

Modelo de gestión de la demanda de manera remota para la Atención Primaria en Salud

ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA UNIVERSIDAD DE CHILE

PLATAFORMA 360

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

CESFAM ARTURO BAEZA GOÑI

CESFAM DR. MIGUEL SOLAR

Índice

Introducción

Postergación de prestaciones en Chile

Marco Conceptual

Tecnologías de la Información y la Comunicación (Tics) en contexto de redes integradas.

Priorización en salud en el contexto de la Atención Primaria

Modelos de gestión de la demanda.

Modelo de administración remota de la demanda

Objetivos del modelo

Componentes del modelo

Procesamiento de la solicitud en formulario y toma de decisiones

Diagramas de flujo de los procesos del modelo

Introducción

La pandemia, ha aumentado la carga asistencial en los sistemas de salud de todo el mundo, donde además de la atención a la población afectada por el COVID-19, se debe atender otras enfermedades que requieren tratamiento tales como procedimientos de urgencia o control de enfermedades crónicas¹. Con el fin de poder contener el aumento de casos y frenar la transmisión de la enfermedad, en muchos países del mundo se está transformando la atención de salud general desde la presencialidad a la asistencia remota². Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) pueden ser de gran utilidad para mejorar diversos factores condicionantes del acceso al sistema de salud, superando limitaciones en la disponibilidad de recursos físicos, incrementando la accesibilidad y asequibilidad de servicios, y aportando a una mejor oportunidad de la atención en el punto de contacto entre personas y sistema de salud³. Además, en el contexto de COVID-19, puede aportar en el acceso de manera equitativa, efectiva y eficiente a los sistemas de salud por parte de la población.

Un ejemplo de estas herramientas es la telemedicina, entendida como “prestación de servicios de asistencia sanitaria por medio de TICs en situaciones en que el profesional sanitario y el paciente se encuentran en lugares diferentes”, la que ha permitido en diversos países, incluido Chile, acercar el conocimiento de profesionales de la salud y procesos diagnósticos avanzados a localidades lejanas, mediante teleconsultas que pueden abarcar prestaciones otorgadas por diversas profesiones de la salud o especialistas médicos (cardiología, dermatología, neurología, radiología, etc)⁴.

Se describen principalmente tres formas principales de teleasistencia sincrónica en medicina: videollamada, llamada telefónica o mensajería instantánea³. Se han realizado evaluaciones de múltiples intervenciones de telemedicina por video, como por ejemplo el proceso de rehabilitación de pacientes que sufrieron un accidente cerebrovascular, donde una revisión sistemática reciente señala que no hubo diferencia entre la rehabilitación remota y programas de fisioterapia presencial en el nivel de actividades de la vida diaria que lograban los pacientes (en base a 2 estudios de 661 participantes, DME: 0, IC: 95%: - 0.15 a 0.15)⁵. En el caso de controles telefónicos a distancia, existen, por ejemplo, experiencias de control telefónico en personas con infección de VIH donde se ha demostrado que puede tener un papel para mejorar la adherencia a la medicación y reducir síntomas depresivos y psiquiátricos⁶. Por otra parte, en el caso de la mensajería instantánea, existe experiencia con evidencia de alta calidad de que este tipo de intervenciones aumentan la probabilidad de manera significativa de dejar de fumar en pacientes fumadores de larga data en comparación a las intervenciones presenciales habituales, en un seguimiento de 6 semanas (RR: 2.2; IC del 95%: 1.79 a 2.7) y de 12 semanas (RR: 1.55; IC del 95%: 1.30 a 1.84)⁷.

Adicionalmente, existen experiencias de combinación de estas 3 formas de teleasistencia y/o teleconsulta en medicina, como en el caso de la conformación de modelos de triage remoto dirigidos por profesionales de enfermería, con un primer contacto telefónico que ha demostrado la reducción de demanda en servicios de urgencia de pacientes con síntomas leves (OR 3.30, IC 95% 2.18 a 4.99)⁸.

El abordaje actual de la pandemia ha combinado las formas de telemedicina para proporcionar una mejor cobertura en la demanda de atención de salud en el mundo. En esta línea, el British Medical Journal publicó un artículo con recomendaciones para organizar la atención primaria de manera

remota, recomendando que la mayoría de los pacientes con COVID-19 pueden manejarse a distancia (en residencias sanitarias o en sus hogares) con consejos sobre manejo sintomático y aislamiento, donde muchas se podrían realizar de manera telefónica con combinación de videollamada para presencia terapéutica, ya sea por medio de teleconsulta o tele interconsulta, cuando sea necesario⁹.

En concordancia con estas recomendaciones, el National Health Service publicó una guía de apoyo para las prácticas generales en salud con el propósito de implementar un “triage total” mediante herramientas de telemedicina combinadas⁹. Esto significa que cada paciente que contacta a un centro de salud, debe pasar por un proceso previo de evaluación a distancia que logre evitar el contacto excesivo de manera presencial entre pacientes y prestadores de salud. Además de esto, se logra fomentar el uso de otros servicios digitales orientados a la continuidad de atención de los pacientes como la renovación de recetas o el control de pacientes con patologías crónicas.

En el contexto nacional, los tomadores de decisiones de la red pública de atención primaria han decidido impulsar una agenda sanitaria para abordar la pandemia y la continuación del cuidado que pretende facilitar el acceso de la población al sistema de salud mediante el uso de TICs, a través de un incremento e impulso de las tecnologías disponibles, las capacidades institucionales y la formación de los profesionales de salud para facilitar su utilización.

Es por esto por lo que en este documento se presenta un modelo de gestión de la demanda de manera remota en Atención Primaria, junto con consideraciones de implementación que permita coordinar y orientar los recursos de TICS actuales de la atención primaria, logrando mantener el control de la población a cargo y administrar de mejor manera la población a cargo.

Postergación de prestaciones en Chile

El confinamiento prolongado ha tenido como efecto reducciones en la actividad física y los aumentos correspondientes en los comportamientos sedentarios, aumentos en los niveles de estrés y acceso limitado a atención médica de rutina que generaría un aumento de la demanda por enfermedades derivadas de estas consecuencias.

En algunos países se estima una disminución del 50-80% en el número de casos nuevos de pacientes con ACV que podrían haberse beneficiado de terapia y no ingresaron a los hospitales¹⁰. En Inglaterra se registró una reducción de 40% (IC 95%: 37-43) en las hospitalizaciones por síndrome coronario agudo¹¹. España reportó una disminución de 71% en la media de ingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca en el primer mes del confinamiento en comparación a los 3 años previos¹¹.

En nuestro país, la magnitud de este fenómeno aún no ha sido reportado en publicaciones científicas, aunque reportes preliminares han encontrado disminuciones de las consultas por ACV y de las notificaciones de enfermedades GES¹².

Los datos que se conocen en Chile sobre el impacto en las acciones de salud que se efectúan en la red, es que la crisis sanitaria golpea con mucha fuerza. Desde el punto de vista de las consultas nuevas de especialidad y los controles se puede apreciar una caída entre enero y mayo en 1.460.653 atención respecto del 2019¹³.

Gráfico 1. Producción de consultas y controles de especialidad



Fuente: Elaboración propia, en base a datos MINSAL.

Según datos publicado por el proyecto MOVID-19 el 5 de octubre de 2020¹⁴, un 21,3% de los participantes de dicha encuesta refieren haber tenido un problema o necesidad de salud desde el inicio de la pandemia (Marzo 2020) a la fecha, sin embargo sólo un 73.8% accedió a una consulta médica de control, en contraste con los resultados de la CASEN del año 2017 que mostraba que este porcentaje alcanzaba un 93.74%. Al analizar este grupo por seguro de salud se muestran notorias diferencias: Un 54,4% de quienes no tienen previsión de salud y 30,7% de quienes tienen cobertura pública (FONASA) no accedieron a atención ante una nueva necesidad de salud. Esta proporción disminuye a 22,3% entre las personas cotizantes de ISAPRE. Por otro lado, un 31,4% de los pacientes con patologías crónicas tales como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial o enfermedad renal crónica entre otros, reportan haber podido acceder a algún control desde el inicio de la pandemia. En este grupo, también existen diferencias entre seguro de salud, donde el 26.1% de los pacientes FONASA han logrado controles de salud, en contraste al 35.2% de los cotizantes de ISAPRE.

Además de esto, existen diferencias notorias según territorio en la Región Metropolitana donde aquellos que residen en la zona norte y sur-oriente de Santiago son quienes en mayor proporción no acceden a una necesidad de salud en el contexto de la pandemia.

El modelo de administración de la demanda de manera remota tendrá por finalidad lograr corregir la barrera de acceso que se ha generado en la pandemia para poder acceder a prestaciones de salud en la Atención Primaria, como también lograr la continuación del cuidado en aquellos pacientes con afecciones crónicas.

Marco Conceptual

Para la construcción del modelo de atención, es necesario realizar definiciones conceptuales que permitan generar un marco conceptual de entendimiento. Dentro de los marcos conceptuales considerados se encuentran 3

- Tics en contexto de redes integradas
- Priorización en salud en contexto de la atención primaria
- Modelos de gestión de la demanda.

Tecnologías de la Información y la Comunicación (Tics) en contexto de redes integradas.

En el Programa Nacional de Telesalud publicado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales¹⁵ se identifican los siguientes servicios de telemedicina como principales:

- **Servicios de asistencia remota:** pueden referirse, tanto a las teleconsultas de seguimiento, diagnóstico o tratamiento a distancia del paciente, como a los servicios de telemonitorización de pacientes –a menudo crónicos–, que incluyen en muchas ocasiones registros de parámetros biológicos.
- **Servicios de gestión administrativa de las personas usuarias:** incluyen, tanto la solicitud de exámenes, como los aspectos relacionados con la facturación por la prestación de servicios.
- **La formación a distancia** para profesionales, tiene como objetivo suministrar pautas y evidencias sobre salud que faciliten la educación continua de los profesionales de salud.
- **La evaluación y la investigación colaborativa en red:** el uso de las TICS para compartir y difundir buenas prácticas, así como crear conocimiento a través de las acciones y reacciones de sus miembros.

En cada una de estas se diferencian 2 modalidades:

- En tiempo real o modo sincrónico, donde se pueden encontrar atenciones de telemedicina en modalidad de video llamada, telefónica o de mensajería instantánea
- En tiempo diferido o modo asincrónico, o, como también se conoce, el modo de almacenar y enviar, en donde se encuentra la utilización del correo electrónico o mensajería instantánea para proceso de retroalimentación entre otros.

En este contexto, se define que, para la implementación de TICS en el contexto de redes integradas, la Atención Primaria es fundamental dado que debe atender más del 85% de los problemas en salud junto con mantener la continuidad del cuidado y la integralidad de la red. Por lo tanto, un elemento fundamental a la hora de conformar un modelo de gestión de la demanda en Atención Primaria mediante TICS y principalmente telemedicina, es lograr mantener la coordinación del cuidado en los usuarios. Esto considerando, que dentro del país existe una alta fragmentación de la atención y que

los procesos de cambio generan muchas veces pérdida de la continuidad del cuidado al no tomar medidas durante la implementación.

Se define como sistemas logísticos por parte del MINSAL como *“aquellas soluciones que se encuentran fuertemente ancladas en las TICS, entre ellas la telemedicina, que garantiza una organización racional de los flujos y contraflujos de informaciones, productos y personas en el modelo, permitiendo un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia de las personas e intercambios eficientes para la atención de las personas”*

Para lograr sistemas logísticos en APS que permitan mantener la coordinación del cuidado, la evidencia disponible muestra 4 grandes grupos de intervenciones, tomando como referencia una revisión de revisiones sistemática más actualizada y que se resume en la Tabla 1.

Primero, los **sistemas que buscan facilitar los flujos de información entre los distintos actores participantes del cuidado de salud**, tales como los registros clínicos electrónicos compartidos o los sistemas de alerta automatizados vía mail u otras modalidades¹⁶.

Segundo, las **herramientas que permiten la estandarización de cuidados**, los que facilitan la definición de metas y objetivos comunes entre los distintos participantes de los cuidados que permitirían orientar las acciones de salud de una manera más coordinada. Dentro de ellas, destacan la protocolización de procesos y el uso de herramientas para el apoyo en la toma de decisiones compartidas entre pacientes y equipos clínicos de distintos niveles de la red¹⁷.

Tercero, **técnicas para mejorar los procesos de transición**, entendiendo las transiciones como el paso de un caso desde un nivel de atención a otro, conduciendo de manera activa la trayectoria del cuidado permitiendo coordinar las acciones de salud antes y después de la transición. En este grupo se destacan los profesionales gestores de casos y los sistemas de detección precoz de casos complejos que pueden requerir de un seguimiento más activo durante las transiciones¹⁸.

Finalmente, existen **intervenciones de carácter estructural** que requieren un rediseño de la estructura del sistema, tales como la modificación de mecanismos de pago (por ej. bundled-payments) o disminuir la fragmentación del sistema de aseguramiento o prestador¹⁶.

Tabla 1: Categorías de intervenciones para mejorar la coordinación del cuidado

Categorías de intervención	Tipos de intervenciones
Sistemas de información	Registros clínicos electrónicos compartidos Sistemas de alerta y notificaciones automáticas Portales de usuarios Sistemas de auto-reportes de usuarios. Sistemas de comunicación entre profesionales
Herramientas para la estandarización de los cuidados	Protocolos y guías clínicas Sistemas digitales para el apoyo a las decisiones compartidas
Técnicas para mejorar los procesos de transición de casos	Profesionales de enfermería gestores de casos Equipos multidisciplinares en red Modelos predictivos para detección de casos complejos Sistemas de seguimiento post-alta hospitalaria
Rediseño del sistema	Modificación de mecanismos de pago para incentivar la coordinación Reducir barreras de acceso al sistema de salud Disminuir la fragmentación en el aseguramiento o la prestación

* Extraído de " Powell D, et all. Coordination of care within primary health care and with other sectors: A systematic review; Centre for Primary Health Care and Equity School of Public Health and Community Medicine University of New South Wales. 2006¹⁰.

En la construcción del modelo de gestión de demanda remoto, se incorporarán como intervenciones **aquellas vinculadas con sistemas de información, herramientas de estandarización del cuidado y las técnicas para mejorar los procesos de transición de caso, específicamente los profesionales gestores de casos**. Los procesos vinculados a rediseños del sistema se dejarán fuera dado que exceden los objetivos propuestos por el modelo.

Priorización en salud en el contexto de la Atención Primaria

El *triage* originario viene del verbo francés "trier" que significa "ordenar" y se utilizó por primera vez en los mercados del siglo XV en Inglaterra y Francia. En los desastres, además de clasificar y priorizar a los pacientes, el triage también incluye la asignación de recursos escasos para "hacer el mayor bien para el mayor número"¹⁹.

Dentro del área de la salud, se han implementado modelos de triage dentro de los diferentes niveles del sistema de salud, donde en el nivel primario ocurre principalmente con el objetivo de determinar las prioridades para atender pacientes durante el día o de manera diferida y discernir sobre la necesidad de transportar al pacientes a un recinto de salud de atención terciaria o de urgencia¹⁹.

Se describe que las principales competencias que debe tener un profesional o técnico de salud que realice un proceso de priorización son una amplia experiencia clínica, liderazgo fuerte, comunicación efectiva y toma ágil de decisiones. Si bien el triage se realiza por solo una persona, es necesario el apoyo de un equipo multidisciplinario. El uso de protocolos locales para triage genera beneficios y mejora la coherencia interna y es necesario establecer un modelo de gestión del centro de salud que facilite los sistemas de priorización.

En el contexto de la reorganización de la atención en el nivel primario de salud, la autoridad sanitaria ha publicado diferentes recomendaciones donde se ha incluido la necesidad de realizar procesos de priorización de la atención o triage en la atención primaria. El manual de estrategias y buenas prácticas frente al COVID-19 a nivel Municipal publicado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales²⁰. Se recomienda realizar un sistema de priorización de atenciones presenciales, intentado lograr trasladar la mayoría de las prestaciones de manera remota, principalmente por vía telefónica. Dentro de los criterios que se mencionan a considerar para la priorización de atenciones se encuentra la realización de controles de usuarios en condición de cronicidad considerando la estrategia de cuidados integrales publicada por el MINSAL en Enero del 2020, logrando tener mayor énfasis en la atención en un menor plazo en usuarios con un alto número de condiciones de cronicidad (superior o igual a 5) logrando preferir una atención presencial integral²¹.

Además, se recomienda priorizar en atenciones presenciales a los menores de 6 meses en acuerdo con el documento "Continuidad de la Atención Primaria de Salud, para niños y niñas en el contexto de alerta sanitaria COVID-19"²².

En concordancia con la evidencia disponible y las recomendaciones de la institucionalidad sanitaria respecto al proceso de priorización, es que se considerara dentro de los criterios de priorización para la atención **la condición de cronicidad de los usuarios, y en especial priorizar en la atención presencial a aquellos usuarios que presentan múltiples condiciones de cronicidad y en pacientes menores de 6 meses.**

Modelos de gestión de la demanda.

La implementación de modelos de atención en el nivel primaria implica poder organizar recursos de la mejor manera para lograr satisfacer una amplia demanda logrando mantener la continuidad del cuidado. Es por esto por lo que la gestión de la demanda implica poder mediar entre la disponibilidad de los prestadores de salud y las condiciones que permitan facilitar el acceso a la población²³.

Es por esto, que en el mundo existen diversos modelos de gestión de la demanda. Una revisión de la literatura del año 2018²⁴ describe 4 modelos principales de gestión de la demanda:

- **Atención durante el día sin cita previa:** Se entrega disponibilidad horaria de atención para el mismo día que se solicita, hasta completar la agenda del profesional de salud. Se atiende toda la demanda que llega hasta completar el horario que se restringe por lo general a la jornada matinal, denegando la cita fuera del horario postergando la solicitud al día siguiente. Este modelo se desarrolló principalmente en España hasta antes de la reforma de la APS, donde posteriormente se incorporó un sistema más flexible donde se permite agendar citas previas por el profesional.
- **Atención con cita previa agendada:** Todas las atenciones se realizan con agendamiento previo de atención, generando una lista de espera. Se suele atender a usuarios que no tienen cita previa, cuando se completan las atenciones de los pacientes agendados y queda horario disponible. Se genera una especie de “castigo” a los usuarios cuando no realizan agendamiento previo.
- **Atención con cita previa compartimentada:** Se reserva parte de la agenda de atenciones para pacientes que solicitan atención durante el mismo día, y el resto se completa con solicitudes agendadas previamente. En este modelo, se generan listas de espera dado que existen incentivos para consultar el mismo día para ser atendidos, por sobre el agendamiento.
- **Atención de acceso avanzado:** El principio dentro de este modelo es “resolver hoy las solicitudes que surjan hoy” ofreciendo suficientes modalidades de atención para evitar generar listas de espera con las solicitudes que llegan durante el día. Se conserva la consulta previa agendada para usuarios que no quieran atención durante el mismo día, pacientes con control de cronicidad o condiciones agudas que requieran seguimiento.

El modelo de atención de acceso avanzado, es utilizado en países como Canadá y Reino Unido, donde su fundamento es lograr equilibrar la oferta de prestaciones con la demanda, reducir las atenciones presenciales, aumentar la oferta por distintas vías de atención, reducir el tipo de citas a las mínimas necesarias, evitar la generación de listas de espera y desarrollar planes de contingencia para abordar las variaciones diarias y estacionales de la oferta y la demanda.

Tabla 2: Fundamentos del modelo de acceso avanzado

Principio del modelo de Acceso Avanzado	Estrategias
Conocer y equilibrar la oferta y la demanda	<ul style="list-style-type: none"> - Estimar la demanda mensual de cada profesional de salud para lograr estimar la oferta. - Conocer la variabilidad de la demanda según días de la semana (por ejemplo lunes mayor demanda)
Aumentar la oferta de citas	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar funciones de cada miembro del equipo de salud, según sus competencias para no mezclar roles. - Cada profesional debe realizar las tareas que solo él puede realizar. - Ofertar prestaciones en salud que pueden ser resueltas por funcionarios no profesionales de la salud como el agendamiento de exámenes. - Generar guías y protocolos para resolución de demandas poco complejas y habituales - Ofrecer actividades grupales para procesos crónicos prevalentes, como por ejemplo uso de inhaladores en pacientes EPOC.
Reducir la demanda de consultas	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la resolución en cada cita no dejando para otro día lo que se puede resolver en una sola atención el mismo día. - Extender intervalos de atención entre controles de patologías crónicas - Realizar acciones para evitar el ausentismo a controles de salud, mediante recordatorios telefónicos o de mensajería. - Ofrecer alternativas a las citas presenciales, por ejemplo vía telefónica. - Fomentar la autonomía del paciente, evitando controles innecesarios. - Revisar controles futuros de los pacientes
Disminuir los tipos de citas	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir el número de citas a las mínimas necesarias: Presencial, Telefónica, domicilio y administrativa por ejemplo. - Reducir variabilidad de duración de las

	<p>citas, por ejemplo telefónica 5 minutos con posibilidad de extensión a 10.</p>
<p>Reducir o eliminar la lista de espera</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo semanal del retraso generado en las atenciones. - Planificar medidas correctoras - Prever refuerzo de personal de salud en momentos de aumento de la demanda.
<p>Desarrollar planes de contingencia para abordar las variaciones diarias y estacionales en la oferta y la demanda</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación de la distribución de trabajo adicional que se pueda generar en situaciones excepcionales - Reducir las atenciones previsibles, como los controles de pacientes con cronicidad.

Fuente: Luque-Mellado, Improvement in the management of demand in a primary care team, Medicina de Familia. SEMERGEN. 2018. Vol. 36. Núm. 5. páginas 243-252 (Mayo 2010)

Tomando en consideración el modelo actual de gestión de la demanda de nuestro país, sumado a que los modelos de acceso avanzado incluyen dentro de su composición la utilización de Tics y proceso de priorización, es que será el **considerado para la elaboración del modelo de gestión de la demanda remota.**

Modelo de administración remota de la demanda

Objetivos del modelo

El modelo de administración de la demanda de manera remota en Atención Primaria se constituirá como una herramienta de gestión eficiente de la demanda desde la APS, para una atención oportuna, accesible, resolutive y segura. Se utilizará como base los modelos de gestión de acceso avanzado, combinando estrategias para la implementación de Tics más las sugerencias de la autoridad sanitaria para la priorización de usuarios.

Sus objetivos principales son:

- Administrar la demanda de los Centros de Salud Familiar de manera remota, evitando el contacto persona a persona de manera innecesaria.
- Aumentar el acceso de los usuarios a las prestaciones de salud de la atención primaria
- Mejorar la oportunidad de atención de los usuarios.

Componentes del modelo

El modelo tendrá como componentes principales un formulario digital de ingreso, desde el cual el usuario ingresa una solicitud de atención en salud sumado a antecedentes personales que permitirán su identificación, como también antecedentes clínicos que entregarán información complementaria al motivo de consulta.

Esta información será revisada por un profesional de salud que tomará la decisión de la vía de atención, el tipo de atención y la prioridad de la atención.

Formulario de solicitud: La puerta de entrada al modelo.

Todos los canales de acceso llevarán al mismo punto común que es el formulario de solicitud del usuario. Este formulario, tiene por objetivo recopilar información fundamental para facilitar el proceso de priorización de la solicitud y encaminar la solicitud al profesional más idóneo para dar respuesta. En la Tabla 3 se detallan los componentes del formulario.

Los usuarios podrán acceder al formulario de solicitud a través de las redes sociales que cuente el Centro de Salud (Ej. Facebook, Instagram), por Whatsapp Business, vía página web y vía telefónica. Diversificar los canales aminora la espera en una una sola vía y permite a los usuarios escoger. Por otra parte, mantener otras vías permiten reducir las barreras de acceso en usuarios con baja alfabetización digital y/o que prefieren un canal de comunicación en particular como lo presencial.

Se sugiere que privilegie la vía web, Whatsapp Business y Facebook Messenger, ya que éstas no requieren un delta de tiempo entre la solicitud y el acceso al formulario de solicitud. En la página web el formulario estará disponible inmediatamente y tanto Facebook Messenger como Whatsapp Business permiten generar mensajes automáticos (con el link al formulario) apenas el usuario envía un mensaje.

El mensaje de bienvenida debería dejar claro que el formulario no debe ser usado en caso de urgencia y dar las indicaciones donde encontrar la información para acceder a ese tipo de atención. Además, debe entregar información respecto del procedimiento para inscribirse en el CESFAM.

Dentro de la opción del tipo de prestador, se definen 3 tipos de prestaciones principales que son básicas para el funcionamiento del modelo: Medicina General, Matronería y Odontológica, las cuales tienen definida previamente los tipos de solicitud. Cada centro según su capacidad de oferta podrá decidir

Tabla 3. Canales de acceso al Centro de Salud y características de esos medios

Canal de acceso	Observación
Facebook	Es la red social más utilizada en el país (12 millones de usuarios). A través de su herramienta <i>Facebook Messenger</i> asociado a una página de la red social, permite el contacto con el Centro de Salud. Un 77% de los usuarios acceden a la red social sólo a través de su celular, mientras que un 21.5% utiliza tanto el celular como un computador. El usuario que escoja esta vía, un administrativo deberá enviar manualmente un mensaje estandarizado que incluya
Instagram	Segunda red social más utilizada en el país (8.2 millones de usuarios). A través de su herramienta <i>Direct</i> permite la comunicación con el perfil del Centro de Salud. Si bien tiene un perfil de usuario más joven, la herramienta <i>Direct</i> tiene menos funcionalidades que <i>Facebook Messenger</i> .
Whatsapp Business	Herramienta de negocios gratuita de Whatsapp, permite la generación de mensajes automáticos personalizables en el primer contacto, así como también personalizar mensajes en horarios específicos y días durante la semana. Además, se pueden categorizar los mensajes. La penetración de Whatsapp en Chile es del 80%, lo que lo convierte en una herramienta muy disponible en el día a día.

Teléfono	El acceso a teléfono es muy amplio en el país, a través de esta vía un usuario podrá ingresar su solicitud. Un administrativo recibirá la llamada e ingresará la información al formulario de solicitud.
----------	--

<https://yiminshum.com/social-media-chile-2020/>

<https://es.statista.com/grafico/17500/uso-de-whatsapp-en-america-latina/>

Tabla 4: Objetivos y componentes del formulario de solicitud del usuario

Información a obtener	Detalle	Objetivos
Identificación y medios de contacto	Nombre social (obligatorio)	Obtener datos mínimos de identificación y contacto. Tener datos para confirmar que persona esté inscrita o viva en territorio de CESFAM.
	RUT (obligatorio)	
	Dirección actual (opcional)	
	Teléfonos de contacto (obligatorio)	
	Correo electrónico (opcional)	
	Vía de contacto de preferencia o de disponibilidad: Telefónica, Mensajería Instantánea u otra (obligatorio)	
Identificación de condición de cronicidad.	Condición de enfermedades crónicas. (opcional)	Permite levantar información respecto a la condición de cronicidad del paciente, que será útil para conformar la priorización de atención.
Identificación inicial de prestador	Tipo de prestación en salud que cree que es el más adecuado para resolver su necesidad: Medicina General,	Permite levantar información para que el profesional gestor de priorización, por ejemplo atención con dentista.

	Matrneria, Odontología u otro (obligatorio)	
Identificación inicial de tipo de atención (en caso de seleccionar Medicina General)	Tipo de atención que cree es más adecuada para resolver su necesidad: Atención Administrativa, Control de enfermedad crónica, Atención de salud general. (obligatorio)	Permite diferenciar condiciones agudas o exacerbaciones de condiciones crónicas que pudieran requerir una intervención con mayor celeridad que las atenciones por condiciones crónicas estables, y priorizar la aparición en bandeja de funcionario(a) gestor(a) de priorización
Motivo de consulta	Categorías iniciales cerradas de motivo de consulta (obligatorio)	Permite generar categorías de rápida revisión por parte del profesional de salud gestor de priorización. Por ejemplo renovación de receta.
Descripción breve del motivo de consulta	Escritura libre o combinación con categorías cerradas (opcional)	Insumo para determinar conducta clínica - Identificación de signos/síntomas de alarma
Mensaje final automático	Aviso estándar	<p>Informar sobre tiempos máximos de procesamiento de su solicitud</p> <p>Orientar al usuario(a) a consultar en Servicio de Urgencia en caso de no obtener respuesta a su necesidad</p> <p>Regularizar el número de veces de contacto al usuario por parte del equipo de salud, con más de 3 intentos y sin respuesta se egresara la solicitud.</p>

Tabla 5: Identificación inicial del prestador

Prestador	Solicitud de atención
Medicina General	<ul style="list-style-type: none"> - Atención administrativa - Control de enfermedad crónica - Atención de salud general.
Matróneria	<ul style="list-style-type: none"> - Regulación de la fecundidad (métodos anticonceptivos). - Control prenatal (embarazo) - Morbilidad Obstetrica y ginecologica. - Control ginecológico integral - Revisión de exámenes.
Odontológica	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta dental por molestia reciente - Consulta dental por continuidad de tratamiento ya iniciado en el programa. - Control sano preventivo
Otras	Según la definición de cada centro de salud que implemente el modelo.

Tabla 6: Condición de cronicidad para control.

Categorías de prestaciones administrativas
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Hipertensión Arterial - Diabetes Mellitus tipo 2 - Dislipidemia - Síndrome Metabólico - Hipotiroidismo - Artrosis - Demencia - Controles en Salud Mental - Insuficiencia Cardíaca - Enfermedad Pulmonar Obstructiva - Tuberculosis - Asma - Otras: Texto libre

Tabla 7: Motivos de atención administrativos

Tipo de solicitud administrativa	Opciones
Renovación de receta	<ul style="list-style-type: none"> - Anticonceptivos - Cardiovascular - Respiratorio - Salud Mental - Artrosis - Otra
Revisión de exámenes.	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio general - Radiografía - Endoscopia - PAP- VPH - Mamografía - VIH y VDRL - Espirometría - Otra
Solicitud de exámenes	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio general - Espirometría - VIH y VDRL - Radiografía - PAP-VPH - Mamografía - Otra
Certificados	<ul style="list-style-type: none"> - Control Sano - Certificado de historial clínico - Tramite de jubilación por invalidez - Apelación licencia medica - otro
Dudas de funcionamiento del centro.	

Tabla 8: Atención de salud general

Tipos de atenciones	Opciones
Descompensación de cronicidad	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión Arterial - Diabetes Mellitus tipo 2 - Dislipidemia - Síndrome Metabólico - Hipotiroidismo - Artrosis - Demencia

	<ul style="list-style-type: none"> - Controles en Salud Mental - Insuficiencia Cardíaca - Enfermedad Pulmonar Obstructiva - Tuberculosis - Asma - Otras: Texto libre
Controles de Salud Preventivos	<ul style="list-style-type: none"> - Control de niño sano - Control de salud jóvenes 10-19 años - Examen de medicina preventiva 20- 64 años - exámenes de medicina preventiva 64 años o más
Morbilidad general	<ul style="list-style-type: none"> - Menor a 1 año - Embarazada - Otro.

Tabla 9: Motivo de consulta

Categorías de prestaciones administrativas
<ul style="list-style-type: none"> - Dolor de garganta - Síntomas de resfriado - Dolor de oídos - Dolor nasal y fiebre - Baja de audición - Tos - Cese de tabaquismo - Sonidos respiratorios - Fiebre y dolor al respirar - Expectoraiones - Dolor torácico - Palpitaciones - Aumento de volumen en extremidades - Dolor abdominal - Acidez o reflujo - Diarrea - Constipación - Dolor al orinar (sospecha de infección urinaria) - Mareo o vértigo - Dolor cervical - Lesiones en piel - Dolor en hombro - Dolor de manos y dedos - Dolor de rodilla

- Dolor de espalda
- Disminución de la agudeza visual
- Ojo rojo
- Ansiedad
- Insomnio
- Alteraciones menstruales
- Infecciones vaginales
- Masa mamaria
- Cansancio o baja de ánimo

Equipo principal del modelo de gestión de la demanda remota

Dentro de los distintos roles básicos que deben asumir el equipo de salud para el funcionamiento del modelo, se encuentra los siguientes:

- **Profesional gestor de la priorización:**

Realizar revisión de ficha clínica y de datos obtenidos por el formulario de solicitud del usuario, además de obtener información extra si es necesario por vía remota de preferencia de usuario. Determina la vía de atención (presencial o remota), la priorización de atención (Alta, Mediana o Baja) y confirma el tipo de prestación. Además, realizará la derivación al gestor de caso en aquellas situaciones donde se difiera la atención para otros días (como por ejemplo controles de cronicidad).

- **Administrativo del modelo de gestión**

Verificar estado de inscripción de usuario(a) que consulta y actualizar sus datos en caso necesario (dirección y teléfono), resuelve dudas de funcionamiento del centro y genera el agendamiento de las prestaciones obligatorias presenciales y las solicitudes administrativas.

- **Profesional de salud en atención remota de solicitudes diarias.**

Realizará las atenciones vía telefónica de aquellas solicitudes de atención en salud que correspondan a atención de salud general, y realizará una programación de atenciones presenciales en aquellas situaciones que considere que no se pueden resolver de manera remota.

- **Profesional gestor de casos.**

Agendamiento de controles de acuerdo con determinación de gestor(a) y avisar al usuario(a) de su agendamiento, además de revisar aquellas solicitudes de atención que no pudieron ser atendidas dentro de los plazos establecidos.

Consideraciones del profesional gestor de la priorización

- Se estima que estos profesionales son los que cuentan con la mayor amplitud de conocimientos de los procesos salud enfermedad de su población a cargo. De tal manera, que son los de elección para tomar la decisión de triage. En el modelo el profesional enfermero(a) puede tener de consultor a su par médica(o) si estuviera disponible.
- En espacios donde no sea posible contar con médico la ejecución del triage puede ser asumida por otro profesional del equipo (nutricionista, matrona(o) y/o kinesióloga(o)) previa capacitación para ejercer la función.
- El profesional que asuma el triage deberá contar con un perfil de usuario de la ficha clínica electrónica que le permita agendar pacientes a cualquier profesional del centro de salud, así como también, solicitar exámenes y agendar la toma de muestra.
- El profesional que realiza el triage deberá estar disponible para esta actividad durante el momento de mayor demanda de horas por la mañana (60-90 minutos) de acuerdo a la realidad de cada centro, posteriormente será un administrativo capacitado quien asume las funciones.

Procesamiento de la solicitud en formulario y toma de decisiones

Con la información obtenida desde el formulario único de ingreso de solicitudes en salud, más la información que complementará el profesional gestor de la priorización, se debe obtener como resultado del modelo 3 determinaciones:

- Vía de atención
- Prioridad de la atención
- Confirmación de tipo de solicitud de atención

Vía de atención

Considerando como modelo de gestión de referencia el de acceso avanzado, se debe buscar poder trasladar todas aquellas solicitudes en salud que se puedan resolver de manera no presencial a la modalidad remota, utilizando principalmente la vía telefónica como preferente dada su facilidad de uso tanto por profesionales de la salud como por parte de los usuarios. Aquellas atenciones que son de carácter administrativo, su resolución será remota y en aquellas que requieran agendamiento presencial, se le comunicará al paciente por mensajería instantánea la fecha de esta.

Por otro lado, es relevante en una manera inicial en el flujograma del modelo lograr diferenciar cuales son aquellas prestaciones que por su característica solamente se pueden realizar de manera presencial, las cuales se proponen en la siguiente tabla.

Tabla 9: Solicitudes de atención de exclusividad presencial

Exclusividad de atención presencial
<ul style="list-style-type: none"> - Odontológica - Control Gineco-Obstétrico - Atención para pacientes de 0 a 6 meses de edad - Control de niño sano de 0 a 3 meses - Control de niño sano de 6 a 18 meses - Control de niño sano de 4 a 9 años - Atención por VIF y/o maltrato infantil - Solicitud de atención para pacientes con criterio de realización de PCR por sospecha de COVID-19 - Solicitud de atención para manejo de herida o control - Solicitud de atención para control post-alta por condiciones específicas definidas previamente.

En el resto de las solicitudes que corresponden a los tipos de prestaciones por control de enfermedad crónica y por solicitud de atención general, se utilizarán criterios distintos para la definición de atención presencial o remota. En el caso de las atenciones de salud general se determinará según la consideración del profesional gestor de priorización considerando si la realización de un examen físico cambiaría conducta, presencia de signos de alarma en anamnesis, relato poco confiable, rechazo de atención remota o que pertenezca a algún grupo de riesgo.

En el caso de solicitud de atención por control de enfermedad crónica, se tomarán como criterios el número de cronicidades, la presencia de signos o síntomas de alarma y última fecha de control con última fecha de realización de exámenes.

Tabla 10: Criterios de atención presencial

Motivo de atención	Criterios para atención presencial
Salud general	<ul style="list-style-type: none"> - Examen físico tiene alta probabilidad de cambiar la conducta. - Durante la anamnesis refiere síntomas o signos de alarma - Relato poco confiable para descartar síntomas o signos de alarma - Rechaza atención remota por la dificultad de llevarla a cabo. - Pertenece a grupo de riesgo - Descompensación de enfermedad crónica en condición de 4 o más

	cronicidades, con un puntaje 2 o superior en escala de priorización de multimorbilidad.
Control de enfermedad crónica	<ul style="list-style-type: none"> - 5 o más condiciones de cronicidad. - Último examen físico no vigente (6 meses o 1 año según riesgo individual) - Durante la anamnesis refiere síntomas o signos de alarma. - Rechaza atención remota por la dificultad de llevarla a cabo.

Tabla 11: Escala de priorización atención de usuarios con condición crónica

Criterio de priorización	Puntaje
HbA1c >11%.	1
Presión Arterial \geq 180/110 mmHg en al menos 2 tomas distintas de acuerdo a procedimiento estándar	1
Polifarmacia (\geq 7 medicamentos distintos diarios)	1
Consulta a Servicio de Urgencias por patología crónica en el último mes.	1
Hospitalización por patología crónica en los últimos 3 meses.	2
Amputación por DM hace menos de 6 meses	2
Persona de 75 años y más que presenta 1 o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico funcional de autovalente con riesgo, en riesgo o dependiente. • Riesgo de caídas alto, evaluado por test "Get Up and Go". • No cuenta con redes de apoyo. • Hospitalización por patología aguda en los últimos 3 meses. 	1
Úlcera activa en EEII	1
Ideación o intento suicida (registrada hace menos de 6 meses)	1
Educación mayor a 12 años	-1
Redes de apoyo activas	-1

Fuente: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el contexto de multimorbilidad. Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Atención Primaria 2020

Los criterios mencionados para atención presencial o remota deben ajustarse según la disponibilidad de oferta y considerando planes de contingencia para aquellos días que aumente la demanda.

Priorización de atenciones

Realizar la priorización permite que personas con motivos de consulta de prioridad alta tengan una hora de atención asignada dentro del mismo día o al día siguiente, procurando alcanzar un acceso avanzado a la APS. La prioridad asignada, tiene por finalidad poder entregar una orientación respecto a cómo ordenar aquellas prestaciones que no se puedan solucionar durante el día de manera telefónica por el profesional de salud en atención remota de solicitudes diarias y requieran realizar un agendamiento. Esta priorización se basa en la posibilidad de que las personas puedan tener un desenlace desfavorable de su condición de salud en el corto, mediano o largo plazo. Además de esto, se definirá una población de riesgo para la atención de salud general que se le entregará prioridad de atención, como también aquellos pacientes en control de sus condiciones crónicas que presenten un puntaje igual o superior a 2 en la escala de priorización anteriormente mencionada.

La población de riesgo será definida por cada centro que implemente el modelo según sus características locales.

Esta definición será realizada por el profesional gestor de priorización, de tal forma de facilitar la construcción de agenda por parte del gestor de casos.

Tabla 12: Criterios de prioridad de solicitudes de atención

Tipo de Solicitud	Prioridad Asignada	Significado	Plazo de agendamiento
Salud General (enfermedad aguda o descompensación de enfermedad crónica)	Alta	Condición de la persona conduce a desenlaces desfavorables y evitables en el corto plazo (días) o población de riesgo	24 horas (de no ser posible, acudir a SU/SAPU)
	Media	Condición de la persona podría conducir a desenlace desfavorables y evitables en el mediano plazo (semanas)	48 – 72 horas

	Baja	Condición clínica de la persona puede tener un periodo de espera prolongado sin deteriorar su salud (> 1 mes)	7 días.
Control de enfermedad crónica	Alta	La condición de la persona conduce a desenlaces desfavorables y evitables en el corto plazo (días) o puntaje 2 o superior en escala de priorización de multimorbilidad.	24 horas (de no ser posible, acudir a SU/SAPU)
	Media	Condición de la persona podría conducir a desenlace desfavorables y evitables en el mediano plazo (semanas)	48 – 72 horas
	Baja	Condición clínica de la persona puede tener un periodo de espera prolongado sin deteriorar su salud (> 1 mes)	7 días.
Solicitud de receta.	Baja	Condición clínica de la persona puede tener un periodo de espera prolongado sin deteriorar su salud (> 1 mes)	7 días.

Fuente: Elaboración del CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi.

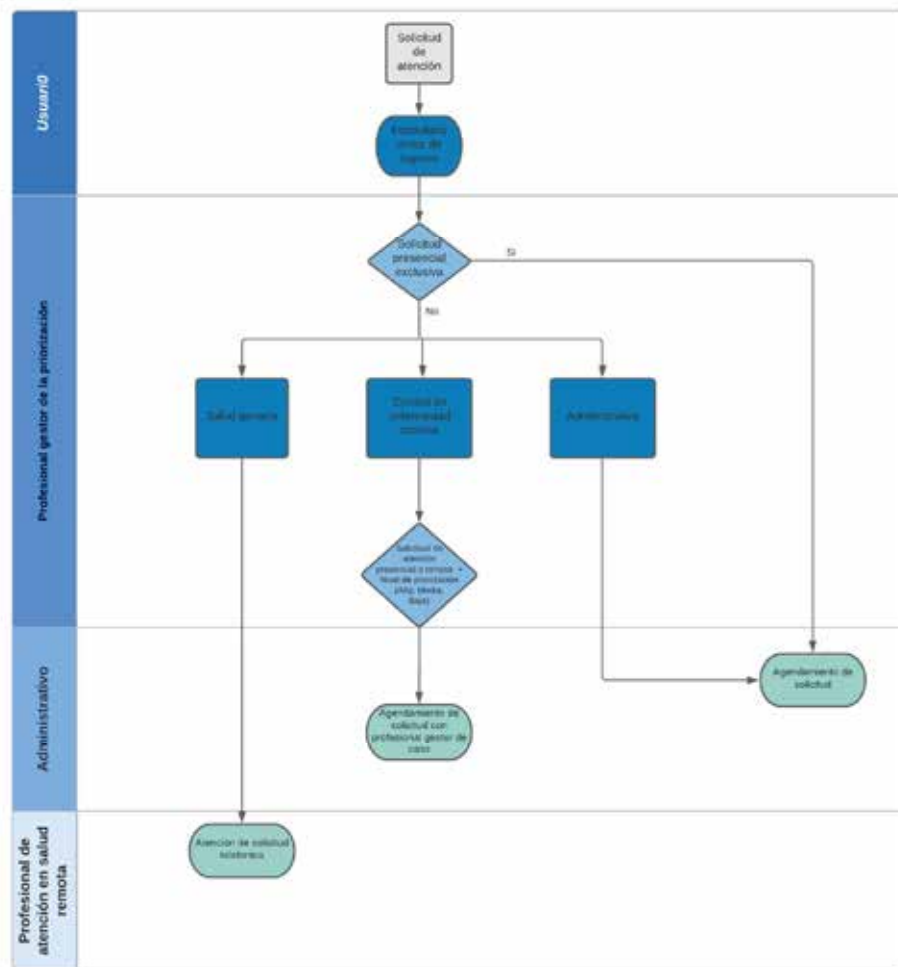
Confirmación de tipo de solicitud de atención

En la parte inicial del flujo de atención, es relevante que se realice una definición respecto a si la solicitud corresponde a una de las 3 categorías principales: Administrativa, Salud General o Control Crónico.

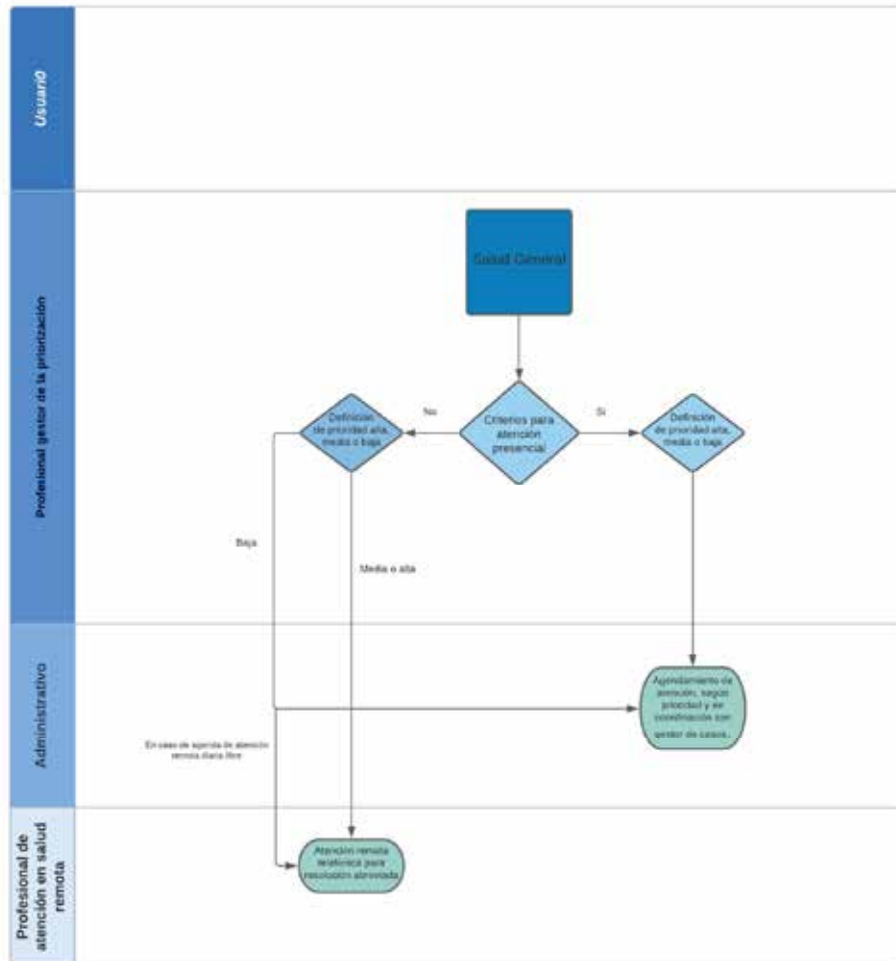
Esta pregunta será incluida dentro del cuestionario, pero es relevante la confirmación de esta información desde el motivo de consulta por parte del profesional gestor de la priorización, de tal manera de facilitar la toma de decisiones posteriores.

Diagramas de flujo de los procesos del modelo

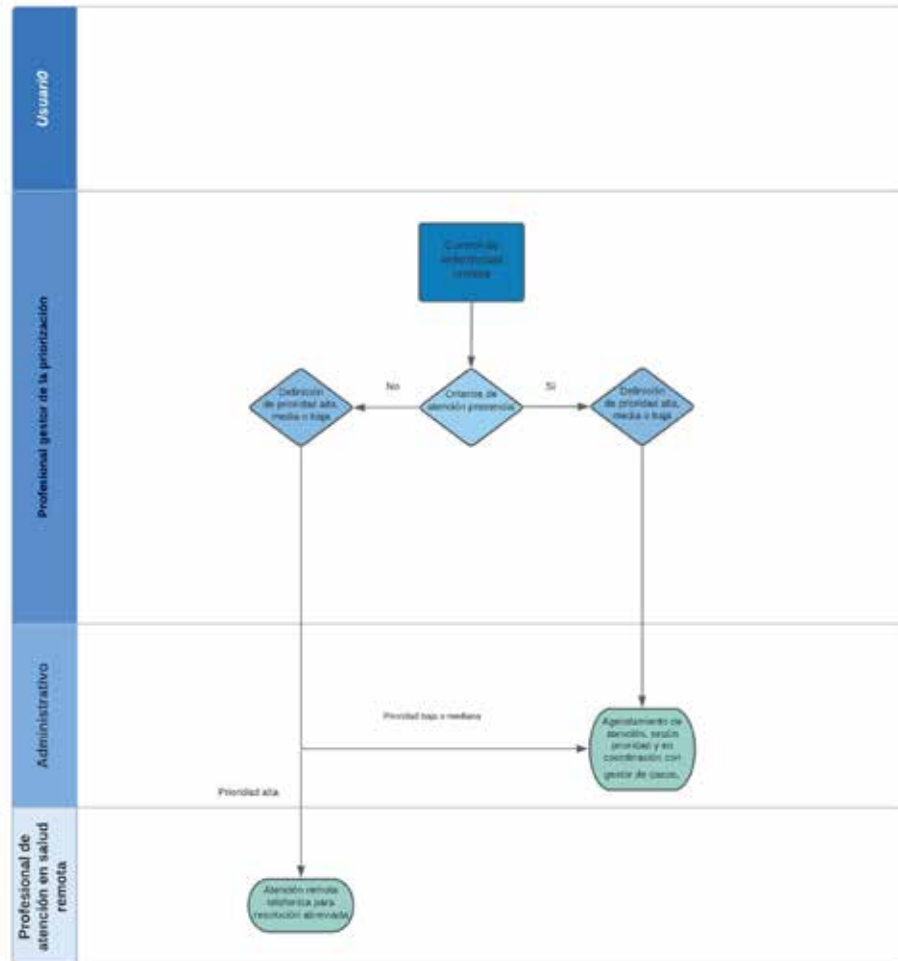
Flujograma 1: Modelo de gestión de la demanda remota



Flujograma 2: Modelo de atención Salud General



Flujograma 3: Modelo de atención control condiciones crónicas



Referencias

1. Jennifer A Schrack, MS, Amal Un Wanigatunga, MPH, Stephen P Juraschek M. Después de la COVID-19 Pandemic: The Next Wave de desafíos para la salud de los adultos mayores. *Journals Gerontol Ser A*. Published online 2020. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa102>
2. Greenhalgh Trisha, Koh Gerald Choon Huat CJ. Covid-19: a remote assessment in primary care. *Bmj*. Published online 2020:368 :m1182.
3. Medical Technology Unit - Swiss Federal Office of Public Health. Health Technology Assessment (HTA) database Copyright © 2015 Medical Technology Unit -Swiss Federal Office of Public Health (MTU-SFOPH). *Med Technol Unit - Swiss Fed Off Public Heal*. Published online 2015.
4. Comisión de las Comunidades Europeas. , La telemedicina en beneficio de los pacientes, los sistemas sanitarios y la sociedad. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. *Com las Comunidades Eur*. 2008;COM 689.
5. Laver KE, Adey - Wakeling Z, Crotty M, Lannin NA, George S SC. Servicios de telerehabilitación para accidentes cerebrovasculares. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2020;(. DOI: 10.1002 / 14651858.CD010255.pub3.).
6. Van-Velthoven MHMMT, Tudor Car L, Gentry S CJ. Telephone delivered interventions for preventing HIV infection in HIV-negative persons. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;5. Art. doi:DOI: 10.1002/14651858.CD009190.pub2.
7. Vodopivec-Jamsek V, de Jongh T, Gurol-Urganci I, Atun R CJ. Mobile phone messaging for preventive health care. *Cochrane Database Syst Rev*. Published online 2012. doi:10.1002/14651858.CD007457.pub2.
8. Jobé J, Ghuysen A D V. Le triage infirmier avancé aux Urgences [Advanced nurse triage for emergency department. *Rev Med Liege*. 2018;73(5-6):229-236.
9. NHS. Advice on how to establish a remote ‘total triage’ model in general practice using online consultations NHS. Published online 2020.
10. Markus HS BM. COVID-19 and stroke—A global World Stroke Organization perspective. *Int J Stroke*. 2015;20:361–4.
11. Mafham MM, Spata E, Goldacre R, Gair D, Curnow P, Bray M et al. COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England. *Lancet*. Published online 2020. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620313568>.
12. Subsecretaria de Salud Publica. Norma Generales. Subsecretaria de Salud Pública. Dispone que los establecimientos de atención primaria de salud ejecuten las medidas que se indican. Published online 2020.
13. MINSAL. Subsecretaria de redes asistenciales. “El desafío de una red coordinada” presentación realizada por Jose Luis Novoa Rodríguez. Published online 2020.
14. Proyecto MOVID. ¿Cuál ha sido el impacto de la pandemia en el acceso a atenciones de salud? Un análisis para la adaptación de nuestro sistema de salud. Published online 2020.
15. Asistenciales S de R. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Published online 2020.
16. Maeda A. National planning and regulation under pressure: application of HTA in developing countries. *Present en la 6ª Reun Anu HTAi*. Published online 2009.
17. Steyerberg E. Clinical Prediction Models: A Practical Approach to Development, Validation, and Updating. *Springer Sci Bus Media, Singapore*. Published online 2009.
18. Daines L, McLean S, Buelo A, Lewis S, Sheikh A PH. Systematic review of clinical prediction models to support the diagnosis of asthma in primary care. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2019;29 (1).
19. Christian MD. Triage Crit Care Clin. *Epub*. 35 (4):575-589. doi:10.1016
20. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Manual de Estrategias y Buenas Prácticas

- frente a COVID-19 a Nivel Municipal. Published online 2020.
21. Asistenciales S de R, Primaria D de A. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el contexto de multimorbilidad. Published online 2020.
 22. Subsecretaría de Salud Pública- Subsecretaria de redes. Continuidad de la Atención Primaria de Salud, para niños y niñas en el contexto de alerta sanitaria COVID-19. 2020.
 23. Ansell, D., Crispo JA. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Heal Serv Res*. Published online 2017:295.
 24. Luque-Mellado. Improvement in the management of demand in a primary care team. *Med Fam Semer*. 2018;36:243-252.