

**Propuestas de trabajo**

**PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA  
RED PÚBLICA DE ATENCIÓN DE SALUD  
MENTAL PRIMARIA Y SECUNDARIA, EN  
CONTEXTO DE PANDEMIA**

**Comisión de Salud Mental**  
Colegio Médico de Chile



**COLEGIO MÉDICO DE CHILE**

# CONTENIDOS

<b>1</b>	Salud mental en la atención primaria: desafíos y acciones a futuro desde un enfoque comunitario.....	<b>3</b>
<b>2</b>	Adecuación del funcionamiento de equipos de salud mental especializados ambulatorios y optimización del uso de tele-salud mental, del sector público de salud chileno en contexto de pandemia .....	<b>7</b>
<b>3</b>	Referencias .....	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>Anexo 1:</b> Resultados del sondeo sobre el funcionamiento de los equipos de Salud Mental de Atención Secundaria del sector público en en el marco de la pandemia COVID 19 .....	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>Anexo 2:</b> Consentimiento informado para telemedicina (Documento modelo para ser modificado por los profesionales) .....	<b>35</b>

## **1. SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: DESAFÍOS Y ACCIONES A FUTURO DESDE UN ENFOQUE COMUNITARIO**

*Documento elaborado por: Diego Esquibel, Macarena Fernandez, Ignacio Flores, Valentina Graziano, Luis Ibacache y Diego Orrego.*

La salud mental chilena está en crisis, pero no sólo por el COVID-19. La pandemia ha agravado condiciones preexistentes que hacían de Chile un país con diversos indicadores de daño psicosocial y una elevada carga de trastornos de salud mental. Además, ha requerido la necesaria utilización de recursos profesionales, técnicos y de infraestructura, que previamente estaban dedicados a manejar las problemáticas psicosociales de los usuarios y usuarias, para enfrentar la emergencia sanitaria. Las consecuencias de la pandemia vienen a agravar lo que quienes trabajamos en salud mental constatamos como una insuficiencia crónica de la capacidad del sistema de salud de hacerse cargo en forma oportuna de esta área. Es un deber ético que, como profesionales y funcionarios públicos, seamos capaces de visualizar críticamente nuestra práctica clínica en un marco de defensa del derecho a la salud y con una práctica acorde con el respeto de los derechos humanos de los usuarios.

A 5 meses del inicio de la pandemia en Chile, el problema de la violencia de género se agrava con un aumento de 200% a las llamadas al fono 1455 del Ministerio de la Mujer: niños, niñas y adolescentes que sufren maltrato y negligencia fueron obligados por las medidas sanitarias a estar confinados en situaciones potencialmente vulneradoras de sus derechos. La pérdida del trabajo, la cesantía y la incertidumbre generan diversas reacciones que amenazan la salud psíquica de la población. Los cambios en las condiciones laborales de quienes siguen trabajando han significado una sobrecarga emocional y física que ya se traduce en la aparición de síntomas y cuadros clínicos relacionados con el estrés mantenido. Los usuarios que padecen enfermedades psiquiátricas crónicas no han tenido los controles necesarios y aquellos que han desarrollado un cuadro agudo no han contado con acceso oportuno a consultas de urgencias y/o morbilidad. No ha estado la respuesta oportuna ni eficaz para acompañar a quienes han sufrido la pérdida de sus seres queridos a causa del COVID-19. Constatamos a nivel nacional el aumento de los usuarios con autoagresiones, con intentos suicidas, crisis de pánico y otras descompensaciones.

Por otra parte, vemos en la población diversas organizaciones comunitarias de auto ayuda que surgen desde la necesidad y la creatividad: círculos de escucha, iniciativas de primeros auxilios psicológicos, ollas comunes, cooperativas de compras, etc. Muchos grupos ya existentes, de adultos mayores, de agentes comunitarios de salud, de actividad física, de diversas iglesias y otros han incorporado en su quehacer la solidaridad y la ayuda mutua.

Frente a la necesaria reflexión respecto de la adaptación de los equipos de salud mental de APS a la situación de emergencia, se realizó a través de COLMED una encuesta a 160 médicos generales de todo el país. Esta se realizó en Julio de 2020 y los resultados son preocupantes:

- Un 67% de los médicos considera que debió dejar horas médicas de salud mental para atención de consultas relacionadas por COVID-19. De quienes tenían jornada completa un 44% ya no tienen más horas de atención de salud mental.



- Un 93% señala que tiene menos frecuencia de controles médicos de sus pacientes.
- Un 56% sólo realiza ingresos a pacientes con urgencias (autoagresiones, ideación suicida, agitación psicomotora) y un 8% ya no realiza ingresos.
- Un 77% ha visto aumentada las consultas por las urgencias antes mencionadas.
- El 56% de los médicos encuestado señala que sus empleadores no les han otorgado medios para comunicarse en forma remota con sus pacientes (ya sea celular, chip, computador, etc.)

Ante lo anterior nos hacemos las siguientes preguntas:

*¿Por qué no vemos los mismos esfuerzos sanitarios para contener los problemas de salud mental de la población, siendo que también son potencialmente letales y con significativas consecuencias para sus vidas?*

*¿No es un deber de la sociedad y del estado, como garante de los derechos humanos de sus ciudadanos, disponer de los medios para aliviar, en lo posible, las consecuencias psíquicas negativas que trajo la pandemia?*

*¿Cuánto del abandono que se constata en la salud mental se arrastra desde hace décadas?*

Se observa en la sociedad una mirada sobre la salud mental que se sigue abordándola desde una perspectiva individual, como un conflicto interno que vive la persona que lo padece. Por el contrario, este problema debe ser visto de manera colectiva y siendo parte de la reflexión política necesaria de una sociedad democrática. Urge repensar no sólo la prevención primaria y secundaria sobre las condiciones de salud mental, sino realizar una profunda reflexión sobre las condiciones de vida de la población que favorecen el surgimiento del malestar psíquico.

El abordaje de la crisis de salud mental que se aproxima no puede ser con programas e iniciativas focalizadas, se hacen necesarias políticas públicas de corto y mediano plazo, con la participación preponderante de la misma primera línea sanitaria que enorgullece al país en su manejo sobre el COVID-19. Tal como hace ya casi 70 años, en 1952 el Sistema Nacional de Salud se organizó para abordar los grandes desafíos sanitarios de la época, las enfermedades infecciosas y la mortalidad materno-infantil, la necesidad de que el Estado debía abordar los problemas sanitarios de la población fue un consenso transversal a las ideologías políticas que estaban en disputa en esa época.

Hoy en 2020, y ad portas del proceso constituyente, la urgencia del COVID-19 y sus consecuencias nos exige a repensar la política sanitaria del Estado hacia sus ciudadanos, para atender de forma integral, ética y respetuosa de los derechos humanos a todos los usuarios que demandan atención, y en especial acogiendo a la salud mental desde la relevancia que adquiere en nuestros tiempos. Es necesario reconocer que la precariedad del sistema de salud público, con atención reducida en tiempos y recursos genera una práctica que privilegia en exceso la mirada biomédica de los problemas de salud mental, además de focalizar el recurso profesional en el cumplimiento de metas APS y de patología GES. Así mismo el personal que debe acoger la creciente demanda por atención de por salud mental haciendo grandes esfuerzos para dar cumplimiento a esta, poniendo incluso en riesgo su propia salud mental.

Desde el manejo médico, pese a lo planteado en el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria en que



los profesionales médicos deben hacerse cargo de todas las condiciones de los pacientes, la salud mental termina siendo vista por “especialistas” dentro de cada CESFAM, que escogen atender por motivación personal y por autoformación. Dicha diferencia entre los lineamientos sobre Salud Familiar y Comunitaria y la realidad en la práctica visible en muchos centros es una situación que requiere ser evaluada a futuro.

El rendimiento de las atenciones repercute en la capacidad de acoger el motivo de consulta y orientar a su resolución. Al tener 15 minutos de atención el profesional se ve instado a orientar el malestar del usuario hacia lo más urgente, sin antes poder realizar una evaluación integral. En esas condiciones de trabajo muchas veces, la farmacoterapia es la única y más rápida solución, pero no necesariamente la mejor. A la complejidad interpretativa y práctica sobre el malestar mental reconocemos la necesidad de múltiples disciplinas y saberes sobre un objetivo común: el alivio y el acompañamiento a quién consulta.

Es necesario remarcar que en la atención primaria poseemos la experiencia de la práctica clínica ligada a la realidad de cada territorio, en la comunidad donde cada CESFAM forma parte. Conocemos las demandas de los usuarios y usuarias, las características particulares de sus formas de vida, y consideramos fundamental reconocer que desde nuestros espacios, vamos a ser la primera línea de la crisis de salud mental que el país enfrenta y enfrentará durante los próximos meses y años.

Por lo anterior, surge la necesidad de construir un grupo de reflexión y trabajo sobre la Salud Mental en la Atención Primaria, actualmente conformada por médicos y médicas generales de Santiago y Chiloé, enmarcado dentro de la Comisión de Salud Mental del Colegio Médico. En el mes de trabajo que lleva este grupo nos lleva a reflexionar sobre la difícil adaptación que ha tenido el quehacer de la salud mental en el contexto de la pandemia, lo que es producto de una política sanitaria que se constata deficiente ante la creciente demanda desde hace muchos años. Ante esto se hace urgente una mirada a largo plazo que abarque la temática desde una mirada más profunda, compleja y declaradamente multidisciplinaria sobre los desafíos a futuro de la salud mental en la atención primaria.

### **Propuestas a corto plazo (próximas semanas)**

- Establecer una red nacional de trabajadores de la atención primaria, en especial para integrantes de programas de salud mental, o bien de programas que ejecuten acciones a fines (Chile Crece Contigo, salud del adulto mayor, salud del adolescente, etc) para generar un espacio de encuentro, reflexión y trabajo sobre la salud mental en dicho contexto de atención sanitaria, organizada de forma autónoma, participativa, democrática y con enfoque de género.
- Influir en la toma de decisiones de políticas públicas de salud mental, generando vínculos con el MINSAL, los servicios de salud, las direcciones comunales y en las comunidades de cada CESFAM.
- Aumento de horas profesionales destinadas a salud mental, con horarios protegidos para profesionales para todos quienes participen en dichos equipos (profesionales de la medicina, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, entre otros).
- Garantizar los rendimientos para salud mental previamente establecidos al enfrentamiento de la pandemia.



- Asegurar recursos tecnológicos (celulares y/o chips con minutos e internet) para asegurar la continuidad de atenciones de usuarios y usuarias bajo control y los pacientes nuevos.

#### **Propuesta a mediano plazo (próximos meses)**

- Establecer mesa de trabajo permanente entre MINSAL, municipalidades y gremios de profesionales y trabajadores de la salud para definir cambios en políticas públicas dirigidas a la salud mental en atención primaria.
- Promover, a través de la red nacional de trabajadores, reflexiones sobre la prevención, promoción, atención de salud y análisis crítico respecto a las condiciones de vida de la población que sirvan de insumo para el punto anterior.
- Determinar la cantidad de horas profesionales necesarias por cantidad de población asignado a cada centro de salud de atención primaria, considerando los requerimientos cada vez mayores de atención.
- Garantizar horas profesionales dedicadas a salud mental, definiendo estándares mínimos a nivel nacional, con especial énfasis en aumento del rendimiento de la consulta médica de salud mental dado que cuenta con el más acotado de los tiempos, siendo que esta consulta no solo corresponde a la extensión de fármacos.
- Garantizar el cumplimiento de la norma técnica de consultorías de Psiquiatría en APS donde indica que en toda consultoría deben acudir profesionales de todas las disciplinas, que estén involucrados en el proceso diagnóstico terapéutico del paciente ya que esto no solo brinda la evaluación integral del paciente, sino que permite la continua formación de los profesionales.
- Fomentar las visitas domiciliarias integrales de salud mental, considerando las medidas de precaución necesarias por COVID-19. Esta es una herramienta fundamental para establecer un plan terapéutico y de seguimiento, conociendo mejor la realidad de los usuarios y de su familia.

## **2. ADECUACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADOS AMBULATORIOS Y OPTIMIZACIÓN DEL USO DE TELE-SALUD MENTAL DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD CHILENO EN CONTEXTO DE COVID-19.**

Documento elaborado por: Rolando Castillo, Hector Duque, Josefa González, Mauricio Gómez, Josefina Huneeus, Javiera Libuy, Danae Sinclair.

### **1a Primera Parte: Antecedentes y Contexto**

#### **1. EXPERIENCIA A NIVEL MUNDIAL EN TELE PSIQUIATRÍA:**

El avance tecnológico ha traído múltiples aplicaciones al campo de la medicina y en particular a la salud mental. La aplicación de la tecnología a la salud mental es conocida como “*telemental health* o *e-mental health*”, e incluye la utilización de dispositivos inteligentes, videojuegos y realidad virtual, plataformas de mensajería instantánea, call-centers y atenciones sincrónicas a distancia, a cualquier área de la salud mental (promoción, prevención, diagnóstico o tratamiento) y en cualquier especialidad de la misma (trabajo social, terapia ocupacional, psicología y psiquiatría). La tele psiquiatría en particular, es la aplicación de la telemedicina al campo de la psiquiatría. Ésta puede ser llevada de forma sincrónica o asincrónica por diferentes plataformas, y si bien la definición puede ser amplia, muchas veces se toma como sinónimo de la atención psiquiátrica online sincrónica por videoconferencia (Hilty et al., 2015; Chakrabarti et al., 2015).

Para tener una adecuada atención de tele psiquiatría se recomienda un setting lo más parecido a una consulta regular, es decir, buscar un lugar neutral (ej. fondo blanco), privado y silencioso, con iluminación frontal (idealmente natural), contar con hardware, software de videollamadas e internet idóneos y lograr un encuadre de cámara en un plano medio frontal. Al igual que en una consulta presencial, es deseable al partir hacer una introducción a la metodología de trabajo y tener siempre un “plan B” en caso de fallo en la conexión (ej. videollamada por celular, llamada telefónica u otra alternativa a convenir) (CENS, 2020).

**La tele psiquiatría ha demostrado su eficacia en términos de mejoría sintomática-funcional, disminución de hospitalizaciones psiquiátricas y aceptabilidad o satisfacción del clínico y del usuario**, en diferentes setting clínicos, en comparación a la atención en persona (O'Reilly et al., 2007; Chakrabarti et al., 2015; Kaftrian et al., 2019; Chipps et al., 2012; Hilty et al., 2015; Urness et al., 2006; Hyler et al., 2005).

Incluso se han descrito algunas ventajas de la tele psiquiatría versus la atención presencial. Dentro de estas están su costo-beneficio económico y temporal, la personalización a la medida de la atención de pacientes inhibidos (ej. evitación agorafóbica) o limitados geográficamente y su importante rol en la adquisición de información clínica relevante del paciente, ya sea por efectos de la información domiciliaria que uno puede obtener por video, así como por la no infrecuente desinhibición que tienen muchos usuarios en esta plataforma, ayudando a un examen mental más expedito (Suler et al., 2004; Chakrabarti, 2015; Shore et al., 2020a).

Sin embargo, también es importante mencionar que la tele psiquiatría presenta limitaciones como la dificultad de tener privacidad en ambientes hacinados o violentos, la imposibilidad de tener un examen físico, las barreras tecnológicas de uso y conectividad en población geriátrica y de me-



nores recursos, y la emisión de recetas retenidas y cheque (Hilty et al., 2015; Shore et al., 2020a). Es importante mencionar que el listado completo de limitaciones debe ser necesariamente discutido para cada contexto social y grupo de trabajo clínico, según acceso a tecnología, conectividad, redes familiares y versatilidad de prestaciones ambulatorias. Esto último es relevante en caso de pacientes graves donde por ejemplo podría ser factible complementar con atenciones presenciales, visitas domiciliarias o derivación a centros de urgencia según corresponda.

Estas características de la telepsiquiatría han hecho que la **psiquiatría sea una de las especialidades médicas con mayor uso de la telemedicina en países desarrollados** (Kane et al., 2018), sin embargo, debido a la cultura predominante y a las barreras administrativas vigentes, no había sido posible masificar su uso a la fecha. En este contexto, el distanciamiento social asociado a la pandemia COVID-19, ha forzado tanto a pacientes como clínicos a conocer esta modalidad, y a las leyes y normativas vigentes a flexibilizarse, para hacer a la tele psiquiatría por primera vez factible a gran escala (Khanna & Forbes, 2020; Shore et al., 2020b; Corruble et al., 2020).

Se estima que este cambio ha permitido beneficiar a un importante número de pacientes, permitiéndoles acceso y continuidad de tratamiento de salud mental en un momento particularmente crítico en la historia mundial. Además, éstos avances significan un progreso en las relaciones médico-pacientes contemporáneas llamadas "híbridas" (Shore et al., 2020a), que años antes ya eran establecidas de forma mixta presencial y/o vía teléfono, mensajes de texto o correo electrónico.

## 2. APROXIMACIONES A LA REALIDAD CHILENA ACTUAL:

Estos cambios en la modalidad de atención de salud mental no sólo han sido experimentados a nivel internacional, sino que también a nivel nacional, especialmente desde el inicio de la pandemia por Covid-19, donde la telepsiquiatría adquiere un rol protagónico como herramienta para facilitar la continuidad de las atenciones de salud mental disminuyendo el riesgo de contagio.

Distintos niveles de desarrollo de la telepsiquiatría se han evidenciado a lo largo del país, lo cual en parte se podría relacionar con las diferencias de recursos entre proveedores del sector público y privado, la capacidad de adaptación de los servicios y la capacidad de organismos centrales de orientar y guiar el funcionamiento de los servicios de salud mental a nivel nacional. A pesar de la existencia de algunos lineamientos centrales para regular la atención de salud en el sector público (CENS, 2020; MINSAL, 2020), estos documentos no han profundizado en las necesidades específicas asociadas a la atención en el área de salud mental. En este contexto, los equipos de salud mental ambulatorios del sector público (COSAM, CESAM, CDT, CRS, entre otros) han tenido que autogestionar respuestas locales para poder mantener la continuidad del cuidado en el marco de esta contingencia, enfrentando dificultades logísticas, técnicas, utilizando sus propios recursos y manejando resistencia a distintos niveles.

**En este contexto, como Comisión de Salud Mental del Colegio Médico de Chile decidimos realizar un sondeo del funcionamiento de los equipos de la red temática de salud mental del sector público en el marco de la pandemia COVID-19**, el cual está disponible en el Anexo 1 de este documento. El objetivo de levantar esta información es realizar un diagnóstico de las formas de funcionamiento que han adquirido los diferentes dispositivos de salud mental de nivel secundario en esta pandemia y evaluar cómo están respondiendo para entregar continuidad en la atención de salud mental.



Este levantamiento de información fue realizado en forma de encuesta de autorreporte online, el cual fue difundido a través de las redes de comunicación de COLMED.

### 3. RESULTADOS DE ENCUESTA

#### a. Caracterización de la muestra

Entre el 10 de julio y el 4 de agosto de 2020 respondieron un total de 181 médicas/os de salud mental del sector público. Al analizar las características de la muestra, un 73% de las/os médicas/os ejerce a nivel de atención secundaria de los cuales un 38% pertenece a la red especializada de COSAM/CESAM, un 32% trabaja en atención ambulatoria en hospital general, un 3% en ambulatorios de hospitales psiquiátricos, mientras que el resto se desempeña en otros dispositivos de la red, como equipos de enlace (14%), hospitales de día (10%). Un 3% de respondedores declaró trabajar en unidades de hospitalización (UHCIP-UEPI). Al evaluar la distribución geográfica de los profesionales de atención secundaria, un 52% trabaja en la Región Metropolitana, el resto distribuido en las demás regiones del país.

Un 27% de las/os encuestados reportó trabajar en atención primaria. Si bien la atención primaria y secundaria de salud mental comparte varias características en su funcionamiento, con fines de claridad de la propuesta los resultados del sector primario de atención no se incluirán en este análisis.

#### b. Resumen de resultados

Dentro de los resultados más relevantes de esta encuesta, podemos destacar que, a nivel secundario de atención en salud mental la mayoría de los respondedores (98%) han continuado realizando ingresos de nuevos pacientes, priorizando los con sintomatología grave.

**En relación a la redistribución de funciones, un 43,4% de médicas/os de atención secundaria refiere reconversión de horas médicas a funciones relacionadas con la pandemia.** De estos, los que destinan y declaran las horas lo hacen con 7,17 horas semanales, lo cual es el 21% del tiempo contratado (jornada laboral promedio de 33 hrs). Al extrapolar los datos obtenidos del subgrupo que especifica el número de horas reconvertidas al total de los respondedores, obtenemos que cerca de un 9% del total de horas médicas contratadas se encontrarían destinadas a funciones relacionadas con la pandemia de Covid-19. Entre las nuevas funciones desempeñadas, destacan por su frecuencia, las de:

- Apoyo al personal de salud (18 menciones)
- Participación en tareas de gestión, capacitación y elaboración de protocolos (13 menciones)
- Apoyo administrativo, de información a usuarios/familiares y apoyo a otras unidades clínicas (9 menciones).

Respecto al **uso de las tecnologías de información y comunicación**, la **gran mayoría** de los centros de nivel secundario **ha implementado la consulta remota**, sin embargo, un 68% señala que el empleador no ha proporcionado los medios tecnológicos para realizarla adecuadamente. Dentro de las principales dificultades para la atención remota, señalan problemas de conectividad y falta de medios tecnológicos, junto a problemas asociados al cuidado de hijos pequeños o falta de espacios adecuados para realizar el teletrabajo en el hogar. Sin embargo, pese a las dificultades reportadas, la mayoría de los encuestados tiene una opinión positiva de la experiencia de la aten-



ción remota de los usuarios, siendo catalogada por un 60% de los encuestados como “muy buena” o “buena”.

La continuidad de atenciones por parte del resto del equipo, se ha mantenido en una proporción importante por parte de las disciplinas de psicología y terapia ocupacional. De igual manera se ha logrado mantener de manera remota a nivel de atención primaria y secundaria las coordinaciones territoriales (consultorías y contrarreferencias) en un 86% y las coordinaciones con atención terciaria en un 81% de los casos.

Finalmente, es importante destacar que desde la percepción de las/os médicas/os, existiría un aumento en la consulta por descompensaciones psiquiátricas en el último tiempo. En este contexto, la gran mayoría de los encuestados señala que para continuar respondiendo a la demanda creciente de salud mental en lo que queda por delante en esta pandemia y el período posterior, es importante mantener y optimizar las tele atenciones, con mayores recursos tecnológicos, mejor organización por parte de las jefaturas locales y nacionales, realizando priorización de casos, intervenciones breves, fortaleciendo la resolutiveidad de la red de atención primaria y mejorando la infraestructura disponible para retomar las atenciones presenciales cuando se requiera. Para más detalles sobre el sondeo realizado dirigirse a Anexo 1.

## **2a Parte: Propuesta de adecuación de funcionamiento y lineamientos para el uso de Tele Salud Mental en el sector público chileno en contexto de COVID-19**

### **1. OBJETIVO:**

Desarrollar una propuesta que guíe la práctica de salud mental a distancia (“Tele-Salud Mental”) para el sistema público de salud en el marco de la pandemia COVID 19 y la necesaria adaptación de los servicios a formas de atención que permitan mantener la seguridad de los equipos y de los pacientes, evitar los desplazamientos innecesarios y asegurar la continuidad de cuidados.

En esta propuesta se abordará la atención a distancia de salud mental ambulatoria en nivel secundario, llámese atenciones en Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM, CESAM y otras denominaciones), CRS, CDT y CAE (asociado a hospitales).

### **2. FUNCIONAMIENTO ACTUAL Y RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA DE TELE SALUD MENTAL**

#### **a. Ingreso de pacientes nuevos**

En relación a los ingresos de pacientes, de acuerdo a la encuesta realizada por COLMED, podemos destacar que la mayoría de los equipos de atención secundaria, continuó realizando ingresos presenciales en el contexto actual. En atención secundaria, el 59% de los profesionales refirió que se continuaron haciendo ingresos presenciales pero sólo de forma priorizada, mientras que un 39% refirió que se continuaron realizando ingresos presenciales de forma habitual. Adicionalmente, un 65% de los respondedores refiere efectuar ingresos de forma remota, de estos, sólo el 58% está utilizando un protocolo de tele atención y sólo el 36% de los médicos refiere que está realizando consentimiento informado en esta modalidad de ingreso.



### **Sugerencias:**

- En caso de un incremento significativo en el número de derivaciones, se sugiere priorizar casos con enfoque en grupos de riesgo (alto riesgo de suicidalidad, psicosis aguda, develación reciente de abuso sexual, alta vulnerabilidad entre otras).
- Resulta necesario que el equipo derivador aporte los antecedentes sobre examen físico que no se podrán constatar en el ingreso y que al momento del ingreso participen al menos dos miembros del equipo de salud mental.
- En la atención de un paciente no conocido por el equipo se debe asegurar el cumplimiento de estándares mínimos que una primera atención de salud mental debe cumplir, que se pueda generar vínculo y que permite contacto visual para realizar adecuadamente el examen mental. Es importante que previo al ingreso se haga una evaluación de las condiciones del paciente para definir la modalidad más adecuada. Opciones para la primera entrevista:
  - Entrevista presencial con los elementos de protección personal correspondientes, por uno o más miembros del equipo.
  - Entrevista por videollamada con paciente presencial en el centro, pero en box diferente al del equipo.
  - Entrevista por videollamada de pacientes en su domicilio, con las plataformas actuales que permiten la presencia de uno o más miembros del equipo.
- En caso de utilizar video llamada, para tener una buena sesión remota, se recomienda tener un espacio de trabajo privado, luminoso, silencioso, cómodo y neutral, lo más parecido a la consulta habitual. Al utilizar videollamada es importante preocuparse de poner la cámara en un plano medio con mirada frontal, vestirse de forma apropiada para la ocasión, usar aplicaciones seguras, planificar alternativas en caso de problemas de conectividad (ej. videollamada por celular o llamada telefónica) y considerar la confección de un consentimiento informado que explique las limitaciones de esta modalidad de atención y buscando medios de verificación, por ejemplo, grabarlo o por firma diferida. Se adjunta en Anexo 2 un modelo de formato de consentimiento informado para tele atenciones.

### **b. Seguimiento de pacientes**

En relación al seguimiento de los pacientes, de acuerdo a la encuesta realizada podemos destacar que la mayoría de los profesionales, perciben que los pacientes se han descompensado más en el contexto actual. La percepción de aumento de la descompensación en atención secundaria fue de 64.6% de los profesionales consultados.

Un 42% de los profesionales encuestados refirió que en su centro no existía un protocolo de consulta remota. Respecto a la modalidad de atención, la gran mayoría de los centros de salud públicos han realizado seguimiento de forma telefónica por sobre el uso de videollamadas.

### **Sugerencias:**

- Asegurar continuidad de cuidados a la totalidad de los usuarios bajo control.



- Mantener controles de seguimiento vía remota, según las disponibilidades de cada centro y las particularidades de cada paciente. Es importante que el control vía remota sea previamente acordado con el paciente, tanto el horario donde este se producirá como el profesional que lo va a contactar, indistintamente a lo que sería un control presencial normal.
- Con el fin de mantener/reestablecer la continuidad de atenciones, se sugiere desarrollar estrategias para invitar a usuarios con citas suspendidas por situación de contingencia a retomar atenciones en el servicio.
- Se debe evitar utilizar los números de teléfono personales de los profesionales de los centros de salud mental. Es deber de los centros, servicios de salud y el Ministerio de Salud proveer de los recursos necesarios para poder asegurar la continuidad de cuidados. Algunos de los medios que han aportado empleadores en el sector público son: teléfonos celulares, chips de prepago, servicio de traspaso de llamadas a celulares de profesionales desde números telefónicos institucionales, acceso a plataformas seguras para videollamadas.
- Se sugiere priorizar el control presencial para aquellos pacientes que, por su gravedad, grado de descompensación o condiciones materiales, no tengan posibilidad de control vía remota, limitando así la aglomeración de pacientes en las salas de espera de los centros. Para optimizar la atención presencial se sugiere:
  - Implementar puntos de control de temperatura, consulta sobre contactos estrechos COVID 19 y entrega de mascarilla a los usuarios consultantes.
  - Acondicionar salas de espera para favorecer el cumplimiento de medidas de prevención de contagio, delimitando aforos máximos e instalando acrílicos separadores para el personal administrativo.
  - Acondicionar los boxes de atención, en términos espaciales para asegurar distancia física, instalación de acrílicos etc.
  - Con el fin de facilitar la atención de usuarios en crisis, se sugiere bloquear un horario de agenda de profesionales en turno presencial, para resolver estas situaciones.

### **c. Consideraciones para poblaciones específicas**

#### **Servicios enfocados en tratamiento de adicciones**

En circunstancias normales los equipos de programas ambulatorios tienen un seguimiento más continuo de los usuarios que requieren atención más intensiva, y hay usuarios que presentan una mayor dificultad para adherir a controles telefónicos, ya sea por disponibilidad del dispositivo electrónico u otros motivos.

#### **Sugerencias:**

- Se sugiere mantener evaluaciones presenciales con la frecuencia que resulte adecuada para evitar la aglomeración de usuarios, complementándose con seguimiento telefónico o videollamada, para no exponer a usuarios y trabajadores a mayor probabilidad de contagio. Ello de acuerdo a las condiciones de infraestructura y recurso humano de cada centro.



## Psicosis

Este grupo de pacientes tendrían un mayor riesgo de descompensación severa que podría devenir en hospitalización psiquiátrica. Por otro lado, esta población muchas veces utiliza fármacos como clozapina, que requiere monitorización semanal o mensual con hemograma, dependiendo de la etapa en la cual se encuentre el paciente.

### Sugerencias:

- Mantener controles psiquiátricos, idealmente presenciales en especial en caso de usuarios con cuadro clínico descompensado, pero si no es posible, a través de llamado telefónico o videollamada.
- Considerar en caso de pacientes que no pueden asistir al centro médico, realización de visitas domiciliarias.
- En el caso de pacientes usuarios de clozapina: Coordinar controles con hemograma y entrega de fármacos. Evaluar la posibilidad de espaciar la toma de hemograma para evitar la exposición frecuente a ambientes de riesgo de contagio, de acuerdo a orientación ministerial respectiva.

## Población infanto-juvenil

La atención remota en este grupo etario presenta ciertas complejidades asociadas a la diversidad en el nivel de desarrollo de estos y su nivel de autonomía de figuras parentales.

### Sugerencias:

- En caso de ser posible la implementación de tele atenciones, se sugiere realizar contacto con familiar o cuidador/a del usuario previo a tele consulta con el fin de explicar modalidad de trabajo y se acuerda el rol del cuidador/a para garantizar que las sesiones se realicen en un entorno cómodo y seguro para la/el niña/o y evitar al máximo las posibles interrupciones. En caso de usuarios preescolares y escolares básicos privilegiar realizar las sesiones en conjunto con la figura cuidadora. En el caso de adolescentes se sugiere en la primera sesión acordar colaborativamente con la/el usuario la modalidad de trabajo y participación de figura parental.
- Se sugiere reforzar intervenciones parentales y psicoeducativas realizadas en tele atenciones sincrónicas con entrega de material de apoyo (ej. folletos y vídeos psicoeducativos) via remota (correo electrónico u otros medios virtuales de comunicación).
- Intentar agendar sesiones en la misma hora y día de la semana para favorecer la incorporación de las consultas de salud mental en la rutina del niño/a y su familia. Es importante planificar en conjunto con los padres que la atención no calce con los horarios de realización de actividades escolares remotas.
- Privilegiar la realización de atenciones presenciales en casos donde haya un alto riesgo de



suicidalidad, psicosis, depresión severa, trastorno del ánimo bipolar descompensado/sospecha, alto riesgo de auto o heteroagresión severa o sospecha de violencia intrafamiliar/abuso sexual.

#### **d. Integración de la red (APS/Hospitalización) y manejo de ficha clínica**

En nuestra red de salud pública no contamos con una ficha clínica electrónica única ni tampoco sistemas informáticos clínicos compatibles entre sí, lo cual dificulta la integración de la red de salud. En ese contexto cobra aún mayor importancia la comunicación efectiva con los distintos equipos, permitiendo de esta forma una pesquisa precoz de descompensaciones de nuestros usuarios. La realización de consultorías y evaluaciones de pacientes de forma presencial se encuentra limitada por la contingencia y por lo tanto la evaluación de la pertinencia de las derivaciones se dificulta aún más. Según los resultados de la encuesta, un 11% de quienes refieren coordinación habitual con la red territorial declaran suspensión total de procesos de contrarreferencia y consultorías. Por otro lado, quienes refieren coordinación habitual con la red terciaria un 14% declara suspensión total de estas coordinaciones.

#### **Sugerencias:**

- Apoyar desde el nivel de especialidad para que se incentive la continuidad de cuidados y atenciones de salud mental a nivel de atención primaria.
- Favorecer por parte de los centros de salud, el acceso a la ficha clínica de forma remota, permitiendo el tele trabajo, pero siempre con un marco de seguridad para su uso. Ej. requerimientos de contraseñas, , sistema VPN, etc.
- Es de crucial importancia mantener la continuidad de las reuniones tanto con APS como con los equipos de hospitalización a través de correos electrónicos y videollamadas de forma agendada dentro del horario laboral de los profesionales de salud. Esto permitirá la evaluación de casos urgentes y favorecerá el seguimiento de los pacientes.
- Mantener la continuidad de las consultorías psiquiátricas intentando mantener las condiciones establecidas para las consultorías presenciales (participación de médico, presencia de más de un miembro del equipo de APS, y presentación de casos por un miembro del equipo que conozca al paciente), así como mantener la periodicidad previa, con modalidad de reuniones virtuales con revisión de casos no presenciales con los equipos de APS. Una vez que la comuna avance a etapa de desconfinamiento, se puede implementar consultoría presencial con paciente presente junto a profesional consultante mientras el equipo de nivel secundario participa vía remota.

#### **e. Rotación de los trabajadores**

Debido a la situación actual, en muchos centros de salud mental se ha optado por la generación de rotaciones de subequipos profesionales, permitiendo la continuidad de la atención y disminuyendo de esa forma la probabilidad de contagios dentro del mismo equipo. En la medida que se reducen los contagios y la carga de la pandemia se puede regresar a un trabajo mayormente presencial salvaguardando la seguridad de los equipos y usuarios, conservando estrategias de retorno a modalidades menos presenciales en caso de agravamiento de la situación epidemiológica.



## Sugerencias

- Se recomienda realizar una evaluación incorporando ventajas y desventajas de la modalidad de turno teniendo en cuenta la situación de cada recinto, regulando la cantidad de trabajadores simultáneamente presenciales en el centro de salud así como la de usuarios. De esta forma tomar la mejor decisión para nuestros usuarios, pero resguardando la salud de los profesionales de salud. Ello de acuerdo a las condiciones de infraestructura, disponibilidad de box de atención y salas de espera.

### **f. Teletrabajo desde casa/oficina**

En muchos centros asistenciales se está realizando la modalidad de tele trabajo, principalmente para tareas administrativas o durante las semanas fuera del centro de salud cuando se realizan rotaciones por turnos.

De acuerdo al sondeo realizado por COLMED, podemos mencionar que en atención secundaria un 95% realiza atenciones remotas. En relación a la satisfacción del prestador (médico) destaca que el 49% de los profesionales refieren una buena calidad de experiencia, un 32% la califica como regular y sólo el 8% lo califica de forma negativa.

Esta forma de trabajo muchas veces se encuentra dificultado tanto por situaciones ambientales (roles en el hogar, presencia de hijos, situación habitacional, etc) como por la ausencia de comodidades laborales habituales (escritorio, red para ver ficha clínica, teléfono, internet, cercanía física de otros profesionales, ausencia de otros distractores, etc). En ese sentido muchos empleadores y trabajadores han optado por la modalidad de atención de usuarios a distancia desde la oficina de trabajo. Esta modalidad ofrece al profesional la comodidad para realizar sus labores manteniendo un marco de seguridad para evitar los contagios.

En la encuesta realizada por COLMED el 68% de los profesionales de atención secundaria refirieron que sus empleadores no estaban otorgando los recursos necesarios para realizar una atención remota.

Respecto a las dificultades percibidas por los encuestados, un 32% refirió problemas de conectividad, un 23% problemas con el ambiente de teletrabajo en su hogar, un 21% dificultades en la gestión de los pacientes y un 19% falta de medios tecnológicos.

## Sugerencias:

- Se sugiere que las jefaturas en conjunto con cada uno de sus trabajadores lleguen a acuerdos que permitan mantener adecuadas condiciones de trabajo (en casa u oficina). De manera crucial influye la disponibilidad de box de atención para cada uno de los miembros del equipo, la capacidad de aforo de salas de espera y disposición arquitectónica de los recintos. Hay que destacar el rol de los comités paritarios, calidad y prevencionista de riesgos, para evaluar las condiciones sanitarias de cada lugar, y determinar el máximo de trabajadores que pueden hacer sus labores presenciales de forma simultánea en cada centro.
- Se sugiere apoyar el trabajo desde el domicilio cuando este corresponda, entregando los elementos necesarios para su realización, (computadores, chips, teléfonos, acceso a ficha electrónica desde el computador personal o VPN) para regular la cantidad de funcionarios presenciales en los centros de atención, de acuerdo a la realidad epidemiológica de la pandemia.



### **g. Reuniones clínicas**

Respecto a este punto hay un consenso en general respecto a que las reuniones clínicas presenciales deben ser evitadas, utilizando plataformas virtuales que permiten la conexión vía internet de distintos profesionales. Esto permite realizar reuniones de varios participantes, presentaciones y discusión de temas/casos clínicos, en un marco de seguridad necesario en esta pandemia. Según los resultados de la encuesta un 74% de los profesionales encuestados refiere la conversión de todas las reuniones clínicas habituales a formato virtual, un 15% refiere que algunas reuniones se mantienen en formato presencial y otras virtual mientras que sólo un 3% declara que aún se mantienen todas las reuniones en formato presencial. Es preocupante constatar que un 8% de los encuestados refiere suspensión total de todo tipo de reuniones clínicas.

#### **Sugerencias:**

- Se sugiere a las jefaturas favorecer la continuidad de las reuniones y capacitar cuando sea necesario a sus funcionarios en el uso de plataformas online como zoom/skype/meet. Así como la entrega de elementos necesarios para acceder (computadores, audífonos con micrófono, cuenta institucional).

### **h. Agenda**

#### **Sugerencias:**

- Para el adecuado funcionamiento de la atención a distancia es importante que se mantengan ciertos elementos de la consulta ambulatoria presencial, y uno de los más importantes es que usuario esté informado de que será contactado por su tratante, y la vía de atención sea previamente conocida.
- También es necesario para la salud mental de los equipos, el contar con el tiempo necesario para cada atención telefónica o videollamada, idealmente no menor al tiempo necesario para una consulta presencial, para evitar la sobrecarga de los equipos, permitiendo una evaluación adecuada de cada caso.
- Es importante por lo tanto mantener una agenda, tal como se mantendría en tiempos de atención previo a la pandemia, con horarios establecidos y rutas de comunicación claras entre el usuario y su tratante.
- Se recomienda disponer de algún recurso administrativo para gestionar la confirmación de horas vía remota y centralizar las gestiones asociadas al contacto remoto entre profesional y paciente.
- Mantener un registro sobre la continuidad de cuidados de la población bajo control, implementando acciones de rescate en casos pertinentes.

### **i. Receta médica**

La emisión de recetas médicas se ha visto dificultada en este contexto. En algunas farmacias permiten el uso de registros electrónicos (foto de receta o pdf de receta) para realizar la compra de



fármacos (recetas no retenidas ni recetas cheques) pero eso depende de cada establecimiento. La firma electrónica avanzada no ha sido implementada, esto no ha permitido el adecuado funcionamiento y mantener la continuidad de los cuidados de los usuarios. En el caso de los establecimientos públicos, se ha intentado mantener la continuidad de la farmacoterapia a través de realización de recetas médicas luego del control telefónico de los usuarios, sin embargo, esta gestión ha dependido principalmente de cada centro de salud.

#### **Sugerencias:**

- Se sugiere mantener una buena comunicación con el sistema de farmacias, disminuyendo el uso de papel y promoviendo el uso de un sistema electrónico de emisión de recetas en el caso de que no haya sido implementado previamente. Se puede realizar la entrega de recetas, al menos las de medicamentos no controlados, escaneadas o fotografiadas por correo a la farmacia respectiva, evitando al mínimo la circulación de papel.

#### **j. Licencias Médicas**

La emisión de las licencias médicas también se ha visto muy dificultada por la pandemia. Debido a que muchas veces se realizan controles a distancia, se vuelve más compleja la decisión de indicar reposo médico debido a la evaluación realizada (Ej. control telefónico). Además, no era posible en muchos centros de atención la emisión de LME de forma remota.

Actualmente se habilitó la emisión de licencias médicas de forma remota a través de iMed y Medipass en prestadores institucionales, lo cual ha mejorado el manejo de este aspecto.

#### **Sugerencias:**

- Se sugiere ampliar el uso de licencias electrónicas a nivel nacional.

#### **k. Entrega de fármacos**

Parte de la continuidad del cuidado es la mantención y adecuación del tratamiento farmacológico de nuestros usuarios. En ese sentido cobra vital relevancia el facilitar la entrega de fármacos, especialmente en la población más vulnerable (Ej: paciente con esquizofrenia en tratamiento con clozapina, múltiples hospitalizaciones previas, escasa red de apoyo y dificultad de movilización al centro de salud), para evitar complicaciones de la enfermedad de base y el requerimiento de hospitalización en Salud Mental.

En encuesta COLMED de Salud Mental un 76.2% de los profesionales de atención secundaria refiere tener mayor desabastecimiento del habitual. Respecto al tipo de fármaco percibido como escaso, de los encuestados que refirieron desabastecimiento, un 53.3% afirma que hay escasez de venlafaxina vs 23.3% de percepción de desabastecimiento de otros antidepresivos, (situación que precede a la pandemia por problemas de mercado), un 46.7% de antipsicóticos y un 26.7% de benzodiazepinas.

En relación al despacho a domicilio de los medicamentos, la mayoría de los encuestados afirmó que en sus respectivos centros de salud se estaban despachando fármacos a domicilio (74.6%), siendo las principales razones esgrimidas la edad avanzada de los pacientes (48.5%), infección o cuarentena por contacto COVID-19 (38.1%), ser población de riesgo de contagio (27.8%) y la lejanía o ruralidad de los usuarios (18.6%). Sólo un 15,5% de los encuestados afirmó que en su centro se



estaba realizando despacho a domicilio a todos los pacientes.

#### **Sugerencias:**

- Se sugiere en cada centro de salud, identificar a los usuarios más vulnerables y en la medida de lo posible gestionar la entrega de fármacos a domicilio.
- También se sugiere en pacientes más estables realizar entrega de mayor cantidad de días de fármacos, para disminuir la movilidad de los pacientes y la exposición a infectarse, por ejemplo, para dos meses en vez de uno, sujeto a la disponibilidad de stock de las farmacias.

#### **I. Elementos de protección personal (EPP)**

Las atenciones de los usuarios más graves e ingresos deberán seguir realizándose de forma presencial y en la medida que progresa el desconfinamiento ello se irá incrementando, para ello se debe contar con los elementos de protección personal.

- Recursos humanos: considerar las funciones esenciales que, de acuerdo al momento epidemiológico, deben ser realizadas con el usuario de forma presencial y tener la menor cantidad de personal expuesto, para minimizar el contagio del personal de salud.
- Insumos: la atención de salud mental debe contar con los medios de protección que técnicamente correspondan al tipo de actividad. Los elementos sugeridos para atención sin generación de aerosoles son: distancia mayor a 1,5 mt con el paciente, uso de mascarilla quirúrgica y protección ocular. En caso de procedimientos que se generan aerosoles, esto debe incluir mascarilla N95, pechera y uso de guantes.
- Implementación: el personal de salud debe estar capacitado en el uso de EPP, ya que esto es crucial para la utilidad del uso de estos elementos. Se sugiere realizar una capacitación en su uso por una enfermera o de forma remota (videos explicativos).

#### **m. Equipo Psicosocial**

En relación a la presencia de otros profesionales no médicos en esta pandemia, en encuesta realizada por Colmed, un 84.6% de los médicos refieren que el equipo de psicología está disponible, un 63.8% trabajo social y 61.5% terapia ocupacional. Todas las otras prestaciones (enfermería, TENS, técnicos en rehabilitación, etc) estarían menos disponibles (menos de un 14% de los encuestados lo refieren).

#### **Sugerencias:**

En la medida que el control de la pandemia lo permita, se debe incrementar la conformación presencial de los equipos, lo que no implica desechar la teleasistencia. Se debe asegurar la continuidad integral de cuidados con la intervención de todos los integrantes del equipo que resulten pertinentes y viables, equilibrando trabajo presencial y desde domicilio, atención presencial y teleasistencia.

Se sugiere ampliar el uso de atenciones remotas a todo el equipo multidisciplinario. A continuación,



algunas sugerencias para las principales disciplinas involucradas:

- **Psicoterapias:** privilegiar pacientes que ya lleven procesos psicoterapéuticos previos a la pandemia y exista vínculo para tele psicología o terapias por teléfono, así como pacientes de mayor gravedad clínica que requieran de atenciones más frecuentes. Privilegiar intervenciones breves con mayor foco en manejo en crisis y enfocado en soluciones. Favorecer el uso de las tecnologías para realizar intervenciones grupales.
- **Terapia Ocupacional:** recomendaciones y entrega de material de forma digital ej: apoyo a manejo de usuarios con demencia, apoyo para cursos online, para actividades en cuarentena, apoyo a usuarios con entrega de materiales para actividades en casa, como libros para colorear mandalas, lana para tejer, etc.
- **Trabajo Social:** apoyo en la gestión de ayudas sociales, seguimiento telefónico de pacientes complejos.
- **Visitas domiciliarias:** Especial precaución en pacientes no conocidos que supongan mayor riesgo de exposición a eventual contagio, realizar con uso de equipo completo de EPP, en casos estrictamente necesarios.

#### ***n. Cuidados del Equipo de Salud Mental:***

En el contexto de pandemia, existe un riesgo aumentado de sobrecarga laboral del trabajador de salud y un desgaste a nivel de los equipos de trabajo, especialmente en quienes trabajan en el área de salud mental.

#### **Sugerencias:**

- Con el fin de promover el bienestar de estos y sostener la funcionalidad de los equipos, se sugiere fomentar instancias de autocuidado y cuidado colectivo entre miembros de los equipos.
- Es recomendable contar con programa de atención de salud mental a funcionarios del equipo para los casos en que se detecte un nivel de sobrecarga significativa que esté superando las capacidades de auto regulación individual.



## REFERENCIAS:

CENS. (2020). *Telemedicina durante la epidemia de COVID-19 en Chile: Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones*.

Chakrabarti, S. (2015). *Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches*. *World Journal of Psychiatry*, 5(3), 286. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i3.286>

Chipps, J., Brysiewicz, P., & Mars, M. (2012). *Effectiveness and feasibility of telepsychiatry in resource constrained environments? A systematic review of the evidence*. *African Journal of Psychiatry (South Africa)*, 15(4), 235–243. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v15i4.30>

Corruble E. (2020). *A Viewpoint From Paris on the COVID-19 Pandemic: A Necessary Turn to Telepsychiatry*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3), 20com13361. <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13361>.

Hilty, D., Yellowlees, P. M., Parrish, M. B., & Chan, S. (2015). *Telepsychiatry: Effective, Evidence-Based, and at a Tipping Point in Health Care Delivery? Psychiatric Clinics of North America*, 38(3), 559–592. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.05.006>

Hyer S. E., Gangure D. P., Batchelder S. T. (2005). *Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies*. *CNS Spectrums*, 10(5), 403-413. <https://doi.org/10.1017/s109285290002277x>.

Kaftarian E. (2019). *Lessons learned in prison and jail-based telepsychiatry*. *Current Psychiatry Reports*, 21(3), 15. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1004-5>

Kane, C. K., & Gillis K. (2018). *The use of telemedicine by physicians: Still the exception rather the rule*. *Health Affairs*, 12, 1923-1930. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05077>

Khanna, R., & Forbes, M. (2020). *Telepsychiatry as a public health imperative: Slowing COVID-19*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(7), 758. <https://doi.org/10.1177/0004867420924480>

MINSAL. (2020). ORD. A15 No 2448: *Sobre el uso de tecnologías de información y comunicación en el ámbito de la salud*.

O'Reilly, R., Bishop J., Maddox K., Hutchinson L., Fisman M., Takhar J. (2007). *Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial*. *Psychiatric Services*, 58(6), 836-843. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.6.836>

Shore, J. H. (2020a). *Managing Virtual Hybrid Psychiatrist-Patient Relationships in a Digital World*. *JAMA Psychiatry*, 77(5), 541–542. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0237>

Shore, J. H., Schneck C. D., Mishkind M. C. (2020b). *Telepsychiatry and the Coronavirus Disease 2019*



*Pandemic-Current and Future Outcomes of the Rapid Virtualization of Psychiatric Care. JAMA Psychiatry. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1643>.*

*Suler J. (2004). The online desinhibition effect. Cyberpsychology & Behavior, 7(3), 321-326. <https://doi.org/10.1089/1094931041291295>.*

*Urness, D., Wass, M., Gordon, A., Tian, E., & Bulger, T. (2006). Client acceptability and quality of life - telepsychiatry compared to in-person consultation. Journal of Telemedicine and Telecare, 12(5), 251–254. <https://doi.org/10.1258/135763306777889028>*



# ANEXO 1

## RESULTADOS DEL SONDEO SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL DE ATENCIÓN SECUNDARIA DEL SECTOR PÚBLICO EN EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID 19

Comisión de Salud Mental – COLMED

### 1. Materiales y Método

Objetivos de la encuesta:

- Evaluar capacidad de respuesta de los equipos de salud mental de atención secundaria del sector público en el contexto de la pandemia.
- Determinar fortalezas y desafíos que presentan los equipos.

Propósito:

- Los resultados de esta encuesta servirán como insumo del documento “Propuesta para Tele-psiquiatría ” donde se presentarán lineamientos para la práctica de salud mental a distancia en el sector público en el marco de la pandemia COVID 19.

Instrumento de recolección de datos:

- Encuesta exploratoria transversal autoadministrada en formato virtual distribuida entre el 10 de julio el 4 de agosto de 2020.
- Medios de difusión: Red de COLMED y redes informales de profesionales

Población:

- Médicas/os de atención secundaria de salud mental del sector público

Método de análisis: Mixto

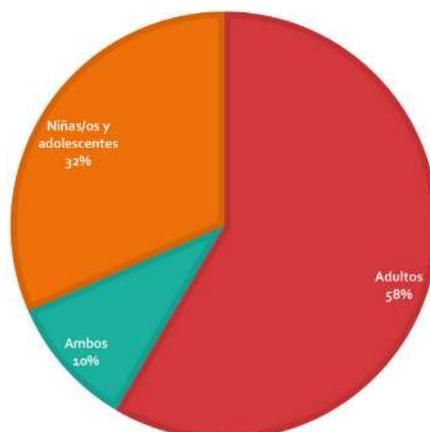
### 2. Resultados resumidos en gráficos y figuras:

Características de la Muestra:

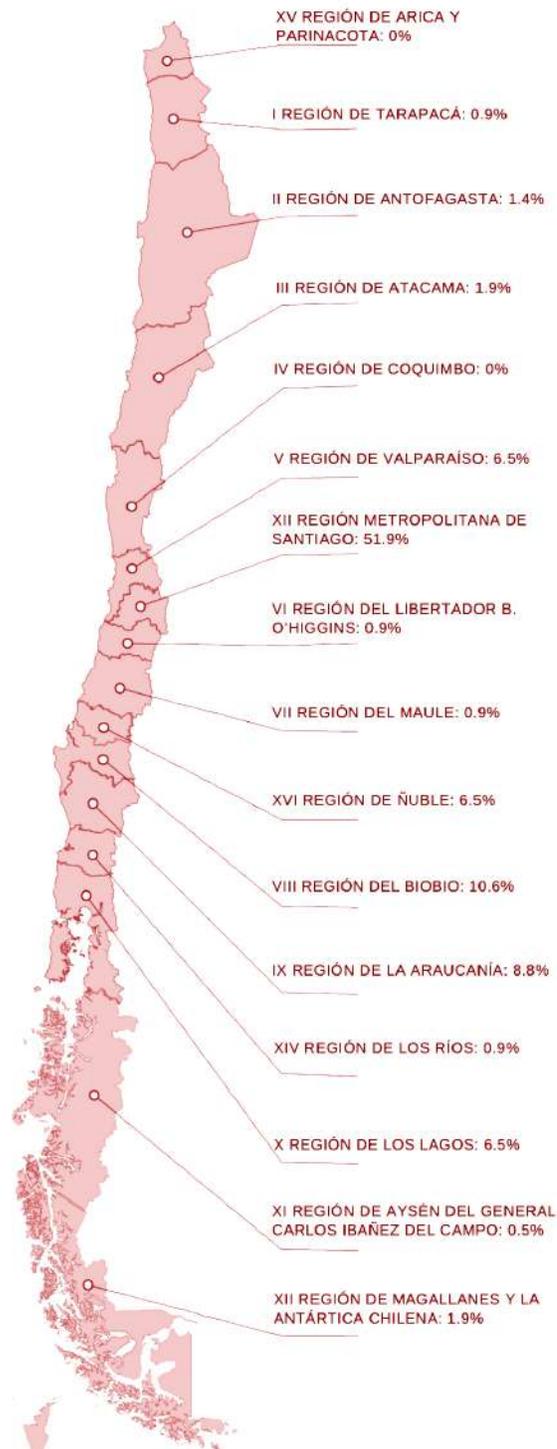
Total de Respuestas válidas\*= 130 respuestas

\*Luego de excluir respuestas duplicadas y prestadores privados

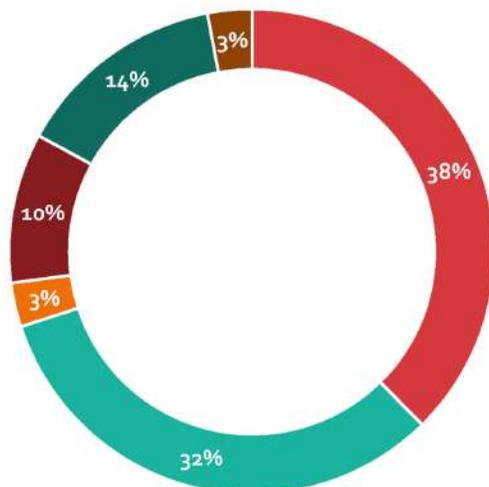
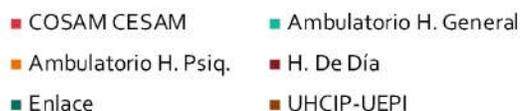
#### DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GRUPO ETARIO DE USUARIOS ATENDIDOS



## DISTRIBUCIÓN REGIONAL DEL SUBGRUPO DE ATENCIÓN SECUNDARIA



## TIPOS DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN SECUNDARIA



### Sección A: Disponibilidad de Recursos Humanos

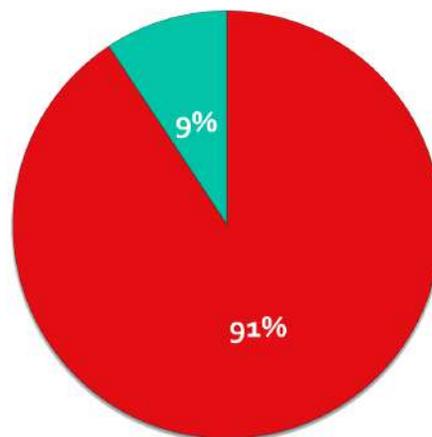
Cincuenta y seis de 129 médicos dicen dedicar horas a labores relacionadas a contingencia, sólo 24 declara las horas dedicadas a ello. si extrapolamos ese dato al universo, el 9,29% de las horas psiquiátricas totales contratadas están siendo destinadas a labores relacionadas a la pandemia.

### HORAS PSIQUIÁTRICAS TOTALES CONTRATADAS DESTINADAS A FUNCIONES COVID-19 (EXTRAPOLACIÓN A LA MUESTRA TOTAL)

Un **43,4%** de médicas/os de atención secundaria destina horas a tareas relacionadas con la pandemia Covid-19

De estos, los que destinan y declaran las horas lo hacen con **7,17 hrs**

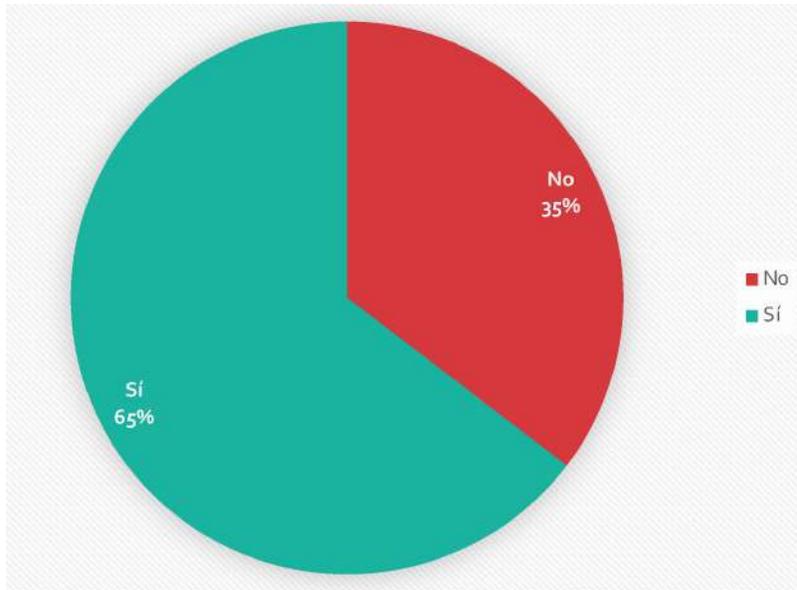
lo cual es el **21% del tiempo contratado**



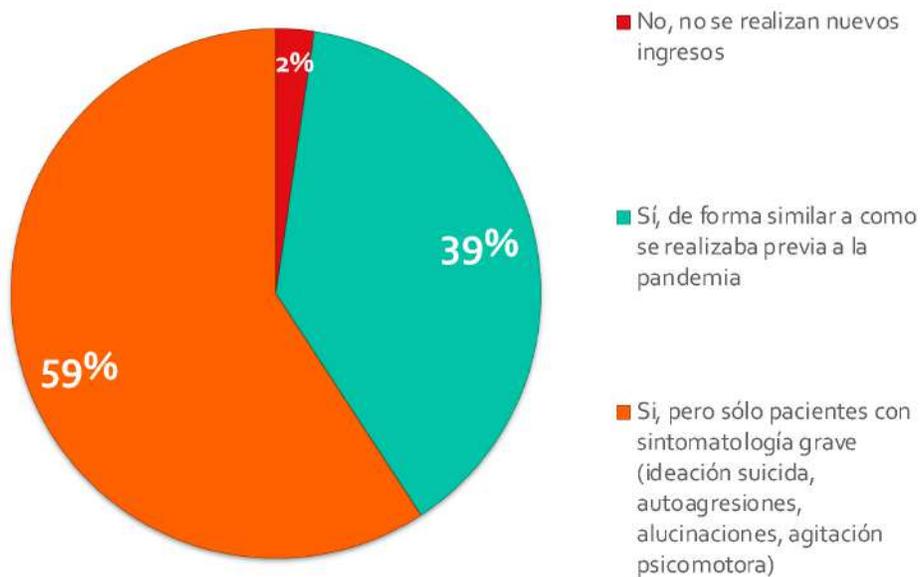
■ Horas psiquiátricas efectivas ■ Horas psiquiátricas redestinadas a Covid-19

## Sección B: Práctica clínica en contexto de pandemia

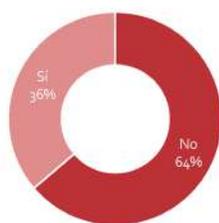
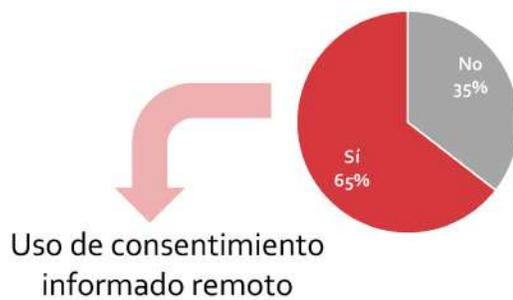
### PERCEPCIÓN EN TRATANTES DE AUMENTO DE CONSULTAS POR DESCOMPENSACIÓN PSIQUIÁTRICA



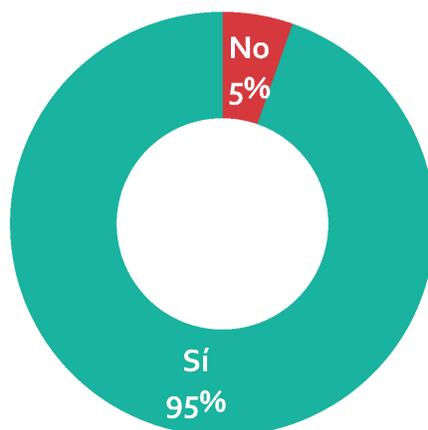
### CONTINUIDAD DE INGRESOS



## Realización de Ingresos Remotos



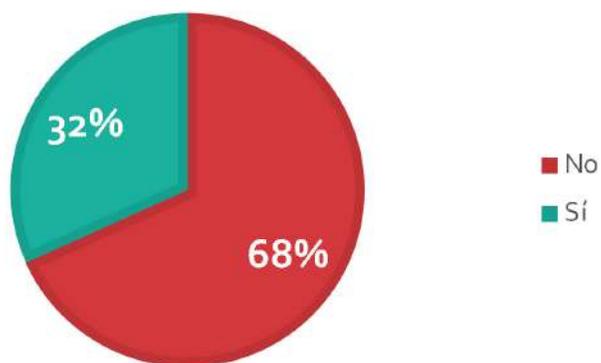
## IMPLEMENTACIÓN DE CONSULTA REMOTA



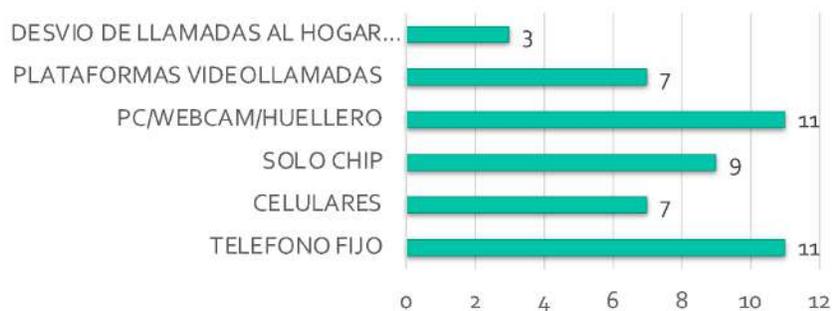
## USO DE PROTOCOLO PARA CONSULTA REMOTA



## EMPLEADOR OTORGA MEDIOS PARA COMUNICACIÓN REMOTA CON USUARIOS

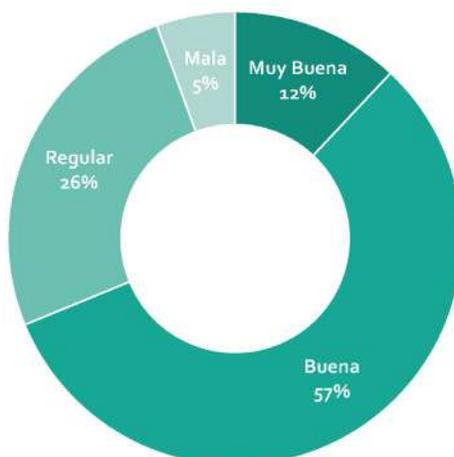


## MEDIOS OTORGADOS POR EMPLEADOR

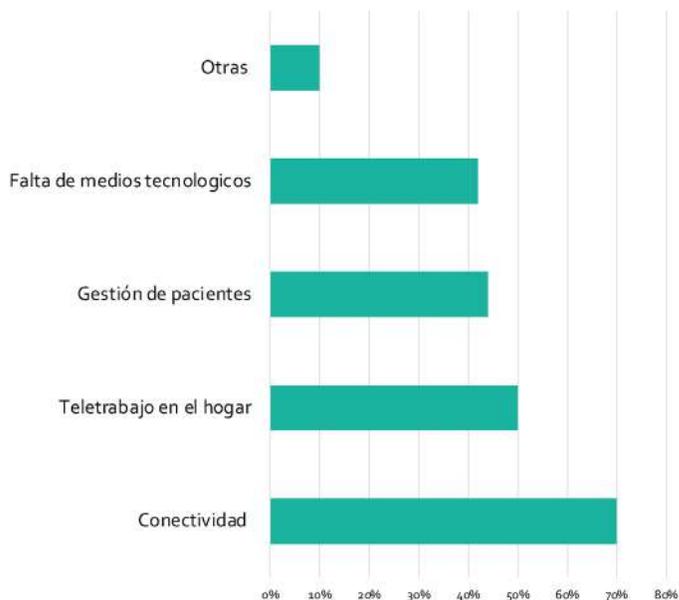


Número de encuestados que declara medios del empleador

## CALIDAD DE LA EXPERIENCIA DEL PRESTADOR EN EL SEGUIMIENTO REMOTO DE USUARIOS

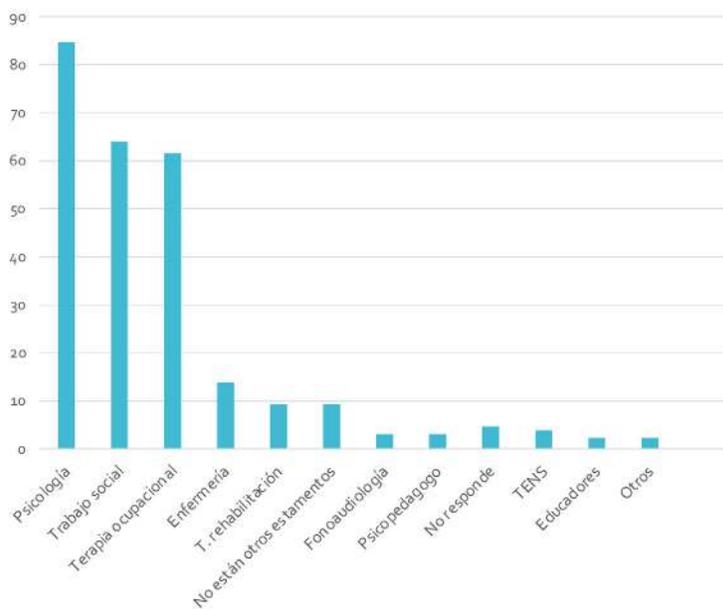


### DIFICULTADES REPORTADAS EN LA ATENCIÓN REMOTA



### Sección C: Disponibilidad de tratamientos

#### PERCEPCIÓN DE MÉDICA/OS SOBRE LA CONTINUIDAD DE ATENCIONES POR PROFESIONALES NO MÉDICOS

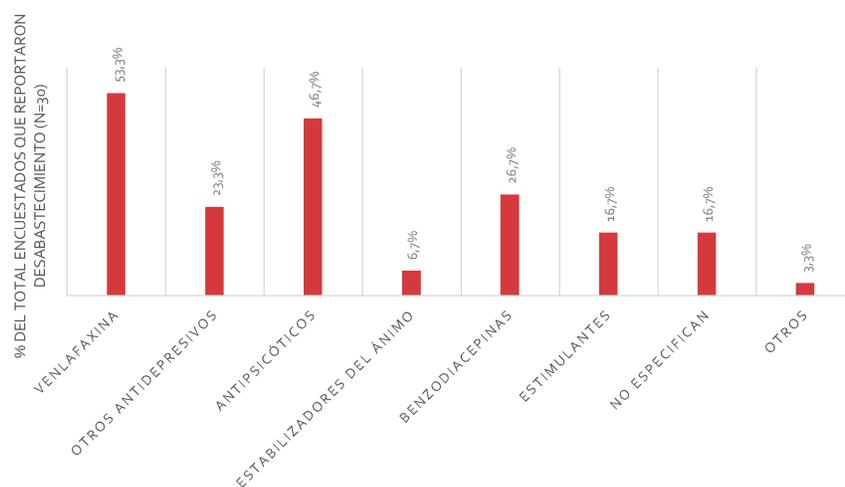


## PERCEPCIÓN DE DESABASTECIMIENTO ARSENAL FARMACOLÓGICO

■ No ■ Sí



### TIPOLOGÍA DE FÁRMACOS PERCIBIDOS COMO ESCASOS

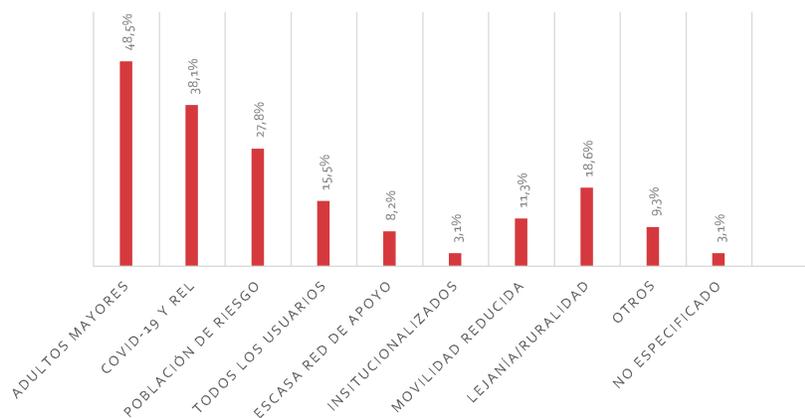


### DISPONIBILIDAD DE RECURSO PARA DESPACHAR MEDICAMENTOS A DOMICILIO

■ No ■ Sí



### CONDICIONES ASOCIADAS A DESPACHO MEDICAMENTOS A DOMICILIO

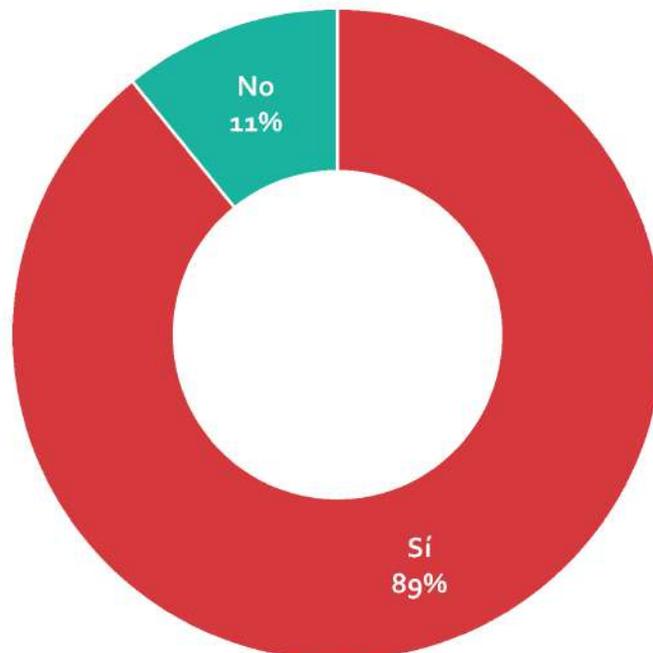


Sección D: Coordinación en Red

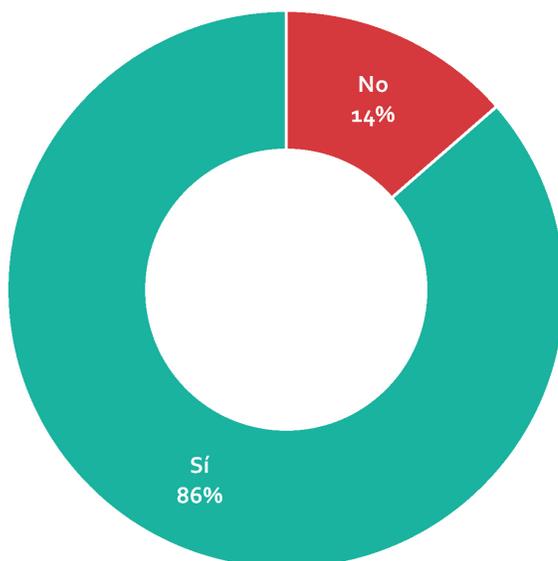
REUNIONES DE EQUIPO EN MODALIDAD REMOTAS



CONTINUIDAD EN LA COORDINACIÓN TERRITORIAL



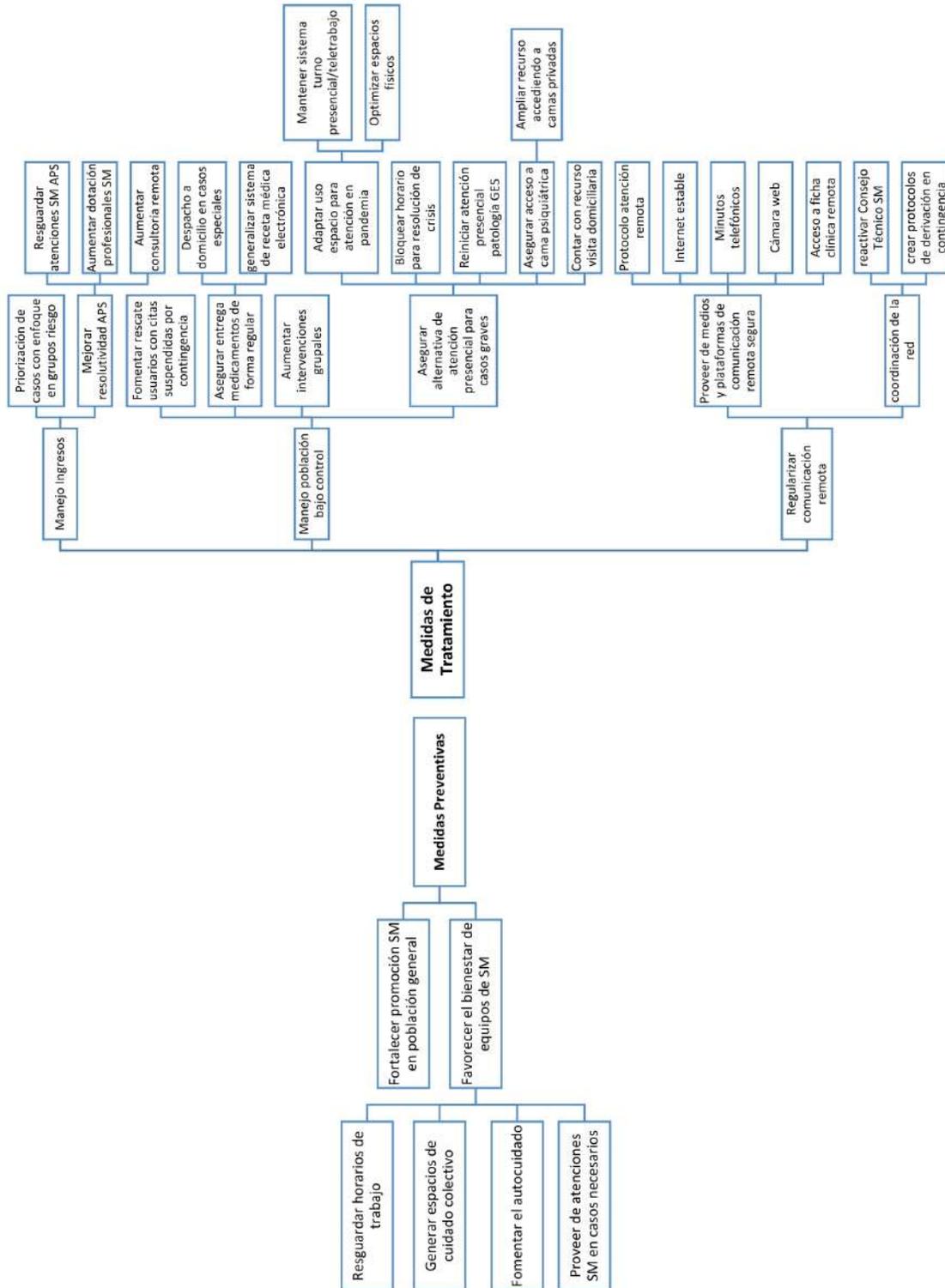
## CONTINUIDAD EN LA COORDINACIÓN CON EL NIVEL TERCIARIO



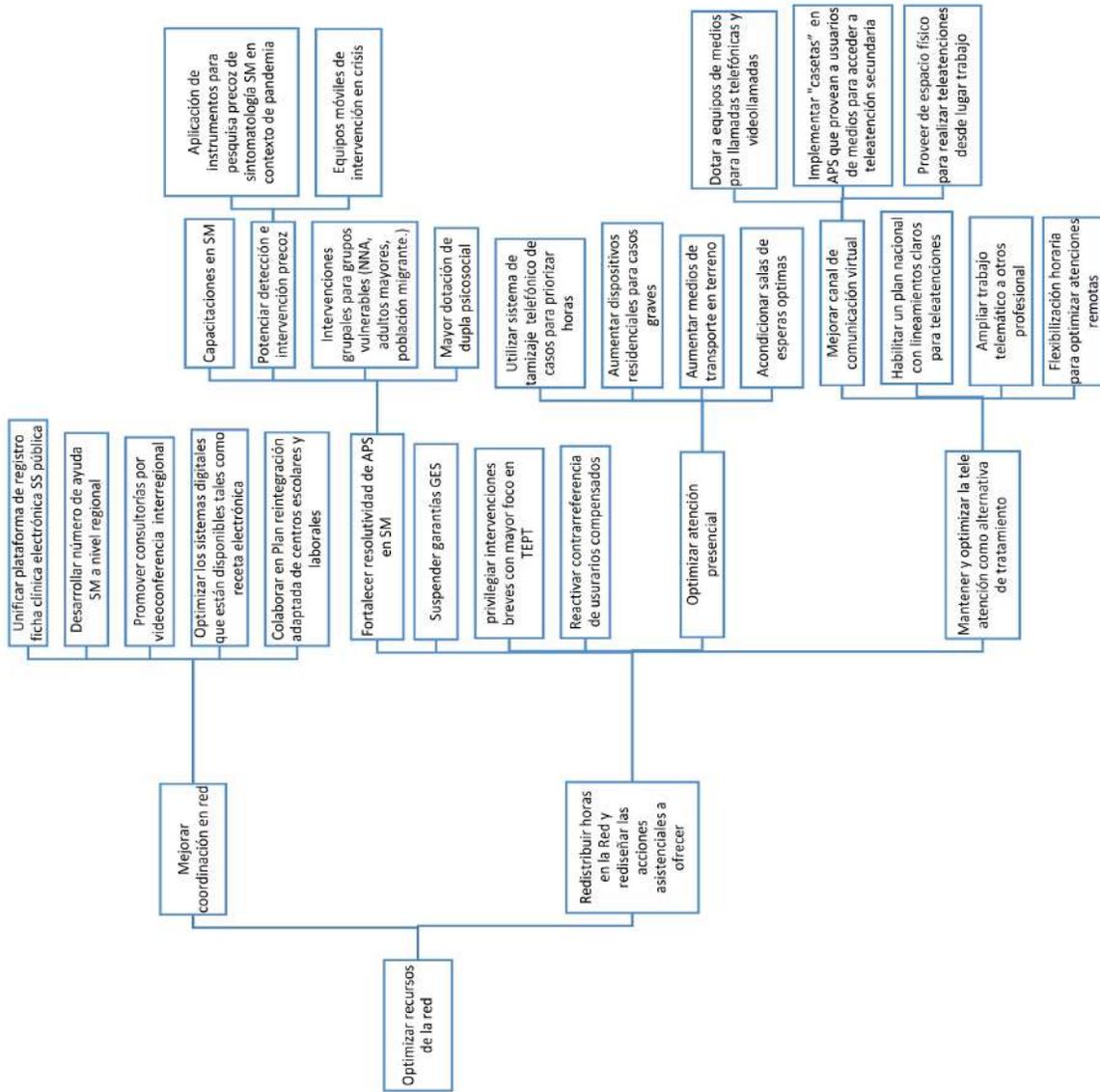
### Sección E: Propuestas y recomendaciones

- Preguntas abiertas para recoger propuestas para responder a la demanda de consulta de salud mental a corto plazo y mediano plazo.
- Análisis temático de resultados organizado en forma de árbol jerárquico.

PROPUESTAS PARA RESPONDER A LA DEMANDA DE CONSULTA DE SALUD MENTAL A CORTO PLAZO DESDE LA PERSPECTIVA DE ATENCIÓN SECUNDARIA



PROPUESTAS PARA RESPONDER A LA DEMANDA DE CONSULTA DE SALUD MENTAL A MEDIANO PLAZO DESDE LA PERSPECTIVA DE ATENCIÓN SECUNDARIA



### 3. Conclusiones

- Mayoría de las/os Médica/s percibe mayor consulta por descompensación psiquiátrica en contexto de pandemia.
- Prestadores de atención secundaria de salud mental en sector público catalogan su experiencia con la consulta remota como buena-muy buena en un 69%.
- Empleador provee de medios para comunicación remota clínica sólo en el 32% de los casos.
- Propuestas para abordar mayor demanda de salud mental en contexto de pandemia incluyen fortalecimiento de trabajo en red y generación de nuevas estrategias para adaptar atenciones presenciales a modalidad remota.



## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELEMEDICINA

(documento modelo para ser modificado por los profesionales)

*Nota: En caso de pacientes menores de 15 años, o con discapacidad verbal o auditiva que les impida leer y aceptar este documento, lo hará un representante debidamente identificado).*

La teleconsulta corresponde a una consulta a la distancia realizada a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y uno (o más) miembro(s) del equipo de salud que se encuentran respectivamente ubicados en lugares geográficos distintos respecto del paciente y que tienen la posibilidad de interactuar entre sí.

Su principal beneficio durante la situación de emergencia sanitaria por COVID-19 es permitir que un paciente permanezca en un sitio remoto mientras recibe atención profesional de un proveedor de atención médica, sin exponerse al riesgo de contagio. Adicionalmente, es muy utilizada ante la ausencia de especialistas en lugares remotos o sin acceso a profesionales de la salud.

No obstante, la teleconsulta presenta los siguientes riesgos y limitaciones:

- No reemplazará la atención presencial, toda vez que carece de la posibilidad de efectuar examen físico entre otros,
- Puede verse alterada por dificultades tecnológicas,
- Si no se toman los resguardos la información podría verse vulnerada en cuanto a la confidencialidad e inviolabilidad de la misma,
- En ausencia de la posibilidad de hacer un examen físico, no sería posible establecer con exactitud diagnósticos, ni tampoco prescripción certera de tratamiento, por lo que es posible que el paciente sea derivado a una consulta presencial

Por el presente documento entiendo que:

- 1) Accedo a compartir mi información por vía tecnológicas con un profesional que será el receptor de la misma,
- 2) Entiendo que excepcionalmente puede verse vulnerada la información otorgada en cuanto a su privacidad o confidencialidad.
- 3) Me obligo al inicio y durante toda la realización de la teleconsulta a encontrarme en un lugar en donde se respete la privacidad.
- 4) Entiendo que la teleconsulta de forma alguna reemplazará la atención presencial y que podría ser incompleta precisamente al carecer de la realización de examen físico.



5) En mi caso particular, la teleconsulta se ha visto justificada por \_\_\_\_\_ (falta especialistas, emergencia sanitaria, etc).

6) Entiendo que la comunicación podría verse alterada por fallas de tipo tecnológicas, ajenas a la voluntad de mi tratante.

7) Consiento a que todo o parte de la transmisión sea grabada. No obstante ello, la institución se encargará por velar la seguridad y confidencialidad de la misma, la que con todo en casos excepcionales podría verse vulnerada.

8) Comprendo que los diagnósticos que se me pueden plantear están efectuados sobre la base de antecedentes incompletos y que por lo mismo, podrían generarse errores en su planteamiento.

9) Que en atención a lo anterior y considerando la justificación de realizar la teleconsulta, me comprometo a, cuando las circunstancias lo permitan, a consultar a un especialista en forma presencial.

Al inicio de la teleconsulta el médico me consultará si estoy de acuerdo o no con los términos del presente protocolo de consentimiento, el cual quedará registrado.

Entiendo que en todo momento durante la realización de la teleconsulta puedo revocar mi consentimiento, optando en cualquier momento a la atención presencial para lo cual el médico me pedirá señalarlo expresamente y también quedará registro de ello, finalizando así la teleconsulta.

Si los medios tecnológicos lo permiten y si estoy de acuerdo con los términos del presente consentimiento, procedo a firmar y entregárselo vía remota al médico. En los casos en donde no exista esta posibilidad, el profesional que otorgue la atención deberá dejarlo consignado en el registro clínico.

---

PACIENTE

---

REPRESENTANTE

---

MÉDICO

Fuente: Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS)

