



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



Monitorización de estrategia de Testeo-Trazabilidad-Aislamiento en la APS

8va ronda de resultados

6 de abril 2021

1. Resumen Ejecutivo

La estrategia Testeo-Trazabilidad-Aislamiento (TTA) es una piedra angular en el control de la pandemia COVID-19, más aún en este nuevo peak epidémico que atraviesa nuestro país. El objetivo de este monitoreo es continuar evaluando la implementación de la estrategia TTA en Atención Primaria de Salud (APS). En esta 8va ronda del monitoreo, se recibieron 113 respuestas de 80 centros de salud primaria y 11 direcciones de salud municipal diferentes, entre el 26 y 31 Marzo 2021, estando representadas todas las regiones de Chile.

Esta ronda muestra avances en ciertos ámbitos de la estrategia TTA, al mismo tiempo que existen múltiples desafíos pendientes para optimizar la implementación de la misma. En primer lugar, se ha consolidado la estrategia de testeo activo en la mayoría de los establecimientos de APS, la que se realiza en lugares diversos, pero **persiste la concentración (38%) de este testeo activo en espacios de circulación de público general (ferias, mall, supermercado, etc)**, y en menor medida en lugar en zonas de alto riesgo de concentración de nuevos casos. Esto contrasta con la indicación del protocolo TTA ministerial, el cual refiere que el testeo activo debe focalizarse en zonas de mayor riesgo de contagio. La orientación de la búsqueda activa de casos a población de bajo riesgo puede distorsionar los indicadores de contagio de cada comuna.

En cuanto a los recursos de la estrategia TTA, esta ronda evidencia mayor déficit en los recursos financieros y humanos disponibles que la ronda anterior. **La mayoría de los centros refiere que los recursos además de insuficientes son inestables, inseguros en su continuidad y de montos desconocidos.** En sintonía con esto, un número importante de centros ha disminuido la contratación de recursos humanos extras para TTA, y un 52% de los centros refiere que el personal realizando TTA es personal de los propios centros redestinado a estas labores. Por otro lado, se evidencia gran sobrecarga de los equipos, que se ven en la disyuntiva de tener que elegir o dejar de hacer otras actividades por estas limitaciones. Es necesario abordar esta situación para mejorar tanto la calidad de la estrategia como para evitar la sobrecarga de los equipos en contexto de la campaña de vacunación y la necesaria reactivación de las actividades habituales de los centros de salud primaria.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



Sobre el registro de la estrategia TTA, destaca un aumento progresivo de los centros que están utilizando la plataforma EPIVIGILA para estos fines, lo que en esta ronda es superior al 90%, sin embargo los centros siguen usando otras plataformas concomitantemente. Es importante preguntarse el motivo para utilizar 2 o más plataformas de forma paralela, lo que implica doble o triple registro con mayor desgaste y menor eficiencia.

En sintonía con los indicadores ministeriales, este monitoreo evidencia que es urgente optimizar la oportunidad de la trazabilidad. **La mayoría de los centros traza a los contactos estrechos sólo una vez que recibe el resultado del examen PCR del caso índice.** Al mismo tiempo, se evidencia que la mayoría de los centros (60%) recibe el resultado de los test PCR en más de 48 hrs desde la toma de muestra. Esto significa una pérdida importante de la ventana de oportunidad de la trazabilidad.

El aislamiento también es un área que necesita optimización. Sólo un 23% de los centros refiere que puede aislar a las personas que lo requieren en menos de 24 hrs. Sobre la posibilidad de extender licencias de contacto estrecho por parte del personal de los Centros de Atención Primaria, **un 58,8% de los centros refiere que no tiene personal autorizado suficiente.**

Quizás el principal hallazgo de esta ronda, es que el **43% de los centros refieren que las acciones de trazabilidad se están realizando de forma descoordinada entre los centros de Atención Primaria y la SEREMI.** Este dato da cuenta de una grave situación, que se amplifica con el decreto 793 del 3 de marzo 2021 que busca segregar las acciones de trazabilidad hacia las SEREMI y las de seguimiento a los establecimientos de APS. Ello constituye un riesgo de mayor fragmentación de la estrategia y atenta contra su fortalecimiento al profundizar los espacios de descoordinación, pérdida y retraso en el traspaso de la información y datos.

Concluimos destacando los grandes esfuerzos que los centros de APS continúan realizando en materia de TTA, incluso durante los fines de semana, sin financiamiento adecuado y oportuno, con equipos profesionales desgastados y limitados recursos materiales que los obliga a utilizar sus recursos personales, en un contexto de la demanda que presenta la estrategia de vacunación y una grave descoordinación con las SEREMI de salud. Nuestra principal recomendación es **actualizar el marco normativo**, manteniendo la estrategia de trazabilidad en los territorios, **basada en APS** e inyectando los **recursos necesarios de forma continua**; para este fin sugerimos nuevamente la creación de **mesas de trabajo TTA** a nivel de los Servicios de Salud.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



2. Contexto

La estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud como un área clave para el control de la pandemia de COVID-19. En Chile, la trazabilidad estuvo inicialmente y principalmente a cargo de las SEREMI; Los centros de APS iniciaron espontáneamente la trazabilidad, sin embargo, desde el informe epidemiológico del 15 de Abril, se dejaron de reportar indicadores de trazabilidad por meses. Luego, a principios de Junio, la autoridad sanitaria anuncia que la Atención Primaria de Salud (APS) se incorporará oficialmente al desarrollo de esta tarea, para luego en Julio publicar el protocolo de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA) a aplicar.

El [protocolo de TTA ministerial](#) estipula una serie de funciones para la Atención Primaria de Salud. En primer lugar, determina que la APS debe realizar testeo activo de casos en el territorio, buscando poblaciones de mayor riesgo de contagio. Indica también que los centros son responsables del traslado de los casos índice que requieran aislamiento en un móvil a sus domicilios/residencias. Por otro lado, se declara que la APS debe coordinar el aislamiento de pacientes que lo requieran en residencias sanitarias en menos de 24 horas. Sobre el registro, los establecimientos deben recibir a través de EPIVIGILA una lista de los casos índice (incluyendo casos sospechosos, probables y confirmados) de su área de cobertura, y reportar diariamente datos de seguimiento al MINSAL.

Desde el inicio del Monitoreo TTA, se nota un avance en la transparencia de la información por parte de la autoridad sanitaria, ya que desde el 10 de agosto se empezaron a publicar algunos indicadores de trazabilidad a nivel comunal y el 31 de agosto se presenta un informe específico que incluye algunos indicadores de testeo y trazabilidad a nivel comunal. Sin embargo, aún no se presenta información sobre aislamiento, trazabilidad de casos sospechosos y latencia de los test, entre otros.

En este contexto, desde el Colegio Médico de Chile, el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, la Agrupación de Médicos de Atención Primaria, la Sociedad Chilena de Medicina Familiar, el Programa de Salud Familiar de la Universidad de La Frontera se genera una herramienta para monitorizar la implementación de la estrategia en los Centros de Atención Primaria de Salud del país.

La séptima ronda se realizó en enero y los resultados se incorporaron en este informe, si bien la comparación de detalle se realiza con la 6° ronda que fue la última más completa.

El 3 de marzo, el Ministerio de Salud mediante el Ordinario 793 establece “Guía de la Estrategia Nacional de Testeo Trazabilidad y Aislamiento COVID-19” lo que modificó los lineamientos de la



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



trazabilidad, volviendo la responsabilidad de la misma (vigilancia epidemiológica) a las Seremi y dejando solo el seguimiento en la atención primaria.

El presente informe consiste en la entrega de resultados de la octava ronda de la encuesta.

3. Metodología

La monitorización consiste en una encuesta de autoaplicación en línea a trabajadores/as de Atención Primaria de Salud (establecimientos o direcciones/departamentos de salud). Incluye 5 preguntas de caracterización y 9 que abordan aspectos relacionados al testeo, trazabilidad, aislamiento y disponibilidad de recursos. La encuesta se ha aplicado en 8 rondas, la primera el día jueves 8 de julio, la segunda entre el 14 y el 20 de julio, la tercera entre el 27 y el 30 de julio, la cuarta entre el 10 y el 13 de agosto, la quinta entre el 25 al 31 de agosto y la 6ta entre el 29 de septiembre y el 14 de octubre. Y la actual 8va entre 26 y 31 Marzo 2021 La muestra es por conveniencia, no probabilística. En esta octava ronda, se suman respuestas de nuevos centros. Cuando existe más de una respuesta por CESFAM / Municipio, se selecciona la respuesta según los siguientes criterios, en orden precedente:

- La persona con el rol más específico asociado a las labores de TTA en el establecimiento (jefe de epidemiología/ equipo COVID / director/a).
- La respuesta más optimista.

La encuesta incluía una respuesta de texto libre “¿Cuáles son las principales limitaciones que está presentando su centro de salud para implementar la estrategia de Testeo-Trazabilidad-Aislamiento? ¿Cómo considera que podrían superarse?”. Esta sección fue analizada mediante categorías temáticas. Las categorías se construyeron de forma inductiva a partir de una muestra, contrastando la opinión de cuatro analistas, a fin de generar un libro de códigos único. Se añadieron dos nuevas categorías en esta ronda. Los códigos del libro final fueron: Recursos monetarios, recursos humanos, recursos materiales, transporte, capacitaciones, coordinación e información de red, testeo, licencias médicas, residencias sanitarias, externalidades al centro, implementación de TTA, Epivigila y otros. A continuación, se procedió a codificar la totalidad de respuestas, identificándose aquellas que fueron expresadas con mayor frecuencia y citas que representarían las principales dificultades expresadas por la muestra.



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



4. Resultados

Caracterización de las respuestas

En la octava ronda se recibieron un total de 113 respuestas, analizando diferentes instituciones según los procedimientos descritos en la sección anterior. Estas corresponden a 11 Direcciones, Departamentos o Corporaciones de Salud Municipal y 80 establecimientos de Salud (Cesfam, Cecosf, Consultorios, Postas, Hospitales comunitarios); 22 respuestas corresponden a los mismos establecimientos o comunas. Se recibieron respuestas de cada una de las 16 regiones del país, siendo la mayoría proveniente de la Región Metropolitana (29,7%) (Gráfico 1).

Región

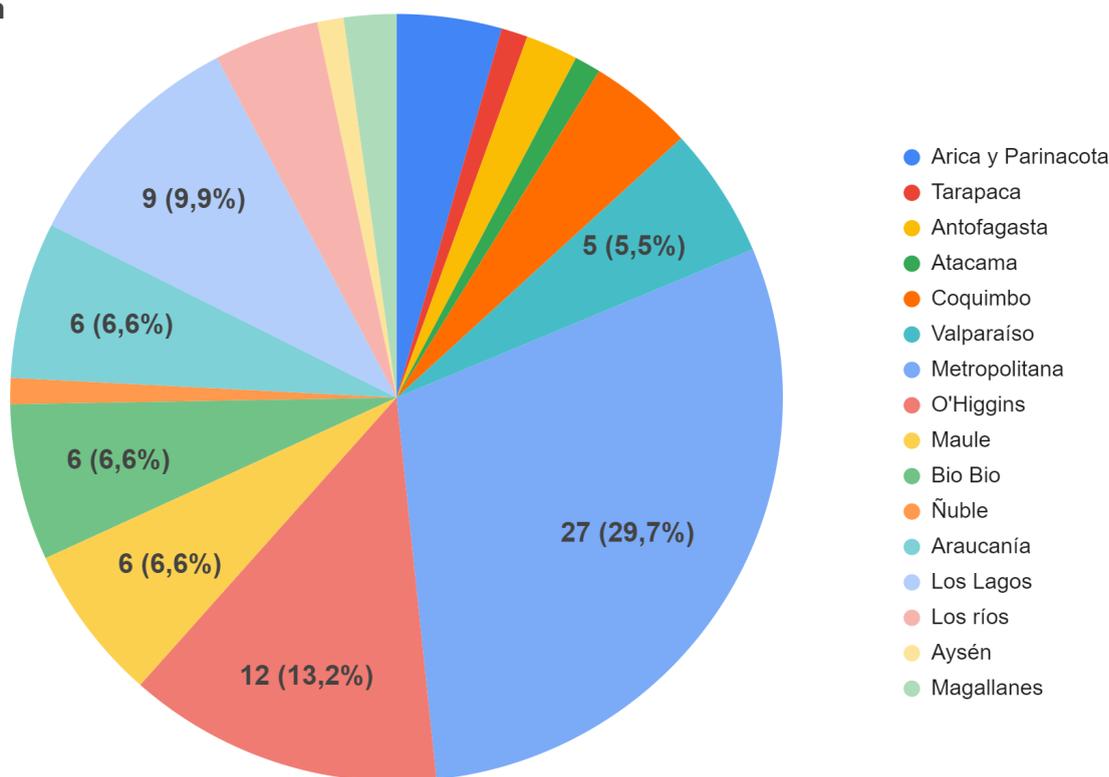


Gráfico 1. Distribución regional de los establecimientos encuestados

El perfil de quienes respondieron este instrumento se agrupó según si corresponden a establecimientos de salud o municipios, para poder describir los cargos que tienen. Para el análisis del perfil de respuestas de establecimientos de Salud (n=80), se presentan en el Gráfico 2.



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



¿Cuál es su cargo en el centro de salud?

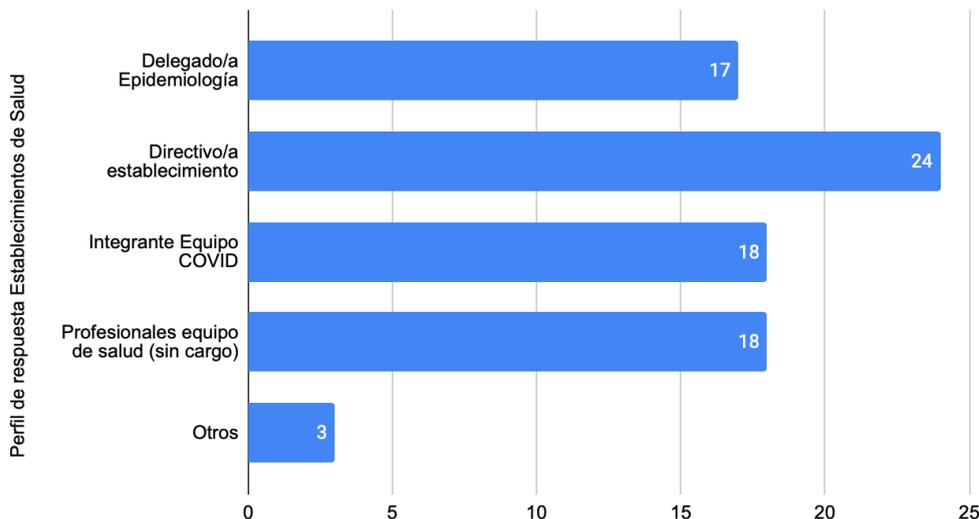


Gráfico 2: Perfil de personas que responden desde los centros de salud primaria

Al igual que en rondas anteriores, la mayor parte de los que contestan la encuesta son Directores/as del centro o del equipo de epidemiología (n=41). En cuanto a las respuestas asociadas a los municipios (n=11), que se describen en el *Gráfico 3*, se observa que el perfil principal es el de Director/a de Salud Municipal.

¿Cuál es su cargo en el Municipio?

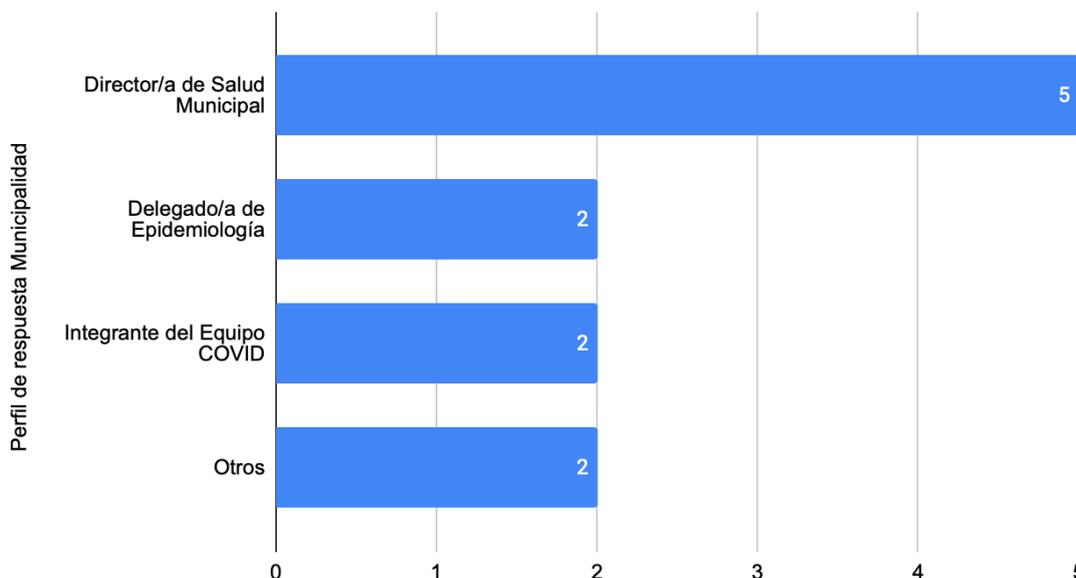


Gráfico 3: Perfil de personas que responden desde Municipios



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



RESPUESTAS ESTABLECIMIENTOS APS

a. Financiamiento

Se preguntó acerca de la constancia en el tiempo del financiamiento recibido por el Ministerio de Salud, de forma en que permita la contratación de personal. Frente a esto, un 78,8% (n=63) refiere que no recibe un monto fijo y constante, un 16,3% (n=13) conoce el monto que recibirá mes a mes y un 5% (n=4) no sabe o no responde.

El financiamiento recibido por parte del Ministerio de salud: ¿Ha sido constante en el tiempo, permitiendo la contratación de personal?

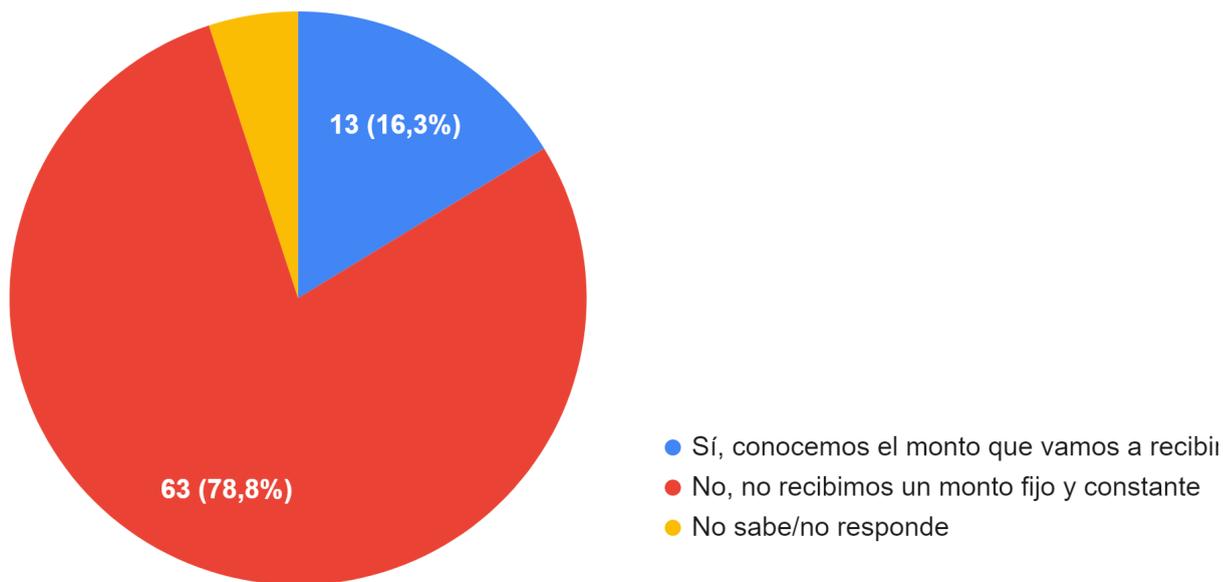


Gráfico 4: Constancia del financiamiento por parte del Ministerio de Salud.



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



Además, se preguntó sobre la suficiencia de los recursos recibidos desde el Ministerio para montar la estrategia de trazabilidad del centro, donde se puede ver que incluso hay centros que respondieron que no han recibido financiamiento (6,3%; n=5). De los centros de salud que respondieron (n=80), sólo un 3,8% (n=3) considera que son recursos suficientes, un 26,3% (n=21) los considera parcialmente suficientes, y un 63,8% (n=51) los considera insuficientes como para realizar la estrategia de trazabilidad en su centro.

El financiamiento recibido por parte del Ministerio de Salud: ¿Ha sido suficiente para montar la estrategia de trazabilidad en su centro?

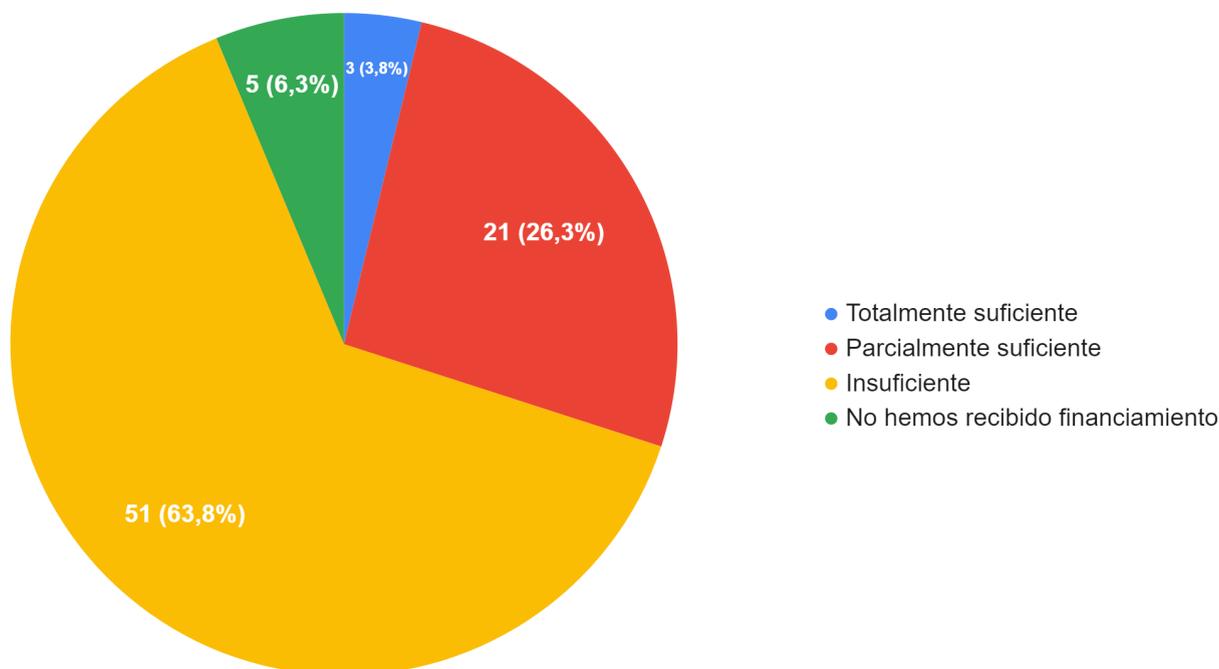


Gráfico 5: Suficiencia del financiamiento por parte del Ministerio de Salud.

b. Testeo activo en el territorio

Frente a la pregunta acerca del lugar donde se está realizando testeo activo en la última semana (respuestas no excluyentes). Un 32,84% (n=45) de los centros responden que están realizando testeo activo en espacios de circulación de público general como ferias, mall y supermercados, y un 29,19% refiere estar realizando testeo activo en zonas donde se ha detectado mayor concentración de casos COVID-19. Solo un 13% de los centros refiere haber realizado testeo activo en la última semana en zonas donde hay alta densidad poblacional o hacinamientos (cités, campamento) y el mismo porcentaje refiere haberlo realizado en instituciones cerradas (centros



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



penitenciarios, ELEM, SENAME). Un 9,48% (n= 13) refiere que no se está realizando testeo activo y en 3 casos lo desconoce. Hay bastante diferencia de la sexta ronda, por ejemplo, hoy solo el 13% versus el 33% de la sexta ronda realiza testeo activo en zonas de alta densidad de población. Se concentra el testeo activo en espacios de alta circulación y zonas de detección de covid. Persiste cerca del 10% que no realiza testeo activo

¿En qué lugares ha realizado testeo activo su centro durante la última semana? Marque una o más, según corresponda

N = 80

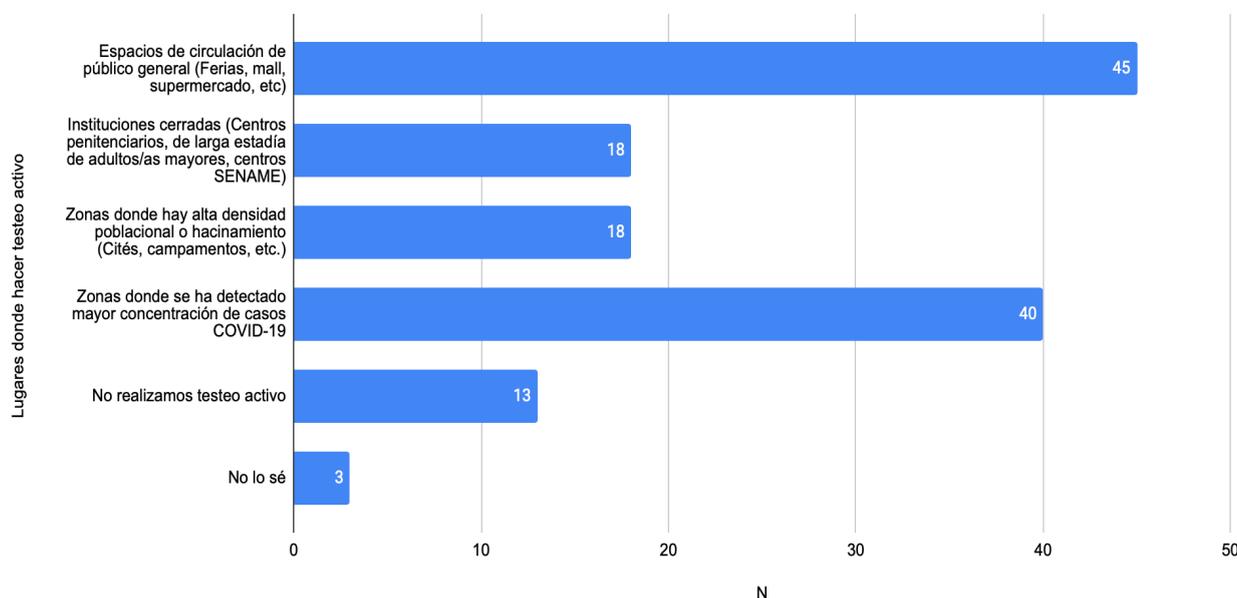


Gráfico 6. Lugares de testeo activo



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



c. Disponibilidad de test PCR

¿Cómo evalúa la disponibilidad de cupos para toma de Test PCR?

N=80

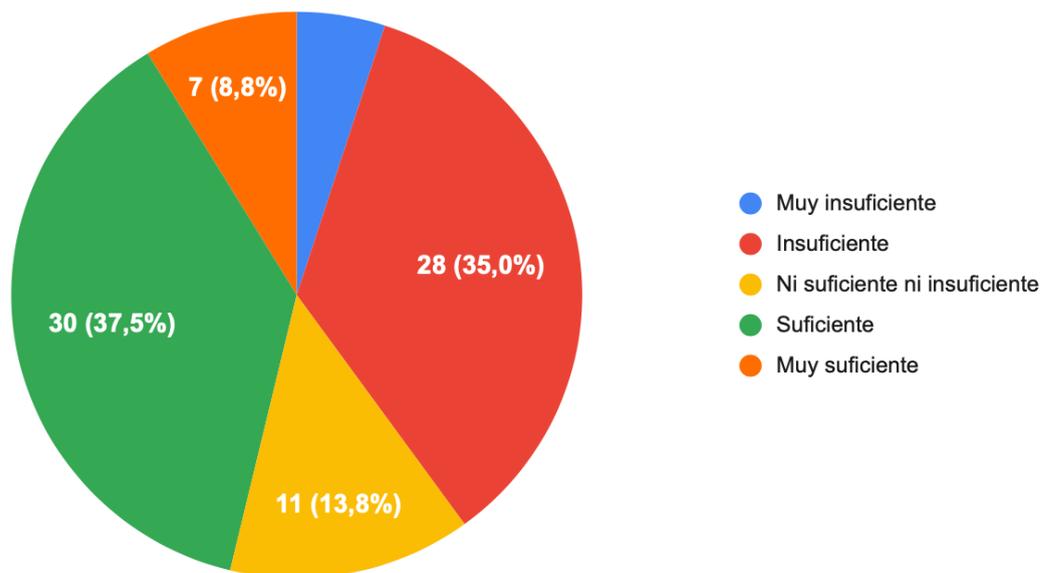


Gráfico 7. Suficiencia de disponibilidad de test PCR

Al preguntar sobre la percepción sobre la disponibilidad de cupos para la toma de test de PCR, un 46,3% (n=37) considera que esta es suficiente o muy suficiente, para dar respuesta a la demanda de test PCR. Por otro lado, quienes consideran que es insuficiente o muy insuficiente concentran un 40% (n=32).



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



d. Latencia del resultado del test PCR

Respecto a la consulta sobre la latencia del resultado del examen de PCR en los diferentes establecimientos en la semana previa. Sólo 5% (n=4) recibe los resultados en menos de 24 horas, un 41% (n=33) recibe el resultado entre 24 y 48 horas, muy similar al 39% de la anterior ronda; hay un incremento de los que lo reciben entre 48 y 72 horas, de un 35% al 42,5 (n=45) y ha disminuido levemente de 12% a 10% los que lo reciben después de las 72 hrs (n=8).

Durante la última semana, ¿cuánto tardó en promedio en estar disponible el resultado de los test PCR tomados en su centro, desde la toma de muestra?

N = 80

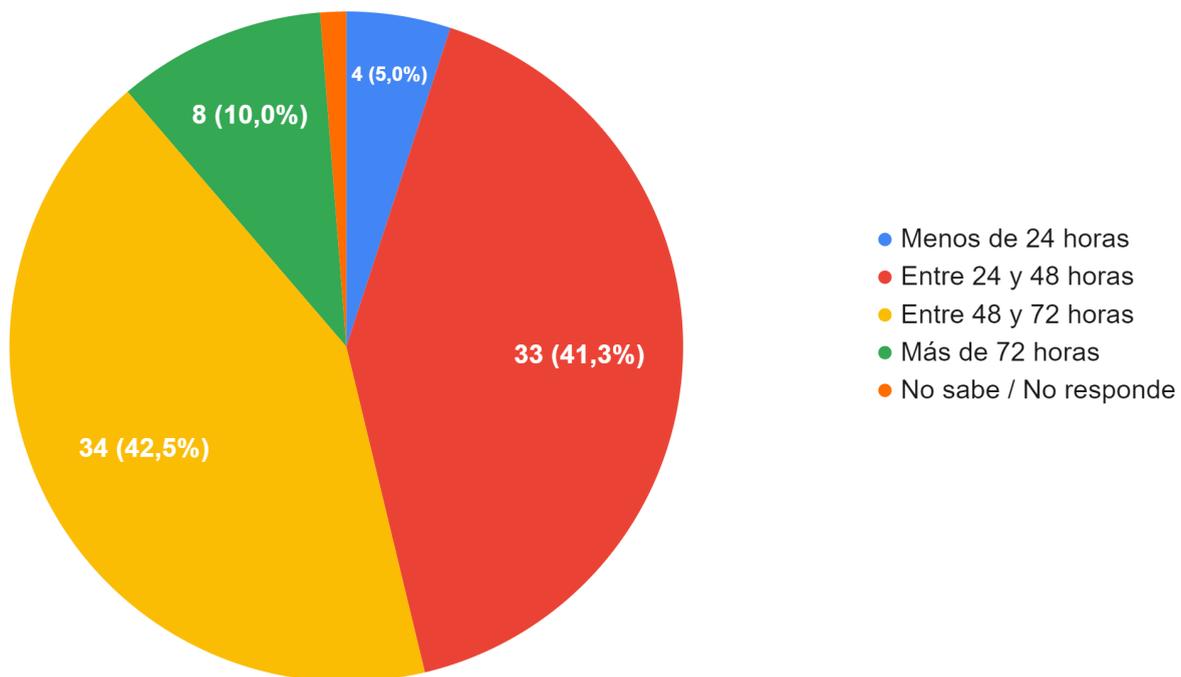


Gráfico 8. Latencia de resultados de test PCR



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



e. Registro

Acerca del medio en el que se registran principalmente las acciones asociadas al seguimiento de casos y contactos, el 92,5% ocupan EPIVIGILA (n=74) con un aumento respecto al anterior monitoreo, donde fue un 74%. Sin embargo, adicionalmente están usando otras plataformas, el 52,5% (n=42) utiliza también planillas excel, un 28,8 % (n=23) usan otra plataforma y 22,5 % (n=18) registran las acciones de trazabilidad en la ficha clínica (Gráfico 7).

¿Dónde registra principalmente las acciones las acciones de seguimiento de casos y contactos? Puede marcar más de una opción.

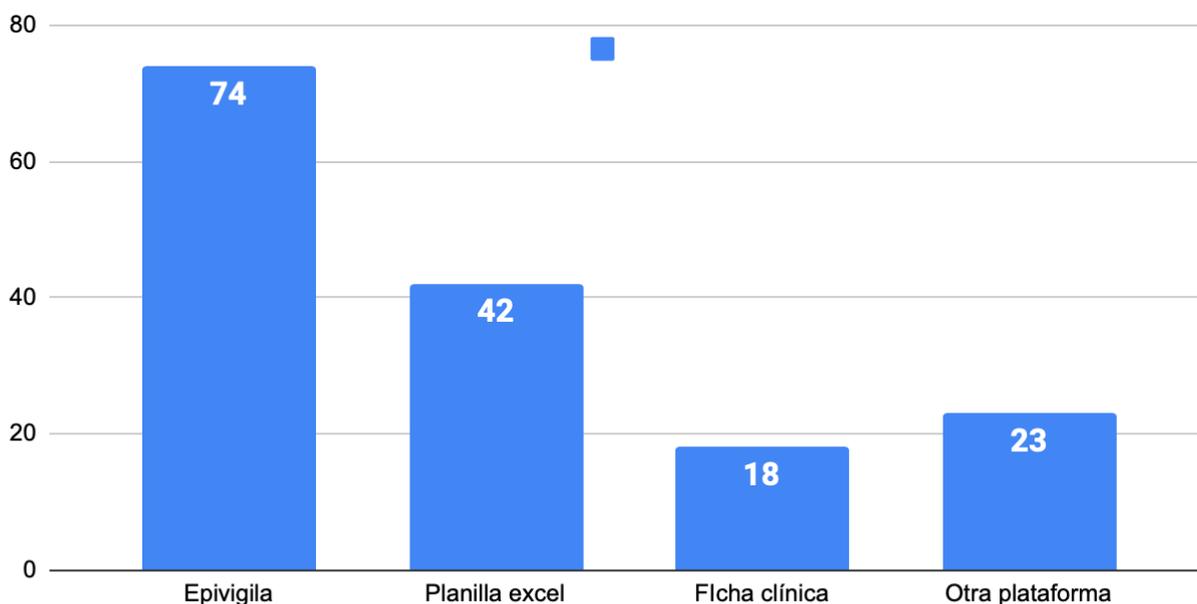


Gráfico 9. Lugar de registro de acciones de seguimiento de casos y contactos

f. Rol en la investigación epidemiológica de casos

En esta ronda se buscó conocer el rol de la investigación epidemiológica de los casos, dada la modificación de protocolo efectuada por el MINSAL desde el 3 de marzo de 2021. Un 43% (n=35) refiere que la investigación la realiza CESFAM y SEREMI por separado, mientras un 25% (n=20) responde que esta función se realiza coordinadamente. Llama la atención que un 18% (n=15) de



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



los centros afirma que esta función se realiza solo desde los CESFAM y un 5% (n=4) solo desde SEREMI, mientras que un 7,5% (n=6) de los centros afirma que se realiza en otro dispositivo.

En su comuna, ¿qué organismos realizan labores de trazabilidad (investigación de casos y contactos)?

N = 80

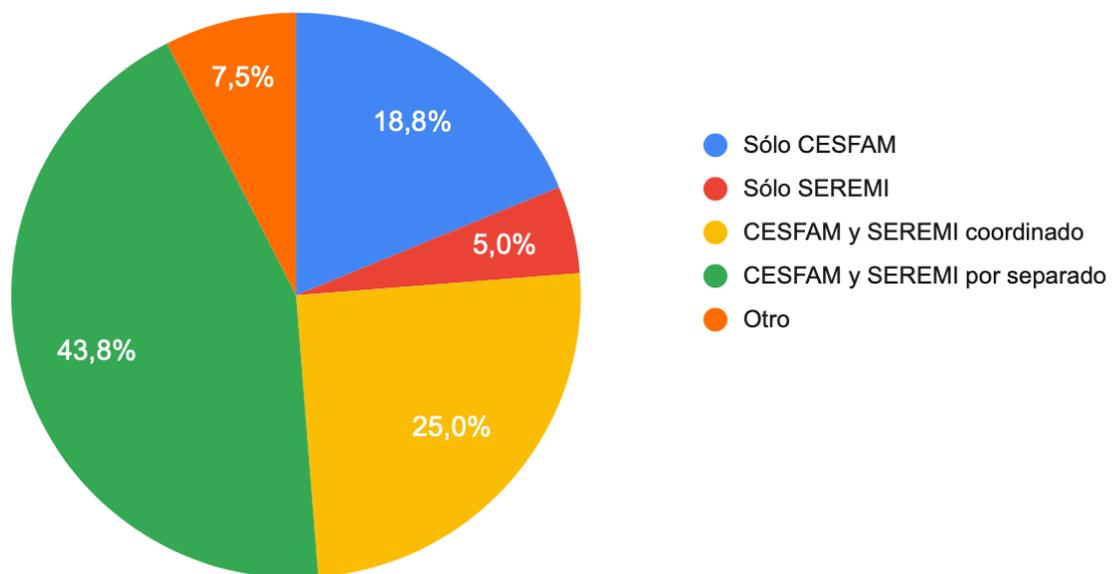


Gráfico 10: Organismos que involucrados en trazabilidad

g. Personal que realiza la trazabilidad

En cuanto a quién es el personal sanitario que está realizando la estrategia TTA (respuestas no excluyentes), el 51,6% (n=48) en esta ronda son funcionario/as del centro de salud que han sido re-destinados a labores TTA en su horario habitual. Un 8,6% (n=8) refiere utilizar horas extra de funcionario/as del centro de salud. El personal contratado específicamente para la trazabilidad disminuyó de 53% en ronda anterior a 34,4% (n=32) en esta ronda. El 5,37% (n=5) de los centros refiere no realizar trazabilidad.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



En su centro, ¿quiénes componen los equipos de trazabilidad? Marque la(s) que corresponda(n)

N = 80

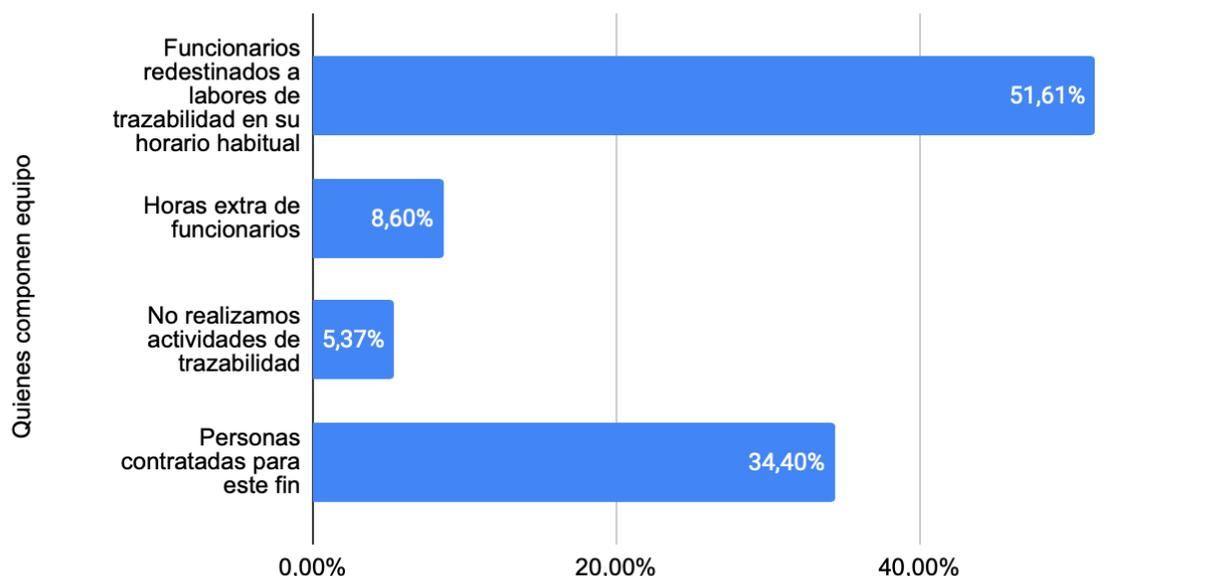


Gráfico 11. Tipo de personal que realiza la TTA.

h. Disponibilidad y capacitación

En esta ronda se consulta respecto a la capacitación y disponibilidad del equipo de trazabilidad en los centros de salud. En cuanto a la disponibilidad de equipos, un 61,2% (n=49) considera que hay una disponibilidad insuficiente, en contraste con el 33,7% (n=27) que considera que hay disponibilidad suficiente de equipos de trazabilidad. Por otro lado, al preguntar sobre capacitación, se encuentra que hay suficiente capacitación para equipos de trazabilidad en un 51,2% (n=41), frente al 43,7% (n=35) que considera que esta es insuficiente.

Tabla 1. Evaluación de disponibilidad y capacitación del equipo de trazabilidad por centro de salud

Disponibilidad y capacitación	N	%
Insuficiente disponibilidad y capacitación	24	30
Insuficiente disponibilidad y suficiente capacitación	25	31,2
Suficiente disponibilidad y capacitación	16	20



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



Suficiente disponibilidad e insuficiente capacitación	11	13,7
No hay equipo	1	1,2
No lo sé	3	3,7
Total	80	99,8

i. Recursos tecnológicos para Trazabilidad

Se consideró necesario agregar una pregunta para conocer con detalle el origen de los recursos tecnológicos involucrados en la trazabilidad (Líneas, teléfonos, internet, computadores). Sólo en el 18,8% de los casos (n=15) los recursos tecnológicos son entregados por el centro o la comuna, en el 16,2 % (n=13) son personales de los trabajadores/as y en 61,3 % (n=49) refieren ser mixtos. Dos centros refirieron no contar con esos recursos y en un caso desconocerlo.

En su centro, respecto a los recursos tecnológicos para trazabilidad (líneas, teléfonos, internet y computadores), ¿de dónde provienen éstos?

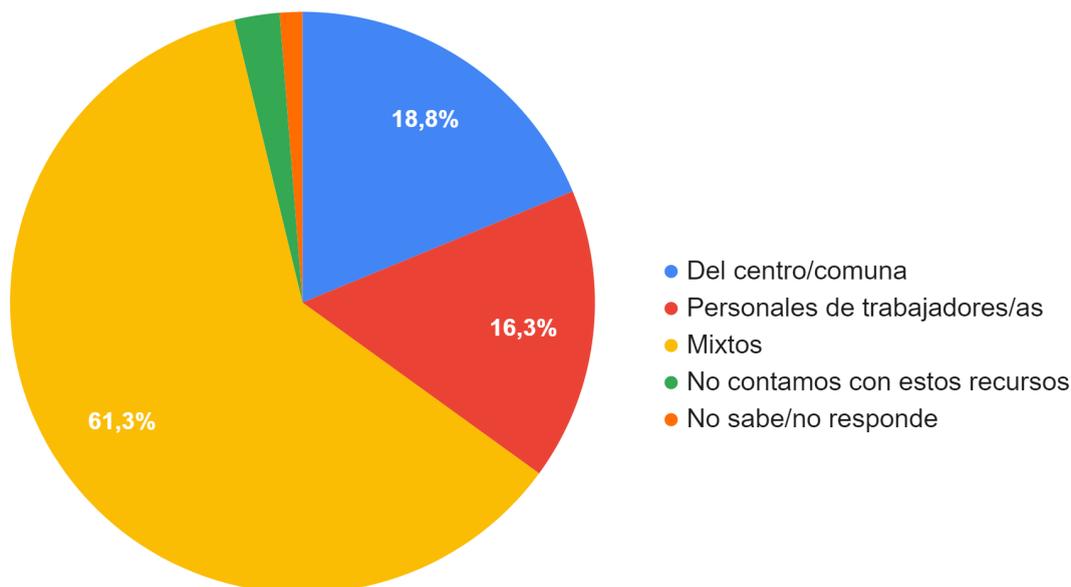


Gráfico 12. Origen de recursos tecnológicos para trazabilidad



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE G.
UNIVERSIDAD DE CHILE



j. Oportunidad Trazabilidad y PCR

Investigación de contactos de casos confirmados

Sobre la investigación de contactos de los casos confirmados, el 25% (n=20) queda en el grupo que acceden a los contactos estrechos en menos de 24 horas y el 50% (n=40) tarda entre 24 y 48 horas. Un 12,5% (n=10) indica que realizan el contacto entre 48 y 72 hrs y un 6,3% (n=5) indica que se demoran más de 72 hrs. Un 6,3% (n=5) desconoce esta información (*Gráfico 13*).

En su centro, ¿cuánto tardan en promedio en contactar (llamar) a los contactos estrechos del caso confirmado, desde la confirmación de este último?

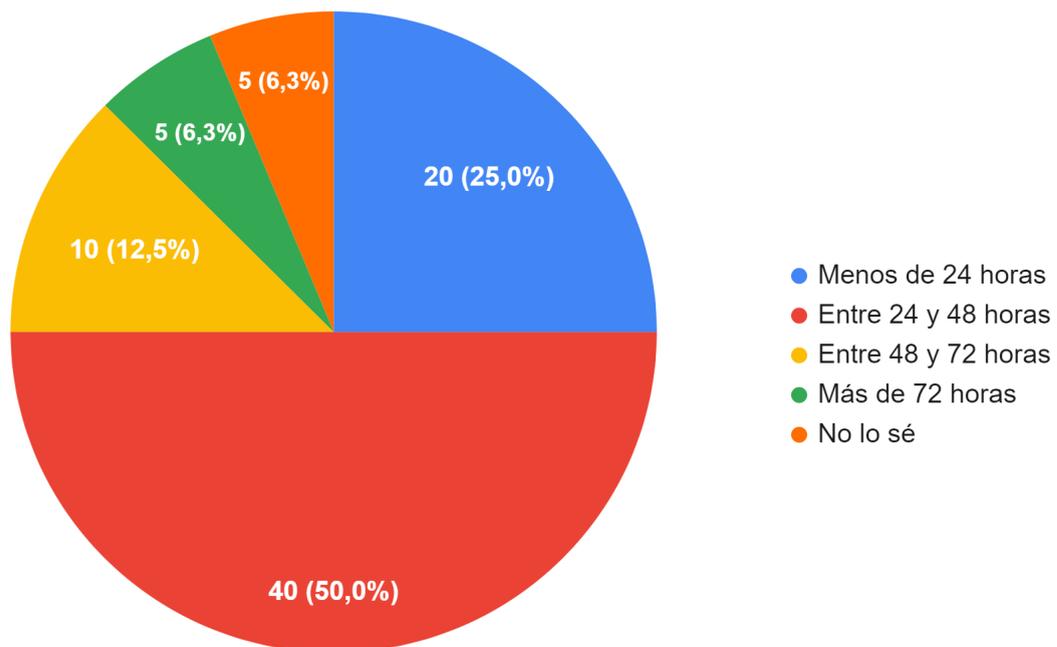


Gráfico 13. Oportunidad del estudio de contactos



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



k. Investigación de contactos en casos sospechosos

En su centro, ¿se realiza la trazabilidad desde la sospecha de los casos (antes del resultado PCR)?

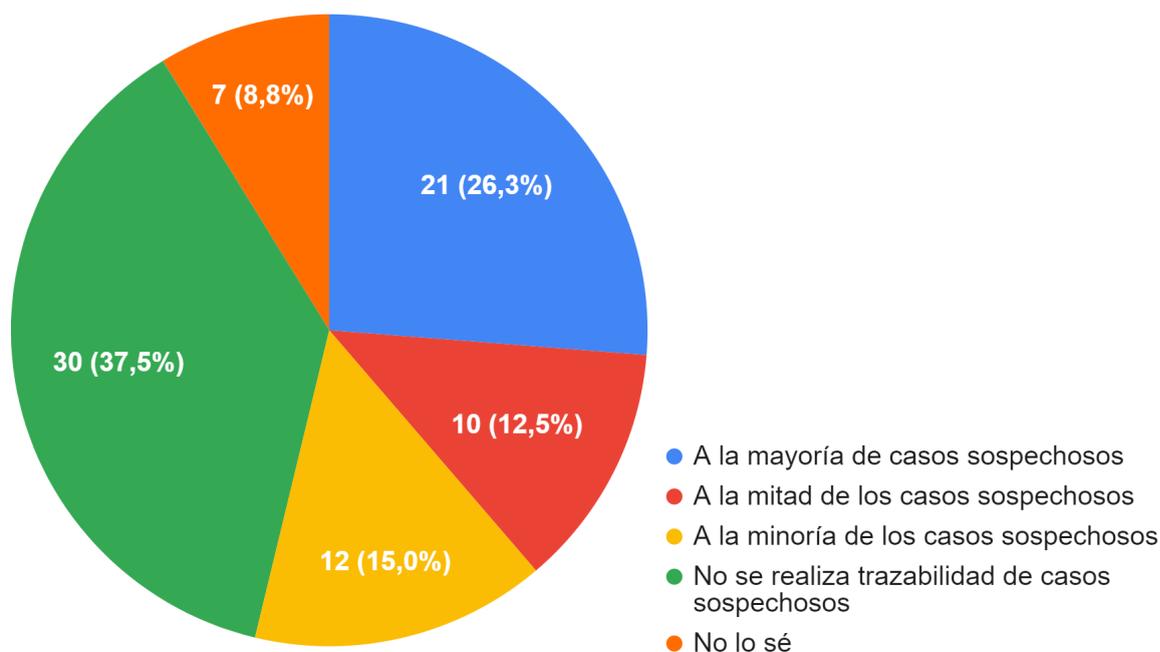


Gráfico 14. Estudio de contactos de casos sospechosos

En esta ronda se consultó respecto a la trazabilidad de los casos sospechosos, es decir, antes del resultado del examen PCR. El 37,5% (n=30) de los centros no realiza trazabilidad de los casos sospechosos. El 26,3% (n=21) reporta realizar la trazabilidad a la mayoría de los casos sospechosos, en tanto un 15% (n=12) realiza trazabilidad a la minoría de los casos sospechosos. El 12,5% (n=10) realiza trazabilidad a la mitad de los casos sospechosos mientras un 8,8% (n=7) desconoce la respuesta. Llama la atención que más de un tercio de los centros encuestados refiere no realizar trazabilidad al caso sospechoso, cifra que aumentó desde 9% en la sexta ronda, lo que significa un deterioro muy relevante en la trazabilidad.

I. Continuidad de la trazabilidad

En esta ronda también se consultó si realizaban acciones de trazabilidad durante los fines de semana (días sábado y/o domingo), ante lo cual un 80% (n=64) respondió que sí, un 12,5% (n=10) no las realizan y un 7,5% (n=6) no sabe o no responde.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



¿Realizan acciones de trazabilidad los fines de semana (sábado y/o domingo)?

N = 80

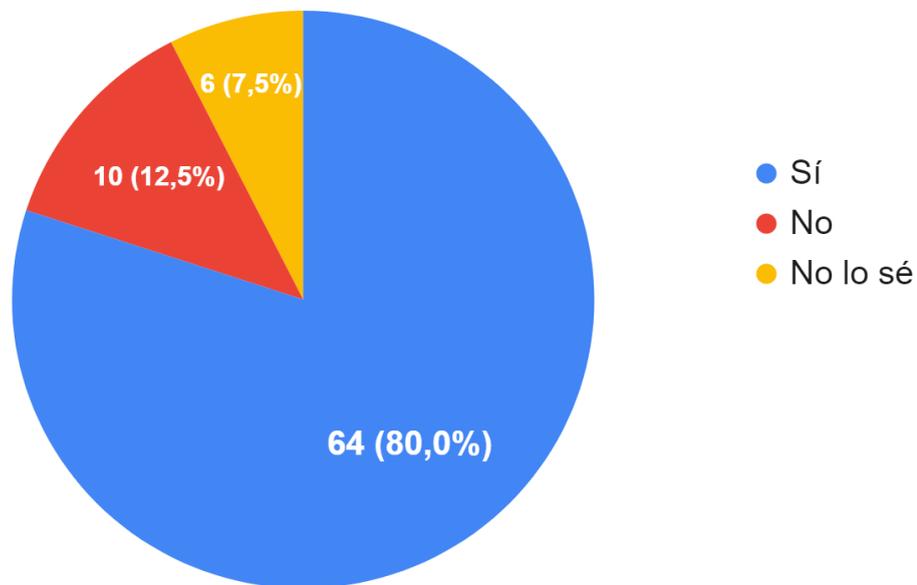


Gráfico 15: Trazabilidad fines de semana.

m. Licencia Contacto Estrecho

El 38,8% (n=31) de los establecimientos que respondieron refieren que cuentan con suficientes profesionales autorizados para la extensión de licencias médicas a los contactos estrechos. El 58,8% (n=47) señala que no cuenta con suficientes profesionales autorizados y el 2,4% (n=2) lo desconoce (Gráfico 17). Se evidencia una disminución en este aspecto comparado con rondas anteriores.



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



¿Cuentan con suficientes profesionales autorizados para extender licencias a los contactos estrechos?

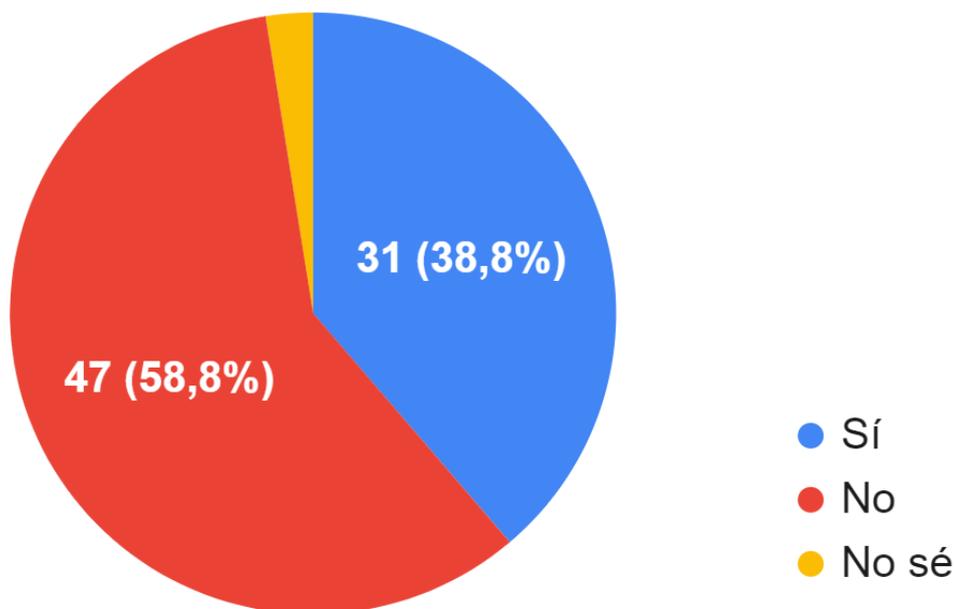


Gráfico 16. Profesionales para licencias a contactos estrechos

n. Aislamiento en Residencias Sanitarias

Respecto a la posibilidad de gestionar oportunamente el aislamiento de personas en residencias sanitarias, sólo el 22,7% (n=18) de los establecimientos declara que puede aislar a los/as pacientes que lo requieran en un plazo inferior a las 24 horas. Esto representa un descenso considerable respecto a la ronda anterior (48%). En la ronda actual, un 48% (n=38) declara que sólo algunas personas pueden ser aisladas en menos de 24 hrs. Estos datos muestran una disminución de los establecimientos que reportan el cumplimiento de acceso a residencias sanitarias, lo que es necesario observar con detención porque este es el dispositivo de aislamiento indicado en las personas que no pueden realizar un aislamiento adecuado en su domicilio. Un 24% (n=19) reporta que sus pacientes no acceden a residencias sanitarias en menos de 24 horas, cifra incrementada respecto al 15% que se reportaba en la ronda anterior. El 5% (n=5) de quienes respondieron desconoce esa información, cifra similar a la entregada en el monitoreo anterior. (Gráfico 11).



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



En su centro, ¿pueden gestionar que todas las personas que requieran residencia sanitaria ACCEDAN EFECTIVAMENTE a esta en menos de 24 hrs?

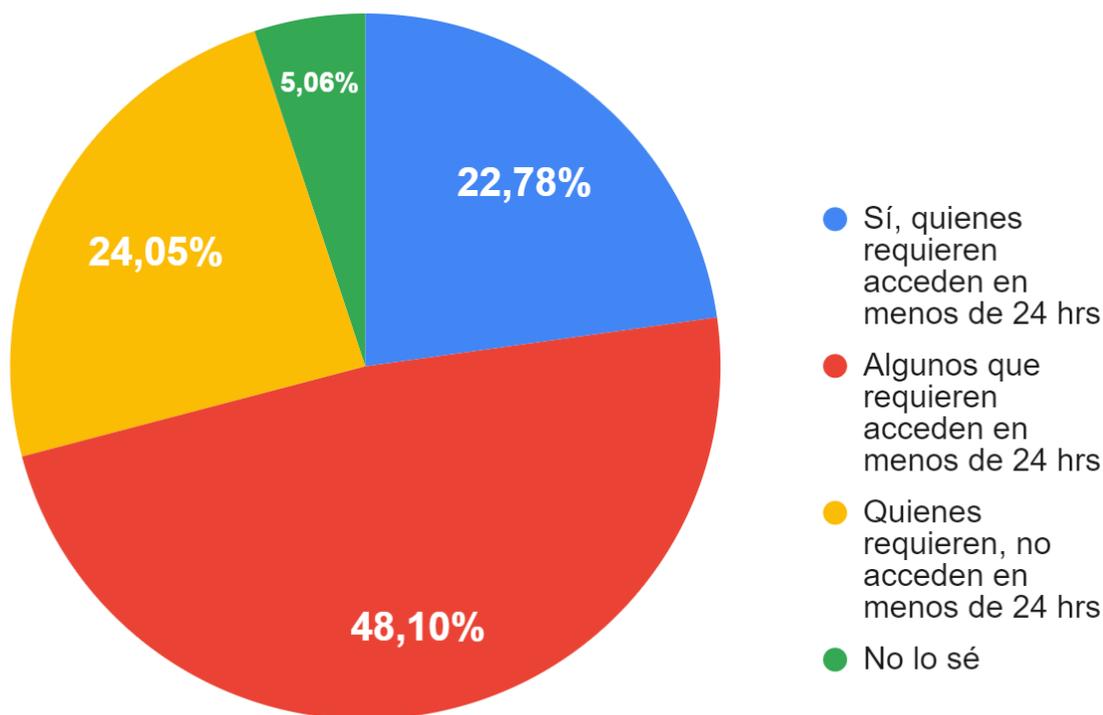


Gráfico 17. Acceso oportuno a residencias sanitarias

o. Pertinencia cultural y territorial de residencias sanitarias

Se consultó respecto a la pertinencia cultural y territorial de las residencias sanitarias a las que acceden los usuarios, en una nueva pregunta. Un 51,3% de los centros (n=41) refiere que los dispositivos de aislamientos son pertinentes para la comuna donde viven los pacientes, mientras que otro 33,8% (n=27) declara que no lo son. Es llamativo que un 15% (n=12) declara no saber si el dispositivo de aislamiento es pertinente, lo que puede reflejar falencias en la entrega de información respecto a residencias sanitarias hacia la Atención Primaria (*Gráfico 19*).



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



Las Residencias Sanitarias a las cuáles tienen acceso, ¿son cultural y territorialmente pertinentes a su comuna (cercanas, adecuadas a la realidad y preferencias de la población)?

N = 80

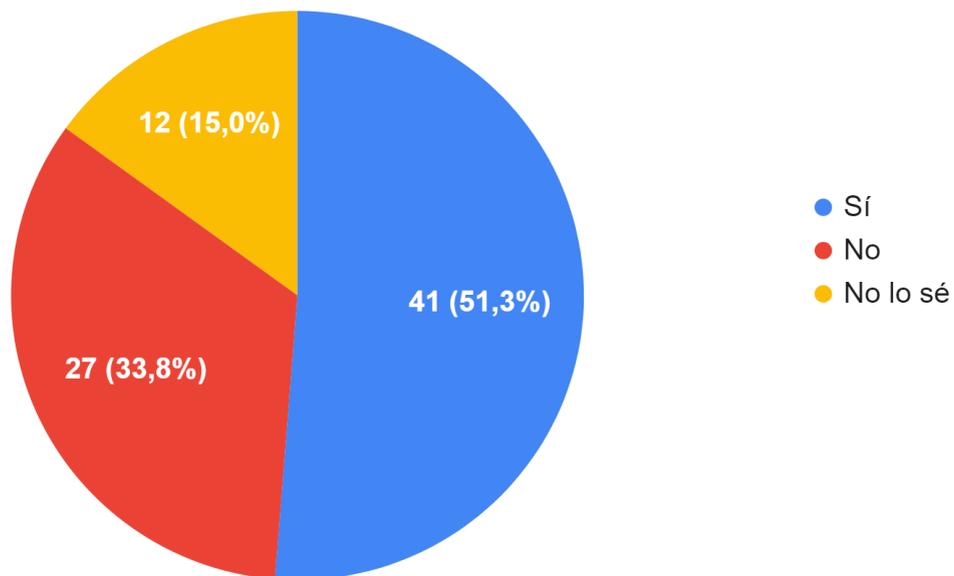


Gráfico 18. Pertinencia cultural y territorial de las residencias sanitarias

RESPUESTAS MUNICIPIOS

En esta octava ronda de monitoreo, 6 de los 11 municipios consultados (54.5%) refieren que los recursos entregados por el Ministerio son insuficientes, mientras que 1 municipio (9.1%) señala no haber recibido financiamiento. Por otra parte, 2 municipios (18.2%) indicaron que los recursos son parcialmente suficientes y otros 2, señalaron que éstos son totalmente suficientes.

En este mismo ámbito, 7 municipios (63.6%) respondieron que los recursos no han sido constantes y que desconocen el monto de la remesa, y 4 (36.4%) indicaron conocer el monto de recursos y su continuidad.

Sobre los lugares donde se realizaron las actividades BAC, 5 municipios (45.5%) señalaron que éstas se realizan en instituciones cerradas (45.5% n=5) y los otros 6 (54.5%) refirieron hacerlas en aquellas zonas con mayor concentración de casos.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



En relación a la disponibilidad de cupos de PCR, 5 municipios (45.4%) reportan que éstos son suficientes, otros 3 municipios (27.3%) indican que es muy suficiente y otros 3 responden de forma ambigua.

Al preguntar por la latencia del resultado de PCR, esta se informó por 4 municipios (36.4%) entre 24 y 48 hrs, 2 (18.2%) entre 48 y 72 hrs y 5 municipios (45.4%) más de 72 hrs.

Al consultar sobre el lugar preferente de registro, 10 municipios (90.9%) refieren que éste es Epivigila, mientras que 1 municipio (9.1%) refiere hacerlo sólo en ficha clínica.

En otro ámbito, sobre la disponibilidad y capacitación del equipo de trazabilidad, 5 municipios (45.4%) refieren que tanto capacitación como disponibilidad son suficientes. De forma contraria, 2 municipios refieren que ambos aspectos son insuficientes (18.2%) y otros 2 manifiestan que la disponibilidad es insuficiente, pero la capacitación sería acorde (18,2%).

En torno a los organismos a cargo de la trazabilidad, 5 municipios (45.4%) respondieron que estas se realizan por parte de CESFAM y SEREMI en forma coordinada y 5 (45.4%) señalan la participación no coordinada de ambas instituciones y en 1 sólo caso (9.1%) reporta que sólo se ocupan de esta tarea los establecimientos de APS.

Sobre la conformación de estos equipos en los centros de APS, 5 municipios (45.4%) reportan que éstos son integrados por funcionarios del centro de salud reconvertidos a estas tareas, 1 municipio (9.1%) informa que se conforma a través de horas extras de estos funcionarios, y otros 5 municipios (45.4%) contratan a personal exclusivo para este fin.

En relación al origen de los recursos tecnológicos para el desarrollo de la trazabilidad, 6 municipios (54.5%) refirieron que éstos provenían de los propios establecimientos, 1 (9.1%) informó que eran de los propios trabajadores/as y 4 municipios (36.4%) que estos recursos eran de origen mixtos.

En materia de oportunidad del estudio de contactos, 7 municipios (63.6%) señalan realizarlo entre 24 y 48 hrs, 3 municipios (27.3%) lo realizan en menos de 24 hrs y 1 (9.1%) municipio informó realizarlo en más de 72 hrs.

Sobre la trazabilidad en casos sospechosos, 5 municipios (45.4%) respondieron que realizaban a la minoría de personas sospechosas, 3 municipios (27.3%) manifestaban no realizarla y 2 (18.2%) las realiza aproximadamente a la mitad de casos sospechosos.

El total de municipios afirmó realizar acciones de trazabilidad los fines de semana.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



En relación a la suficiencia de profesionales para extensión de licencias médicas, 8 municipios (72.7%) contestaron de forma negativa, 3 municipios (27.3%) afirman tener suficiencia de este recurso.

Respecto al acceso efectivo y oportuno a residencias sanitarias, 4 municipios (36.4%) afirman que todos sus usuarios derivados pueden acceder en menos de 24 hrs, y los 7 municipios restantes (63.6%) señalan que sólo algunos acceden en ese tiempo.

Al profundizar en este punto, inquiriendo sobre la pertinencia de las residencias sanitarias, 6 municipios (54.5%) señalan que éstas lo son, y 4 (36.4%) refieren que no son pertinentes.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Se obtuvieron 80 respuestas cualitativas sobre las principales limitaciones para implementar la estrategia, correspondientes tanto a Establecimientos de APS como a Municipios.

La principal limitación sigue estando relacionada al déficit de recursos humanos, la que aparecía en más del 40% de las respuestas obtenidas.

“Recursos limitados, con inseguridad en su continuidad, es requisito la continuidad del recurso humano en número adecuado al número de casos que se siguen.” (Subdirector de CESFAM, Región de Arica y Parinacota)

“RRHH, ya que el aumento de casos y por ende de actividades asociadas a ello, no modifica los recursos que se han recibido. Ejemplo el año pasado se contaba con un equipo extra financiado por recursos del servicio de salud, y ya no contar con eso es un gran desmedro porque por ejemplo se debe escoger entre realizar visita domiciliaria, ingresos, altas o búsqueda activa (sobre todo los días lunes y martes, que se acumulan las actividades del fin de semana). (Director de CESFAM, Región de Arica y Parinacota)

En el transcurso de los 9 meses desde la implementación de la estrategia, ha sido constante la imposibilidad de dotar con equipos estables y suficientes a los establecimientos de APS.

Se persiste en señalar el desgaste de los y las trabajadores/as de la salud, debido a la sobrecarga de trabajo y horas extras, la obligación de desempeñar diversas labores en forma simultánea (atenciones de salud, inmunización y TTA) y la persistencia de condiciones de trabajo sub-óptimas.

Este último punto se relaciona a la segunda categoría más mencionada, que es la limitación de recursos financieros. Además de impactar en la dotación de RRHH, también lo hacen en la



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



adquisición de dispositivos materiales indispensables para el desarrollo de la estrategia, como es la contratación de líneas telefónicas, datos móviles y la compra de teléfonos y computadores.

“Cansancio del personal, ya que son los mismos profesionales que trabajan en su función normal y además realizan trazabilidad. También como hospital comunitario no tenemos ayuda monetaria y tampoco recibimos entrega de tecnología, ya sea computadores o teléfonos para realizar actividades, donde muchas veces tenemos que realizarlo con nuestros teléfonos personales.” (Integrante del Equipo COVID, CESFAM, Región de Antofagasta)

La tercera categoría en orden de importancia, sigue estando relacionada con problemas de coordinación de la red. En las rondas anteriores se observaba aún el tránsito incompleto de roles, información y atribuciones en las acciones de TTA desde las SEREMI de Salud hacia los establecimientos de APS. En esta ronda vemos que la situación se ha visto agravada con el nuevo escenario normativo. Al segregar una vez más la ejecución de estas funciones, ha generado graves obstáculos en la consolidación de un trabajo integrado y coordinado de toda la red.

“Cada día se solicita que los centros de APS realicen más actividades de seguimiento a usuarios no inscritos, como FFAA o Isapre, mientras que Seremi se encarga en teoría de la trazabilidad, pero no logran dar respuesta efectiva y en el plazo correspondiente en cuanto al alzamiento de contactos.

Es difícil que la trazabilidad mejore mientras Seremi no actúe de forma coordinada y haya una comunicación fluida entre ellos y los centros de salud.

Hasta ahora sólo son directrices sobre lo que se debe o no hacer, pero no un acuerdo de ambas partes.” (Director/a de CESFAM, Región de Coquimbo)

En este acápite, vale destacar que las limitaciones se relacionan no sólo a la articulación de la red, sino también a los canales de comunicación que se emplean en la misma.

“Insuficiente e inoportuna información desde el nivel central. De prácticamente todas las acciones nos enteramos por lo medios de comunicación” (Director de CESFAM, Región de Arica y Parinacota)

Por último, es de interés señalar la emergencia de problemáticas que responden a las particularidades de ciertas regiones y que no se comparten a lo largo de todo el territorio nacional. Esto refuerza la importancia de que la implementación de la estrategia se adecúe a los contextos locales.

“Nóminas de viajeros (avión-buses) retrasadas o incompletas que no permite identificar y contactar en forma precoz. Mucho viajero sin PCR que posteriormente sale positiva. Usuarios inubicables en la ciudad que asisten de vacaciones (no tener acceso a c19 para



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



identificar lugar de destino).” (Delegado/a de Epidemiología, Hospital comunitario, Región de Atacama)

5. Limitaciones

La principales limitaciones de este informe son:

- Muestra no representativa, lo que puede inducir sesgos, y limita la comparabilidad entre las rondas. Sin embargo, el número de respuestas puede reducir el impacto de esta limitación.
- Ante la ausencia de un registro sistemático de datos de contacto de encargados de centros de atención primaria del país, la invitación a participar se realizó a través de redes sociales y una estrategia de bola de nieve.
- En el análisis cualitativo, el formato de consulta no permitió profundizar en las categorías, por lo cual se procedió a describirlas sin definir las de forma exhaustiva ni saturar el discurso en todas sus dimensiones.

6. Discusión y Recomendaciones

A más de un año de la pandemia y a 9 meses de la implementación de la estrategia TTA, los recursos enviados para estos efectos no son conocidos ni constantes y son considerados insuficientes en la mayoría de los centros. Esto resulta incomprensible en el contexto de peak epidémico en que se encuentra el país, y la relevancia que las acciones de TTA tienen para su contención.

Desde rondas anteriores observamos consolidación de la estrategia de búsqueda activa de casos por parte de los establecimientos de atención primaria. Los resultados señalan que los centros realizan testeo activo en lugares diversos. Sin embargo, un 32,8% de los centros refiere que el mayor número de test se están realizando en espacios de circulación de público general. Esto contrasta con el protocolo TTA ministerial, el cual indica que el testeo activo se debe concentrar en zonas de mayor riesgo de COVID-19, tales como instituciones cerradas, zonas con alto hacinamiento y zonas con alta concentración detectada de casos. La masiva realización de acciones de búsqueda activa en lugares de bajo riesgo, puede generar la falsa impresión de disminución de los índices de positividad del territorio, imposibilitando la toma de decisiones acertadas y convirtiéndose en un incentivo inverso para testear activamente en los verdaderos lugares de alto riesgo y en donde se requiere.

Como principal hallazgo de esta ronda, se encontró que el 43% de los centros refieren que las acciones de trazabilidad se están realizando de forma descoordinada entre éstos y la SEREMI. Este dato da cuenta de una grave situación, en que resulta improbable la consolidación de esta estrategia en el escenario de profundización de la descoordinación de la red de salud. En ese sentido, consideramos que el ordinario 793 del 3 de Marzo 2021, que orienta segregar las



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



acciones de trazabilidad hacia las SEREMI y las de seguimiento a los establecimientos de APS, constituye un riesgo de mayor fragmentación de la estrategia y atenta contra su fortalecimiento al profundizar los espacios de descoordinación, pérdida y retraso en el traspaso de la información y datos, en un contexto epidémico en que estos se requieren de forma veloz y certera. Nuestra recomendación sigue siendo fortalecer la estrategia a nivel de los territorios de APS, destinando de forma continua y suficiente los recursos para aquello. Resulta inaceptable que en este punto sólo 18,8% de los centros cuente de forma suficiente con los recursos tecnológicos para realizar esta tarea y 16,2% son recursos de los propios profesionales.

Más de un tercio (37,5%) de los centros refieren no estar realizando trazabilidad a los casos sospechosos, siendo que en la 6ta ronda sólo 9% declaraba esta situación. Ello, sumado a la demora de los resultados de la PCR mayor a 48 hrs en cerca del 60% de los centros, presenta una amenaza para la oportunidad de la estrategia TTA relevante. También, se observa una proporción muy elevada de centros sin profesionales autorizados suficientes para la extensión de licencias médicas a los contactos estrechos, situación que se mantiene de forma reiterada y que no ha obtenido solución a la fecha. En materia de aislamiento, se observó una reducción de casi la mitad de los centros que pueden derivar efectivamente en menos de 24 hrs a la totalidad de personas que lo requieren.

Finalmente, concluimos destacando los grandes esfuerzos que los centros de APS continúan realizando en materia de TTA, incluso durante los fines de semana, sin financiamiento adecuado y oportuno, con equipos profesionales desgastados y limitados recursos materiales, en un contexto de grave descoordinación con las SEREMI de salud. Nuestra principal recomendación es **actualizar el marco normativo**, manteniendo la estrategia de trazabilidad en los territorios, **basada en APS** e inyectando los **recursos necesarios de forma continua**; para este fin sugerimos nuevamente la creación de **mesas de trabajo TTA** a nivel de los Servicios de Salud.