacerlo?
¿Qué cree que se necesitaría para implementar un modelo de atención así? ¿Cree que existe la voluntad administrativa y/o política interna para instaurar un modelo de esta magnitud?
¿ Cuáles cree que son algunas brechas para implementar un modelo de atención así?