

EL IMPACTO DE COVID19 EN EL SISTEMA DE SALUD Y PROPUESTAS PARA LA REACTIVACIÓN

Grupo de reactivación sanitaria - Colegio Médico de Chile

19 de Agosto 2020



COLEGIO MÉDICO DE CHILE

Dra. Izkia Siches, Dra. Jeannette Vega, Dra. May Chomalí, Dra. Begoña Yarza, Dr. Roberto Estay, Matías Goyenechea, Dr. Pablo Jiménez, Dr. Alfredo Aliaga, Dr. Felipe Águila, Dr. Jonathan Troncoso, Dr. Jorge Pacheco

ÍNDICE

Introducción	3
Diagnóstico impacto del COVID 19 en el sistema sanitario chileno	5
Impacto de pandemia por SARS-CoV-2 en mortalidad	
Disminución de la prestación de servicios de salud y su impacto	
Disminución de prestaciones a nivel nacional	
Impacto de pandemia por SARS-CoV-2 sobre el financiamiento del sistema de salud	16
Cierre de brechas en financiamiento a la red pública	
Gasto adicional requerido post pandemia	
Fuentes posibles de financiamiento	
Impacto de pandemia por SARS-CoV-2 en gestión clínica y modelos de atención de redes integradas de servicios de salud	20
Impacto en las redes asistenciales	
Desafíos del desconfinamiento para la red asistencial	
Recomendaciones Generales para las Redes Integradas de Servicios de Salud	
Recomendaciones específicas para la Red Asistencial:	
Propuestas para la reorientación de la actividad en Atención Primaria en la transición desde la cuarentena al desconfinamiento progresivo	
Uso de Tecnologías Digitales y la importancia de la Telemedicina en la reactivación	39
Situación actual de la telemedicina	
Tareas pendientes en relación a la telemedicina.	
Aplicaciones específicas de la telemedicina	
Bibliografía	45

INTRODUCCIÓN

La pandemia por el SARS-CoV-2 ha impactado profundamente la actividad regular de nuestra sociedad en todas sus dimensiones. A nivel mundial, la pandemia ha exigido a los gobiernos y en particular a sus autoridades sanitarias, un gran esfuerzo para evitar brotes que impacten negativamente tanto por sus consecuencias directas en morbilidad y mortalidad de la población afectada, como por las consecuencias indirectas en la totalidad de la vida social, por sus impactos sociales, económicos. La pérdida de empleos, el aumento de la tasa de desocupación, la contracción económica y una elevada tasa de mortalidad por millón de habitantes, son solo algunas de las consecuencias que la pandemia ha tenido en nuestro país (INE, 2020; INE, 2020; Roser, 2020).

El sistema sanitario tiene la responsabilidad de implementar políticas y estrategias que logren ofrecer a la población universalidad en el acceso y en la cobertura. Este derecho se ha visto afectado dada las condiciones que ha impuesto la Pandemia (OPS, 2015).

Las necesarias medidas de confinamiento para contener el avance de la pandemia, sumado al miedo al contagio en la población -que afecta la consulta oportuna- han tenido un impacto en la continuidad de la atención de salud. Es así como se ha observado una reducción de las consultas a urgencias, las hospitalizaciones y el número de consultas ambulatorias en el mundo. Diversos estudios han mostrado cómo la pandemia ha generado menos consultas en atenciones de servicios de urgencias (Mauro, 2020), como síndrome coronario agudo y accidente cerebrovascular (ACV) en comparación al mismo periodo el año pasado, lo que se podría traducir en un aumento de la mortalidad y complicaciones a largo plazo. Esto también se ha visto reflejado en controles de atención primaria y secundaria se vieran disminuidas fuertemente desde la aparición del primer caso en el país.

Esta situación, en el contexto chileno, se ha visto agravada por problemas previos a la pandemia de acceso y cobertura en diferentes regiones y comunas, que se expresan en desigualdades sociales y resultados de salud (PNUD, 2017; Bilal, 2019). Existen además debilidades en la implementación del modelo integral de salud que tiene como reto enfrentar la otra "epidemia" de enfermedades crónicas no transmisibles que en Chile alcanzan cifras preocupantes (MINSAL, 2017) y por último la espera de personas con problemas de salud que deben ser evaluados por especialista o para intervenciones quirúrgicas (Estay, 2017).

Sumado a lo anterior, y como consecuencia de la alta demanda de atención por motivos respiratorios, y el consecuente despliegue de las medidas de seguridad necesarias para prevenir la transmisión asociada a la atención de salud, se ha generado una desviación de los recursos humanos, físicos y económicos del sistema hacia la atención de los pacientes COVID-19. Esto genera una profundización de las brechas en relación con las atenciones no otorgadas con el

consecuente aumento de los pacientes con retraso en el diagnóstico y tratamiento de diversas condiciones NO COVID-19.

En definitiva, la primera ola de la Pandemia en el país nos deja:

1. Una población temerosa de asistir a los centros asistenciales.
2. Necesidad de considerar procesos asistenciales que permitan mantener una menor presencia física en los centros, para poder cumplir con el distanciamiento físico.
3. Una atención presencial que será de mayor costo por la necesidad de uso de EPP en cada atención y de higienización constante de manos y superficies
4. Una mayor demanda de atención por la acumulación de listas de espera y por la falta de diagnóstico producto de la derivación de recursos durante la pandemia.

En el proceso de desconfinamiento que comienza a vivir el país, tanto los recursos como los procesos irán volviendo progresivamente a como fueron planificados, sin embargo, deberá haber un importante ejercicio de ajuste en relación al escenario sanitario y social actual. Esta tarea se agrega a los habituales desafíos y disyuntivas en el campo de la gestión, el financiamiento y la atención de salud de nuestro sistema.

DIAGNÓSTICO IMPACTO DEL COVID 19 EN EL SISTEMA SANITARIO CHILENO

Impacto de pandemia por SARS-CoV-2 en mortalidad.

Uno de los aspectos más sensibles frente a un brote sanitario que demanda a los aparatos de salud en forma extraordinaria, es el desplazamiento de la atención de otras patologías, cuya no resolución puede tener como consecuencia un aumento en la morbilidad relacionada. Esto ha sido observado en brotes previos, como los casos de Ébola, SARS y MERS (Ribacke, 2016; Chang 2004; Lee, 2012), por lo que debe considerarse como esperable durante una pandemia.

A continuación, se presentan elementos que permiten visualizar la gran magnitud que tendrá el desplazamiento de prestaciones de salud, como consecuencia del brote de COVID19 en Chile, que en definitiva se traducirá en el futuro en un aumento de la morbilidad relacionada.

1. Factores que inciden en el impacto en patologías NO COVID-19:

1.1 Disminución de la oferta:

La magnitud del brote, ha obligado a reorganizar la actividad hospitalaria y en atención primaria, aumentando la oferta de recursos dirigidos a la atención de pacientes afectados por patología respiratoria. Esto genera como consecuencia una disminución de la oferta de distintos procesos de promoción, prevención, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación de la red de salud dirigidos a patología NO COVID-19.

Los equipos de salud, para intentar mantener la continuidad de la atención evitando la transmisión de contagios en el personal y consecuente disminución de oferta, han establecido turnos rotativos de atención semanales o bisemanales, lo que repercute en una disminución de la cantidad de recursos humanos disponibles para la atención directa de pacientes. A esto se suma la indicación de aislamiento domiciliario por contagio, sospecha o contactos estrechos en el personal de salud, y la asignación de funciones no presenciales a funcionarios que tienen alto riesgo de desarrollar enfermedad grave (enfermedades crónicas, edad, inmunosupresión), lo que también repercuten en la disponibilidad de recursos humanos.

Otras prestaciones como las grandes cirugías (ejemplo oncológicas), requieren en su recuperación post operatoria de una cama crítica y al estar estas ocupadas por pacientes COVID y/o frente al temor de generar contagios asociados a la atención de salud, se observa como consecuencia que los centros de salud tengan una disminución en el número de cirugías.

1.2 Disminución de la demanda:

Probablemente el miedo a contraer la enfermedad y la adherencia a las instrucciones de la autoridad sanitaria, considerando que un control de salud puede diferirse, puede llevar a que las personas eviten acudir a establecimientos de salud para recibir atenciones relacionadas a otras patologías, como consultas en servicios de urgencia y controles crónicos.



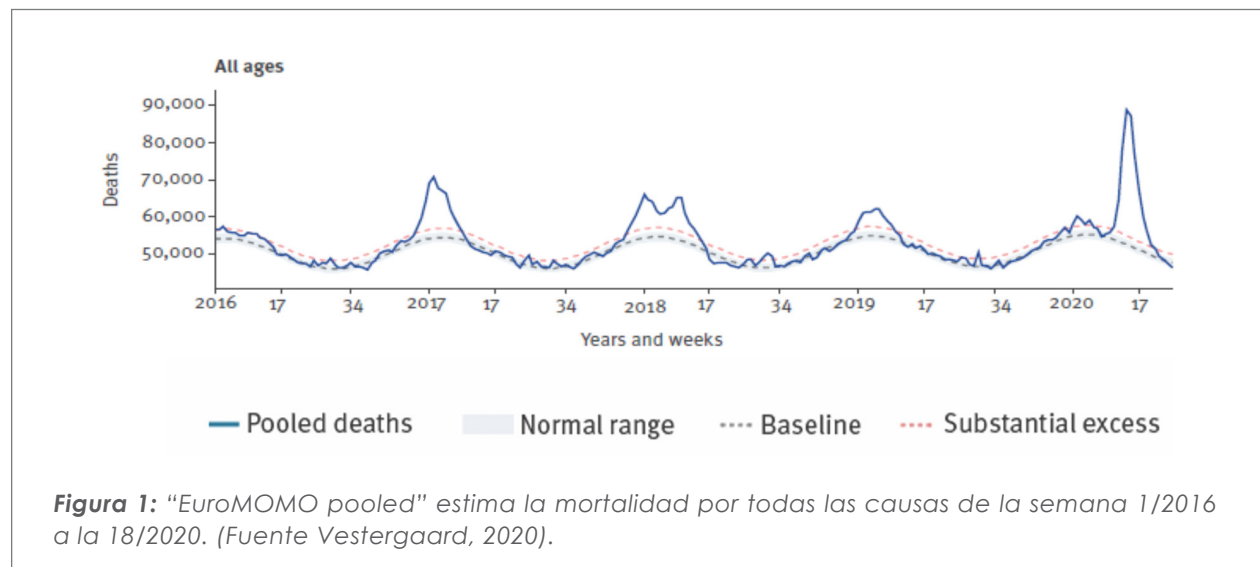
En el mismo sentido, las restricciones en la movilidad, y medidas restrictivas para el ingreso a centros de salud, podrían constituir barreras de acceso para la población usuaria.

2. Magnitud del impacto en mortalidad.

A nivel internacional, diversos reportes y publicaciones han presentado datos relacionados al impacto del COVID-19 en otras dimensiones de la salud.

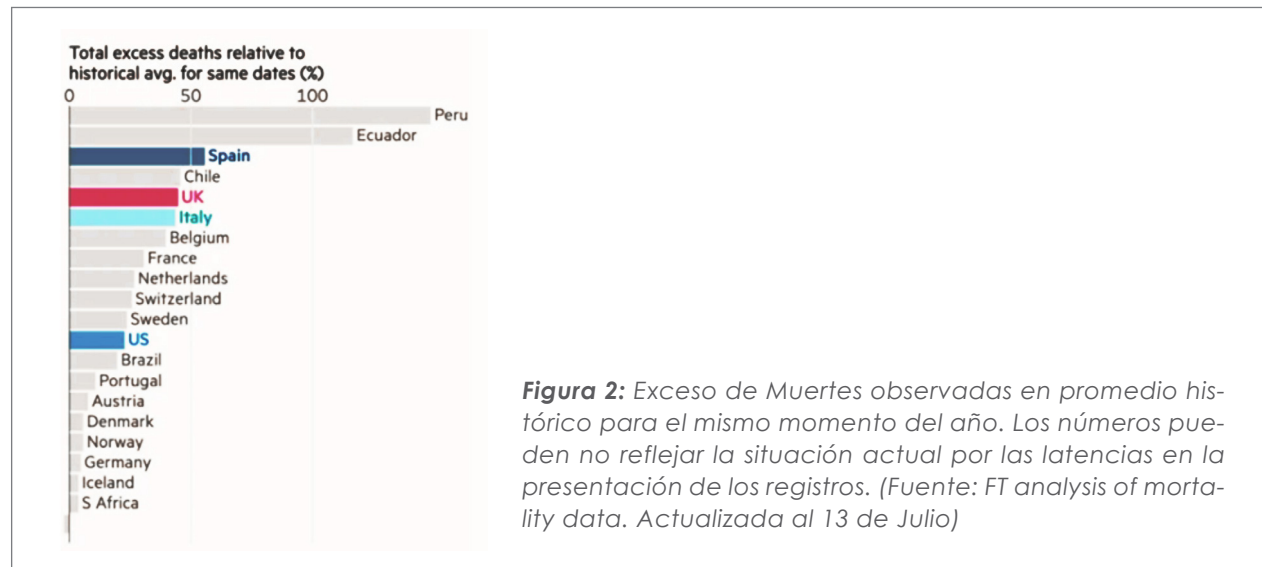
Una de las formas de estudiar el impacto en mortalidad, secundario al brote de COVID-19 (tanto en mortalidad atribuible a la enfermedad COVID-19, como otras causas), es el cálculo de exceso de mortalidad en relación a las mismas semanas epidemiológicas de años anteriores. El exceso de mortalidad, por una parte, refleja la magnitud del brote y la dificultad de los prestadores de salud para responder a patologías que inciden en la mortalidad; pero también la población que falleció, en su mayoría corresponde muy probablemente a personas con factores de riesgo que suelen utilizar con mayor frecuencia los servicios de salud.

Un grupo colaborativo europeo, presentó los registros de mortalidad en 24 países de Europa (Vestergaard, 2020) durante las semanas del año 2020, y los comparó con los años previos entre 2016 y 2019, concluyendo un número total de fallecidos de 185.287 hasta la semana epidemiológica 18, lo que excede en un 67% la cantidad de fallecidos en el año 2018 (año anterior con la mayor cantidad de fallecidos) y en un 520% la cantidad de fallecidos en el año 2016 (año con la menor cantidad de fallecidos del período).

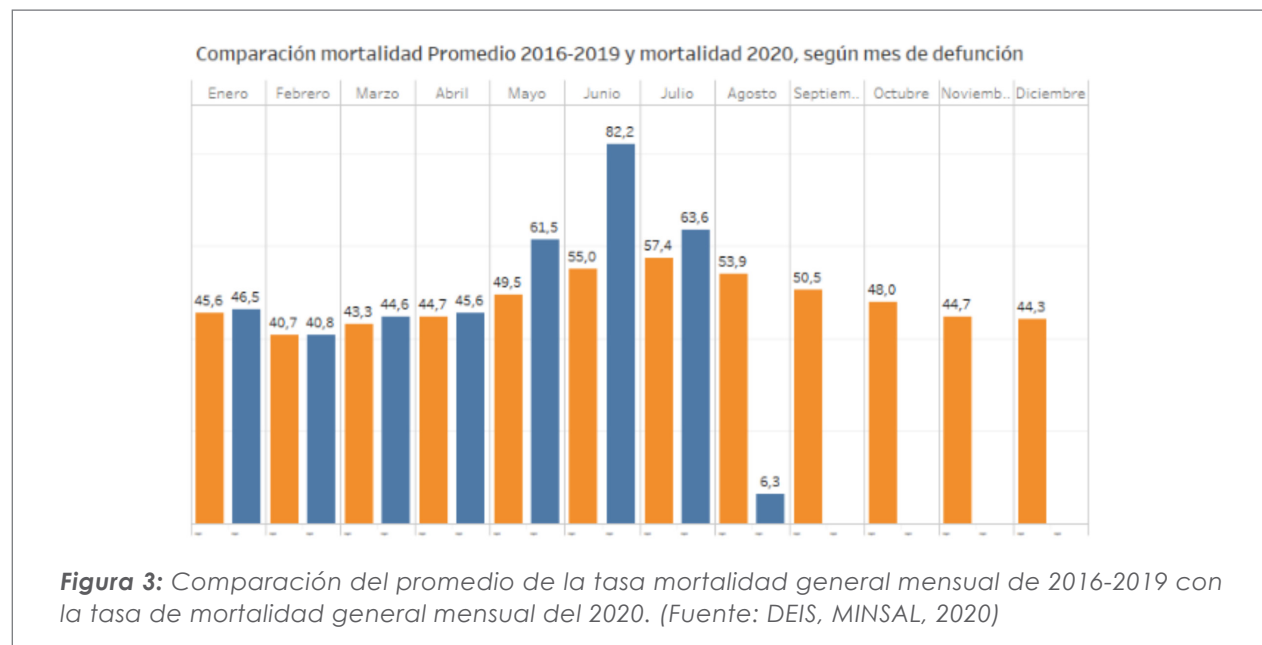


Un artículo publicado en el periódico "Financial Times", presenta datos de exceso de mortalidad en relación con años anteriores, en un grupo de 21 países seleccionados (Financial Times, 2020). Chile se encuentra en el número 4 con mayor exceso de mortalidad en este grupo, por encima de

países con brotes importantes como Reino Unido e Italia. Para nuestro país la publicación estima un 46% más de muertes en comparación a períodos anteriores.



Información presentada por el DEIS el 7 de agosto de 2020 (MINSAL, 2020), se estima un exceso de mortalidad entre los meses de enero a julio, de un 21% más con respecto a los 4 años anteriores (2016 a 2019). En el mes de junio, la tasa de mortalidad aumenta un 49% en relación al mismo mes durante los 4 años anteriores.



Disminución de la prestación de servicios de salud y su impacto

La disminución en el uso de servicios de salud, como consecuencia de brotes epidémicos, ya ha sido ampliamente reportada (Ribacke, 2016; Chang 2004; Lee, 2012).

Si analizamos el área de cáncer, diversas publicaciones han intentado estimar el exceso de mortalidad que se generará por la disminución de tratamientos de quimioterapia u otras prestaciones relevantes. Uno de estos estudios, realizado en el Inglaterra e Irlanda del Norte (Lai, 2020), presenta una disminución en los ingresos de pacientes a tratamientos de quimioterapias en los centros estudiados, que va entre el 45 y el 66% en relación a años anteriores, y una disminución de las derivaciones priorizadas de personas con diagnóstico de cáncer en etapa temprana, que va entre un 70 y un 89%. El exceso de mortalidad estimado para pacientes con cáncer que tenían al menos una comorbilidad adicional, llegaría hasta un 78% según los cálculos de este modelo.

Otra publicación reciente presenta una estimación del impacto del COVID-19 en mortalidad por 4 tipos de cáncer en Inglaterra por retraso en el diagnóstico, realizada en un modelo con tres escenarios diferentes (Maringe, 2020). El aumento de mortalidad a 5 años para cáncer de mama se estimó entre un 7,9 y 9,6%, para cáncer colorrectal entre 15,3 y 16,6%, para cáncer pulmonar entre 4,8 y 5,3% y para cáncer de esófago de entre 5,8 y 6%.

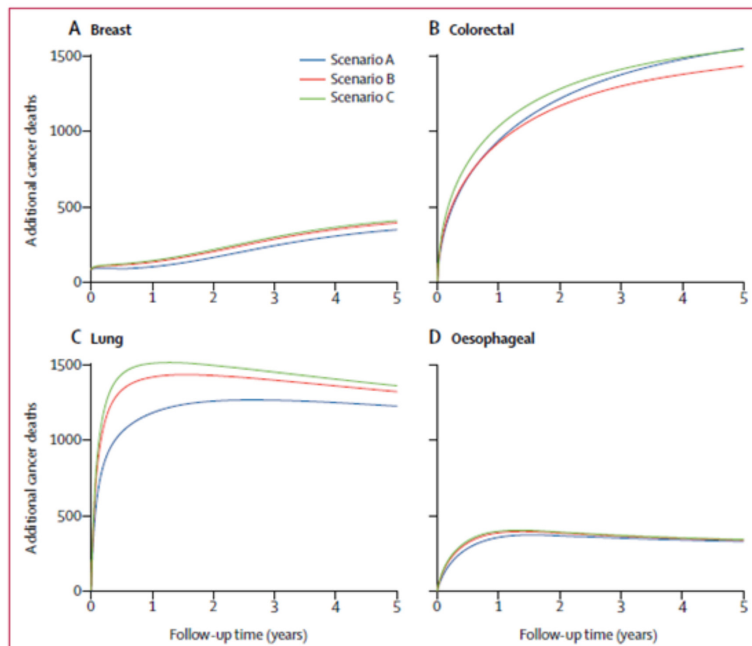


Figura 4: Estimación del exceso de número de muertes por cáncer de mama, colorrectal, pulmonar y esofágico en tres escenarios distintos de evolución de la pandemia (Fuente: Maringe, 2020)

Otro grupo investigó el impacto en mortalidad atribuible por cáncer que puede generar el retraso de 3 o 6 meses en cirugías oncológicas de 15 tipos de cáncer, a través de un modelo basado en los datos de cirugía y mortalidad por cáncer entre los años 2013 y 2017. Como resultado estiman

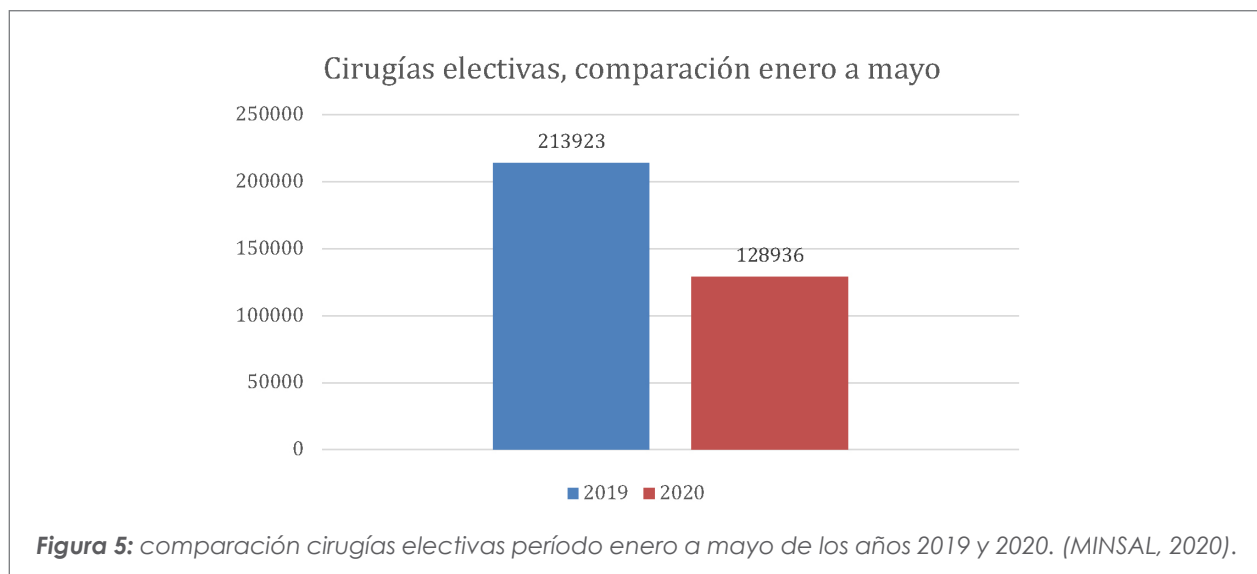
que puede haber una disminución en los años de vida ganados, de 26% por retrasos de 3 meses y de 59% por retraso de 6 meses (Sud, 2020).

Disminución de prestaciones a nivel nacional

A nivel nacional, en nuestro país ya tenemos información oficial sobre la magnitud en disminución o retraso de algunas atenciones, que se presenta a continuación.

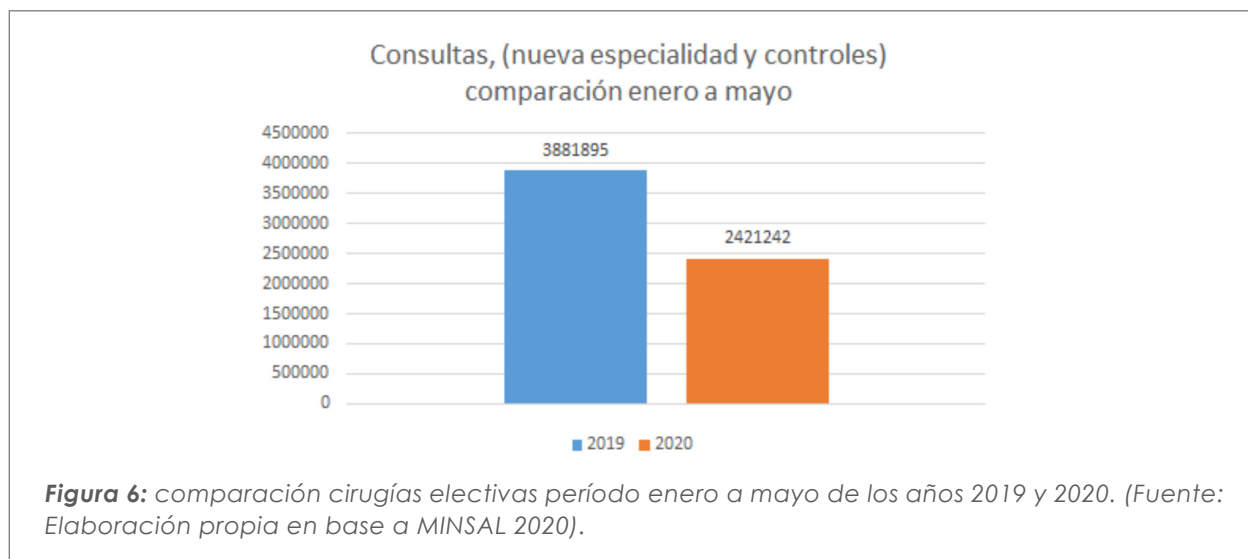
Disminución en la producción de cirugías electivas

La disminución en cirugías electivas en los primeros 5 meses de 2020 fue de menos 128.936, un 38% menos que en el año 2019 mismo período. Si observamos la disminución en términos relativos por mes comparando la actividad del año 2019 con la actual, en marzo disminuyó en un 35%, abril en un 75% y mayo en un 73%. En total, durante los primeros meses de este año se reportan 128.936 cirugías electivas, una disminución del 40% en relación al mismo período del año 2019, donde se realizaron 213.923 de estas prestaciones (MINSAL 2020).



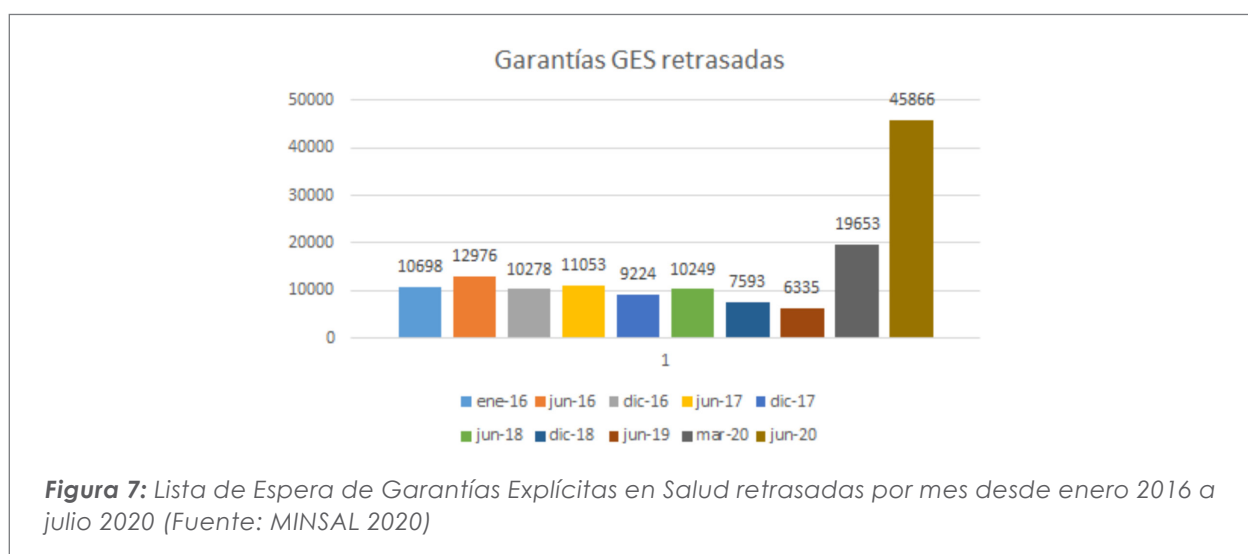
Disminución en la producción de consultas de especialidad:

El impacto por COVID19 también se ha evidenciado en el desplazamiento de estas prestaciones. Durante el periodo comprendido entre enero y mayo de 2020, se realizaron 2.421.242 consultas (entre controles y consultas nuevas de especialidad), lo que representa una disminución de 38% en relación a las 3.881.895 consultas realizadas en el mismo período del año 2019 (MINSAL 2020).



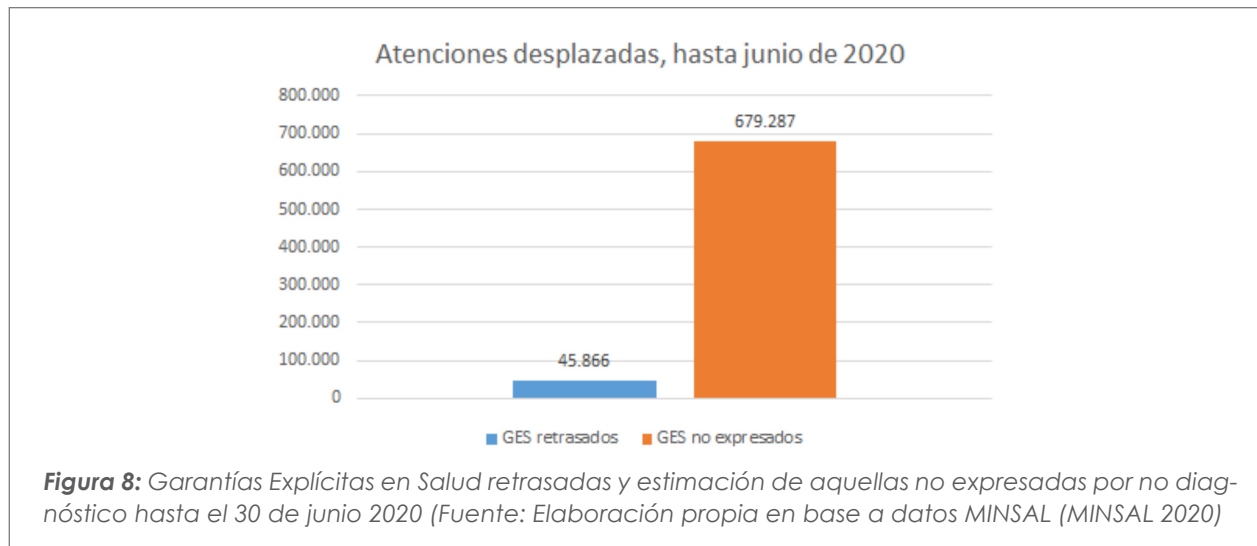
Disminución en prestaciones incluidas en garantías GES

En cuanto a las prestaciones que se encuentran garantizadas por ley bajo el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), se observa un preocupante aumento en cuanto a garantías incumplidas. A junio de 2020, el retraso en garantías supera en un 7,24 veces a las retrasadas en junio de 2019, y en 3,53 veces el retraso más alto observado entre 2016 y 2019 (junio de 2016) (MINSAL 2020).

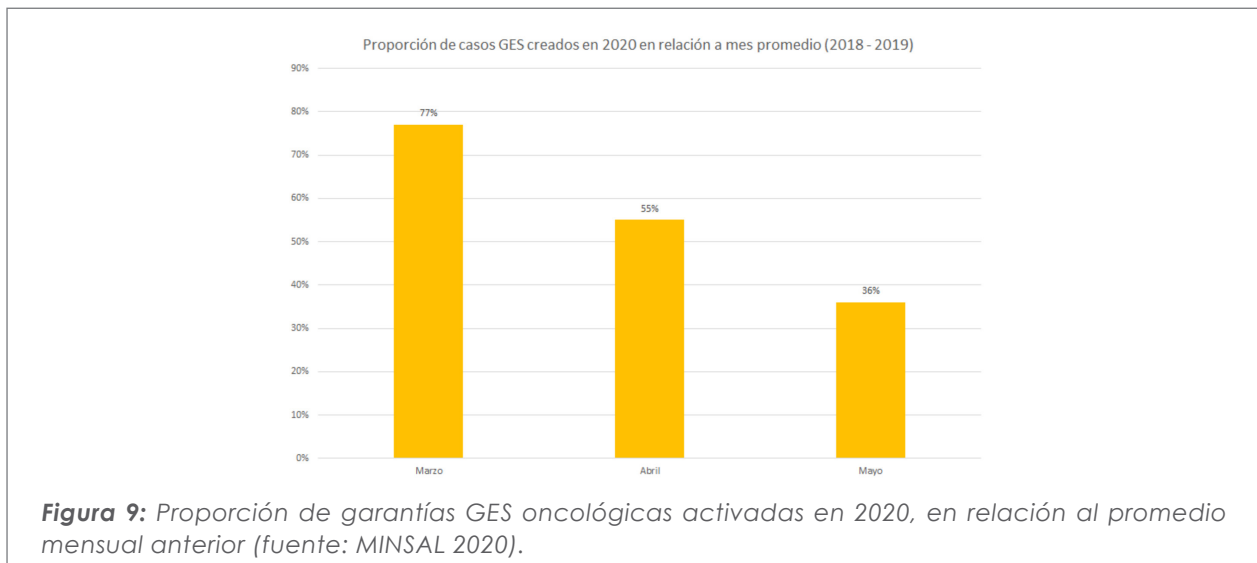


Sin embargo, la mayor magnitud del desplazamiento de atenciones se observa en la cantidad de garantías GES no activadas en relación al mismo mes del año anterior (en adelante "demanda no expresada"). Los datos presentados por el MINSAL (MINSAL, 2020) evidencian que, entre

marzo y mayo, hubo una demanda GES no expresada de 679.287 casos. Toda esta demanda no expresada, tendría que ser sumada a las garantías retrasadas, encontrándonos en una situación dramática de retraso de atenciones (figura 6).



Dentro de este número, uno de los subgrupos que más preocupa es el de casos relacionados a patología oncológica. Según el Departamento de Cáncer del Ministerio de Salud, el número de casos oncológicos GES creados en un mes promedio es de 71.799. Para el mes de marzo se crearon el 77% de las garantías, abril 55% y mayo 36%, respecto al mes promedio. En el mes de julio existirían 161.549 casos no creados. El Ministerio de Salud estima que las patologías donde existiría mayor impacto serían los cánceres gástrico, colorrectal y prostático (MINSAL 2020).

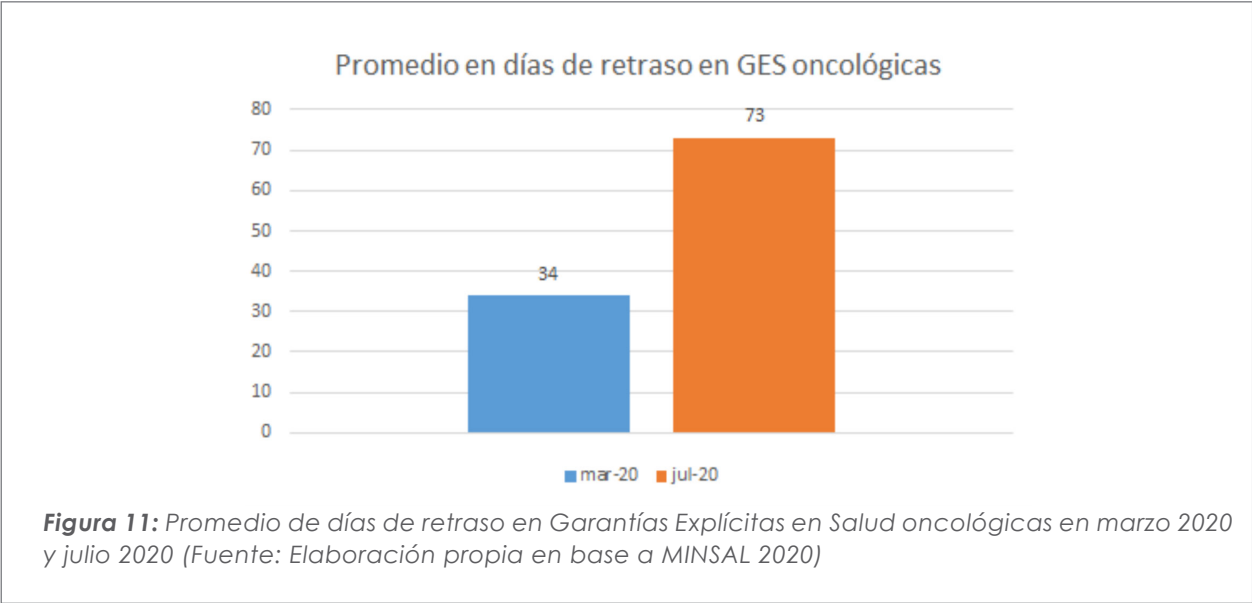


En cuanto a la demanda no expresada de algunos cánceres en particular, se observa una diferencia entre los casos activados en el período entre el 15 de marzo y el 30 de junio 2020, en relación al promedio del mismo período entre los años 2017 y 2019. La diferencia, probablemente expresa al menos en parte una cantidad de personas que podrían tener alguna de estas patologías y que no ha logrado activar el proceso para hacer efectivas las prestaciones correspondientes, como se observa en la figura 10 (Pacheco, 2020).

Problema de salud	Promedio	Año	Porcentaje	Disminución en N° GES activados
	2017-2019	2020		
Cáncer gástrico	2437	889	-63,50%	1548
Cáncer de colon y recto	2338	1133	-51,50%	1205
Linfoma	518	364	-29,70%	154
Leucemia	265	144	-45,60%	121
Cáncer cervicouterino	4574	2075	-54,60%	2499
Cáncer de mama	3846	1819	-52,70%	2027
Cáncer de testículo	263	163	-37,90%	100

Figura 10: Diferencia en demanda expresada por activación de garantías GES en 7 patologías oncológicas, entre las semanas epidemiológicas 12 y 26 del año 2020, y el promedio del mismo período entre los años 2017 a 2019.

Según el Departamento de Cáncer del MINSAL en prestaciones GES la red pública habría dejado de realizar 216.972 papanicolaou (PAP), 1419 radioterapias, 1708 tratamientos de quimioterapia, 2334 colonoscopias, 1815 endoscopias digestivas altas y 4341 Tomografías Computadas (TC). La misma fuente reporta un aumento en el tiempo de retraso de garantías GES de patologías oncológicas que pasó de 34 días en el mes de marzo de 2020 hasta 73 días en el mes de junio (MINSAL, 2020).



Si analizamos el caso de los PAP, las 216.972 personas que dejaron de realizarse el examen, en base a los resultados de los PAP realizados en el año 2018, en base a la tasa de conversión histórica de Cáncer invasor y Neoplasia intraepitelial (NIE) por PAP realizado, se estima que existen 4339 mujeres con citología atípica, de los cuales 2200 corresponden a neoplasias intra epiteliales y 91 a cánceres invasores, que no estarían siendo identificadas (MINSAL, 2020; DEIS, 2018).

PAP	Número	Atípicos	Cáncer invasor	NIE (I a III)
Realizados 2018	568655	11591	239	5766
No realizados julio 2020	216972	4339	91	2200

Figura 12: Tabla con número de PAP realizados el año 2018, y desenlaces observados, comparados con los PAP no realizados a julio 2020, con la proyección de desenlaces esperados (Fuente: Elaboración propia en base a MINSAL 2020 y DEIS 2018).

Demanda no expresada en patologías cardiovasculares GES:

En relación al infarto agudo al miocardio y el accidente cerebro vascular, se observa una disminución en el número de garantías activadas al comparar el período del 15 de marzo al 30 junio de 2020, con el promedio de garantías activadas durante el mismo período entre 2017 y 2019 (Pacheco 2020). En términos absolutos, se observan 9.312 garantías activadas menos por infarto agudo al miocardio y 2.123 accidentes cerebrovasculares, como se evidencia en la figura 13.

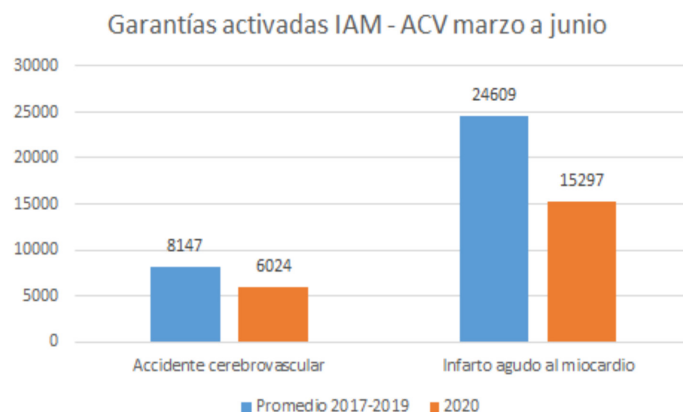


Figura 13: Garantías activadas de ACV e IAM entre las semanas epidemiológicas 12 y 24, comparación 2020 con promedio 2017 - 2019 (Fuente: Elaboración propia en base a Pacheco, 2020).

Variación en atenciones en servicios de urgencia de alta complejidad:

En otro campo, un estudio de investigadores nacionales (Pacheco, 2020) analizó la variación de atenciones en servicios de urgencia en 53 centros públicos de alta complejidad. El estudio estimó una disminución de la razón de tasa de incidencia en consultas totales de 47% al comparar las semanas epidemiológicas 12 a 22 (con pandemia) en comparación a los años 2017-2019. La disminución en el mismo indicador de urgencias cardiovasculares fue de 25%, para las crisis hipertensivas 24%, para los infartos agudos al miocardio de 13% y para los accidentes cerebrovasculares de un 20%. Es muy probable que tengamos personas con cuadros graves que no fueron atendidas a tiempo, con consecuencias en morbilidad y mortalidad.

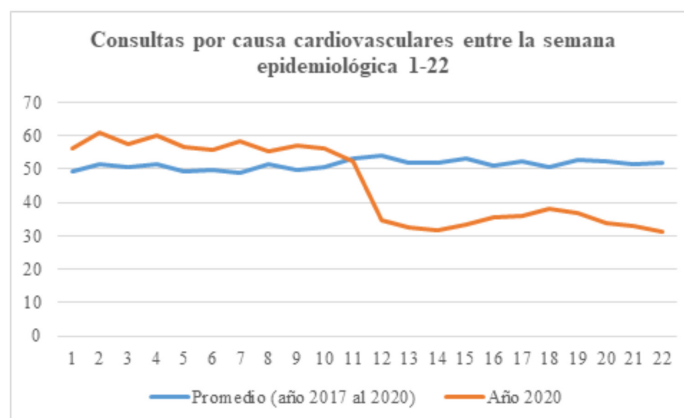
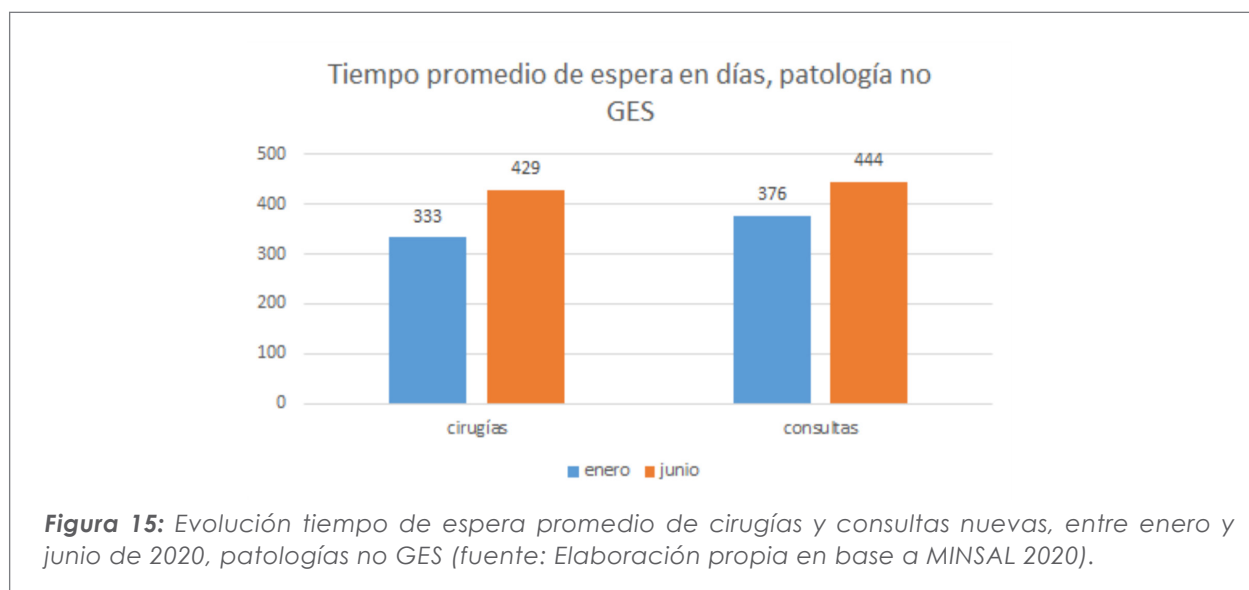


Figura 14: Evolución de consultas a servicios de urgencias por causas cardiovasculares. (Fuente: Pacheco 2020).

Tiempos de espera para patologías no incluidas en el GES

El Ministerio de Salud reporta un aumento en tiempos de espera tanto para las cirugías electivas que pasan de una espera promedio de 333 días en enero de 2020, hasta 429 días en junio de 2020, con un aumento de 96 días (29%); como para las consultas de nueva especialidad, que pasan de 376 días en enero de 2020, hasta 444 en junio de 2020, con un aumento de 68 días (18%) (MINSAL 2020).



IMPACTO DE PANDEMIA POR SARS-COV-2 SOBRE EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

Un aspecto clave para poder mejorar la capacidad de nuestra red pública de salud implica mejorar su financiamiento y aumentar la eficiencia del gasto fiscal. En este capítulo, consideramos dos aspectos esenciales de abordar en términos del financiamiento de salud: en primer lugar, el cierre de brechas estructurales de financiamiento en la atención primaria de salud y el sector hospitalario. Un segundo aspecto es destinar recursos para cubrir el costo de la demanda sanitaria de la población que no pudo ser resuelta en el contexto de la pandemia.

Un tercer aspecto, guarda relación con abordar medidas que impliquen una mejoría en la productividad y eficiencia pública, donde hay que destacar la propuesta efectuada por la Comisión Nacional de Productividad en torno al uso y eficiencia de los pabellones quirúrgicos.

Cierre de brechas en financiamiento a la red pública

La Red Pública de Salud tiene déficits estructurales en su financiamiento, el cierre de estas brechas es un gran desafío del sector, reconocido y demandado por actores gremiales, sociales y políticos. Para soslayar esta grave falencia se necesita incorporar más recursos a la Salud Primaria, incrementando el aporte per cápita de salud desde el fisco a la Atención Primaria hasta llegar a la cifra de \$10.000. Esto se fundamenta en investigaciones que corroboran la existencia de esta brecha. En el caso del estudio de la Asociación de Municipalidades elaborado por Debrott e Ibáñez el per cápita estimado en pesos 2020, debiese alcanzar los \$7.398 pesos (Debrott, 2014). En el otro estudio, el per cápita estimado llevado a pesos 2020, debiese llegar a \$9.541 pesos (Santelices, 2014).

Considerando que el per cápita vigente es de \$7.211 y se propone llegar a los \$10.000 pesos, esto implicaría incrementar los recursos en \$480.735 mil millones de pesos, si consideramos la población actualmente inscrita en la atención primaria de salud.

Sin embargo, se requiere efectuar un estudio de costos, que permita dimensionar y actualizar los costos reales del Plan de Salud Familiar (PSF) acorde a la necesidad sanitaria. Adicionalmente es necesario analizar la forma en que se efectúa la asignación hacia las comunas, corrigiendo los ajustes que hoy se hacen al per cápita basal.

En el ámbito hospitalario, hay antecedentes sobre los problemas de financiamiento que enfrenta la oferta pública, el trabajo desarrollado por Cid y Bastías, 2014, identifica que los costos calculados de las prestaciones son, en promedio, significativamente más altos que los valores de los aranceles, los precios estarían subvalorados ya que no cubren 43,7% de la facturación, generando una brecha entre el gasto y la facturación (Cid, 2014). Otro estudio concluye que en el presupuesto del programa de financiamiento vía GRD para hospitales de mediana y alta complejidad durante el 2020, se observa una subestimación de los recursos entre 458.429 millones de pesos a 535.045 millones de pesos respecto del gasto devengado real de los hospitales incluidos en dicho programa (Goyenechea 2019).

Dado el demostrado sub-financiamiento de los centros públicos, se requiere efectuar un estudio de costeo que sirva para reconocer los costos reales de la actividad hospitalaria y de esta manera mejorar el financiamiento tanto por la vía de los grupos relacionados de diagnóstico (GRD), como también a los hospitales de baja complejidad hoy financiados por el programa de prestaciones institucionales.

ÍTEM	Incremento estimado
Valor proyectado del PC basal (según Santelices y cols, 2014)	\$401.616
Diferencia Gasto devengado de Hospitales (65) respecto presupuesto GRD (según Goyenechea, 2019).	\$458.429
Incrementos identificados	\$860.045

Figura 1: Cierre de brechas en Financiamiento de la Red Pública de Salud (en \$ MM).

Gasto adicional requerido post pandemia.

Para determinar la magnitud del costo que implica resolver las garantías GES que están incumplidas se realizó una estimación en base a los aranceles contenidos en el Decreto que aprueba el Régimen General de Garantías en Salud (MINSAL, 2019). Para el caso de las atenciones no GES, se emplean los aranceles de la Modalidad Institucional de salud y el Arancel de la Modalidad de Libre elección del Fonasa. Otro componente que nos permite cuantificar los efectos de la pandemia en relación con las atenciones no efectuadas es la revisión de las garantías explícitas generadas mensualmente en años normales y comparar con las garantías explícitas generadas durante la pandemia, donde la actividad tuvo que ser modificada e incluso se suspendió la vigencia de la garantía de oportunidad.

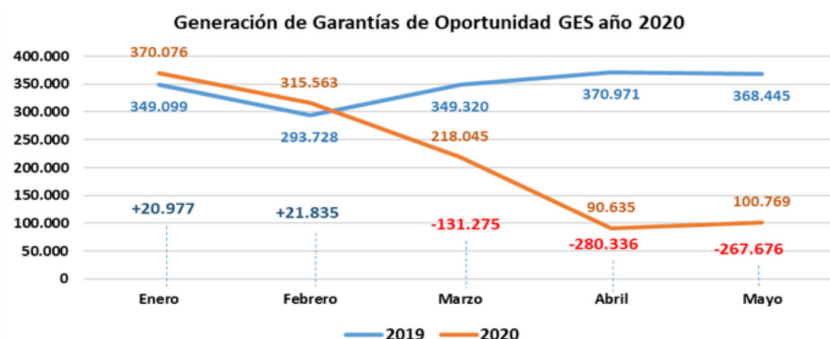


Figura 2: Generación de garantías Explícitas en Salud. Fuente: (MINSAL 2020).

De acuerdo con los datos expresados en la figura 2, entre marzo y mayo se dejaron de generar al menos 679.287 garantías de oportunidad durante esos meses considerando lo que ocurre en años anteriores. Considerando también que la Red Asistencial ha estado preferentemente abordando patología relacionada a COVID-19, es que se produce un impacto sustancial respecto de la capacidad de procesar esta demanda. Esto también puede permitir realizar una proyección afectada, generando una disminución en los niveles de productividad de la red, tanto por la expansión de las camas críticas, como también por las medidas de seguridad que se tengan que asumir en una nueva normalidad en la que se deberá convivir con el COVID-19. Considerando los datos relativos tanto a lo señalado por la División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, como empleando una proyección que asume una disminución de la productividad de la Red, es que podemos generar una valorización de la actividad no "generada", empleando los datos aportados por el último Estudio de Verificación del Costo Esperado GES (MINSAL, 2019).

PROBLEMAS ACUMULADOS POR COVID-19	Nº GO // atenciones	Costo estimado (\$ MM)
Garantías de oportunidad GES en Lista de Espera (30 de junio)	45.866	\$55.765
Garantías de oportunidad no generadas (marzo-mayo)	679.287	\$132.203
Garantías de oportunidad no generadas proyección al 31 Dic	1.337.740	\$260.351
Consulta de Especialidad (No GES)	1.950.811	\$42.820
Intervenciones Quirúrgicas (NO GES)	289.588	\$384.625
Total de costos asistenciales estimados por demanda no satisfechas	4.303.292	\$875.765

Figura 3: Estimación del costo de resolución de la demanda no satisfecha de servicios de salud.

Fuentes posibles de financiamiento

Se han identificado dos importantes fuentes de gasto que son necesarias de cubrir, explicadas por la brecha estructural del sector público de salud y la demanda de salud no satisfecha por la crisis sanitaria. Esto implica necesariamente aumentar el espacio fiscal que se destina a salud. Para efectos de generar este espacio, se identifican como alternativas:

- **Crecimiento económico:** En tanto produzca una mayor recaudación de impuestos por parte del estado en función de que se pueda producir una reactivación de la economía. No obstante, esta opción es difícil que pueda ser empleada en el corto plazo.
- **Redistribución del gasto fiscal:** una opción es que parte de los recursos necesario a ser cubiertos, puedan ser financiados mediante reasignaciones al interior del presupuesto fiscal, por sobre áreas que pudieran tener menor prioridad.

- **Aumento de la eficiencia del gasto:** al interior del presupuesto de salud, aún existe espacio para mejorar la eficiencia del gasto, esto puede ser mejorando productividad de la oferta, así como optimizando la capacidad de compra del Fonasa.
- **Préstamos o deuda externa:** una opción no descartable es financiar parte de la brecha mediante emisión de deuda.
- **Implementar el Seguro Nacional de Salud:** En el escenario actual, enfrentaremos un FONASA con desafíos financieros por sobre sus capacidades. Por otra parte, las ISAPRE alcanzaron en el primer semestre utilidades por sobre los \$18.000 millones y además ya han tenido una migración de 52.741 afiliados a FONASA; en síntesis, más dinero para menos asegurados en el subsistema privado. Un Seguro Nacional de Salud es una reforma que puede permitir al mediano plazo producir una mejoría sustancial en la distribución del gasto total de salud del país, así como introducir mejoras en eficiencia en administración de los recursos y mejorar sustancialmente la capacidad de compra de servicios de salud.

Las anteriores son opciones que se pueden explorar de forma complementaria para lograr financiar los aspectos estructurales, así como lo relativo a la demanda sanitaria de la población.

IMPACTO DE PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN GESTIÓN CLÍNICA Y MODELOS DE ATENCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Impacto en las redes asistenciales

Desde marzo hasta la fecha, el aumento progresivo de los casos de COVID-19 ha requerido reconvertir casi el 100% de la capacidad hospitalaria nacional para la atención de pacientes con SARS-CoV-2. Por otra parte, los controles de salud del nivel secundario de pacientes crónicos, así como las cirugías programadas fueron postergadas. Incluso hubo un periodo en que se suspendió temporalmente, el cumplimiento de algunas las garantías explícitas en salud, como fue señalado previamente.

El abordaje de la pandemia y las estrategias potenciadas de las unidades de paciente crítico, y de distribución de ventiladores mecánicos por el territorio nacional tuvieron un claro enfoque biomédico, alejado del modelo de salud chileno que propicia la integralidad de la atención, basada en la atención primaria de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han planteado la necesidad de sostener un conjunto de servicios esenciales (OMS, 2020). Estas organizaciones plantean que la interrupción de prestaciones esenciales de servicios de salud debido a la pandemia, aumentarán la morbilidad y la mortalidad debidas a enfermedades prevenibles y tratables, como se presentó en la primera sección. Por ello, es un deber del sistema sanitario seguir brindando estos servicios esenciales con seguridad. Para ello se debe:

- 1.- Identificar y priorizar los servicios esenciales de salud en todos los niveles de atención.
- 2.- Establecer canales de coordinación entre la autoridad sanitaria y los prestadores públicos y privados para sostener e implementar protocolos y guías que logren dar acceso, oportunidad y por sobre todo seguridad a estas prestaciones esenciales.
- 3.- Coordinación efectiva con las autoridades para lograr el financiamiento de estos servicios esenciales y su continuidad de atención.
- 4.- Establecer umbrales y/o métricas que permitan graduar el desarrollo de los servicios esenciales.

Servicios esenciales:

- Atención de pacientes crónicos
- Atención de paciente con discapacidad y/o dependientes
- Atención prenatal, perinatal de la embarazada, del recién nacido y del menor de 1 año
- Atención de salud sexual y reproductiva
- Atención de adultos mayores de 80 años

- Atención en salud mental
- Cuidados paliativos
- Rehabilitación
- Derivar oportunamente aquellas situaciones de salud o problemas de salud a establecimientos de mayor complejidad
 - a) Partos
 - b) Procesos agudos graves No COVID
 - c) Procedimiento de Diálisis

Figura 1: Ejemplos de servicios esenciales a mantener por parte de los prestadores de salud.

En Chile, la atención primaria ha debido responder a la demanda asistencial de personas con cuadros moderados e incluso severos de coronavirus, convirtiendo funciones, y adaptando procesos para ello. Es así como la oferta de servicios de los prestadores públicos y privados disminuyó en forma considerable.

En algunos países se estima una disminución del 50-80% en el número de casos nuevos de pacientes con ACV que podrían haberse beneficiado de terapia y no ingresaron a los hospitales (Markus 2020). Por otro lado, en Inglaterra se registró una reducción de 40% (IC 95%: 37-43) en las hospitalizaciones por síndrome coronario agudo (Mafham 2020) y en España se reportó una disminución de 71% en la media de ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca en el primer mes del confinamiento en comparación a los 3 años previos (Manzanares 2020). En nuestro país, la magnitud de este fenómeno aún no ha sido reportado en publicaciones científicas, aunque reportes preliminares han encontrado disminuciones de las consultas por ACV y de las notificaciones de enfermedades GES, por lo que nuestra situación no debería ser diferente y es de esperar un aumento de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas desatendidas (Pacheco 2020). Datos recientes han cuantificado la caída en las consultas en la Atención Primaria (APS) de un 33% para las de morbilidad y un 39% de los controles de salud en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Tabla 1).

En relación a la estrategia de tamizaje, trazabilidad y aislamiento (TTA), siendo el nivel de atención que mejor conoce los territorios y comunidades del país, no fue considerada desde un comienzo para dicha función, y cuando le fue asignada, los recursos y lineamientos han tardado en llegar, al punto tal que, hasta la fecha, aún no se logran cifras aceptables de implementación (Colmed 2020).

Desafíos del desconfinamiento para la red asistencial

El Ministerio de Salud anunció recientemente un plan de desconfinamiento que considera 5 etapas sucesivas desde la cuarentena hasta la apertura avanzada, esto sujeto a indicadores epidemiológicos establecidos para pasar de una etapa a otra (MINSAL 2020). Este anuncio ya ha recibido críticas de diversos sectores, considerando que a la fecha no contamos con datos públicos

sobre nuestra capacidad real de trazabilidad, componente fundamental de la estrategia de TTA. Datos del tercer informe sobre TTA en Atención Primaria (APS) muestran que a meses del inicio de la pandemia persisten brechas, sólo un 32% de los centros puede aislar en menos de 24 horas a un paciente que requiera residencia sanitaria y sólo un 31% realizó la trazabilidad de los contactos estrechos en 24 horas (Colmed 2020).

Los desafíos post desconfinamiento son inmensos y hasta no tener una vacuna efectiva con una cobertura adecuada en la población, la posibilidad de brotes seguirá estando latente (SOCHINF 2020). De ahí que es aún necesario la adaptación de los distintos niveles de atención a un modo de funcionamiento diferente que disminuya las posibilidades de contagio para los usuarios y trabajadores, a la vez que brinde continuidad de atención clínica a actividades que han sido postergadas.

Tabla 1. Variación de las consultas de morbilidad y controles en el periodo enero-junio de 2019-2020 en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Comuna	Morbilidad			Controles		
	2019	2020	Variación	2019	2020	Variación
Puente Alto	207.305	118.25	-43%	36.668	21.566	-41,2%
Pirque	14.482	11.333	-21,7%	3.238	2.260	-30,2%
San José de Maipo	10.955	6.891	-37,1%	2.998	1.182	-60,6%
La Florida	185.672	116.446	-37,3%	34.366	21.006	-38,9%
La Granja	56.832	35.688	-37,2%	11.133	6.494	-41,7%
San Ramón	35.688	41.213	21,5%	8.864	5.407	-39,0%
La Pintana	90.516	68.570	-24,2%	15.547	9.993	-35,7%
Total SSMSO	599.681	398.394	-33,6%	112.814	67.908	-39,8%

Fuente: Unidad de Estadística, Servicio Metropolitano Sur Oriente (SSMSO).

La pandemia ofrece una oportunidad para que la Atención Primaria realice una renovación del compromiso con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), poniendo sobre la mesa el abordaje de sus principios irrenunciables: integralidad, continuidad del cuidado y centrado en las personas (MINSAL 2012).

La integralidad en el MAIS también es entendida como una función del sistema de salud que incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Sin embargo, nuestra APS no tiene cobertura de cuidados paliativos para todos y la atención paliativa en Chile está concentrada sólo al GES oncológico en nivel secundario, en condiciones que la OMS considera la atención paliativa una función esencial de la APS (OMS, 2014; OMS, 2018). Durante este periodo de pandemia se han observado esfuerzos por coordinar la atención paliativa entre niveles secundario y primaria para proveer de cuidados a pacientes con COVID-19, dicha coordinación podría ser un punto inicial para el escalamiento hacia personas con otras enfermedades avanzadas no oncológicas.

La verticalidad de los programas ministeriales focales merma una atención centrada en la persona fragmentando los procesos de atención clínica y generando citas innecesarias. Por ejemplo, algunos CESFAM aún funcionan con horas diferenciadas por enfermedad específica (control de artrosis, control de hipotiroidismo).

En la transición hacia el desconfinamiento –así como en la atención habitual– se deberían privilegiar los controles integrales que aborden las necesidades del paciente en un rendimiento mayor 30-60 minutos dependiendo de las comorbilidades. Además, es una oportunidad de acelerar la implementación de los controles integrales en personas con multimorbilidad (MINSAL 2019).

La pandemia también es una oportunidad para repensar nuestras prácticas, priorizando aquellas que han demostrado efectividad y beneficios concretos para los pacientes, y eliminando aquellas que son innecesarias, que contribuyen a un uso excesivo de servicios y al sobrediagnóstico (Moynihan, 2020; Sapag 2019).

Por otro lado, como la comunicación sobre la continuidad de la atención en los centros de atención primaria ha sido débil, algunas familias han optado por consultas presenciales en prestadores ambulatorios privados en desconocimiento de la posibilidad de continuar con sus médicos en APS, lo que representa un desafío para el establecimiento de una población a cargo efectiva para cada equipo. En ese sentido, es necesario mejorar la comunicación a la población por medios masivos e incorporar la telemedicina como un componente de la práctica habitual en APS (Vidal-Alaball 2020).

Recomendaciones Generales para las Redes Integradas de Servicios de Salud

Principios y características de las estrategias.

El aprendizaje que el sistema de salud y los equipos de trabajo clínico han incorporado a partir de la implementación de estrategias durante la progresión de la primera fase de la pandemia por SARS-CoV-2, debe ser incorporado a las estrategias para la reactivación de las atenciones. El énfasis debe estar en la capacidad de la autoridad sanitaria de ejercer su rol de rectoría incorporando a los actores clave del estado y la sociedad civil, no solo recogiendo sus aportes, sino también manteniendo la mayor transparencia en los criterios para la toma de decisiones. Este aprendizaje debe incorporarse al proceso de desescalada y apertura progresiva en atenciones.

Principios y características a cumplir en las estrategias de activación de la atención de salud

Principios	Gobernanza y participación Seguridad clínica y gestión de riesgo Priorización sanitaria Integración y optimización de las redes
Características	Gradual Flexible Con métricas e indicadores de resultados sanitarios

Figura 2: Principios y características de una estrategia de reactivación.

Principios:

1. Gobernanza y Participación

Solo el trabajo conjunto entre gestores, funcionarios, pacientes y comunidad permitirá la flexibilidad necesaria para desarrollar las estrategias de avances y/o retrocesos según la evolución de la pandemia y potenciar una cultura sostenible de seguridad en todos los procesos de atención. Es clave incorporar a los funcionarios de la salud y las organizaciones que lo representan. Existen numerosos diagnósticos sobre el agotamiento, estrés y problemas de salud mental que han presentado los trabajadores de la salud en múltiples países a consecuencia del esfuerzo sostenido durante la fase más aguda de la pandemia (SOCHIMET, 2020), que obligan a un trabajo coordinado que considere esta realidad.

La participación de la sociedad civil, la transparencia de la información y de los criterios de avance o retroceso son claves a nivel central. A nivel local en los establecimientos de salud se debe dar espacio de participación en el diseño e implementación de las estrategias y de las mejores prácticas de atención segura. La gobernanza en el hospital y en la red, debe generar una institucionalidad donde las decisiones no respondan solamente al interés de grupos internos, líderes informales o la dirección del recinto, sino que incorporen también la visión de las comunidades implicadas. Un proceso de esta envergadura por su complejidad y por los niveles de incertidumbre, requiere de cambios de las instituciones y de los modos de gestión para implementar políticas con enfoque de derechos que sean efectivas y equitativas.

La implementación de un **Equipo de gestión y coordinación de la activación de las atenciones** es la expresión institucional de este necesario cambio en el tipo de gobernanza para esta etapa. Los miembros de este equipo deben incorporar a representante del equipo directivo de la institución o de la red, a los gestores clínicos de unidades críticas: urgencia, UPC, pabellones, unidades de apoyo, abastecimiento, farmacia, unidades de calidad e IAAS, los representantes de los trabajadores y los representantes de las personas a atender y sus comunidades.

El objetivo de este equipo coordinador será dar continuidad y efectividad al avance gradual y seguro en la atención de pacientes infectados con SARS-CoV-2 y aquellos portadores de enfermedades agudas o crónicas prevalentes impostergables que requieren un esfuerzo extraordinario para resolverlas.

Funciones del equipo coordinador de la activación de la atención del establecimiento o de la red

1. Definir y/o rediseñar los procesos críticos y los recursos necesarios para llevarlos a cabo.
2. Monitorizar indicadores: De impacto, clínicos, situación de profesionales y trabajadores del establecimiento y seguimiento de medidas.
3. Diagnóstico estructural de los establecimientos y rediseño de flujos de atención.
4. Establecer el plan de comunicación interna y con la comunidad.
5. Garantizar la seguridad de pacientes, familiares y profesionales.
6. Desarrollar el Plan de cuidado y adecuación de RRHH para la etapa de desescalada
7. Revisar el adecuado abastecimiento de insumos, fármacos y EPP

Instrumento de autoevaluación de equipo coordinador

Aspectos Estructurales y organizativos

1. Existencia, representatividad, responsables y reuniones periódicas (actas) del Comité coordinador.
2. Existencia de listado de referentes por servicio para la transición (médico y enfermera).
3. Existencia de cuadro de mando para seguimiento de las estrategias en el hospital (paciente y profesional) y monitorización.
4. Existencia de un plan de comunicación interna y externa. Definición de protocolos, procedimientos mínimos, videos, infografías, etc.; difusión y disponibilidad (al menos en la intranet). Disponibilidad de correos electrónicos, desagregados por categorías profesionales, áreas y servicios.
5. Disponibilidad de herramientas digitales de comunicación on line y uso de éstas para evitar las reuniones presenciales.
6. Dispositivos para apoyo emocional de profesionales (consultas específicas / grupos de apoyo) y pacientes (consultas/ coordinación con equipo de salud mental de área/Servicio de Psiquiatría).
7. Sistemas alternativos a las visitas presenciales de acompañantes (teléfonos, tablets, etc.).
8. Disponibilidad de puntos con dispensadores de soluciones hidro-alcohólicas, así como mascarillas en las entradas y otras zonas de paso de pacientes y acompañantes. Limitación de accesos.
9. Señalización adecuada de los circuitos establecidos como consecuencia de la pandemia.
10. Gestionar las agendas de consultas pendientes con los Jefes de Servicio, para evitar que los pacientes afectados por citas canceladas queden sin asistencia.
11. Asegurar la información escrita (y telefónica, si procede) a los pacientes antes de acudir al hospital y a la salida del mismo.

Profesionales	1. Comprobar el cumplimiento de las medidas de prevención (higiene de manos, colocación y retirada de EPP). 2. Verificar cumplimiento de puntos críticos de los protocolos en las áreas clínicas.
Pacientes	1. Comprobar el cumplimiento de las medidas de prevención (higiene de manos, colocación y retirada de EPP). 2. Verificar el cumplimiento de la distancia de seguridad en las salas de espera, y respetarla.
Suministro de EPP	1. Incidencias comunicadas por los profesionales y revisiones periódicas de stocks en las unidades clínicas y almacén. Esterilización de equipos usados si se prevé falta de aprovisionamiento.
Servicios generales	1. Cumplimiento de los protocolos de limpieza en las diferentes áreas del hospital, principalmente las clínicas. Planificación de limpieza tras paso de zonas COVID-19 a NO COVID-19. 2. Disponibilidad de ropa para profesionales en cada momento.
Comunicación	1. Verificar el cumplimiento del plan de comunicación interna: difusión en intranet, uso de herramientas colaborativas, información y formación a nuevos profesionales, tableros de anuncios. Espacio de sugerencias. 2. Plan de comunicación a los pacientes, familias y comunidad.

2. Gestión de riesgo y seguridad clínica

Es relevante garantizar por parte de los establecimientos y de los servicios de salud la seguridad del proceso de atención para los pacientes y trabajadores de salud. Existe evidencia que las personas postergan sus atenciones por miedo al contagio (Clínicas de Chile, 2020). Los equipos directivos, jefaturas de servicio y unidades de atención primaria, secundaria y hospitales deben potenciar las unidades de calidad locales, los programas de IAAS y evaluar los riesgos de los procesos de atención cotidianos y de los nuevos procesos a implementar. Para ello deberán abarcar de forma sistémica las tareas a desarrollar desde una perspectiva de gestión de riesgos. Es así como se deben implementar estrategias anticipatorias preventivas, de detección precoz y otras que mitiguen los efectos de situaciones de riesgo para los trabajadores, para las personas a atender y para la infraestructura y flujos de personas.

a. Seguridad de los trabajadores de salud: Provisión de equipos de protección personal evaluando el tipo y nivel de protección según riesgos. Identificar profesionales con factores de

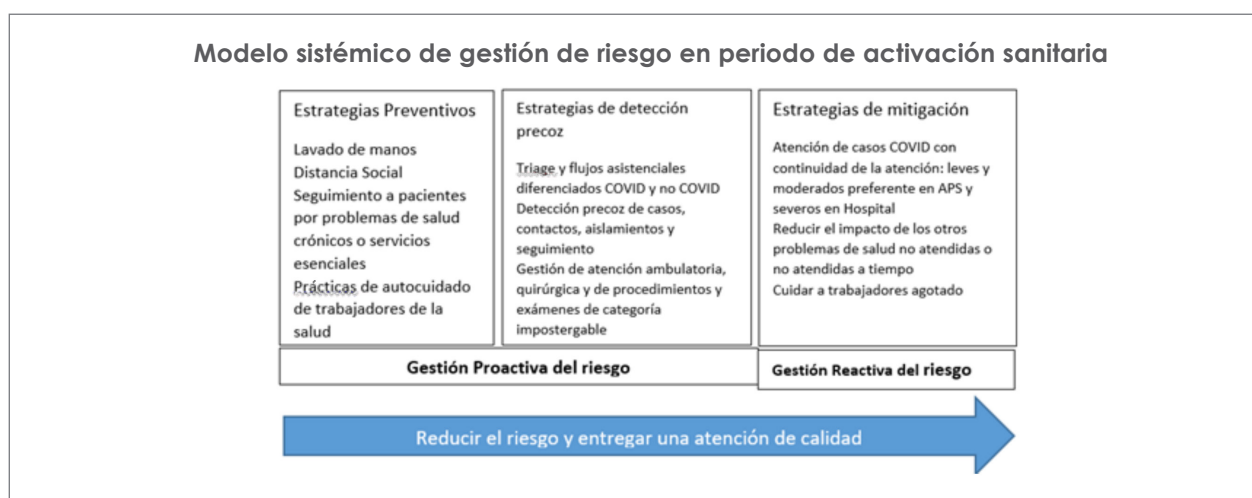
riesgos (comorbilidades y mayores de 65 años). Propiciar formas de trabajo seguras, cambios en jornadas de trabajo, prácticas cotidianas seguras. Nuevas formas de trabajo, horarios de entrada, separación de ambientes laborales, tipos de turnos, detección de prácticas sociales y espacios de riesgo, como salas de estar, residencias compartidas y vestidores (OMS, 2020).

b. Seguridad de las personas a atender: Implementación de medidas de protección, procesos de atención seguros, uso de EPP según riesgos, herramientas de barrera, auto triage de riesgos.

c. Seguridad de los establecimientos: Que permita mantener distancias de 1 a 2 metros entre las personas y evitar aglomeraciones.

d. Seguridad en espacios: Evaluar capacidad de salas de espera, utilización de barreras físicas (medidas de seguridad, distancia, dispositivos de barrera...etc.) e higiene y limpieza de zonas.

e. Seguridad en los flujos: Garantizar flujos diferenciados y su señalización clara para pacientes, profesionales.



Recomendaciones generales para establecimientos de salud. Adaptada de las recomendaciones de AMCA (AMCA, 2020)

1. Diseñar flujos para evitar el contacto entre pacientes infectados COVID-19 y susceptibles, con clara señalética asegurando con los recursos disponibles que los pacientes y acompañantes los cumplen.
2. El flujo de pacientes dentro de los establecimientos debe realizarse de la forma más segura posible. Los nuevos circuitos deben evitar desplazamientos innecesarios.
3. Rediseñar los procesos de atención para evitar aglomeraciones por largas esperas o por excesiva demanda. Disminuir el tiempo en salas de espera. Poner especial énfasis en unida-

des de toma de muestra, farmacia y otras en que se deben realizar rediseño de los procesos de atención.

4. En caso de visitas presenciales es necesario realizar triage clínico y epidemiológico por teléfono o por telemedicina lo más cercano posible a la fecha de la consulta, con el fin de prevenir y controlar la infección. En el caso de que cumpla alguno de los criterios de COVID-19, el profesional responsable valorará el riesgo/beneficio de posponer la consulta hasta la finalización del aislamiento indicado.

5. El triage clínico y epidemiológico se repetirá a la llegada al centro, según sus condiciones estructurales y recursos disponibles. Considerar realizar tamizajes en áreas de mayor riesgo para pacientes: unidades de inmunosuprimidos o unidades geriátricas o diálisis.

6. Se deberá informar a los pacientes que en caso de síntomas inmediatamente antes de una cita presencial deben informar al centro.

7. En el agendamiento de consultas o procedimientos se deberá ratificar y/o incluir datos actualizados de conectividad digital y telefónica.

7.- Garantizar la disponibilidad de condiciones necesarias para asegurar la atención a pacientes con dificultad de comunicación (idioma o por déficit sensorial) y dificultad de movilidad (geriatría, pacientes neurológicos).

8. Limitar las visitas innecesarias a los establecimientos de salud, privilegiando el acompañante a personas que requieren apoyo, informando en todo momento de la finalidad de esta medida y siempre evaluando cada caso individualmente para que se haga con la mayor seguridad posible.

9. Garantizar el acompañamiento en personas con necesidades especiales y en pediatría, garantizando la seguridad de los acompañantes (capacitación y uso de EPP).

10. Si el acompañamiento es necesario se informará que no deben tener factores de riesgo, ni presentar síntomas sugestivos de COVID-19, ni haber tenido contacto reciente con casos y disponer de alternativas (por ejemplo, voluntariado) para facilitarlo si fuera necesario.

11. En el caso de los pacientes hospitalizados, se debe garantizar la relación con sus familiares y garantizar la información clínica sobre la evolución de los pacientes, por parte del médico responsable mediante el uso de herramientas tecnológicas. En los casos que sea posible alta precoz con cuidados domiciliarios.

12. Debe fortalecerse la estrategia de hospitalización domiciliaria dependiendo del problema de salud, las condiciones de la persona-familia y los recursos disponibles, coordinando la continuidad de la atención con APS de su territorio.

3. Priorización Sanitaria

La estrategia de priorización sanitaria es una herramienta imprescindible en escenarios de gran demanda de atención de salud con una oferta limitada. En Chile existe experiencia en estrategias y herramientas de priorización algunas convertidas en políticas públicas y leyes como son los 84 problemas de salud garantizados (Ley AUGE). También existen en las redes locales experiencias

en priorización de personas portadoras de problemas de salud quirúrgicos (Julio, Wolff & Yarza, 2017).

Los gestores y equipos clínicos deben generar estrategias de priorización según criterios clínicos e individuales para atención presencial y remota, evaluando las características de los problemas de salud, y las condiciones de la persona a atender, ante la posible presencia de barreras comunicacionales, de conectividad y/o psicosociales. Se deben fortalecer los procesos de atención ambulatoria, generar incentivos para la realización de cirugía mayor ambulatoria. Existen antecedentes a partir de la información de la lista de espera quirúrgica en que se concluye que el grueso de casos en espera (40%) son de baja complejidad, por lo que una proporción importante de estos podrían resolverse de manera ambulatoria, permitiendo un uso más eficiente de los recursos y una mejor atención y recuperación del paciente (CNP, 2020)

Para la implementación de la estrategia de priorización sanitaria y lograr un eficaz acompañamiento, seguimiento y monitoreo de las personas en espera; es esencial contar información clínica estandarizada que considere los factores de riesgo. Esta debe ser construida desde la mejor evidencia incorporando a los equipos locales. La priorización debe tener legitimidad clínica y social para ello se debe transparentar la información respecto a la priorización mediante la publicación de los plazos máximos de referencia y las reglas de priorización. (CNP, 2020)

4. Integración y optimización de las redes en la activación de la atención

Este esfuerzo significa activar las redes integradas. La OPS define las RISS como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (OPS, 2010)

Esta mirada debe superar la perspectiva de la atención eficiente, eficaz y oportuna dirigida al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, sino que, a las personas, consideradas sujetos de derechos en su integralidad física y mental y seres en un contexto socio histórico pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un proceso permanente de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

En este periodo de Pandemia se debe dar respuesta a los siguientes aspectos:

- Atención oportuna, con recursos humanos suficientes y tecnologías sanitarias, para dar atención continua y resolutive.
- Dar seguimiento en terreno a las personas dadas de alta para evitar recaídas y reingresos.
- Contar con mecanismos de información clínicos y administrativos fidedignos para la trazabilidad.
- Tener recursos fuera del sector que permitan dar apoyo a los casos socialmente complejos.

Dado que las demandas de salud en este periodo son múltiples y diversas no solo desde los perfiles epidemiológicos, poblacionales, sino que también desde las diferentes herramientas necesarias

para resolverlas. Enfrentamos la demanda generada por las necesidades de atención de salud de pacientes agudos COVID, de pacientes con problemas de salud agudos no COVID, personas portadoras de enfermedades crónicas y la atención de pacientes portadores de problemas de salud mental, entre otras. Para responder adecuadamente se debe organizar la respuesta incorporando a todos los establecimientos del territorio, para así poder abordar el desafío desde su magnitud cuantitativa y desde su complejidad cualitativa.

Esta integración debe realizarse de modo tal que se dé un equilibrio que facilite el logro de los objetivos que la red espera de los hospitales y de la APS a corto, mediano y largo plazo, que permita generar desde la red:

- A) Estrategias que resuelvan las necesidades de atención de pacientes COVID leves, moderados y graves.
- B) Estrategias que resuelvan las necesidades de atención de pacientes agudos NO COVID.
- C) Estrategias que resuelvan la atención de personas en espera de consulta de especialidades.
- D) Estrategias que resuelvan la atención de personas en espera de intervención quirúrgica electiva.
- E) Estrategias que resuelvan las necesidades de realizar exámenes diagnósticos o terapéuticos que permitan habilitar diagnósticos y pronósticos de problemas de salud esenciales e impostergables.

No será posible resolver las brechas de atención acumuladas en el periodo pandémico si no privilegiamos las prestaciones, los caminos terapéuticos y los establecimientos que tengan ventajas comparativas en la capacidad de oferta, la calidad de la atención y la oportunidad en que puede resolver. Es así como desde la red integrada, la posibilidad de abrir oportunidades de gestión extraordinarias aprovechando las ventajas naturales o de gestión. Este esfuerzo requiere de financiamiento complementario al presupuesto habitual de lo contrario no será posible generar estas estrategias (CEPAL-OPS, 2020).

Se deberá conformar un equipo que desarrolle, facilite y coordine los esfuerzos extraordinarios de la red de ese territorio tanto de los establecimientos hospitalarios, centros de atención de especialidades y dispositivos de atención primaria CESFAM, COSAM, UAPO, Centros de rehabilitación y otros.

Características de las estrategias:

1. Gradualidad: La implementación deberá ser gradual atendiendo a los criterios epidemiológicos del territorio donde se encuentra la red de salud. Se debe valorar la gravedad en el impacto sanitario y también se deben incorporar los recursos disponibles de los establecimientos, en particular la disponibilidad de camas y en especial las críticas. Otros elementos a considerar serán la capacidad de organización de la comunidad y de la sociedad civil

y los recursos humanos, financieros y tecnológicos con los que cuenta la red. Esta gradualidad debe permitir la evaluación del avance, con criterios explícitos, concordados con gestores, comunidad y funcionarios.

Cada establecimiento de la red de salud debe contar con indicadores o métricas que permitan evaluar y monitorizar la seguridad y efectividad de las estrategias implementadas. La mayoría de estas estrategias a implementar en este periodo deberán permanecer en la gestión hospitalaria más allá de la pandemia.

2. Flexibilidad: Dado que la evolución de la pandemia ha mostrado depender de muchos factores y ser sensible a los cambios en las medidas referentes a movilidad y confinamientos, es necesario que el plan a desarrollar sea capaz de adaptarse al momento de evolución de la pandemia. Es cada vez más frecuente en países del hemisferio norte la aparición de rebrotes que conducen a cambios parciales o totales de las estrategias.

3. Métricas e indicadores de resultado: Es necesario monitorear y evaluar el impacto de las estrategias de activación de la actividad asistencial en esta nueva fase de la pandemia. Por otro lado, la necesidad de adecuar los indicadores a la situación de la red o del establecimiento y reconocer las herramientas de gestión utilizadas. El instrumento a utilizar debe ser capaz de reconocer estas características y medir los avances de la organización. Deben medirse indicadores en al menos 4 dimensiones:

1. El impacto en la seguridad de las personas.
2. El impacto en la resolución de los problemas de salud de las personas.
3. La seguridad de los trabajadores.
4. La optimización de los recursos.

Demanda Casos COVID

Total de casos acumulados que asisten a Urgencia respiratoria

Total acumulado de casos confirmados COVID en Urgencia

Total acumulado de casos COVID confirmados que han sido hospitalizados (incluyendo UCI)

Total acumulado de casos confirmados que han ingresado en UCI

Total acumulado de casos confirmados fallecidos

Total acumulado de casos confirmados en profesionales sanitarios

Demanda casos No COVID

Total de casos acumulados que asisten a Urgencia.

Total acumulado de casos confirmados No COVID en Urgencia

Total acumulado de casos No COVID confirmados que han sido hospitalizados (incluyendo UCI)

Total acumulado de casos No COVID confirmados fallecidos

Total de casos nuevos en atención ambulatoria en espera por especialidad

% de NSP en atención ambulatoria

Salud de los trabajadores

Número de casos/semana/ servicio o unidad
Número de casos diarios
Total, acumulado de casos COVID de funcionarios
Nº Brotes
Re0 semanal

Recursos

Nº camas ocupadas por casos COVID
Nº camas críticas por casos COVID
Nº de camas ocupadas pacientes no COVID
Nº de camas ocupadas por camas críticas no COVID
Nº de ingresos últimas 24 horas
Nº de altas 24 horas
Nº de altas previstas próximas 24 horas

Figura 3: Indicadores sugeridos para la monitorización.

Recomendaciones específicas para la Red Asistencial:

1. Disminuir la urgencialización de la respuesta sanitaria. Existe el riesgo de que el exceso de demanda con oportunidad retrasada, genere un mayor flujo hacia las urgencias. Para esto se requiere:

- Crear dispositivos de atención profesionalizados en las urgencias hospitalarias y primarias que re direccionen efectivamente a las personas que requieren atención a la atención electiva.
- Implementar teléfonos disponibles 24 horas para apoyar las estrategias de resolución de problemas de salud en los dispositivos más adecuados de la red
- Aumentar la cobertura de las atenciones electivas en CESFAM, atención secundaria y Hospitales hasta las 19-20 horas.

2. Aumentar la oferta para problemas de salud imposterables:

- Hospitales pediátricos y servicios pediátricos de la red pueden elevar la edad de atención pediátrica hasta los 19 años (18 años 11 meses) (un ejemplo a considerar es el aumento de la oferta de traumatología traumática o artroscópica).
- Ambulatorización de cirugías de baja y complejidad media que representan el 40% de las intervenciones en espera (CNP, 2020).
- Ambulatorización de problemas de salud sensibles a la respuesta de APS.
- Evaluar el fortalecimiento de la respuesta de ambulatorización quirúrgica, en el dispositivo de la red que mejor cumpla los estándares de calidad y de eficiencia.
- Ampliación progresiva de la oferta de pabellones a partir de la extensión del horario a 12 horas y fines de semana.

3. Utilización de asistencia remota para resolver problemas de atención:

- Protocolización de la Asistencia remota desde el tipo de asistencia, las características de las personas, conectividad, tipo de problema de salud y recursos del sistema.
- Triage telefónico para sospechas de problemas de salud imposterables o en poblaciones con baja conectividad digital (zonas periféricas, población adulto mayor).
- Consulta de telemedicina: presentemente para controles y resultados de exámenes. Consultas nuevas en equipos con experiencia y protocolización de la atención.

- Consultas asincrónicas entre equipos de trabajo (reuniones de casos).
- Teleasistencia entre equipos asistenciales de la red fortaleciendo el proceso entre especialidades y APS.
- Fono consulta y tele consulta extendida al resto de profesionales del área de la salud.

4. Optimización de la oferta de camas en establecimientos de la red:

- Diagnóstico de problemas de salud muy frecuentes que tienen indicadores de eficiencia y calidad optimizables (GRD) en la red, algunos ejemplos de problemas de salud o procedimientos estandarizados por GRD: colecistectomía, apendicectomía, cesáreas, neumonías de severidad 1 y de complejidad baja.
- Optimización de las camas obstétricas e implementar la estrategia de concentrar la oferta obstétrica en un establecimiento de la red para asegurar procesos y flujos seguros para madres y RN y liberar camas en el resto de los establecimientos.

5. Considerar modificaciones en la forma de trabajo de los funcionarios de la salud, el tipo de jornadas y las características del trabajo:

- Capacitar profesionales en teletrabajo con enfermedades crónicas o mayores de 65 años para realizar contacto remoto con las personas a atender. Realizar triage, acompañamiento de los pacientes en listas de espera (Laboratorio innovación pública, 2020) y consultas asincrónicas a equipos de APS. Establecer interconsultores remotos por especialidad para atención primaria.
- Hacer extensivas hasta las 20 horas las programaciones de agendas electivas e incluir fines de semana para adaptar la oferta a las restricciones de las salas de espera. Establecer máximo de personas en espera con seguridad. Realizar agendas intercaladas, entre consultas presenciales y remotas.
- Hacer extensivas la oferta de exámenes complementarios hasta las 12 horas y fines de semana endoscopias, fibrobronoscopias, imágenes (RNM, TAC, PET-CT) en la atención secundaria y terciaria.
- Considerar, en el caso de los exámenes de bajo riesgo como radiografías y ecografías, su realización en instalaciones de SARS u otros centros de la red.

Las redes se basan en la interdependencia, la colaboración y la cooperación para lograr objetivos comunes. La gestión de la red no debe buscar la disciplina a corto plazo, sino la confianza en la capacidad de obtener resultados a largo plazo y con impacto sanitario. Para lograrlo se requieren cambios en las formas de trabajo, jornadas, horarios de ingreso y flexibilidad en el lugar de trabajo para poder hacer posible la respuesta extraordinaria y hacerla cuidando a los trabajadores de la salud.

Elementos relevantes en la respuesta de la red:

Ser coordinada e integrada.
 Buscar la continuidad de la atención.
 Optimizar el uso de recursos.
 Cuidar a los trabajadores de la salud.
 Definir indicadores y métricas de resultados sanitarios.

Propuestas para la reorientación de la actividad en Atención Primaria en la transición desde la cuarentena al desconfinamiento progresivo

En esta sección se entregan recomendaciones generales a los equipos clínicos y gestores de la Atención Primaria en Salud para la reorientación de las prestaciones durante el periodo de pandemia en particular durante el tránsito hacia fases de desconfinamiento.

- La Atención Primaria (APS) se ha reorientado a un modo de funcionamiento en pandemia que disminuye las posibilidades de contagio para los usuarios y trabajadores, a la vez que brinda continuidad de atención clínica a prestaciones esenciales.
- Las innovaciones realizadas a través de telemedicina pueden ser incorporadas como prestaciones habituales de los equipos. Es necesario generar orientaciones técnicas y lineamientos ministeriales para el abordaje clínico de las prestaciones de telemedicina en APS.
- Se debe categorizar la totalidad de la cartera de prestaciones de la APS, en aquellas que son de prioridad baja, media o alta durante la pandemia y la modalidad de atención (presencial o telemedicina). También se deben especificar aquellas actividades que deberán ser retomadas en caso de alcanzar una inmunización efectiva para el SARS-CoV2.
- La verticalidad de los programas ministeriales focales merma una atención centrada en la persona fragmentando los procesos de atención clínica. En la transición hacia el desconfinamiento – y en la atención habitual – se deberían privilegiar los controles integrales que aborden las necesidades del paciente en un rendimiento mayor 30-60 minutos dependiendo de las comorbilidades.

Propuestas

1. En el nivel central (Ministerio de Salud):

- A. Presentar un proyecto de ley para sancionar el no cumplimiento para el año 2020 de las Metas Sanitarias y el Índice de Actividad de la Atención Primaria, manteniendo el estímulo económico recibido los años anteriores tanto para trabajadores como para los centros de salud.
- B. Convocar a una Mesa de Trabajo representativa para re-definir nuevos indicadores de proceso y resultados para el 2021 en la APS. Esto en consideración de los desafíos sanitarios que traerán las prestaciones postergadas.
- C. Establecer para la totalidad de la cartera de prestaciones de la APS aquellas que son de prioridad baja, media o alta y la modalidad de atención (presencial o telemedicina). Junto con aquellas actividades que deberán ser retomadas después de alcanzar una cobertura efectiva de la vacuna contra el SARS-CoV2.
- D. Definir orientaciones técnicas y lineamientos ministeriales para el abordaje clínico de las prestaciones de telemedicina en APS. Hasta la fecha estas atenciones se han desarrollado sin lineamientos de actuación, lo que genera una gran heterogeneidad en la práctica clínica.

2. Para los Equipos de la Atención Primaria de Salud:

Recomendaciones para la consulta ambulatoria:

1. Mantener la separación en un espacio del CESFAM destinado sólo a la consulta respiratoria, realizando un triage inicial para determinar el lugar de atención: respiratorio v/s no respiratorio. El tamaño de este espacio debe ser definido conforme a la realidad epidemiológica local.
2. Reacondicionar los mesones de atención con paneles o divisiones con sistemas transparentes.
3. Mantener los turnos presenciales/no presenciales con recambio cada 1 semana en las fases 1 a 4, optimizando el trabajo efectivo de los funcionarios en teletrabajo y entregando las herramientas tecnológicas para llevarlo a cabo. Un estudio de modelación encontró que los turnos de equipos cada 1 semana incrementa la disponibilidad de trabajadores sin enfermedad (Sanchez-Taltavul, 2020).
4. Fomentar el agendamiento telefónico y/o electrónico para evitar filas presenciales por la mañana. Sistemas de registro clínico electrónico como Rayen tienen un sistema de agendamiento web que ha sido subutilizado.
5. Los pacientes deben acudir sin acompañantes, con la excepción que se trate de un paciente dependiente (máximo un acompañante en estos casos). En caso de acudir con acompañante, que sea idealmente menor de 60 años y sin enfermedades crónicas de riesgo.
6. Mantener medidas recomendadas de distanciamiento físico: usar mascarilla en todo momento y lavarse las manos con alcohol gel antes de entrar en la consulta. Aumentar el distanciamiento en la consulta separando las sillas de la mesa lo más posible, manteniendo una distancia igual o superior a dos metros entre profesional y usuario.
7. Realizar el examen físico sólo a los pacientes imprescindibles y hacerlo con toda la protección adecuada (guantes, lavado de manos y fonendo con alcohol). Limpieza con desinfectante de la camilla tras el uso.
8. Debemos procurar una mesa lo más despejada posible, que facilite una adecuada limpieza de superficies expuestas de manera periódica.
9. Establecer un número máximo de personas a atender diariamente y optimizar los rendimientos. Se debe disminuir el número de citas presenciales, aumentando el intervalo entre ellas para evitar aglomeraciones en la sala de espera, así como promover el agendamiento a distancia. Considerar intercalar una consulta presencial con telemedicina en los profesionales para disminuir la afluencia en sala de espera.
10. Evitar la solicitud de exámenes de "rutina" que no sean estrictamente necesarios y/o evaluar la opción de postergación o incrementar el intervalo de evaluaciones anuales habituales (por ejemplo, control anual de exámenes cardiovasculares). Si se solicitan exámenes, se recomienda agendar un control de seguimiento telefónico para la entrega de los resultados, evitando así una consulta presencial.
11. En los casos en que sea posible, los equipos de farmacia podrán facilitar la dispensación de los fármacos por períodos más prolongados e incluso a domicilio, como ya se hace en algunos CESFAM en este momento en personas con factores de riesgo y personas mayores.

Adaptado de: Crespo J, Andrade R, Alberca de las Parras F, Balaguer F, Barreiro-de Acosta M, Bujanda L, et al. Restablecimiento de la actividad en los servicios de Digestivo. Recomendaciones de la SEPD, AEEH, GETECCU y AEG. *Gastroenterol Hepatol [Internet]*. 2020 Jun 1 [cited 2020 Jul 21];43(6):332–47.

Recomendación para el Programa del Adulto y Cardiovascular:

1. Promover la realización de controles médicos integrales en pacientes con multimorbilidad y al menos una enfermedad con indicadores de compensación fuera de rangos de metas, otorgando un rendimiento de 45 a 60 minutos.
2. Implementar controles grupales integrales en domicilio a familias de alto riesgo (3 o más integrantes con patologías crónicas) o a grupos familiares con personas mayores (>75 años) que continuarán en cuarentena hasta la fase 4 del plan Paso a Paso.
3. Reformular la atención por programas, estableciendo nuevos flujos de cada uno de ellos en modo de pandemia:
 - a. En pacientes de bajo o moderado riesgo cardiovascular con HTA bien compensada y exámenes de control del último año normales, ofrecer consulta de telemedicina y dar continuidad a su tratamiento farmacológico por 1 año.
 - b. En pacientes diabéticos con HbA1c en rango de meta para edad y comorbilidades (20), ofrecer consulta de telemedicina, dar continuidad a tratamiento por 1 año y generar interconsultas si corresponde para examen de fondo de ojo.
 - c. En pacientes diabéticos que se encuentran con HbA1c y glicemias capilares fuera de rango de meta para edad y comorbilidades, ofrecer en comodato glucómetros para el automonitoreo en casa y consulta telefónica para el seguimiento y ajuste de dosis.
 - d. Preferir el Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA) en los CESFAM que cuentan con el recurso por sobre la pesquisa de HTA en personas con sospecha de HTA para confirmación diagnóstica.
4. En lugares donde se cuenta con datos actualizados de carga de enfermedad utilizar el "Adjusted Clinical Group (ACG)" para estratificar el riesgo de la población y brindar atención priorizada al grupo de alto riesgo, además de realizar gestión de casos.
5. Postergar prestaciones preventivas como el EMPAM en personas mayores. Evaluar la implementación de actividades grupales planificadas de promoción y prevención a distancia.
6. Mantener la pesquisa activa de sospecha de DM2, HTA, sífilis, tuberculosis y cáncer cervicouterino.
7. Realizar seguimiento telefónico a usuarios del programa MAS adultos mayores autoválidos, así como también seguimiento telefónico a personas mayores con bajas redes de apoyo para identificar necesidades.

Recomendaciones para el Programa de Salud Mental:

1. Propiciar que la evaluación de la salud mental de las personas se realice en el contexto de los controles integrales de salud, evitando fragmentar este aspecto de la salud en un control en particular.
2. Diseñar intervenciones comunitarias con respecto al duelo (grupos de autoayuda, o agentes comunitarios que dispongan de técnicas básicas con las que puedan apoyar a las familias) insertadas en los territorios (Juntas de vecinos, Club barriales).

3. Propiciar atenciones familiares, pensando en los grupos más afectados por el COVID-19 y el confinamiento.
4. Considerar casos graves para la atención presencial. Manteniendo atenciones de acompañamiento psicológico por vía telefónica o videollamada.
5. Utilizar el apoyo del Plan Saludable Mente para aquellos casos donde el equipo de salud mental no logre dar cobertura.
6. Realizar las consultorías psiquiátricas por videollamada y/o facilitando acceso a consulta telefónica con psiquiatra interconsultor.

Recomendaciones para el control de Enfermedades respiratorias:

1. Propiciar la evaluación de las enfermedades respiratorias (Asma y EPOC) en el contexto de los controles integrales de salud.
2. Sala ERA: Priorizar ingresos y personas con enfermedad descompensada.
3. Sala IRA: Realizar atenciones de control por telemedicina. Solo citar en caso de descompensación.

Recomendaciones para controles de niños, niñas y adolescentes:

1. Realizar el control de 5 meses telefónicamente por nutricionista ya que se dan pautas para inicio de alimentación complementaria. Este control se podría seguir realizando un tiempo más en esta modalidad y si llegase a pesquisar alguna alteración se podría citar casos específicos presenciales.
2. Los controles de supervisión de salud que deberían mantenerse presenciales son el de 8 y 18 meses, ya que se aplica la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP).
3. Realizar el control de diadas y controles sanos de 1 y 3 meses en un espacio habilitado exclusivamente para esto en CESFAM o bien en el domicilio.
4. Potenciar la telemedicina en adolescentes (consejerías, inicio de métodos anticonceptivos, resolver dudas, pesquisar factores de riesgo, entre otros).

Recomendaciones para atenciones de Salud Sexual y Reproductiva:

1. Mantener los controles de embarazo presenciales, así como también diadas y entrega de métodos anticonceptivos.
2. Facilitar el acceso a métodos anticonceptivos realizando una pesquisa activa de la población bajo control usuaria de métodos y habilitando consejerías para la anticoncepción mediante teleconsulta (21).
3. Retomar las consultas ginecológicas y reagendar activamente el examen de papanicolaou en aquellos CESFAM donde fueron pospuestas.

Recomendaciones para patologías incluidas en Garantías Explícitas en Salud:

1. Generar mecanismos para que las notificaciones GES de APS puedan realizarse en las teleconsultas.
2. Realizar todos los controles de personas con hipotiroidismo por telemedicina (telefónico o videollamada) con exámenes actualizados para evaluar compensación y/o necesidad de ajuste de dosis. Generar listado con ese diagnóstico y realizar la orden de examen una vez se revise la ficha citar solo a examen y después solo llamado para evaluación de síntomas más visualización de examen.
3. Realizar todos controles de personas con artrosis de rodilla y/o cadera por telemedicina. Mantener controles presenciales en sospecha de artrosis severa que requiere derivación a nivel secundario.

Recomendaciones para el Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa:

1. Mantener las prestaciones presenciales en domicilio para pacientes con dependencia severa que requieran evaluación de heridas, ofreciendo también la posibilidad de telemedicina.

Recomendaciones estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento:

1. Mantener la búsqueda activa de casos por testeo comunitario, identificadas a través del mapeo territorial de zonas de mayor hacinamiento, población de más riesgo y/o con limitación para acceso a servicios básicos.
2. Mantener funcionamiento de equipos del equipo de avanzada territorial en APS
 - a. Grupo de búsqueda activa de casos: responsable de la estrategia de testeo.
 - b. Grupo de investigación epidemiológica: responsable de la estrategia de trazabilidad y aislamiento.

Recomendaciones para la continuidad de atención y la programación:

1. Evaluar la extensión horaria de 07:00 a 21:00 y sábados todo el día - domingos mediodía, de manera de desconcentrar la demanda en más días y horas a la semana y evitar aglomeraciones.
2. Evaluar abrir agenda para 1-2 semanas, distribuyendo 50% consulta presencial y 50% en teleconsulta.

USO DE TECNOLOGÍAS DIGITALES Y LA IMPORTANCIA DE LA TELEMEDICINA EN LA REACTIVACIÓN

Situación actual de la telemedicina

El nuevo escenario al que nos enfrentamos nos plantea grandes desafíos y genera la necesidad de buscar alternativas para la comunicación y atención de pacientes. En esta línea la telemedicina y telesalud irrumpen como una estrategia importante para mantener las atenciones. A través de la telemedicina el equipo de salud puede hacer prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a los usuarios del sistema. La telemedicina es la herramienta por la cual los médicos de Atención Primaria pueden acceder a la opinión de un especialista y viceversa, cualquiera sea el lugar donde se encuentren. Esto permite apoyar diagnósticos, tratamientos a distancia en tiempo real y derivaciones oportunas a centros de mayor complejidad. Asimismo, esta contribuye al seguimiento de los pacientes sin necesidad de trasladarse al centro asistencial, lo cual también ayuda a la no saturación de los centros de salud.

La telemedicina ha tenido un buen recibimiento general y los equipos de APS han mostrado una enorme capacidad de innovación e implementación rápida. La telemedicina ha permitido aumentar el número de consultas diarias que habría sido imposible en periodo de pandemia, sin embargo, es necesario definir claramente las situaciones clínicas que requieren una atención presencial y cuáles pueden tener la telemedicina como una opción (Pallarés 2020).

La telemedicina además ha permitido disminuir la movilidad de los funcionarios y usuarios, tema relevante en el contexto actual de pandemia. Otras prestaciones a distancia que han sido exploradas en el ámbito de educación y prevención han sido las jornadas de educación y talleres a distancia, en donde se puede generar una enorme capacidad de cobertura, siendo estas sincrónicas y asincrónicas, pudiendo generar distintas estrategias para educar a la población a cargo, rol que en APS, históricamente y consistentemente ha sido relegado a una mínima cantidad de horas destinadas en pro de la asistencialidad y por la baja convocatoria de este tipo de actividades presenciales.

Ahora bien, existe un concepto más amplio, que es el de telesalud o “eHealth” que amplían la posibilidad de acercar servicios de salud con oportunidad a los ciudadanos. Dentro de la telesalud, se encuentra la telemedicina que es la que abarca el aspecto clínico, la que permite realizar un acto asistencial ya sea con otro colega a distancia o solamente con el paciente. Comprende también lo que se denomina interconsulta que es el proceso por el cual un médico hace consultas con otros médicos especializados o más especializados; la educación a distancia; la teleprevención; el telediagnóstico y el telemonitoreo, que en realidad son un conjunto de estrategias elaboradas para optimizar los recursos en salud y mejorar la accesibilidad.

En esta línea, la telemedicina definida como cualquier forma de atención médica remota, es una excelente herramienta para abordar las tres problemáticas mencionadas previamente que han significado una disminución de demanda y oferta significativa de atención de salud.

1. Permite proveer alternativas para ser atendidos a las personas con temor de ir a consultas presenciales.

2. Permite disminuir el flujo de pacientes en los centros de atención y con ello contribuir al distanciamiento social.
3. No se requiere de EPP para este tipo de atención.
4. Permite hacer más eficiente el uso del recurso humano en la atención de pacientes.

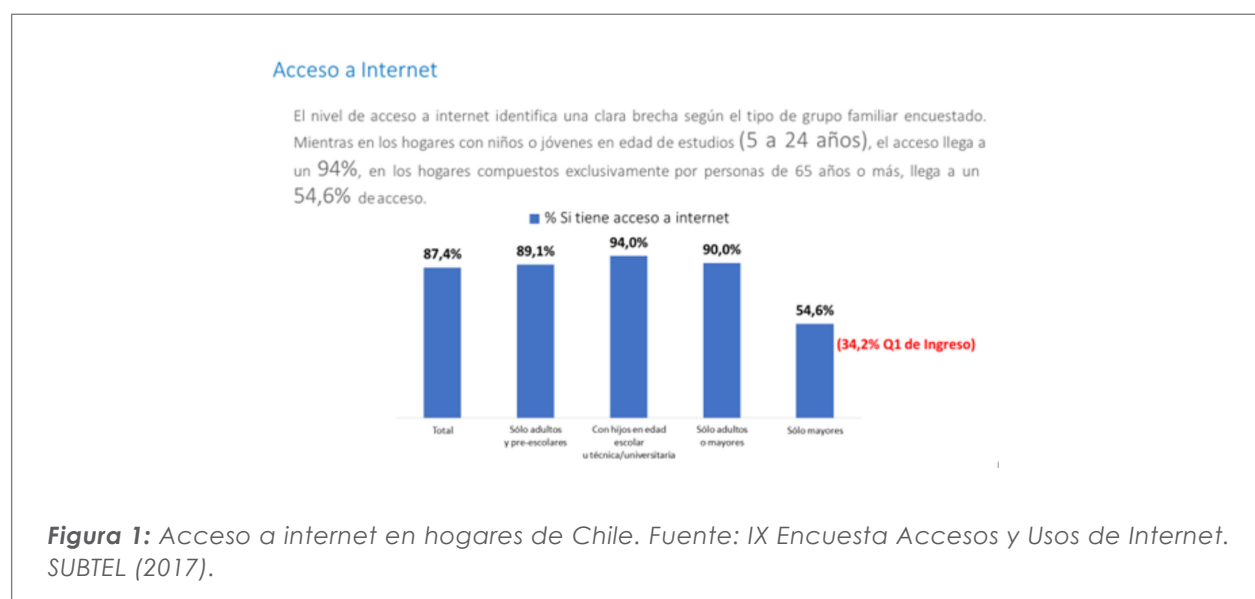
Si bien hay un Programa Nacional de Telesalud, en el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud desde el 2018, no hay un marco legal ni una estrategia digital del sector salud. Tampoco existe una política o programa de implementación como tal en las redes asistenciales.

A pesar de aquello, existen muchas y variadas experiencias del uso de las herramientas de telemedicina en diferentes lugares del país. Estas van desde la teleasistencia; llamada telefónica para comunicaciones con los pacientes, tele consulta por fono o por videollamada, interconsulta remota de médico a médico, de paciente a médico, visualización e informe de imágenes, hasta el monitoreo remoto de glicemias, presión arterial etc.

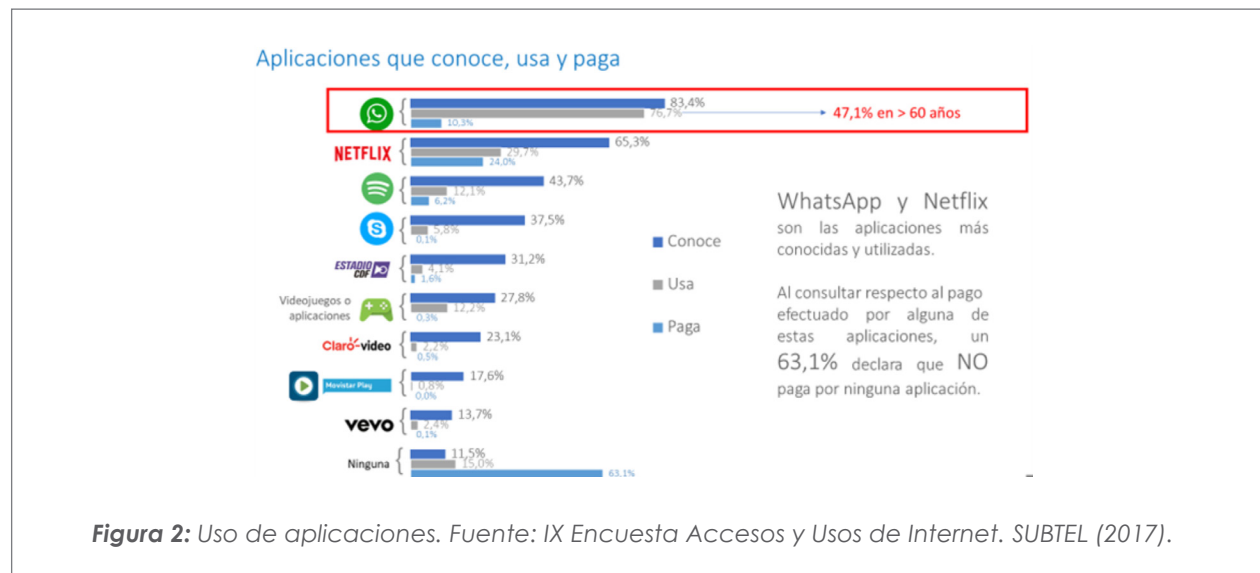
Todas son experiencias de desarrollo local, con las tecnologías que cada servicio y/o centro ha ido incorporando en el tiempo. Muchas veces son tecnologías aisladas por centro, por programa y/o por niveles de atención.

Si bien no existe un programa nacional integrado, en los tres niveles de atención están disponibles las tecnologías necesarias para su uso como herramienta de resolución de la problemática de salud. Como se ha dicho anteriormente, esto ha sido fruto de iniciativas locales en diversas fases de implementación.

Por otra parte, las tecnologías digitales tienen una alta penetración en la comunidad. La última encuesta de la SubTEL 2017 muestra que un 87% de la población tiene acceso a Internet, con una gradiente por edad y socioeconómica, Si bien se muestran brechas por edad, estas brechas son cada vez menores, y han disminuido producto de la pandemia.



En esa misma encuesta, se muestra que, de un año a otro, el aumento en el acceso es de casi 10 puntos porcentuales en todos los grupos. Los encuestados informaron de las vías de comunicación que usan más frecuentemente, la aplicación de comunicación whatsapp es el más mencionado con cerca de un 77% de uso, porcentaje que se reduce en los mayores de 60 años.



La incorporación de tecnologías digitales es una realidad en nuestra población, y se debe aprovechar.

Si bien la conectividad puede ser buena, es necesario explorar la contactabilidad. Una experiencia de la Universidad Católica en uso de tecnologías, mostró que la contactabilidad fue de un poco más del 50%, tema que desafía a los equipos locales en mantener la actualización de los datos de sus afiliados.

Finalmente, cuando se define una estrategia de telemedicina, esta tiene que tener un conjunto de pautas que aseguren que el resultado final tiene que tener la misma calidad y las mismas características que un acto médico presencial o tradicional. No debería haber diferencias porque además la telemedicina se debe utilizar en beneficio del paciente y por lo tanto el acto médico tiene que tener como mínimo la misma calidad del acto médico presencial o mejor calidad. No es aceptable que la calidad de asistencia baje por utilizar telemedicina. Cualquier proyecto de telemedicina siempre debe estar centrado en el paciente y tener como objetivo el beneficio del mismo.

Tareas pendientes en relación a la telemedicina

Dado que no existe una estrategia digital en salud a nivel país, estas experiencias no están sistematizadas ni menos normadas por la Autoridad Sanitaria, elemento fundamental que debe acompañar al uso de estas tecnologías como parte del proceso de atención. Lo anterior es necesario

para hacer de esta modalidad una atención dentro de estándares que permitan que la atención sea segura. Con fecha 4 de agosto de 2020, el Minsal publica su primera recomendación para la telemedicina, donde se encuentran recomendaciones generales sin protocolos establecidos. A continuación, se especifican tareas pendientes que definir por la Autoridad sanitaria en esta área son:

1.- La literatura muestra que no todas las atenciones de salud se pueden hacer por telemedicina, y eso es algo que la autoridad debe definir. Esto según situaciones como pacientes nuevos versus controles, tipo de especialidad, tipo de patología, grupos etarios, etcétera.

2.- No todas las formas de hacer telemedicina son adecuadas en los diferentes tipos de atención. Esto se debe definir. Que se hace por teleasistencia, que por videollamada, que por fono consulta, que se hace en forma sincrónica, que en forma asincrónica entre otras.

3.- La atención por telemedicina debe tener un protocolo por tipo o grupos de patologías y/o por tipo o grupos de pacientes. Estos deben considerar al menos:

- Como se agenda una consulta por telemedicina.
- Indicaciones de preparación del paciente sobre el llamado: condiciones, que debe tener a mano, registros u otros.
- Quien hace el llamado.
- Si es factible por teléfono o por videollamada (depende de la patología y/o tipo de paciente).
- Tiempo mínimo del llamado: rendimiento mínimo y/o máximo.
- Preguntas mínimas para incluir en la llamada.
- Formas de entrega de Indicaciones.
- Registros, grabaciones etc.

4.- La telemedicina genera flujos de atención que son distintos a los flujos de la modalidad actual, cosa que también se debe definir. En otras palabras, repensar un rediseño clínico que defina al menos las siguientes etapas del flujo:

- Agendamiento.
- Confirmación de la atención remota.
- Atención propiamente tal.
- Despacho de receta, medicamentos, órdenes de exámenes; licencias médicas.
- Indicación y gestión de la orden de interconsulta de ser necesario.
- Citación a control, o alta.
- Indicación quirúrgica y gestión del agendamiento de ser necesario.

En resumen, podemos decir que el problema que se ha generado por esta pandemia, requiere en su enfrentamiento de soluciones diversas, que vayan más allá de las formas tradicionales de entregar servicios de salud. En este ámbito la telemedicina puede ser un gran aporte.

Aplicaciones específicas de la telemedicina

A través del ejemplo del programa de priorización y reducción de listas de espera, podemos destacar posibles aplicaciones de esta modalidad:

1. Revisión de listas de espera o garantías retrasadas: Buscar pacientes con garantías posibles de resolver vía remota: Tipo de necesidad y/o tipo de paciente. Esto requiere una gestión clínica de la lista de espera.
2. Implementar sistema teletriage previo a agendamiento, lo que determinará si la modalidad de atención puede ser virtual o presencial. Este teletriage puede quedar en manos de médicos, enfermeras o agentes sanitarios.
3. Derivación prioritaria de casos preseleccionados. Este grupo se puede beneficiar de teleconsulta realizada por médicos seniors con la capacidad de discriminar lo que debe ser presencial y en breve o mediano plazo.
4. Promover agendamiento desde el centro de salud, el implementar centro de agendamiento vía telefónica o web.
5. Proceso de gestión de IC: Agendamiento, seguimiento y gestión de exámenes previos.
6. Contrarreferencia efectiva por vías telemáticas.

La aplicación correcta del flujo de atención y su continuidad, redundará en una reducción de los contactos físicos entre las personas y reducción de contactos en forma global. Es el momento de cambiar las formas de hacer la atención médica, sacar del flujo todo aquello que no agrega valor y con ello potencialmente reducir la exposición a los pacientes y los equipos de salud a riesgos innecesarios.

A la fecha en atención primaria, las garantías más retrasadas y posibles aportes de la telemedicina a ellas son:

• Tamizajes de Cáncer Cérvico Uterino:

- Priorizar por factores de riesgo.
- Indicaciones u órdenes remotas.
- Revisión de resultados y otros.
- Agendamiento por robot.

• Diagnóstico de Hipertensión Arterial en APS:

- Priorizar por factores de riesgo.
- Indicaciones u órdenes remotas previo a la teleconsulta.
- Revisión de resultados.

• Screening con radiografía cadera:

- Priorizar por factores de riesgo.
- Indicaciones u órdenes remotas.
- Revisión de resultados por vía remota con alertas de resultados desde el RISS.

- **Entregas de órtesis:** sistemas de despacho domiciliarios.
- **Consultas de especialistas:** priorización o screening previo vía tele consulta (fono o teleconsulta visual).
- **Control por especialista:** se puede efectuar por teleconsulta.
- **Confirmación:** que requiere atención presencial. Pero se puede gestionar el caso previo a su visita, solicitudes de exámenes vía digital, etcétera.
- **Tratamientos:** despacho de tratamientos a domicilio.
- **Cirugías:**
 - Priorización vía teleconsulta, que agrega la situación actual del paciente, a la información clínica disponible.
 - Gestión prequirúrgica en forma digital.

Por último, el cambio de modelo que conlleva el uso de tecnologías para brindar atenciones de salud, requiere de un liderazgo clínico con un objetivo sanitario claro: **mejorar el acceso a la atención de salud de calidad para la población.**

Las claves de éxito del uso de las Tecnologías en la reducción de listas de espera o en cualquier ambiente sanitario son:

- Liderazgo clínico.
- Equipos locales multidisciplinarios que adhieran.
- Gestores clínicos de listas de espera.
- Procesos completos a cargo del equipo local, desde el ingreso hasta la resolución.
- Contactabilidad de los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadísticas. Empleo trimestral (Boletín estadístico) [Internet]. Santiago; 2020 Jun [cited 2020 Jul 21]. Available from: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/>
2. Índice Mensual de Actividad Económica (Imacec) - Banco Central de Chile [Internet]. [cited 2020 Jul 21]. Available from: <https://www.bcentral.cl/areas/estadisticas/imacec>
3. Roser M, Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Hasell J. Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World Data [Internet]. 2020 May 26 [cited 2020 Jul 21]; Available from: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
4. OPS. (2015). Salud Universal: Agenda-uh-dic-2015.pdf. OPS.
5. Mauro, V., Lorenzo, M., Paolo, C., & Sergio, H. (2020). Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases. *Internal and emergency medicine*, 15(5), 787–790. <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02395-z>
6. PNUD. (2017). Desiguales. PNUD
7. Bilal, Usama et al. Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *The Lancet Planetary Health*, Volume 3, Issue 12, e503 - e510
8. MINSAL. (2017). Encuesta nacional de Salud. ENS.
9. Estay, R., Cuadrado, C. y cols (2017). Desde el conflicto de listas de espera, hacia el fortalecimiento de los prestadores públicos de salud: Una propuesta para Chile. *Cuadernos Medico sociales*, 57 N° 1: 49-63.
10. Ribacke KJ, Saulnier DD, Eriksson A, von Schreeb J. Effect of the West Africa Ebola Virus Disease on health-care utilization. A systematic review. *Frontiers in public health*. 2016 Oct 10;4:222. doi: 10.3389/fpubh.2016.00222. eCollection 2016
11. Chang HJ, Huang N, Lee CH, Hsu YJ, Hsieh CJ, Chou YJ. The impact of the SARS epidemic on the utilization of medical services: SARS and the fear of SARS. *American Journal of Public Health*. 2004; 94(4): 562-564. DOI: 10.2105/ajph.94.4.562
12. Lee SY, Khang YH, Lim HK. Impact of the 2015 Middle East Respiratory Syndrome Outbreak on Emergency Care Utilization and Mortality in South Korea. *Yonsei Med J*. 2019;60(8):796-803. doi:10.3349/ymj.2019.60.8.796
13. Vestergaard LS, Nielsen J, Richter L, et al. Excess all-cause mortality during the COVID-19 pandemic in Europe - preliminary pooled estimates from the EuroMOMO network, March to April 2020. *Euro Surveill*. 2020;25(26):2001214. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.26.2001214.
14. Financial Times. Coronavirus tracked: the latest figures as countries start to reopen. 19 de Julio de



2020. Disponible online en: <https://www.ft.com/content/a26fbf7e-48f8-11ea-aeb3-955839e06441>.
15. MINSAL, DEIS. Informe epidemiológico COVID19, 7 de Agosto de 2020.
16. Lai A, Pasea L, Banerjee A, et al: Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.27.20083287v1>
17. Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England , UK : a national , population-based , modelling study. *Lancet Oncol* 2020;2045(20):1–12. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30388-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30388-0)
18. Sud A, Jones ME, Broggio J, et al. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic. *Ann Oncol.* 2020;31(8):1065-1074. doi:10.1016/j.annonc.2020.05.009
19. MINSAL. Subsecretaría de redes asistenciales. "El desafío de una red coordinada" presentación realizada por Jose Luis Novoa Rodríguez, 29 de julio de 2020.
20. MINSAL Glosa 6, segundo trimestre 2020.
21. MINSAL. Diagnóstico epidemiológico del cáncer en Chile. Presentación realizada en la Comisión de Salud del Senado. 30 de julio de 2020.
22. Pacheco, J. Comunicación personal. Datos del FONASA obtenidos por medio de Ley de Transparencia.
23. DEIS, MINSAL. Estadísticas vitales. Papanicolaus realizados en 2018 en la red pública de Chile.
24. Pacheco, J., María Soledad Martínez, M., Cuadrado, C. (2020). Impacto de pandemia en atenciones cardiovasculares en unidades de emergencias hospitalarias en Chile. En revisión.
25. Debrott, David y Ciro Ibáñez (2014). Análisis y propuesta de financiamiento de la atención primaria de salud municipal. Informe Final de Estudio elaborado por el Instituto de Análisis de Políticas Públicas y Gestión para la Asociación Chilena de Municipalidades, AChM, Comisión Salud. Santiago, Chile. Julio, 2014.
26. Santelices C. E, Muñiz V. P, Arriagada B. L, Delgado S. M, Rojas F. J. Aplicación de grupos clínicos ajustados como herramienta de ajuste de riesgo: Evaluación en la distribución de recursos en programa de enfermedades crónicas. *Rev Med Chil.* 2014;142(2):153–60.
27. Cid Pedraza C, Bastías S. G. Evaluando la situación financiera de los hospitales públicos a partir de los costos actualizados de sus prestaciones. *Rev Med Chil.* 2014;142(2):161–7.
28. Goyenechea M. Financiamiento de la Red de Salud y Hospitales vía Grupos Relacionados de Diagnóstico. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.2.13490.1504
29. MINSAL. Decreto GES año 2019. Disponible online en: <https://auge.minsal.cl/website/doc/decreto.pdf>

30. Ministerio de Salud. Estudio de Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas – EVC 2018 [Internet]. Santiago de Chile; 2019. Available from: <http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/04/Informe-Final-Pre-cios-ECV.pdf>.
31. OMS. (2020). Guía operativa de OMS. : <https://www.who.int/publications-detail/covid19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak/>.
32. Markus HS, Brainin M. COVID-19 and stroke—A global World Stroke Organization perspective. *Int J Stroke* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2020 Jul 20];15(4):361–4. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1747493020923472>.
33. Mafham MM, Spata E, Goldacre R, Gair D, Curnow P, Bray M, et al. COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England. *Lancet* [Internet]. 2020 Jul [cited 2020 Jul 20];0(0). Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620313568>.
34. Manzanares RG, Rodríguez CP, Fernández IG, Domínguez JCC, Sánchez MA. Hospitalización por Insuficiencia Cardíaca durante la pandemia de COVID-19. *Med Fam Semer*. 2020 Jun 10;
35. Colegio Médico de Chile. Monitorización de estrategia de Testeo-Trazabilidad-Aislamiento en la APS Tercer reporte de resultados 31 de Julio 2020. Disponible en http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/08/Informe-Monitoreo-TTA-14_08.pdf.
36. MINSAL. Gobierno de Chile. Plan Paso a Paso nos cuidamos [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 21]. Available from: <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>.
37. Sociedad Chilena de Infectología. Vacunas para SARS-CoV-2 ¿Qué podemos esperar? [Internet]. Santiago; 2020. Available from: http://www.sochinf.cl/portal/templates/sochinf2008/documentos/2020/Vacuna_Sars_Cov.pdf.
38. MINSAL. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria [Internet]. 2012. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb-5d1e0400101650128e9.pdf>.
39. Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. 2014;1–9. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-sp.pdf.
40. WHO. Why palliative care is an essential function of primary health care [Internet]. 2018. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf?sfvrsn=ecab9b11_2.
41. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Orientaciones para la planificación y programación en red 2019. Santiago; 2019.
42. Moynihan R, Johansson M, Maybee A, Lang E, Légaré F. Covid-19: an opportunity to reduce unnecessary healthcare. *BMJ* [Internet]. 2020 Jul 14 [cited 2020 Jul 20];370:m2752. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32665257>

43. Sapag J, Barros J, Poblete F, Zamorano P. Propuesta para la escalabilidad de un nuevo modelo de atención centrado en las personas y estratificado por riesgo para las personas con enfermedades crónicas en Chile para las personas con enfermedades. 2019.
44. Vidal-Alaball J, Acosta-Roja R, Pastor Hernández N, Sanchez Luque U, Morrison D, Narejos Pérez S, et al. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. Vol. 52, Atención Primaria. Elsevier Doyma; 2020. p. 418–22.
45. Sánchez-Taltavull, D. Candinas, D. Roldan E. Beldi, G. Modelling strategies to organize healthcare workforce during pandemics: application to COVID-19. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.23.20041863>.
46. Crespo J, Andrade R, Alberca de las Parras F, Balaguer F, Barreiro-de Acosta M, Bujanda L, et al. Restablecimiento de la actividad en los servicios de Digestivo. Recomendaciones de la SEPD, AEEH, GETECCU y AEG. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2020 Jul 21];43(6):332–47.
47. Pallarés Carratalá V, Górriz-Zambrano C, Llisterri Caro JL, Górriz JL. The COVID-19 pandemic: An opportunity to change the way we care for our patients. Semergen. Ediciones Doyma, S.L.; 2020.
48. IX Encuesta de Acceso y Usos de Internet – Subsecretaría de Telecomunicaciones de Chile. 2017. Disponible en: https://www.subtel.gob.cl/wp-content/uploads/2018/07/Informe_Final_IX_Encuesta_Acceso_y_Usos_Internet_2017.pdf consultado el 18 de agosto, 2020.