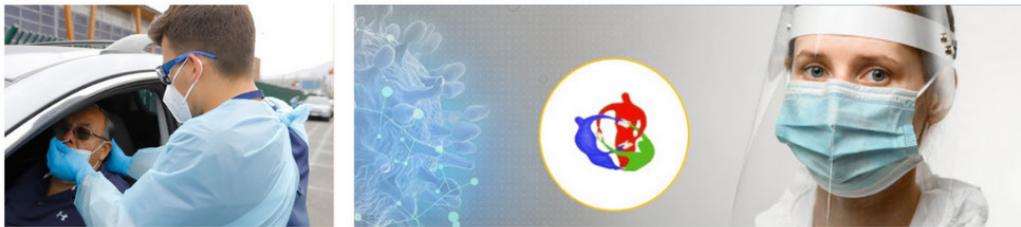




Comunidad de Prácticas en APS

MEDICINA

Familiar



COMUNIDAD DE PRACTICAS EN APS

una edición de experiencias centradas en la persona y su comunidad

EDICIÓN ESPECIAL 2021



Vol XVI, N°2, julio de 2021
ISSN 0717-5965

La Revista Chilena de Medicina Familiar es una publicación oficial de la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile, fundada en 1999. Está dirigida a los equipos de salud que se desempeñan en el ámbito de la Salud Familiar y Comunitaria.

Su objetivo es la publicación y consulta de trabajos originales, revisión de temas de interés, análisis de casos y experiencias locales que lleven a fortalecer los pilares del modelo de Medicina Familiar a través de profundización de temas de utilidad común.

La comunidad de Prácticas en APS ha seleccionado de un total de 25 experiencias, 12 que cumplen con los criterios de pertinencia, trabajo en equipo, orientadas a dar respuesta a necesidades locales, posibilidad de replicabilidad en contextos similares y todas ellas basadas en los principios de la APS que conforman el número especial dedicado a Experiencias de APS en pandemia.

Como comité editorial esperamos se sigan entusiasmando con el envío de propuestas para generar una dinámica de revisión y contraste de la información en donde se enriquezca la experiencia literaria desde la perspectiva científica.

Directores Editoriales

Diana Carolina Cáceres Vásquez
Fernando Alexis Cáceres Herrera

Editores Ejecutivos

Eleana Oyarzún Neumann
Isabel Segovia Dreyer

Colaboradores

Mario Cruz Peñate,
OPS/OMS. Chile

Irma Vargas Palavicino,
MINSAL

Joaquín Montero Labbe,
Pontificia Universidad Católica de Chile

Patricia Villaseca Silva,
Universidad de Concepción

Ricardo Fábrega Lacoa,
OPS/OMS

Jorge López Galvez,
APS Puerto Montt

Carolina Reyes Bahamonde,
Universidad de Valparaíso

Isabel Segovia Dreyer,
Universidad de Chile

Lilian Fernández Fernández,
Universidad La Frontera

Colaboradores

Patricia Pérez Wilson,
Universidad de Concepción

Lidia Campodónico Galdames,
Universidad de Chile

Maritza Cofre Conejeros,
Universidad de Valparaíso

Eleana Oyarzún Neumann,
Universidad de Chile

Isabel Mora Melanchthon,
Pontificia Universidad Católica de Chile

Camilo Bass Del Campo,
Colegio Médico

Rayen Condeza Dall'Orso,
Pontificia Universidad Católica de Chile

Isabel Bravo Vergara,
FEMUCH

Astrid Arévalo Salinas,
Universidad de Valparaíso

Verónica Olate Morales,
SOCHIMEF

Carolina Rain Velásquez,
Pontificia Universidad Católica de Chile

Andrea Didier Castillo,
SOCHIMEF

Víctor Rodríguez Guevara,
OPS/OMS

Nora Donoso Valenzuela,
Colegio Trabajadoras/es Sociales

Amanda Fredes Ziliani,
APS La Granja

Carlos Carrasco Moyano,
ACHM

Marta Prieto Méndez,
MINSAL

Cecilia González Moya,
APS El Bosque

Melisa González Orroño,
APS La Pintana

Álvaro Figueroa Molina,
APS Talcahuano

Claudia Bravo Silva,
APS Tomé

Paula Tapia Fuentealba,
APS Lo Prado

Carolina Flores Rojas,
APS San Joaquín

Solange Cerda Barraza,
APS La Serena

Álvaro García Espínola,
APS Maullín

Cheryl Faundez Flores,
APS Talcahuano

Juan Ilabaca Mendoza,
APS San Joaquín

Nancy Angulo Adam,
APS Temuco

- 4** EDITORIAL:
Comunidad de Prácticas en APS
- 6** EDITORIAL TTA:
Estrategia Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, en contexto de pandemia
- 7** ARTÍCULO ESPECIAL: EXPERIENCIAS
Monitoreo de la Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento para COVID-19 en establecimientos de Atención Primaria en Chile
- 15** ARTÍCULO ESPECIAL: EXPERIENCIAS
El antes y el después de la implementación de la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento en Maullín, una experiencia en una comuna rural del Sur de Chile
- 22** ARTÍCULO ESPECIAL: EXPERIENCIAS
Más allá de la vigilancia epidemiológica: una experiencia territorial de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento en la comuna de El Bosque
- 27** EDITORIAL:
Continuidad de los cuidados en personas con condiciones crónicas de salud
- 28** ARTÍCULO ESPECIAL: EXPERIENCIAS
Respondiendo a la pandemia por COVID-19 desde un enfoque psicosocial con personas y comunidades de Ñuble y Biobío, Chile
- 32** ARTÍCULO ESPECIAL: EXPERIENCIAS
Control Integral en el Centro de Salud Familiar Metodista de Temuco, Chile
- 39** EDITORIAL:
Experiencias comunitarias en pandemia
- 40** ARTÍCULO ESPECIAL: EXPERIENCIAS
Conversando con líderes comunitarios sobre el cuidado de su salud en casa en tiempos de pandemia
- 46** ARTÍCULO ESPECIAL: EXPERIENCIAS
El ayer se hizo presente ... reaprendiendo en comunidad” Experiencia de Centro de Salud Familiar Los Cerros, comuna de Talcahuano, Región del Biobío, Chile
- 51** EDITORIAL:
Salud digital
- 52** ARTÍCULO ESPECIAL: EXPERIENCIAS
Implementación de una estrategia Telesalud en personas con multimorbilidad en la Red de CESFAM ANCORA UC durante la Pandemia COVID-19
- 58** ARTÍCULO ESPECIAL: EXPERIENCIAS
Telerehabilitación desde una mirada centrada en la persona y su comunidad
- 65** EDITORIAL:
Cuidados del equipo de salud
- 66** ARTÍCULO ESPECIAL: EXPERIENCIAS
Unidos para cuidarnos y cuidarte
- 73** ARTÍCULO ESPECIAL: EXPERIENCIAS
Estrategia de apoyo a los equipos de salud de los Centros de Salud Familiar de la Red Áncora UC, en contexto Covid-19



Política de acceso abierto

Esta revista proporciona un acceso abierto inmediato a su contenido, amigable con el medio ambiente y basado en el principio de solidaridad que ofrece al público un acceso libre a las investigaciones que ayudan a un mayor intercambio global de conocimiento.

Número especial: Comunidad de Prácticas

En estos tiempos de agitación, sufrimiento y pérdida, de emociones encontradas e incertidumbre..., queremos agradecer a los equipos de salud y atención primaria que junto a sus comunidades usuarias han optado por sumarse a la invitación transformativa que surge de esta crisis socio-sanitaria humana.

A través de esta publicación colaborativa, fruto de la necesidad de estar y acompañarnos, queremos reconocer a todo/as aquello/as, que con mucha fuerza de voluntad, día a día se despliegan y desviven, son capaces de reorganizar los servicios para dar asistencia a las distintas necesidades locales y a la vez, coordinar sentimientos y acciones; se preparan sobre la marcha, asumen nuevos roles y aprenden, en un esfuerzo por ser polivalentes y multifuncionales crean nuevas formas de acompañar y atender a las personas a su cargo... lo/as que en ese acontecer se dan el tiempo para reconocer al otro/a compañero/a en tareas invisibles, descubriendo momentos y formas de cuidado que no se valoran, y la importancia de la “puerta”, el primer contacto.

Más que nunca “vivencian la organización” de esa maravillosa interacción y alineamiento de lo humano, los recursos, las actividades, y los fines que se amalgaman en lo cotidiano; en la turbulencia vive la coordinación desde la adaptación mutua, --“mirándose”, “apoyándose”, “danzando”--, e intentando estar desde el establecimiento y la validación constante de acuerdos que permitan funcionar reconociendo la diversidad, gestionando los talentos y los activos: experiencia de caos creativo que se proyecta en todas direcciones.

Por momentos pareciera que todo se pierde y, al mismo tiempo, que todo se gana; se toma conciencia del modo de estar en el mundo, de las consecuencias del modo de pensar y actuar; dulce y agraz, se experimentan las competencias y las capacidades presentes y ausentes. Es frecuente encontrarse en el estanco del paternalismo y la prescripción; duele darse cuenta de que hemos desmantelado las posibilidades del autocuidado, del cuidado doméstico y comunitario, más que nunca nos reconocemos interdependientes y a la vez tan alejados.

Se hace urgente el encuentro, garantizar una nueva forma de ser y hacerse parte..., dar parte..., tomar parte..., tener parte...; nos necesitamos participando en plenitud, asumiendo en conciencia la propia responsabilidad y disponiendo de facultades y atribuciones para aportar de manera reflexiva, crítica e innovadora a la construcción social de la salud y a la producción social de los servicios.

Parece claro que no sirve seguir en lo mismo, no ayuda sólo reproducir lo que sabemos, la invitación es a volver al origen, a la emoción fundante “servir en el convivir” para permitirnos una nueva cultura y configuración en torno a un Sistema de Cuidado (cuidarnos, y cuidar de los demás) que supere la lógica de la prestación de servicios de atención.

No parece suficiente sólo dar buenos servicios, necesitamos propiciar el desarrollo de las personas, las familias, las comunidades, las instituciones, potenciar la dimensión de aprendizaje en y desde las prácticas, desplegar una cultura que rescate las lecciones aprendidas que surgen de este proceso proactivo de transformación; del encuentro con la persona en el

entorno, en el contexto, y en la historia posibilitando el dialogo entre la parte y el todo, un multiverso en unidad común de todos quienes se reconocen seres vivos, humanos, terrestres y planetarios.

Gracias por vuestra vocación de estar reflexivamente atentos y plenamente presentes en los encuentros, en

las prácticas; gracias por compartir y esforzarse para ser un recurso para otro/as a través de estos relatos en pandemia... Siempre será nuestro compromiso hacer visible, reconocer y proteger el valor humano y social de la gente que conforma la APS.

Dra. Patricia Villaseca Silva ¹

1. Universidad de Concepción. Comunidad de Prácticas en APS. Chile.

“Estrategia Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, en contexto de pandemia”

La estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA) es esencial en el control de una epidemia. La OPS/OMS recomienda a los estados crear un sistema de investigación epidemiológica que permita la detección oportuna de casos sospechosos y confirmados, idealmente antes de las 24-48 horas, para aislarlos trazando los contactos estrechos oportunamente.

La búsqueda de casos debe ser activa en sectores de alto riesgo de infección y el aislamiento debe ser oportuno y efectivo, idealmente en residencias sanitarias o domicilios monitoreados por un equipo competente.

Aunque las orientaciones tienden a ser nacionales y regionales, a nivel internacional, la estrategia TTA se ha descentralizado en su operación. En países como Costa Rica y Corea del Sur los establecimientos de Atención Primaria han asumido la responsabilidad de esta estrategia con excelentes resultados, logrando

la identificación de entre 10 - 40 contactos estrechos por cada caso positivo, en Chile se identifican 2,5 contactos estrechos en promedio por cada caso positivo.

Chile reconoce el rol de la APS formalmente desde Junio de 2020, aunque desde el inicio de la pandemia los equipos iniciaron espontáneamente esta estrategia. Se ve con preocupación la decisión del ministerio de salud de concentrar la responsabilidad y operación de la TTA en las Secretarías regionales ministeriales (SEREMI) a partir del 2021 con el consecuente debilitamiento de las funciones, financiamiento y resultados de la APS.

Se presentan a continuación cinco experiencias de la TTA en APS en Chile en las cuales se aprecia la riqueza y resultados de los equipos, así como la interesante experiencia de monitoreo nacional desde junio de 2020 hasta mayo de 2021.

Dra. Lilian Fernández Fernández¹

1. Universidad La Frontera. Comunidad de Prácticas en APS. Chile.

Monitoreo de la Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento para COVID-19 en establecimientos de Atención Primaria en Chile

Monitoring of the Testing, Traceability and Isolation Strategy for COVID-19 in Primary Health Care Facilities in Chile

Alicia Arias-Schreiber Muñoz¹, Lilian Fernández Fernández^{2,3}, Francisca Crispi Galleguillos⁴, Ingrid Kremser Ruiz⁵
Macarena Moral López^{1,3}

Resumen

Introducción: La estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento es uno de los ejes clave en el control de la pandemia COVID-19. En junio 2020 se publicó en Chile el primer protocolo de trazabilidad centrada en atención primaria. La autoridad sanitaria generó indicadores de funcionamiento de la misma.

Objetivo: El objetivo del monitoreo de la estrategia ha sido evaluar el desarrollo de la misma a partir del reporte de los centros de atención primaria y municipios.

Metodología: Se aplicó periódicamente y se analizó de forma descriptiva una encuesta en línea de evaluación de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento dirigida a trabajadores/as de atención primaria y municipios.

Resultados: Se completaron 8 rondas de aplicación de la encuesta, con respuestas de todas las regiones del país. En este artículo, se resumieron resultados de las rondas 1, 4 y 8. A lo largo de la aplicación de la encuesta se evidenciaron mejoras sustantivas en algunas áreas, como la búsqueda activa de casos y el registro en la plataforma común EPIVIGILA. Otras áreas se mantuvieron falentes, como la disponibilidad de recursos, la oportunidad de trazabilidad y la capacidad de aislar a casos y contactos.

Discusión y Conclusiones: La realización del monitoreo de la estrategia, ha permitido conocer su evolución y generar propuestas a la autoridad sanitaria para su fortalecimiento.

Palabras clave

Atención Primaria de Salud; Monitoreo Epidemiológico; Pandemia por el Nuevo Coronavirus (2019-nCoV)

Abstract

Introduction: The strategy of testing, tracing and isolation is one of the key axis to control the pandemic of COVID-19. In June 2020 the first protocol for tracing centered around primary health care centers was published in Chile. The public health authority created indicators to assess its functioning. **Objective:** The objective of monitoring the strategy has been to assess its development, through the reports produced by the primary health care centers and y municipalities. **Methodology:** An online survey to assess the strategy for Testing, Tracing and Isolation by primary health care and municipal workers was run periodically and analyzed in a descriptive way. **Results:** 8 rounds of the survey were completed, with answers coming from all the regions of the country. In this article the results from rounds 1, 4 and 8 were summarized. Along the running of the survey there was evidence of substantive improvement in some areas, such as the active search for cases and registry in the common platform EPIVIGILA. Other areas remained lacking, like the availability of resources, the timely tracing and the capacity of isolating cases and contacts. **Discussion and Conclusions:**

Autora de correspondencia: Alicia Arias-Schreiber Muñoz aariasschreiber@uchile.cl
Gran Avenida 3100, San Miguel

¹ Departamento Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile

² Programa de Salud Familiar, Universidad de La Frontera

³ Sociedad Chilena de Medicina Familiar

⁴ Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

⁵ Agrupación de Médicos Atención Primaria

The enforcement of the strategy monitoring has made possible to know its evolution and to generate proposals for the public health authority in order to bolster such strategies.

Keywords

Primary Health Care; Epidemiological Monitoring; Pandemics; Coronavirus Infections

Introducción

La pandemia de COVID-19 tomó por sorpresa a todos los estados y sistemas de salud del mundo. A pesar de contar con la experiencia reciente de la infección por SARS-CoV-1, ésta no llegó a tener el carácter de pandemia. Su menor infectividad y exitosa estrategia de respuesta logró su contención en menos de 1 año, quedando relegados tanto el brote epidémico como los aprendizajes relacionados a su control, a un área geográfica definida ¹.

A diferencia de ese evento, la pandemia de COVID-19 ha tenido una rápida distribución global y por ello, reviste un profundo interés para múltiples disciplinas del quehacer científico. Así, las respuestas formuladas para hacerle frente, han exhibido los múltiples matices del quehacer de los estados, sus democracias y formas de participación, y la organización y funcionamiento de sus sistemas de salud ².

En Chile, el diagnóstico del primer caso en el país se realizó en marzo del 2020, menos de 3 meses después del reporte de su aparición en Wuhan, China. La formulación estatal de acciones de respuesta a este evento, se basó desde el inicio por ser eminentemente clínica, enfocándose en i) la detección precoz y ii) la recuperación de los casos moderados y graves de COVID-19. Rápidamente i) se expandió la red de laboratorios nacionales para el procesamiento de PCR SARS-CoV-2 y ii) se priorizó la adquisición de ventiladores mecánicos, la reconversión de infraestructura y de personal hospitalario, con el fin de aumentar el parque de camas críticas en que se pudiera manejar clínicamente la recuperación de los casos graves ³⁻⁵.

Por otro lado, las acciones de control epidemiológico no tuvieron suficiente protagonismo. En los primeros meses de pandemia, las tareas para la detección y control de los conglomerados de casos, si los hubo, fueron de baja escala y desencadenaron en un rápido arribo a la situación de intensa transmisión comunitaria.

Desde incluso antes del inicio de la epidemia en Chile, los establecimientos de APS del país se fueron reorganizando para enfrentar el desafío, a través de la educación continua de sus trabajadores/as en el tema, la adquisición de elementos de protección personal y el diseño de protocolos de uso de los mismos, la reconversión de flujos de tránsito y separación de áreas respiratoria y no respiratoria, y la implementación de protocolos para la detección y manejo de casos sospechosos ³⁻¹¹.

Posteriormente, se reorganizó todo el funcionamiento de los centros, priorizando las actividades esenciales por ciclo vital, gestionando una veloz y masiva campaña de inmunización anti-influenza, reconvirtiendo actos clínicos intra-murales a domiciliarios (atenciones, despacho de fármacos) y telemáticos ³⁻¹¹.

La implementación de acciones de investigación epidemiológica de campo, de realización habitual en el medio de APS para el control de otras enfermedades transmisibles, estuvo limitada por la ausencia de información sobre dónde se encontraban los casos, la que fue gestionada exclusivamente desde el nivel central ³⁻⁵. Esta situación desencadenó episodios de tensión entre los gobiernos locales y el central, pues la implementación de medidas territoriales de control de la epidemia se veía obstaculizada por la ausencia de datos, recursos y atribuciones para este fin.

Meses más tarde, en Julio del 2020, esta situación tuvo algún nivel de rectificación. La autoridad sanitaria nacional publicó un protocolo que definía estándares para las acciones de investigación epidemiológica de campo, basándola en Atención Primaria de Salud y disponiendo recursos para su implementación, bajo el rótulo de Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA) ¹².

Fue en este periodo, que un conjunto de instituciones del área de la salud como el Colegio Médico, el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar y la Escuela de Salud

Pública de la Universidad de Chile, la Sociedad Chilena de Medicina Familiar, la Agrupación de Médicos de Atención Primaria y la de Médicos Generales de Zona, al que luego se incorporó el Programa de Salud Familiar de la Universidad de La Frontera, confluyeron para monitorear la implementación de esta estrategia. Este artículo describe de manera resumida, la evolución de algunos indicadores por área a lo largo de 3 rondas de aplicación¹³⁻¹⁵.

Métodos

El monitoreo realizado consiste en una encuesta de auto-aplicación en línea mediante Google Forms a trabajadores/as de Atención Primaria de Salud (establecimientos o direcciones/departamentos de salud municipal). La muestra es por conveniencia, no probabilística. Cuando existe más de una respuesta por CESFAM / Municipio, se selecciona la respuesta según los siguientes criterios, en orden precedente:

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

Incluye preguntas de selección múltiple, además de una pregunta abierta para profundizar aspectos cualitativos. A lo largo de sus 8 rondas de aplicación, desde julio 2020 hasta abril 2021, el cuestionario ha experimentado variaciones con el fin de poder capturar la contingencia dinámica en la implementación de la estrategia.

En su 1ra versión, publicada el 10 de julio del 2020, consistió en 4 preguntas de caracterización y 7 preguntas de exploración temática sobre áreas de testeo, trazabilidad y aislamiento. La 4ta ronda fue publicada el 14 de Agosto del 2020, se estructuró en 5 preguntas de caracterización, 7 preguntas sobre los ámbitos de la estrategia y 1 pregunta abierta sobre las dificultades en la implementación. En su última versión, el 8vo informe publicado el 6 de abril del 2021, consistió en 5 preguntas de caracterización, 16 preguntas por cada ámbito de exploración (testeo, trazabilidad, aislamiento y disponibilidad de recursos) y 1 pregunta de texto libre.

La mayoría de estas preguntas son categóricas, recibiendo

un tratamiento cuantitativo de estadística descriptiva. La pregunta abierta o de respuesta de texto libre (“¿Cuáles son las principales limitaciones que está presentando su centro de salud para implementar la estrategia de Testeo-Trazabilidad-Aislamiento?”) es analizada mediante categorías temáticas. Estas 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. A continuación, se codifica la totalidad de respuestas, identificándose aquellas que son expresadas con mayor frecuencia y citas que representan las principales dificultades referidas por la muestra.

Los resultados de cada ronda son discutidos y analizados por los representantes de las instituciones participantes, elaborando un informe con resultados y un conjunto de recomendaciones. A su vez, este documento es presentado a la Mesa Social COVID-19 que convoca semanalmente el gobierno, enviado a autoridades sanitarias y difundido por medios de prensa y canales institucionales.

En esta publicación, describiremos algunos resultados de los ámbitos cuantitativo y cualitativo, enfocados en las respuestas de los establecimientos de salud.

Resultados

En la 1ra ronda del monitoreo, se recibieron 319 respuestas, correspondientes a 204 establecimientos de atención primaria y 45 Direcciones, Departamentos o Corporaciones de Salud Municipal. Para el 4to informe, se obtuvieron 260 respuestas, las que provenían de 165 centros de salud y 30 instancias municipales. En la 8va ronda del monitoreo, se recibieron 113 respuestas, correspondientes a 11 Direcciones, Departamentos o Corporaciones de Salud Municipal y 80 establecimientos de salud. En cada ronda hubo representación de todas las regiones del país, siendo la mayoría de las respuestas de la Región Metropolitana.

Desde que se empezó a informar, el perfil de los informantes corresponde fundamentalmente a Directores/as del Centro o Delegados/as de Epidemiología y Directores/as de Salud Municipal.

A continuación, resumimos la evolución de algunos indicadores por ámbito explorado.

I. Financiamiento:

En relación a la recepción de recursos asignados por el Ministerio de Salud para el desarrollo de la estrategia, los/as participantes contestaron haberlos recibido en un 19% (n=38) durante la 1ra ronda; cifra que ascendía a 62% (n=102) en el 2do informe.

Para el 8vo monitoreo, las preguntas de financiamiento se reformularon, explorando la continuidad a lo largo del tiempo del financiamiento, que fue asentido por un 16.3% (n=13) y la suficiencia del mismo, considerándose insuficiente por el 63.8% (n=51) de los centros.

II. Testeo

En el ámbito de testeo, uno de los indicadores preguntaba la realización de Testeo activo en el territorio, que ya en la 1ra ronda era realizado por el 48% (n=98) de los centros. Para el 4to informe, esta cifra había alcanzado un 91% (n=150). En la 8va ronda, preguntamos sobre los lugares en que esta actividad se realizaba principalmente, obteniendo como respuesta en primer lugar los lugares de circulación de público general (ferias, mall, supermercados) en un 32.8% (n=45).

III. Trazabilidad

a. Reporte de datos:

Durante la 1ra ronda, consultamos a los encuestados si su centro informaba diariamente al Ministerio de Salud datos de trazabilidad, lo que fue señalado de forma afirmativa por el 76% (n=150) de la muestra. Esta cifra ascendió a 78% (n=129) en la 4ta ronda, donde se añadió una pregunta complementaria consultando por el principal lugar de registro de estos datos, siendo indicada la plataforma Epivigila por el 50% (n=83) de los centros, cifra que para el 8vo informe había ascendido a 92.5% (n=74).

b. Recursos materiales para trazabilidad:

Al consultar sobre la disponibilidad de recursos de movilización para las acciones de la estrategia TTA, en el 1er informe los/as informantes refirieron contar con este recurso para todas las actividades en un 12% (n=24), cifra que en la 4ta ronda había alcanzado el 49% (n=81).

Esta pregunta se reformuló en el 8vo monitoreo, preguntando por la procedencia de los recursos tecnológicos (líneas, teléfonos, internet y computadores)

utilizados por los/as trazadores/as. Así, recibimos respuesta de que sólo en el 18.8% (n=15) de los casos, estos eran provistos totalmente por el centro de salud.

c. Oportunidad de trazabilidad

Desde la segunda ronda de monitoreo, se preguntó por el tiempo en que los centros tardaban en llamar a los contactos estrechos de los casos sospechosos. En la 4ta versión, 49% (n=81) de los centros no se encontraban trazando a estos contactos, mientras que 33% (n=55) lo hacía en menos de 24 hrs. En el 8vo informe, el 37.5% (n=30) manifestó que no se trazaba a estos contactos.

IV. Aislamiento

a. Licencias a contactos estrechos:

Una limitación identificada desde el año pasado para el aislamiento de los contactos estrechos, ha sido la emisión oportuna de licencias médicas para estos casos, las que se centralizaron por la SEREMI. Los centros lograron que se designara al menos a 1 médico/a por establecimiento para hacerse cargo de esta tarea, por lo que en la 1ra ronda consultamos a los centros si contaban con este profesional autorizado/a, a lo que contestaron que sí en el 39% (n=78) de los casos. En el 4to informe, esta cifra sólo había ascendido a 47% (n=78) y en el 8vo monitoreo los centros señalaron que sólo el 38.8% (n=31) contaba con suficientes profesionales para esta tarea.

b. Residencias sanitarias

Al preguntar sobre la posibilidad de gestionar los traslados a residencias sanitarias en menos de 24 hrs, en la 1ra ronda los/as informantes respondieron que sí lograban esta gestión con todas las personas derivadas en un 24% (n=48) de los casos. Esta cifra alcanzó un 44% (n=73) en el 4to informe, cayendo a un 22.7% (n=18) para la 8va ronda.

V. Principales dificultades

Esta pregunta abierta y de texto libre, empezó a informarse desde la segunda versión del monitoreo. A lo largo de las primeras versiones, la principal preocupación señalada se relacionaba con la disponibilidad de recursos financieros, pero pronto cobró mayor relevancia la insuficiencia de recursos humanos. Se empezó a percibir desgaste de las/os trabajadoras/es de salud, asociado a la falta de condiciones materiales esenciales para la realización de sus labores, la

multiplicidad de registros que deben llevar, las directrices a seguir y las tareas por compatibilizar, así como al retraso de pagos.

“[La principal limitación es] El recurso humano, no tenemos la capacidad para realizar todas la actividades que se solicitan, además cumplimos con otras actividades que no son parte de covid, aparte de los seguimientos por ejemplo controles, campañas de vacunación, curaciones, atención domiciliaria. Los exámenes PCR se deben revisar una vez tomados[,] ingresados a una plataforma[,] pasarlos a una planilla preparados para ser enviados y entre más tomas[,] más recursos para realizar las actividades. Por un tiempo tampoco contamos con movilización para realizar los ingresos. No [a] todas [las] personas les entregan recursos para realizar teletrabajo, ejemplo llamamos a usuarios y se usan los recursos propios.” (Delegado/a de Epidemiología, CESFAM, Región Metropolitana)

“Desgaste físico y psicológico del personal a cargo, no hay descanso desde Marzo. Personal con licencias y/o manejo de Salud mental.” (Delegado/a de Epidemiología, CESFAM, Región Metropolitana)

En todas las versiones del monitoreo, la segunda categoría de mayor relieve después de la limitación de recursos, es la relacionada a la coordinación de la red sanitaria. En las primeras rondas 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 la última ronda, se observó que la situación se había agravado con el nuevo escenario normativo, fragmentando nuevamente la ejecución de estas funciones y generando graves obstáculos en la consolidación del 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)

Discusión

La estrategia Testeo-Trazabilidad-Aislamiento es la piedra angular en la contención de brotes epidémicos de COVID-19, por lo cual la evaluación periódica de su implementación es vital en orden de poder identificar aspectos que deben fortalecerse o replantearse.

A lo largo de las 8 rondas de monitoreo, hemos visto la consolidación de algunos aspectos, como la entrega de financiamiento a los municipios, así como la realización permanente de testeo activo territorial.

Sin embargo, otros desafíos se presentan con el tiempo, como la entrega de recursos continuos y suficientes. Actualmente, más de la mitad de los centros que participan en el monitoreo refieren que los recursos no son constantes ni suficientes para contratar equipos estables para esta labor. Esto puede explicar por qué la estrategia no ha logrado en este tiempo la consolidación deseada.

De forma similar, el desgaste reportado por los equipos trazadores no es menos desalentador, puesto que ha sido constante y podría asumirse que incremental, no sólo por la continuidad de olas epidémicas en Chile, sino por las condiciones laborales precarias de pagos parciales de horas extras, contratos honorarios sin continuidad garantizada, así como recursos materiales insuficientes. El deterioro de la salud mental de las/os trabajadoras/es de salud en Chile ¹⁶, no ha tenido suficiente visibilización ni abordaje.

Por otro lado, al examinar cómo se desarrollan las actividades de testeo activo, se reconoce que éstas habitualmente se realizan en lugares de alta circulación pública, sin aplicar los criterios epidemiológicos sugeridos por el mismo protocolo de la estrategia TTA, como privilegiar recintos de institucionalización (ELEM, residencias SENAME) y zonas de alta densidad poblacional ¹². Así, los operativos de testeo activo al azar, pueden contribuir a disminuir artificialmente los índices

de positividad de PCR de las comunas, con el peligro de provocar la subestimación real del momento epidémico.

En materia de trazabilidad, hemos atendido a la consolidación de la plataforma Epivigila como el principal portal de gestión de datos, lo cual sin duda es un logro relevante para homogeneizar el desarrollo de la estrategia.

Sin embargo, identificamos graves problemas de articulación y coordinación de la red que probablemente redundan en la falta de consolidación de la estrategia. En ese sentido, el ordinario 793 del 3 de Marzo 2021¹⁷, orienta a fragmentar las acciones de trazabilidad hacia las SEREMI y las de seguimiento a los establecimientos de APS. Ésto profundiza los espacios de descoordinación, de pérdida y de retraso en el traspaso de la información y datos, en un contexto epidémico en que estos se requieren de forma veloz y certera

Por su parte, la disponibilidad de recursos materiales para la trazabilidad no ha sido constante. No obstante la mejoría de acceso a movilización, en la 4ta ronda ésta aún era insuficiente en la mitad de los centros y aún al preguntar en la actualidad, los centros no son capaces de proveer de los recursos tecnológicos necesarios para el correcto desarrollo de las funciones de las y los trazadoras/es, contribuyendo a fragilizar las acciones y también precarizando su trabajo.

Así mismo, resulta alarmante que aún más de un tercio de los centros no tracen a los contactos de los casos sospechosos, tomando en cuenta el contexto de alta transmisión comunitaria y la heterogénea latencia en la obtención de los resultados de los test PCR. Esta situación revela graves fallas en la estrategia, puesto que el retraso en la identificación de contactos disminuye sus posibilidades de aislamiento oportuno y no contribuye a la mitigación de la transmisibilidad. Los datos cualitativos nos inducen a inferir que ésta brecha se relaciona a la insuficiencia numérica de composición de los equipos de trazadores, así como a los recursos con los que cuentan para sus actividades, lo que les llevarían a priorizar el trazado de los casos confirmados al no contar con la capacidad de recursos necesaria para un trazado prolijo de todos los casos.

Finalmente, en el ámbito del aislamiento, observamos un inexplicable estancamiento en la suficiencia de

profesionales habilitados en los centros para la emisión de las licencias a los contactos estrechos. La persistencia de este déficit se traduce también en la imposibilidad de las personas de realizar las cuarentenas preventivas indicadas y un fallo importante en esta área.

Para el caso de la gestión oportuna de traslado a las residencias sanitarias, observamos cómo el indicador mejoró entre la 1ra y 4ta ronda, para retroceder en el último informe a cifras peores que al inicio de la estrategia.

Conclusiones

La pandemia de COVID-19, ha comprometido a todos los sectores sociales a disponer de todos sus esfuerzos posibles, a ser creativos, y principalmente a unirnos como profesionales e instituciones en un fin común, buscando respuestas que puedan mejorar el enfrentamiento de esta grave crisis socio-sanitaria.

Es así que siendo profesionales o académicas/os relacionados al quehacer de la atención primaria y salud familiar, identificamos la necesidad de conocer el estado de la estrategia, pero también de relevar el rol de la atención primaria y sus trabajadores/as en ésta.

Un formato simple de recolección de información, utilizando las redes sociales y otras plataformas digitales, ha sido eficaz en proveer de datos primarios, considerando la urgencia y rapidez de contar con información fresca y rápida. Actualmente, continuamos perfeccionando el instrumento, para dar cuenta de una representatividad regional más precisa.

La capacidad de adaptación de estas rondas a la realidad del momento, permitió obtener información válida y ponerla rápidamente a disposición de las autoridades, junto a un set de recomendaciones de mejora a ser tomadas en cuenta.

A pesar de la difusión en medios de prensa de algunos de estos resultados, continuamos sosteniendo la importancia de que sean las autoridades quienes se apropien de los mismos para la corrección y mejor desarrollo de este importante ámbito del quehacer epidemiológico, reafirmando la relevancia de que éste se mantenga basado en la amplia y dispersa red de atención primaria del país, así como en el mejoramiento de condiciones para sus equipos.

Bibliografía

- Sánchez-Duque JA, Arce-Villalobos LR, Rodríguez-Morales AJ. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta. *Aten Primaria*. 2020;52(6):369–72.
- Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramírez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 29];19. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462021000100402&script=sci_arttext.
- Prieto Aguirre P, Arias-Schreiber Muñoz A, Barria Iroume S, Bertossi Urzúa C, Egaña Rojas D, Troncoso Miranda D, et al. El rol de la Atención Primaria de Salud como autoridad sanitaria en el territorio. *Cuad Médico Soc Rev salud pública del Col Médico Chile*. 2020;60(3):161–2.
- Muñoz Muñoz, C. Pandemia y estallido social en Chile: la acción social vinculada a las demandas de salud. Tetelboin Henrion C, Schor Henríquez C, Iturrieta Landman D. *América Latina: Sociedad, política y salud en tiempos de pandemias* [Internet]. Edu.ar. [cited 2021 Apr 29]. Available from: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210312065632/America-Latina-Sociedad-politica-y-salud.pdf#page=245>
- Troncoso J, Barria S. Reconocimiento, recursos y atribuciones para la Atención Primaria de Salud como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 29]. Available from: https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/06/Documento-APS-COVID19_FINALv2.pdf
- Rubio JP. “Experiencias para mantener la continuidad en los cuidados de la población a cargo” Primer seminario web APS y Covid-19: experiencias de reorientación en la pandemia [Internet]. Chile; [cited 2020 Jul 22]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=cqVfPI8kcY&list=PLvEgRoO9NN0_izHeNWlcs3iMy-NvnGQA
- Muñoz M. “Experiencia del CESFAM Dr. Macerlo Lopetegui, Osorno”, en Segundo seminario web APS y Covid-19: experiencias de reorientación en la pandemia, realizado el 2 de mayo de 2020 [Internet]. Chile; 2020 [cited 2020 Jul 22]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=51nkOLr4kPE&list=PLvEgRoO9NN0_izHeNWlcs3iMy-NvnGQA&index=2
- García, A. “Desafíos de la pandemia en sectores rurales”, en Segundo seminario web APS y Covid-19: experiencias de reorientación en la pandemia, realizado el 2 de mayo de 2020 [Internet]. Chile; 2020 [cited 2020 Jul 22]. Available from: experiencias de reorientación en la pandemia, realizado el 2 de mayo de 2020 [Internet]. Chile; 2020 5.
- Estay, M. “Estrategia comunal de Renca para enfrentar la pandemia COVID-19”, en Segundo seminario web APS y Covid-19: experiencias de reorientación en la pandemia, realizado el 2 de mayo de 2020 [Internet]. Chile; 2020 [cited 2020 Jul 22]. Available from: experiencias de reorientación en la pandemia, realizado el 2 de mayo de 2020 [Internet]. Chile; 2020
- Parada-Lezcano, M. Pandemia y atención primaria en salud en Chile. Crónica de una ausencia anunciada. Tetelboin Henrion C, Schor Henríquez C, Iturrieta Landman D. *América Latina: Sociedad, política y salud en tiempos de pandemias* [Internet]. Edu.ar. [cited 2021 Apr 29]. Available from: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210312065632/America-Latina-Sociedad-politica-y-salud.pdf#page=245>
- Lefio Celedón, A. Crónica de la epidemia por COVID-19: Perplejidad, revelación y crisis. *Rev Chil Salud Pública* 2020, Vol 24(1): 5-7
- Ministerio de Salud. Protocolo de Coordinación para acciones de Vigilancia Epidemiológica durante la Pandemia Covid-19 en Chile: Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento. Santiago de Chile; 2020.
- Colegio Médico de Chile, Dpto. Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Agrupación de Médicos de Atención Primaria. Monitorización de estrategia de Testeo-Trazabilidad-Aislamiento en la APS [Internet]. Colegiomedico.cl. 2021 [cited 2021 Apr 29]. Available from: <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/07/Informe-Monitoreo-TTA-10-07-2.pdf>
- Colegio Médico de Chile, Dpto. Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Agrupación de Médicos de Atención Primaria, Agrupación de Médicos Generales de Zona. Monitorización de estrategia de Testeo-Trazabilidad-Aislamiento en la APS [Internet]. Colegiomedico.cl. 2021 [cited 2021 Apr 29]. Available from: https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/08/Informe-Monitoreo-TTA-14_08.pdf

15. Colegio Médico de Chile, Dpto. Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Agrupación de Médicos de Atención Primaria, Universidad de la Frontera. Monitorización de estrategia de Testeo-Trazabilidad-Aislamiento en la APS [Internet]. Colegiomedico.cl. 2021 [cited 2021 Apr 29]. Available from: https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2021/04/Informe-8va-ronda-Monitoreo-TTA-04_2021-2.pdf
16. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo-Urizar A, Zapata Pizarro A, Irrazábal Domínguez M. Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. Rev Med Chil. 2020;148(8):1121-7.
17. Ministerio de Salud. Guía de la Estrategia de Testeo,

Trazabilidad y Aislamiento: Actualización de roles y funciones: Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento. Santiago de Chile; 2021.

Método de recolección de información

El GF fue guiado por dos investigadores basado en la pregunta norteadora ¿cómo involucran a las personas en las decisiones de salud? (Tabla 1) De aquí se identificaron informantes claves para posteriormente profundizar mediante ES (Tabla 2) y ONP. Para este último método se utilizó como referente los criterios de dos instrumentos, sin embargo estas no fueron aplicados Observer OPTION12¹⁶ y el Cuestionario sobre la Toma de Decisiones Compartida (SDM-Q-9)¹⁷.

El antes y el después de la implementación de la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento en Maullín, una experiencia en una comuna rural del Sur de Chile

The before and after the implementation of the Testing, Traceability and Isolation strategy in Maullín, an experience in a rural region in southern Chile

Ávaro García Espínola¹, José Allende Conte², Nicolás Ruiz Miranda³

Resumen

La Pandemia del COVID-19 generó un cambio sin precedentes en la historia moderna, lo que obligó a los países a adaptarse pese a la gran incertidumbre que existía frente a este escenario desconocido. En Chile no fue diferente, y con este panorama tan complejo se decidió enfrentar esta crisis sanitaria centrandose su estrategia asistencial en la atención secundaria y las funciones epidemiológicas en la SEREMI de Salud de cada región. A comienzos de Julio del 2020 el Ministerio de Salud de Chile publica y difunde la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento que coloca a la Atención Primaria como protagonista de su implementación y desarrollo en los territorios. En este artículo revisamos la experiencia de Maullín, una comuna rural del sur de Chile, describimos algunas de sus estrategias y medidas implementadas entre Abril y Junio de manera proactiva por el equipo de salud, y como cambiaron o se fortalecieron esas funciones con la implementación de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento desde Julio hasta Diciembre del 2020. Finalmente dentro de nuestras conclusiones creemos que un factor muy relevante es la capacidad que tienen los equipos de Atención Primaria de adaptar y aterrizar las estrategias sanitarias, considerando los factores culturales de cada comunidad, lo que influye en los resultados que se logran en los distintos territorios.

Palabras claves

Atención Primaria; estrategia sanitaria; ruralidad; cuarentena;

Abstract

The COVID-19 pandemic generated an unprecedented change in modern history, which forced countries to adapt despite the great uncertainty that existed in the face of this unknown scenario. In Chile it was no different, and with this complex panorama it was decided to face this health crisis by focusing its care strategy on secondary care and epidemiological functions in the regional ministries of health secretaries of each region. At the beginning of July 2020, the Ministry of Health of Chile publishes and disseminates the Testing, Traceability and Isolation strategy that places Primary Care as the protagonist of its implementation and development in the territories. In this article we review the experience of Maullín, a rural commune/region in southern Chile, we describe some of its strategies and measures implemented proactively between April and June by the health team, and how these functions changed or were strengthened with the implementation of the testing, traceability and isolation strategy from July to December 2020. Finally, within our conclusions, we believe that a very relevant factor is the ability of Primary Care teams to adapt and implement health strategies, considering the cultural factors of each community, which influences the results achieved in the different territories.

Keywords

Primary Care; health strategy; rurality; quarantine;

¹ Médico del DESAM de Maullín y Académico del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile

² Médico EDF del DESAM de Maullín

³ Odontólogo del DESAM de Maullín

Introducción

La Pandemia del COVID-19 puso al mundo y a sus gobiernos en jaque, todo cambió en poco tiempo y los distintos países debieron adaptarse y planificar estrategias sin saber muy bien a que se estaban enfrentando. El contagio del virus avanzaba más rápido que la ciencia, y mientras los Ministerios de Salud y la OMS ideaban y difundían recomendaciones, en muchos países los Equipos de Salud adaptaban e improvisaban medidas sanitarias para reforzar la protección o para disminuir los contagios en sus comunidades, aprovechando los recursos existentes y modificando el funcionamiento de los servicios para dar respuesta a las necesidades de cada territorio.

Chile no es la excepción. Si bien las primeras directrices y definiciones fueron publicadas oportunamente por el Ministerio de Salud (MINSAL)¹, no habían estrategias ni instrucciones claras que contemplaran a la Atención Primaria de Salud (APS). La estrategia fue encabezada por las SEREMI de Salud (con funciones principales de epidemiología, trazabilidad y seguimiento) y apoyado por los Servicios de Salud con un enfoque principalmente hospitalocéntrico (con funciones asistenciales, como testeo y atención de pacientes), dejando a la APS en “libertad de acción” lo que ayudó a que surgieran múltiples ideas y estrategias en distintas comunas del país, muchas de las cuales fueron difundidas y replicadas por otros equipos de salud de APS.

A principios de Julio del 2020 el MINSAL publicó y difundió oficialmente la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA)², la cual entregaba a la APS la función y responsabilidad de ejecutar en el territorio una gran variedad de acciones destinadas a controlar la propagación de la Pandemia. Esta estrategia de TTA le agregaba múltiples funciones y responsabilidades a la APS, convirtiéndolas en las encargadas de trazar e indicar aislamiento a los contactos estrechos, realizar un seguimiento telefónico a los pacientes en cuarentena obligatoria, realizar testeos de búsqueda activa comunitaria y de pacientes sospechosos en sus centros de atención, por mencionar algunas de las principales acciones.

El presente artículo describe la experiencia vivida en la comuna de Maullín durante el año 2020, comenzando con medidas y acciones que fueron diseñadas y ejecutadas

antes de Julio del 2020, y el cómo se fortalecieron y diversificaron con la implementación de la estrategia de TTA en la comuna.

Desarrollo del tema

Maullín está ubicado en la X Región de Los Lagos, tiene 14.126 habitantes y el 53% de ellos viven en zonas rurales de la comuna. Tenemos una alta proporción de adultos mayores (32%) y el 30% de la población comunal está en situación de pobreza multidimensional.

Nuestra comuna además de las dificultades propias de las zonas rurales como la alta dispersión geográfica de la población, está dividida en dos por el Río Maullín, y la conexión entre ambas riberas es sólo a través de embarcaciones de transporte público o privado.

En la ribera sur del río se ubican los dos núcleos urbanos de la comuna, en donde se encuentran gran parte de los principales servicios a los que accede la comunidad (incluidos el CESFAM y el Hospital), generando diariamente la constante necesidad de parte de la población, de cruzar el río y ceñirse a los acotados horarios de las embarcaciones públicas, viajes que dependen siempre de las condiciones climáticas.

Al comienzo de esta Pandemia en Chile (Marzo/2020) los exámenes de PCR se tomaban en los Servicios de Urgencia de los Hospitales, y en Atención Primaria debíamos derivar los pacientes a los Servicios de Urgencia hospitalarios. Debido a las distintas barreras de acceso que existen en nuestro territorio comunal, en Mayo/2020 tuvimos que diseñar e implementar una estrategia local con el Hospital de Maullín, para poder tomar las muestras para PCR de COVID-19 (hisopado nasal) en las Postas Rurales de la comuna, y solo enviar la muestra al Hospital; esto nos permitió disminuir los riesgos de contagio realizando traslados innecesarios de pacientes al Hospital de Maullín, y al mismo tiempo nos permitió optimizar el gasto de equipos de protección personal (EPP), ya que para trasladar a un paciente desde la ribera norte del río hacia el Hospital en lancha ambulancia, se podían llegar a utilizar hasta 8 equipos de EPP completas.

También es importante mencionar que a fines del mes de Abril el Servicio de Salud de Reloncaví envía un equipo

de Atención Domiciliaria COVID-19 (compuesto por Médico, Enfermera y TENS, más un vehículo) a trabajar en la comuna, pero dirigido administrativa y técnicamente por el Servicio de Salud, lo que nos permitió comenzar a tomar muestras PCR en el domicilio de las personas.

Desde Julio en adelante la estrategia de TTA definió explícitamente que la Atención Primaria de Salud era la principal responsable de aumentar el testeo en la población de su territorio, e impulsaba a implementar acciones de búsqueda activa en la población.²

Debido a la situación epidemiológica en ese momento, se tomó la decisión de comenzar la búsqueda activa focalizada en grupos de riesgo, ya que los datos nos hacían presumir que teníamos una baja circulación viral en la comuna. De esta forma, el 08 de Julio se estaba realizando el primer operativo de testeo con búsqueda activa en la comuna, el que fue realizado a los funcionarios de Salud del Hospital de Maullín, posteriormente a los funcionarios de Salud de Atención Primaria, y así se fueron seleccionando distintos grupos expuestos a mayor riesgo, como los adultos mayores institucionalizados en ELEAM, personal de Fuerzas Armadas, Funcionarios Municipales, personas que trabajaban en el comercio o que estaban embarcados por varios días (pescadores y buzos), trabajadores del transporte público de la comuna, entre otros.

Otro grupo en que se focalizó la búsqueda activa desde un comienzo, fue a las personas que eran contacto estrecho de algún caso confirmado con COVID-19, a quienes por estar en cuarentena, se les tomaba la muestra en su domicilio, lo que demandó un gran esfuerzo para el equipo de salud debido a la gran dispersión geográfica.

En Agosto según nuestros datos, estaba comenzando a aumentar la circulación viral en nuestra comunidad, y por lo tanto agregamos estrategias de testeo con búsqueda activa abiertos a la comunidad, los que fueron realizados en sectores de la comuna en que teníamos mayor proporción de casos confirmados.

A comienzos de Septiembre tuvimos un gran aumento de casos activos en la comuna, y fue necesario formar un segundo equipo de atención domiciliaria (conformado por

Médico y TENS), pero con funcionarios de APS, para poder dirigir sus acciones en el territorio y mejorar la cobertura de evaluaciones médicas y tomas de PCR en domicilio; además de destinar algunas horas de este equipo a la realización de operativos de búsqueda activa en la comunidad.

En el Gráfico N° 1 se puede observar el número de test PCR realizados cada mes en la comuna, se consideran todas las muestras independiente si se tomó en Atención Primaria, Hospital de Maullín o por el Equipo de Atención Domiciliaria COVID-19.

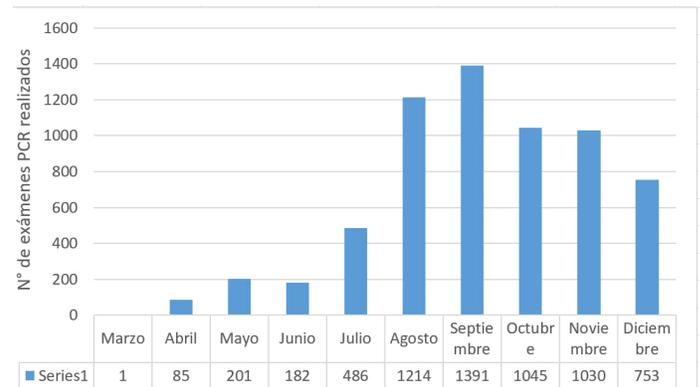


Gráfico N°1: Número total de exámenes PCR realizados en la comuna de Maullín por mes.

Podemos observar que entre Marzo y Junio del 2020 (previo a la estrategia de TTA) se realizaron 469 exámenes PCR en la comuna, y solamente en Julio (primer mes con la estrategia de TTA) se realizaron 486 exámenes. Si comparamos los exámenes realizados en Julio y Agosto, podemos calcular un gran aumento en los test realizados en la comuna, que corresponde a un 150 % de aumento; y si observamos lo realizado en Septiembre, seguimos aumentando nuestra capacidad de testeo.

Es importante señalar, que la X Región de Los Lagos es una de las Regiones con mayor capacidad de laboratorio para realizar test PCR (debido a los laboratorios de empresas salmoneras que funcionan en la Región) y eso es un factor relevante para lograr estos resultados.

En el transcurso del año 2020, la comuna estuvo en cuarentena en 2 periodos, el primero desde el 18/09 al 13/10 y la segunda cuarentena desde el 28/11 al 23/12, lo que influyó

en la capacidad de realizar testeos comunitarios debido a la disminución de movilidad, lo que se puede observar en la disminución de test realizados en Diciembre, sin embargo en Septiembre también estuvo en cuarentena la comuna prácticamente todo el mes, y precisamente fue el mes en que se realizaron más test del 2020. Uno de los factores que puede haber influido es que éste fue el único mes que se aplicó la estrategia de testeo puerta a puerta, en sectores de la comuna que tenían en ese momento una alta circulación viral, logrando tomar un alto número de exámenes en cada operativo, pero generando un gran desgaste y cansancio al equipo de salud.

Además de analizar el aumento evidente en la toma de exámenes de PCR en la comuna, desde que se instaló la estrategia de TTA en la comuna, nos pareció interesante comparar como cambió la distribución de los exámenes tomados entre los distintos grupos de pacientes con el paso de los meses. En el gráfico N° 2 podemos observar el desglose del número de exámenes PCR realizados mensualmente a los distintos grupos de pacientes.

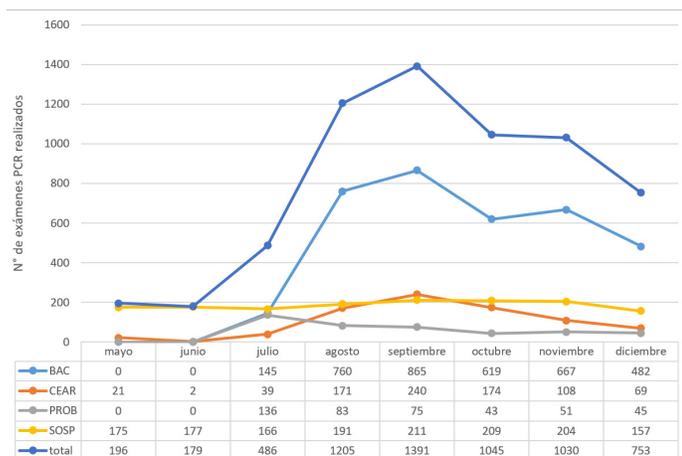


Gráfico N°2: : Número de exámenes PCR tomadas por grupo de paciente mensualmente en Maullín.

Al analizar el número de exámenes PCR realizados mensualmente en los distintos grupos de pacientes, es posible observar que el número de PCR tomadas al grupo de casos sospechosos se mantiene con poca variabilidad mensual, incluso los meses anteriores a la implementación de la estrategia de TTA, sin embargo el número de PCR realizados en el grupo de búsqueda activa comunitaria (BAC) varía mucho mensualmente, con un incremento progresivo durante los primeros meses de implementación de la estrategia de

TTA en APS para luego ir descendiendo hacia fin de año, este efecto se ve influenciado porque este grupo de pacientes fue uno de los más difíciles de testear durante los periodos de cuarentena en la comuna. En el caso del grupo de pacientes que son Contactos Estrechos de Alto Riesgo (CEAR) también tuvo un peak en el número de exámenes PCR realizados en Septiembre para luego ir disminuyendo hacia Diciembre, pero con una variabilidad mensual mucho menor que lo observado en el grupo de BAC. El número de exámenes realizados al grupo de pacientes que son casos probables fue disminuyendo con el paso del tiempo, lo que puede haber sido influenciado por la instrucción del MINSAL de tratar a los casos probables igual que un caso confirmado por laboratorio, y por lo tanto no era necesario tomar la PCR para confirmar el diagnóstico.

Dentro de los distintos grupos de pacientes testeados, sin duda el que tomó mayor protagonismo desde Julio en adelante fue el grupo de búsqueda activa, el que durante Julio se realizó a personas con alta exposición a la infección en sus trabajos, en cambio de Agosto en adelante se comenzaron a realizar los testeos abiertos a la comunidad en espacios públicos, logrando un aumento de un 500% en el número de exámenes realizados por búsqueda activa entre Julio y Agosto. Debido a las condiciones de dispersión de la población en el territorio comunal, teníamos que rotar los sectores en que se realizarían los operativos de testeo comunitario, para eso fue muy útil tener georreferenciados los casos activos y los contactos estrechos, divididos en más de 30 sectores, para así poder decidir en qué sector se realizarían los operativos cada semana, según la información epidemiológica actualizada.

Trazabilidad

Entre Marzo y Junio los equipos de APS en la comuna no realizaban la trazabilidad de los casos COVID-19, ya que eso estaba oficialmente a cargo de la SEREMI de la X Región. Sin embargo, sí se realizaba un seguimiento telefónico a los pacientes contagiados y contactos estrechos, lo que en muchas ocasiones permitió rescatar información muy útil, ya sea para complementar o para corregir algún dato obtenido en la trazabilidad que se realizaba desde la SEREMI de Salud.

La primera semana de Julio se realizaba la capacitación a las primeras funcionarias de Atención Primaria que comenzarían a realizar la trazabilidad, y la segunda semana de Julio ya estaban en ejercicio 2 trazadoras en nuestra comuna. Quienes

en conjunto con las coordinadoras territoriales, realizaban la integración de la información y la coordinación con los funcionarios que realizarían las llamadas de seguimiento telefónico. Para todo esto fue necesario comprar chip de celulares con sistema prepago para poder realizar las llamadas telefónicas, la instalación de software en computadores personales para poder realizar estas funciones en teletrabajo, la organización de un sistema de turnos para las coordinadoras territoriales y trazadoras, que permitiera la continuidad de este trabajo (especialmente los fines de semanas y festivos) y que generaba un gran desgaste en los funcionarios. El número de funcionarios dedicados a realizar la trazabilidad de los casos confirmados ha ido variando dependiendo de la situación epidemiológica de la comuna, en el periodo en que tuvimos más casos activos llegamos a tener 6 funcionarios dedicados solo a trazabilidad.

Una de las estrategias implementadas a nivel local para facilitar el proceso de trazabilidad, fue que las embarcaciones de transporte público (lanchas y barcasas) que se utilizan para cruzar el río Maullín, hicieran listas de los pasajeros en cada viaje realizado, registrando nombre, RUT y número de teléfono, para posteriormente facilitar la investigación epidemiológica si alguno de los pasajeros resultaba estar contagiado.

Para evaluar la estrategia de trazabilidad en la comuna contamos con 2 indicadores, el primero mide el porcentaje de casos confirmados en que se realiza la trazabilidad antes de 48 horas, en relación al total de casos confirmados en el mismo período de tiempo; y el segundo mide el porcentaje de casos Contactos Estrechos que son llamados y se les indica el aislamiento antes de las 48 horas, en relación al total de casos de Contacto Estrecho en el mismo período de tiempo. En ambos indicadores Maullín se ha mantenido la mayor parte del tiempo con cifras por sobre el 80% de cumplimiento, lo que consideramos un resultado positivo de la estrategia desarrollada en la comuna. Actualmente la SEREMI de Salud de Los Lagos ha vuelto a retomar las labores de trazabilidad de algunas comunas, y ha tenido que enviar personal para ayudar a otras comunas, hasta el momento el DESAM de Maullín sigue a cargo de realizar la trazabilidad en su territorio, lo que consideramos un respaldo al trabajo realizado por el equipo de salud.

Aislamiento

A principios de Abril del 2020 se comenzó a redactar los protocolos de acompañamiento telefónico integral que nos permitieran tener información oportuna sobre el estado de salud de los pacientes contagiados con COVID- 19 y de sus contactos estrechos. Dentro de ese mismo mes, ya se estaban aplicando estos 2 protocolos, que contemplaban llamados por distintos profesionales, para poder evaluar de forma integral a cada persona, además incluía derivaciones a trabajadora social para poder gestionar ayudas sociales si son necesarias, acompañamiento psicológico si lo requiere, etc.

Estos protocolos de acompañamiento telefónico integral contemplaban un esquema de llamado diario para los pacientes confirmados, y un esquema de llamado día por medio para los CEAR, además consideraba la notificación a las coordinadoras territoriales si algún paciente no contestaba los llamados según protocolo, o si requiere algún tipo de ayuda, ya sea social, médica o sociosanitaria.

Parte de nuestra estrategia para favorecer la adherencia al aislamiento de las personas contagiadas y sus contactos estrechos, fue el ayudarlos a resolver sus problemas de distintos ámbitos, para que así no se vieran “obligados” a romper su cuarentena obligatoria. Esta estrategia se basó en el despacho de medicamentos, artículos de limpieza y desinfectantes, y ayudas sociales a domicilio, según las necesidades detectadas en cada familia con el acompañamiento telefónico.

Desde que se implementó la Estrategia de TTA en Julio, nuestra estrategia para lograr el aislamiento de los pacientes, prácticamente se mantuvo con lo que veníamos realizando los meses previos. Fue necesario reforzar los equipos de seguimiento telefónico y comprar más chip de celular, debido al aumento de casos en la comuna. Un aporte importante fue incorporar fiscalizadores sanitarios de la comuna, se enviaron a 2 funcionarios municipales en comisión de servicio a la SEREMI de Salud, para ser capacitados y autorizados como fiscalizadores sanitarios oficiales, que desempeñaran sus funciones fiscalizadoras en nuestra comuna.

En el transcurso de estos meses fue necesario realizar múltiples actualizaciones a los protocolos de acompañamiento telefónico (principalmente debido a los cambios de definiciones y estrategias a nivel del Ministerio de Salud). Dentro de las

modificaciones más relevantes cabe mencionar que se disminuyó la frecuencia de llamados a los CEAR (debido al aumento de casos), se agregó un esquema de llamados para los pacientes que se alarga su cuarentena por más de 14 días, se incorporaron las derivaciones para llamado por médico a los pacientes contacto estrecho que presentan síntomas (para evaluar si califican como Casos Probables o no)³ y otras modificaciones menores relacionadas con los profesionales que podían realizar cada llamado, aumentando la flexibilidad de los protocolos y resolviendo así algunos nudos críticos de mayor demanda de llamados en algunos estamentos.

Otra estrategia implementada fue el préstamo de instrumental médico para la evaluación de signos vitales en domicilio, esto tuvo mucha menor cobertura pero fue focalizada en los casos de mayor riesgo clínico de complicación o que presentaron cuadros más sintomáticos o con síntomas de mayor intensidad. Los pacientes eran llamados telefónicamente por un médico del equipo, el que evaluaba si era necesario solicitar que llevaran al domicilio del paciente un saturómetro, un esfigmomanómetro automático, una máquina de hemoglucotest y/o un termómetro, y así en los próximos llamados poder chequear a la distancia de forma más objetiva al paciente, lo que nos permitió realizar derivaciones oportunas y pertinentes, al mismo tiempo que le entregaba tranquilidad al usuario, a su familia y al equipo de salud que realiza el acompañamiento telefónico.

Para poder realizar esta entrega de insumos, medicamentos y ayudas sociales en los domicilios de las personas fue necesario coordinar un gran despliegue de recursos y funcionarios para lograr llegar con ayuda a los distintos rincones de nuestra comuna. Este trabajo fue posible gracias a que la Municipalidad puso a disposición vehículos municipales (con sus respectivos conductores), aporte que fue variando dependiendo de las necesidades de cada semana, llegando a facilitar hasta 4 conductores y 4 vehículos durante el peak de la primera ola.

Además de la entrega de insumos, alimentos y/o medicamentos al domicilio de los pacientes en cuarentena obligatoria, también se tomaron muestras para PCR a los contactos estrechos y casos probables en sus domicilios. Un equipo de médico y TENS, se dirigían al hogar del paciente y tomaban la muestra de PCR cuando éste cumplía al menos el séptimo día desde el contacto con el caso índice, para mejorar la sensibilidad del examen. Este equipo de atención domiciliaria

también se encargaba de realizar las atenciones médicas a los pacientes que fueron derivados a evaluación por un médico dentro del acompañamiento telefónico, y en otros casos, que eran solicitadas por el equipo de coordinación territorial. Por ejemplo: evaluar el alta clínica de forma presencial de un paciente que llevaba más de 30 días con síntomas leves. Estas evaluaciones médicas en domicilio fueron de gran ayuda para evitar los traslados innecesarios en pacientes que no tenían criterios de hospitalización y podían ser manejados con tratamiento ambulatorio, pero también fueron muy útiles para convencer a pacientes que debían aceptar el traslado al Hospital en ese momento, porque su situación clínica podía empeorar bruscamente en cualquier momento.

Conclusiones y/o discusión

Es difícil expresar de forma breve todas las lecciones que nos sigue dejando esta Pandemia, claramente la mayoría de los Sistemas de Salud no estaban preparados para este escenario, y por lo tanto, los aprendizajes han sido muchos y muy variados, desde aspectos personales, familiares, profesionales y como sociedad; por lo tanto nos centraremos en las lecciones que podemos sacar hasta el momento y que se relacionan con la implementación de la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento en nuestra comuna.

Lo primero es mencionar la importancia de adaptar las estrategias a la realidad distinta que hay en cada territorio, todas las intervenciones deben ser pertinentes y adecuadas a la población y su cultura para que sean efectivas, lo que implica además que se necesita un tiempo para ese proceso de adaptación en los territorios, por lo tanto, la estrategia de TTA no se instala de forma instantánea apenas bajan las Orientaciones Técnicas desde el MINSAL a las comunas. Sin embargo, en esta situación puntual, en muchas comunas del país el proceso de implementación fue rápido y expedito, debido a que ya se estaban realizando en APS muchas acciones relacionadas a la estrategia, lo que muestra la gran capacidad de autogestión y proactividad que tiene el Sistema de APS en nuestro país.

Otra conclusión que podemos sacar es que los Equipos de Atención Domiciliaria contratados por los Servicios de Salud en todo el país, podrían funcionar bajo las instrucciones (técnicas y administrativas) de los equipos de APS, que son los funcionarios que mejor conocen el territorio y sus

características específicas; Además que al ser dirigidos desde la capital Regional (Puerto Montt en nuestro caso) se producen descoordinaciones en terreno, se desconoce con precisión lo que está haciendo cada equipo (lo que produce en muchas ocasiones acciones duplicadas volviendo el trabajo menos efectivo) y se pierde la continuidad de la información clínica.

Aprendimos también que en un escenario de Pandemia y crisis Sanitaria, Social y Económica como el que estamos viviendo, se vuelve aún más importante el trabajo intersectorial coordinado, para complementar esfuerzos y utilizar de mejor forma los distintos recursos con los que cuenta cada territorio. Específicamente en nuestra comuna, ha sido de gran ayuda contar con Psicólogos del área de Educación que nos están ayudando con el acompañamiento telefónico integral de los pacientes en cuarentena; los vehículos y choferes que nos facilita la Municipalidad de Maullín para poder realizar prestaciones y despachos de insumo a los domicilios; la gran inversión de la Municipalidad para comprar canastas de alimentos, útiles de aseo y desinfección y otros insumos que se entregan de forma gratuita a los vecinos de la comuna que lo necesiten; y también mencionar el gran aporte que significan los distintos funcionarios municipales y otros funcionarios públicos (Fuerzas Armadas) que están en Comisión de Servicio como Fiscalizadores Sanitarios o ayudando en las aduanas sanitarias instaladas en la comuna.

Finalmente nos gustaría destacar algunos últimos aprendizajes, y es que es esencial que para realizar distintas intervenciones estas tengan un respaldo técnico de manera correcta. Además, la importancia y necesidad de adecuarse al contexto cultural, y por sobre todo el ser empático y ponerse en el lugar de la

población que uno atiende, más aun considerando el contexto que estamos viviendo debido a esta pandemia. Esta reflexión nace al alero de la decisión que baja del MINSAL³, de no ser necesario realizarles examen PCR a los casos probables y simplemente considerarlos y manejarlos como un caso confirmado por PCR. Si bien coincidimos en que son válidos los argumentos técnicos que respaldan que esta decisión, sin embargo desde el punto de vista de los pacientes y sus familias, es algo muy difícil de aceptar. Es lógico que una familia con un integrante como caso probable, quiera y necesite saber si su familiar está infectado por COVID-19 (aún más cuando presentan síntomas leves y por corto tiempo), y no quieran quedarse con la duda de si sus síntomas fueron producto de esta enfermedad o no. Afortunadamente en nuestro caso, tal como describíamos anteriormente, en la X Región tenemos una capacidad muy alta para realizar exámenes de PCR y hemos tenido la posibilidad de seguir realizando estos exámenes en domicilio a los casos probables, pudiendo entregarles aunque sea una pequeña certeza y seguridad, a nuestra comunidad que tanto sufre cuando entra en cuarentena un familiar o amigo.

Bibliografía

1. Ministerio de salud Chile. Protocolo de contactos de casos COVID-19 en fase 4. 25 de marzo 2020.
2. Ministerio de salud Chile Subsecretaría de Salud Pública. Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia covid-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento. 2020 jul.
3. Ministerio de salud Chile Subsecretaría de Salud Pública. Dispone medidas sanitarias que indica por brote de COVID-19. resolución exenta 403; 30 de Mayo del 2020.

Más allá de la vigilancia epidemiológica: una experiencia territorial de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento en la comuna de El Bosque.

Beyond epidemiologic surveillance: a local experience of the testing, tracing and isolation strategy in El Bosque Municipality, Santiago de Chile.

Ximena González C.¹, Cecilia González M.¹, Esteban Hadjez B.^{1,2}

Resumen

Frente a la crisis sanitaria debido a la pandemia por SARS-CoV-2, los equipos de atención primaria de salud de la comuna de El Bosque han debido diseñar y desarrollar estrategias a nivel local para cuidar la salud de las personas y familias del territorio. Una de las estrategias más importantes corresponde al testeo, trazabilidad y aislamiento de los casos confirmados de infección por SARS-CoV-2 y sus contactos. Para este propósito se crearon equipos de trabajo exclusivos y con recursos locales, que pudieran realizar estas acciones desde un enfoque integral, vinculando al equipo de salud del territorio con las familias afectadas de forma diaria y permanente. La visualización de las familias en sus contextos social y sanitario ha permitido abordar aspectos más amplios de la enfermedad y que resultan en el cuidado más oportuno, pertinente y efectivo de la salud de los habitantes de la comuna. Del mismo modo, se han realizado estrategias territoriales de cuidados de salud junto a dirigentes sociales y otros actores de la comunidad para coordinar operativos de salud y testeo con toma de PCR en espacios comunitarios y domicilios, además de procesos de educación a las familias y comunidades en espacios de mayor afluencia de personas como son los almacenes de barrio.

Palabras claves

Atención primaria de salud, infección por SARS-CoV-2, trazabilidad de contactos.

Abstract

Due to the health crisis related to the SARS-CoV-2 pandemic, primary health care teams in El Bosque municipality in Southern Santiago de Chile, have designed and developed local strategies to protect people and their families' health in the territory. One of the main strategies is the testing, tracing, and isolation of confirmed cases of SARS-CoV-2 infection and their close contacts. For this purpose and with local resources, dedicated teams were created to perform these activities from an integral perspective, engaging primary health care workers with the affected families on a daily and continuous basis. The visualization of these families in their specific social and health contexts have contributed to address broader aspects of this problem, which have resulted in more timely, meaningful, and effective health responses. In addition, territorial health care strategies have been implemented together with social leaders and other community stakeholders to coordinate health campaigns and PCR testing in community settings and neighborhoods, and educational activities for families and communities where there are often large crowds, such as local markets.

Keywords

Primary Care; health strategy; rurality; quarantine;

¹ Dirección de Salud Municipal de la comuna de El Bosque, Santiago de Chile

² Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Chile

Introducción

Frente a la crisis sanitaria debido a la pandemia por SARS-CoV-2 que afecta a nuestro país, y considerando la inexistencia de orientaciones técnicas por parte de las autoridades del Ministerio de Salud durante los primeros meses de la pandemia^{1,2}, los equipos de atención primaria de la comuna de El Bosque se vieron en la necesidad de generar estrategias locales para cuidar la salud de los habitantes del territorio. Una de estas estrategias corresponde al acompañamiento a las personas con infección por SARS-CoV-2, sus familias y otros contactos estrechos. Para lo anterior, y junto con la necesidad constante de que las personas afectadas puedan realizar una cuarentena y aislamiento de manera efectiva, es que desde el inicio de la pandemia nace la iniciativa de acompañar diariamente a las personas que cursan con esta enfermedad, más allá del control de los síntomas de la infección y la vigilancia epidemiológica³. Prontamente los equipos de salud de la comuna reconocen la importancia de pesquisar otras necesidades sociales y de salud de forma oportuna y de manera integral. Así, esta iniciativa ha permitido que las personas en cuarentena y aislamiento sepan a quién acudir en caso de no contar con alimentos o útiles de aseo, como también frente al requerimiento de atención médica de urgencia, acceso a medicamentos, o apoyo psicológico⁴. Una segunda estrategia desarrollada es la creación de un equipo de profesionales de carácter transdisciplinar cuyo propósito es la realización de intervenciones de apoyo a los centros de salud familiar del territorio en el testeo de la infección por SARS-CoV-2, en la identificación de condiciones sociales, económicas y epidemiológicas relacionadas con el aumento de los casos, y en la elaboración de intervenciones específicas y focalizadas en los grupos de mayor vulnerabilidad social, económica y sanitaria de la comuna⁵.

Estrategia de trazabilidad de la comuna de El Bosque

Desde el mes de abril del año 2020, después de los primeros casos de COVID-19 confirmados en la comuna de El Bosque, se inicia la estrategia local de seguimiento y acompañamiento de personas con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 y sus contactos estrechos. Posteriormente, durante el mes de junio de 2020 se materializa el centro de trazabilidad de la comuna de El Bosque, instalado en dependencias del Liceo Christa McAullife y que cuenta con trabajadores y trabajadoras de atención primaria dedicadas exclusivamente

a esta labor³. En el mes de Julio se publica y difunde a los equipos de atención primaria de salud el Manual de Seguimiento de Casos y Contactos del Sistema Epivigila del Ministerio de Salud⁶, debiendo incorporar estos lineamientos y adecuar el trabajo ya iniciado a las nuevas orientaciones y registros en plataforma nacional. El centro de trazabilidad de la comuna está integrado por: profesionales y personal de apoyo de los seis centros de salud familiar de la comuna, totalizando 60 personas; un equipo de visitas de rescate y entrega de ayuda social; un equipo médico de monitoreo y estrategia de aislamiento encargado de la derivación a residencias sanitarias, en caso de necesidad; un equipo de coordinación de la estrategia de trazabilidad; además de contar con choferes y vehículos para traslado de pacientes con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 a residencias sanitarias y apoyo en la trazabilidad. Los objetivos de este centro de trazabilidad de la comuna de El Bosque son:

- a. Acompañar de forma permanente e integral a las personas con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 junto a sus familias y contactos estrechos que vivan en la comuna.
- b. Pesquisar posibles lugares y circunstancias en las que ocurren los contagios de las personas afectadas, facilitando la detección precoz de contactos estrechos y su aislamiento.
- c. Indagar en las condiciones sociales, económicas y afectivas en las cuales las personas y familias afectadas por la infección por SARS-CoV-2 realizan su cuarentena y aislamiento, además de gestionar el acceso a residencias sanitarias en caso de necesidad.
- d. Entregar ayuda social a las familias que se encuentran en aislamiento en la comuna.

Específicamente, la estrategia de trazabilidad y aislamiento en la comuna de El Bosque consiste en el acompañamiento diario por medio de llamados telefónicos a las personas con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2, sus contactos estrechos y sus familias, con el fin de asegurar: una educación y asesoramiento de la enfermedad y la importancia del aislamiento, de manera pertinente y personalizada; indagar en las formas de contagio y posibles contactos estrechos que las personas con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 pudiesen tener. Por su parte, en los Cesfam de la comuna, se formaron equipos como contraparte al trabajo de los trazadores, para efectuar y coordinar las interconsultas de visitas médicas,

atención psicológica, salud sexual y reproductiva, enfermería, cuidado dental, trabajo social y entrega de medicamentos a domicilio. Además, para las mujeres embarazadas o púerperas se realiza un acompañamiento enfocado en la etapa vital que se está viviendo, con control permanente de profesionales médicos y matronas. Del mismo modo, se gestionan las licencias médicas, tanto para los pacientes con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2, como para sus contactos estrechos. Por otra parte, el acompañamiento también implica la pesquisa de manera oportuna de las necesidades sociales y económicas de las personas y familias afectadas, y eventualmente el apoyo mediante ayuda social. Éstas últimas incluyen la entrega de cajas de mercadería, gas, kit de elementos de protección personal y aseo, además de la entrega de soluciones habitacionales o de emergencias. Para personas y familias de nacionalidad haitiana, se cuenta además con facilitadora intercultural que contribuye a mejorar la comunicación y la entrega de indicaciones de salud.

- c. Identificar condiciones sociales y sanitarias implicadas en el aumento de los casos de infección por SARS-CoV-2.
- d. Gestionar y derivar oportunamente los requerimientos en salud de las personas y familias detectados en operativos territoriales.

Los operativos territoriales consisten en la estrategia “puerta a puerta”, especialmente en sectores de la comuna con el mayor número de casos activos. En éstos, se realiza: toma de examen PCR para SARS-Cov-2 a personas sintomáticas en sus domicilios; búsqueda activa de casos y toma de examen PCR para SARS-CoV-2 a contactos estrechos; testeo masivo en ollas comunes y organizaciones sociales del territorio. Además, en conjunto con el equipo de salud de la municipalidad de La Pintana, se realizan estos operativos en los límites comunales, aumentando la toma de exámenes PCR para SARS-CoV-2 y mejorando la trazabilidad de casos positivos para la enfermedad. Del mismo modo, se elabora y distribuye material educativo acerca de la infección por coronavirus, utilizando además herramientas digitales para su masificación. Se desarrollan estrategias de educación y promoción en salud con locatarios en comercios formales e informales, considerando que los locales comerciales corresponden a punto de encuentro de personas y posibles focos de contagio. Este trabajo se realiza de manera coordinada con la Oficina Municipal de Intermediación Laboral (OMIL). Finalmente, también se coordina y gestiona la derivación y apoyo, según pertinencia, de casos sociales, personas con enfermedades crónicas descompensadas, otro tipo de morbilidad u otras necesidades de cuidados de salud al centro de salud familiar del territorio respectivo.

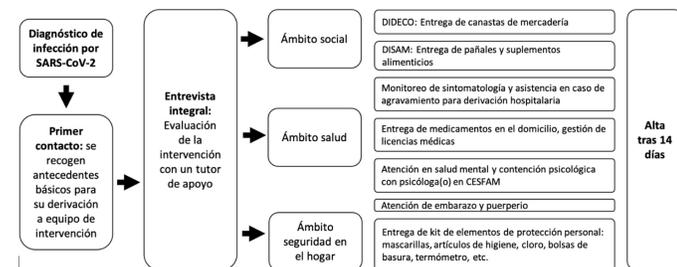


Figura 1: Esquema del protocolo de atención de personas con infección por SARS-CoV-2. Elaboración propia.

Del mismo modo, el equipo del centro de trazabilidad de la comuna de El Bosque realiza llamados personalizados a aquellas personas con antecedente de contacto estrecho con un caso confirmado para infección por SARS-CoV-2 al primer, quinto y onceavo días, con el propósito de evaluar la aparición de síntomas, y eventualmente ser considerado como un caso probable e iniciar un período de cuarentena.

En relación a la estrategia territorial de este trabajo, los objetivos apuntaban a:

- a. Disminuir el número de casos nuevos para infección por SARS-CoV-2 y frenar la cadena de contagio a nivel comunal.
- b. Fortalecer la vinculación con dirigentes territoriales, aumentando la trazabilidad en poblaciones con un elevado número de casos activos.

Así, desde el mes de marzo de 2020, alrededor de 11,286 personas con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 y sus familias han recibido acompañamiento integral en el marco de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento en la comuna de El Bosque (cifras actualizadas hasta el mes de abril de 2021). De los casos en seguimiento, 4,200 familias afectadas por esta enfermedad han recibido el kit de elementos de protección personal y de aseo, además de apoyo social y económico a través de la entrega de cajas de mercadería por parte del equipo que se conformó desde el centro de trazabilidad. Por otra parte, la labor del centro de trazabilidad de la comuna de El Bosque ha permitido

augmentar de manera progresiva la búsqueda activa de casos, alcanzando en la actualidad al 54% de los test realizados, manteniendo además una cobertura promedio de testeo del 92% del total de casos, y alcanzando en promedio un 96% en la oportunidad de notificación de resultados. A pesar de lo anterior, aún existen desafíos en la oportunidad de la investigación epidemiológica para casos confirmados de infección por SARS-CoV-2 y para sus contactos estrechos, como también en la identificación de estos contactos. Desde el punto de vista de los equipos de salud del territorio, éstos han tenido que adaptar de manera permanente su trabajo en la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento de casos confirmados de infección por SARS-CoV-2 de acuerdo a las sucesivas modificaciones de las orientaciones técnicas emanadas desde el Ministerio de Salud y de las evaluaciones locales de la estrategia implementada, además de considerar los rápidos cambios en el panorama epidemiológico local.



Figura 2: Centro de trazabilidad de la comuna de El Bosque. Fotografía de los autores.

Comentarios finales

Considerando el difícil contexto socioeconómico, político y sanitario que vivimos en el país, es fundamental reconocer la importancia del trabajo en red y fortalecer el rol estratégico que representan los equipos de atención primaria de salud. En la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento implementada en la comuna de El Bosque, los equipos de salud deben asumir un rol significativo de acompañamiento, seguimiento, y educación hacia las personas y familias afectadas por la enfermedad. De forma temprana se establece abordar la pandemia en el territorio desde una mirada integral, de manera que los equipos de

atención primaria de salud se vinculan con las personas con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 y sus familias de forma diaria y transdisciplinar, considerando todos sus requerimientos. En este proceso, los equipos de salud han debido enfrentarse y alertar sobre situaciones de alta complejidad, entregando apoyo y contención emocional en situaciones de dolor y sufrimiento, lo que ha sido altamente valorado por la comunidad. Por otra parte, estos equipos de trabajo se han desplegado además hacia los domicilios de las familias, entregando medicamentos para el control de enfermedades crónicas, métodos de anticoncepción, suplementos alimenticios, entre otros, sin descuidar los otros aspectos del cuidado de la salud. Se han generado todas las coordinaciones e interconsultas requeridas por el grupo familiar, incluyendo atención psicológica, de salud sexual y reproductiva, atención médica y por enfermería, además del uso de las redes intersectoriales y municipales como la Dirección de Desarrollo Comunitario, Vivienda, Emergencia y Seguridad, entre otras. La estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento en la comuna de El Bosque también ha requerido el fortalecimiento de la coordinación entre los equipos de atención primaria de salud y el nivel secundario y terciario de atención, incluyendo la gestión de hospitalizaciones, altas médicas y derivaciones a residencias sanitarias para la cuarentena de personas con infección por SARS-CoV-2, y aislamiento de sus contactos estrechos.

Del mismo modo, los equipos de atención primaria de salud han trabajado de manera permanente con líderes sociales y organizaciones comunitarias del territorio, permitiendo una vigilancia activa en los sectores más afectados, y facilitando la monitorización y acompañamiento a las personas y familias en aislamiento. Así, desde los principios del modelo integral de salud familiar y comunitaria, con énfasis en el trabajo en promoción de salud y prevención de enfermedades, la experiencia de testeo, trazabilidad y aislamiento en la comuna de El Bosque ha fortalecido los vínculos entre el equipo de salud y la comunidad. Este trabajo estrecho junto con la comunidad ha permitido también generar estrategias de trabajo más eficientes, tomando en consideración las condiciones sociales y sanitarias en las cuales las personas y familias viven, de manera de disminuir la propagación de la infección por SARS-CoV-2 en la comuna.

Finalmente, la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento de la comuna de El Bosque nos entrega varios aprendizajes. Destaca dentro de ellos, la importancia de poder dar respuestas oportunas, eficientes y rápidas a las familias mediante la coordinación entre los distintos actores, tanto del sistema de salud mismo como aquellos pertenecientes a las redes intersectoriales. Para ello es imprescindible poder ver a las personas y su grupo familiar desde una mirada integral. Por otra parte, señalamos como significativo el hecho de que el municipio cuente con un equipo exclusivo para desarrollar esta labor, central para el control de la pandemia a nivel territorial, y que se constituye en un desafío de los equipos de atención primaria de salud para entregar una atención de salud de calidad. Además, el equipo de trabajo del centro de testeo, trazabilidad y aislamiento de la comuna destaca el lado más humano del trabajo de la atención primaria de salud que se genera en esta nueva relación cercana y personalizada con las personas y familias afectadas por esta enfermedad.

Bibliografía

1. Comisión de Salud del Senado. Expertos exigen fortalecer la atención primaria en el control de la pandemia. Valparaíso: Senado de Chile; 2020.
2. Colegio Médico de Chile. Informe Colegio Médico de Chile a Comisión Especial Investigadora de los actos del gobierno en relación con los impactos sanitarios, económicos, sociales y laborales que la pandemia por la enfermedad covid-19 ha provocado en el país. Valparaíso: Colegio Médico de Chile; 2020.
3. I. Municipalidad de El Bosque. Con recursos propios Municipalidad de El Bosque instala centro de monitoreo, trazabilidad y seguimiento de pacientes covid-19. Santiago de Chile: I. Municipalidad de El Bosque; 2020.
4. I. Municipalidad de El Bosque. Municipalidad de El Bosque anuncia plan social y económico de emergencia para enfrentar pandemia generada por el coronavirus. Santiago de Chile: I. Municipalidad de El Bosque; 2020.
5. I. Municipalidad de El Bosque. Municipalidad de El Bosque consolida testeo PCR en barrios como parte de su estrategia de control de contagios por covid-19. Santiago de Chile: I. Municipalidad de El Bosque; 2020.
6. Departamento de Epidemiología. Manual seguimiento de casos y contactos sistema Epivigila. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020.

Continuidad de los cuidados en personas con condiciones crónicas de salud

Las personas con condiciones crónicas se desenvuelven en un sistema de salud que actúa de forma reactiva ante las enfermedades y descompensaciones conocido como atención episódica y fragmentada en la provisión de servicios. Por tanto, el fortalecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) con foco en las personas mediante coordinaciones efectivas que favorezcan el acompañamiento y continuidad de los cuidados en función de sus necesidades, prioridades y recursos personales, familiares y comunitarios, son un desafío vigente.

Las experiencias que se describen a continuación son un aporte a este desafío, desde la innovación

en el cuidado integral de las personas, mediante la redefinición de procesos de atención según el nivel de riesgo de las personas, la reorganización de roles al interior del equipo de salud y la incorporación de tecnología en los cuidados entre otros, generando mayor satisfacción tanto en los equipos como en la población.

Son experiencias del territorio que nos invitan no solo a adaptar los cambios previsibles en la atención de las personas, sino que también a incorporar nuevas formas de avanzar en la prevención de las enfermedades y promoción de la salud en un contexto de pandemia que ha relevado el valor social de la Atención Primaria.

PhD Irma Vargas Palavicino¹

1. MINSAL. Comunidad de Prácticas en APS. Chile.

Respondiendo a la pandemia por COVID-19 desde un enfoque psicosocial con personas y comunidades de Ñuble y Bío-Bío, Chile

Responding to the COVID-19 pandemic from a psychosocial approach with people and communities of Ñuble and Bío-Bío, Chile

José Luis Salas-Herrera¹, Cheryl Faúndez Flores², Marcela Acuña Estrada³, Elizabeth Rivera Danyau⁴

Resumen

La presente investigación fue realizada por el Centro de Salud Familiar Los Cerros de Talcahuano en conjunto con la Escuela de Psicología de la Universidad del Bío-Bío. El estudio pretendió dar a conocer las experiencias de las/os participantes de Ollas Comunes de las comunas de Talcahuano, Quinchamalí y Chillán, identificando aspectos subjetivos y psicosociales relativos a la participación comunitaria, la caracterización territorial de la olla común y sus determinantes sociales, desde un abordaje cualitativo fenomenológico de tipo exploratorio-transversal. La muestra estuvo constituida por las experiencias y voces de 4 dirigentes sociales entre 39 y 55 años, residentes del territorio Villa Los Copihues, Nueva Los Lobos, de la comuna de Talcahuano; El Litral y El Nevado de las comunas de Quinchamalí y Chillán (respectivamente), Región de Ñuble. De acuerdo a los objetivos se consideraron cinco dimensiones de análisis. La primera, describió hitos relevantes que permitieron conformar la historia local en relación a los orígenes de la olla común. La segunda, articuló el bienestar y los aprendizajes de los participantes de la olla, poniendo énfasis en la experiencia participativa. La tercera, aglutinó los desafíos y resolución de problemas de la organización, la influencia de la familia, vecinos y presencia de terceros ya sea particulares como agentes de instituciones. La cuarta versó sobre la resistencia social en relación a los contextos sociopolíticos de índole nacional y local durante el contexto de pandemia e historia del territorio. La quinta dimensión hizo referencia a los desafíos que emprende la comunidad con una necesidad sentida de realizar intervenciones de carácter social.

Palabras clave

Grupos de Autoayuda, Política, Resiliencia Psicológica, Bienestar Social, Derecho de Autodeterminación

Abstract

This research was carried out by the Los Cerros de Talcahuano Family Health Center in conjunction with the School of Psychology of the Universidad del Bío Bío. The study aimed to make known the experiences of the participants of Common Pots of the communes of Talcahuano, Quinchamalí and Chillán, identifying subjective and psychosocial aspects related to community participation, the territorial characterization of the common pot and its social determinants, from a qualitative phenomenological approach of an exploratory-transversal type. The sample consisted of the experiences and voices of 4 social leaders between 39 and 55 years old, residents of the Villa Los Copihues territory, Nueva Los Lobos, in the commune of Talcahuano; El Litral and El Nevado of the communes of Quinchamalí and Chillán (respectively), Ñuble Region. According to the objectives, five dimensions of analysis were considered. The first, described relevant milestones

¹ Académico, Universidad del Bío Bío, Chile. Universidad del Bío-Bío, Facultad de Educación y Humanidades, Departamento de Ciencias Sociales. Correspondencia a jsalas@ubiobio.cl. Este trabajo contó con el apoyo de un Proyecto de Convenio de Desempeño de la Facultad de Educación y Humanidades de la Universidad del Bío Bío, Sede Chillán. Agradecemos el apoyo del CESFAM Los Cerros de Talcahuano y la colaboración de cada dirigente/a social entrevistada/o.

² Trabajadora Social, CESFAM Los Cerros de Talcahuano.

³ Psicóloga.

⁴ Trabajadora Social, CESFAM Los Cerros de Talcahuano.

that allowed shaping the local history in relation to the origins of the common pot. The second, articulated the well-being and learning of the pot participants, emphasizing the participatory experience. The third, brought together the challenges and problem solving of the organization, the influence of the family, neighbors and the presence of third parties, whether individuals or agents of institutions. The fourth dealt with social resistance in relation to national and local socio-political contexts during the context of the pandemic and the history of the territory. The fifth dimension made reference to the challenges that the community undertakes with a felt need to carry out social interventions.

Keywords

Self-Help Groups, Politics, Psychological Resilience, Social Welfare, Right of Self-determination

Introducción

A la fecha, Chile y el mundo entero vive una catástrofe continúa denominada Pandemia por COVID-19, lo que tensa particularmente la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y social para enfrentar una situación de tal magnitud. Es así, y como en otros períodos de la historia nacional, que surgen las Ollas Comunes (también denominadas Ollas Comunitarias, Ollas Populares u Ollas Sociales) para dar una respuesta social que apunta a mitigar los daños a la integridad humana mediante la creación e intensificación de los lazos sociales y en un contexto de altísima desigualdad e injusticia social estructural que viene a agravar los efectos ya complejos de la Pandemia.

Se cuenta con antecedentes de otras indagaciones referentes al funcionamiento de las Ollas Comunes tales como la de Hardy¹ que caracterizó organizacional y territorialmente cuatro coordinadoras de Ollas Comunes de la Zona Oriente de la Región Metropolitana, agrupadas en la denominada COCZO y que aglutinaba a 39 Ollas de Puente Alto, Lo Hermida, La Florida entre los años 1974-1985, en plena Dictadura Cívico-Militar en Chile. Del mismo modo, contamos con el reporte crítico reflexivo de Jelin² que releva la importancia del tema de género y como han sido principalmente las mujeres quienes han levantado las iniciativas de subsistencia, organización y construcción de respuestas en América Latina y Chile. En el norte de Chile se encuentran caracterizaciones de ollas comunes signadas por la iniciativa femenina, donde las mujeres, además, ocupaban otros espacios como integrar el piquete de huelgas (con los mineros) y juntaban ayuda material para las familias mineras³. Con todo hay dos aspectos que no se han considerado en el conjunto de estudios respecto a las ollas comunes: el despliegue y configuración de significados personales y su conexión con discursos y estructuras sociales desiguales, injustas y opresivas, así como la aproximación a

realidades rurales del sector centro-sur de Chile, en relación con sus determinantes sociales de la salud⁴.

La investigación que se presenta a continuación, se inscribe en la temática de experiencias de participantes de Ollas Comunes en el sector de los Cerros de la comuna de Talcahuano (Región del Bío-Bío) y los sectores el Nevado (Chillán, Región de Ñuble) y el Litoral (Quinchamalí, Región de Ñuble). Este estudio intenta aportar a la descripción de algunos aspectos relevantes dentro de las acciones colectivas que desplegaron los dirigentes sociales y la comunidad en contexto de Pandemia COVID-19 (Desde abril a junio del año 2020), como la definición de hitos, anécdotas o acontecimientos que estructuraron las ollas comunes, los efectos de la experiencia participativa en su concepción de ser representantes de la comunidad, el sentido de pertenencia en base al territorio, la influencia de la familia de origen y la presencia de terceros en las ollas comunes. Esta investigación contempla a los y las dirigentes, que participan (o participaron) en diversas ollas comunes dentro de dos territorios. Se optó por estos territorios pues existe en ellos una diversidad de participación que determina un marco importante para comprender la influencia que tiene tanto en la experiencia participativa de estas ollas comunes, como en la construcción de la historia local. La relevancia del estudio está dada tanto a nivel teórico, respecto de actualizar la reflexión y discusión acerca del rol que tienen las ollas comunes en la historia nacional y local; como también a nivel político, puesto que tiene una incidencia directa en cómo es entendida la historia de cada uno de los territorios investigados y cómo esta cambia, revitaliza mediante la participación práctica en el contexto en que se materializó.

Desarrollo

El Centro de Salud Familiar los Cerros en conjunto con la Escuela de Psicología de la Universidad del Bío Bío realizan

una investigación en el marco de un Proyecto Convenio de Desempeño ejecutado en la Escuela de Psicología de dicha universidad con el propósito de conocer las experiencias de participantes de Ollas Comunes en el sector de Los Cerros de Talcahuano (Región del Bío-Bío) y los sectores El Nevado (Chillán, Región de Ñuble) y El Litoral (Quinchamalí, Región de Ñuble) y comprender como emergen allí significados que se conectan con estructuras y discursos sociales en el contexto de pandemia y desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud.

Entendemos que los resultados de esta investigación permitirán iluminar y dar sentido contextual a un conjunto de categorías que son, o deberían ser, ejes centrales dentro del trabajo de fortalecimiento de los determinantes sociales en salud que, en la actualidad interactúan con la injusticia social exacerbada por la Pandemia por COVID-19.

A raíz del contexto socio-sanitario que se atraviesa a nivel mundial, Chile también ha sido víctima de la crisis sanitaria que trajo consigo el COVID-19 confirmando su primer caso el 3 de marzo del 2020, a partir de eso el brote epidémico se expande hasta alcanzar las 16 regiones del país, decretándose estado de excepción por 90 días inicialmente, prorrogándose así sucesivamente. El 30 de enero de 2020, la OMS declara emergencia de salud pública, el 18 de marzo del mismo año, el ministerio de economía en conjunto con la Cámara de Centros Comerciales de Chile y la Cámara Nacional del Comercio, anuncian el cierre anticipado de centros comerciales a excepción de farmacias, supermercado, bancos y centros médicos. En virtud de lo anteriormente mencionado, con esta medida, se da inicio al cierre de diversas fuentes laborales, lo que es inesperado para la comunidad. Dada esta situación la cesantía aumenta considerablemente, la falta de insumos básicos se hace cada vez más presente y preocupante para la comunidad en general, golpea fuertemente a los sectores más vulnerables, situación que lleva a las organizaciones comunitarias a unirse y trabajar en pro de sus comunidades. En este momento, reviven las ollas comunes, actividad que nace en el año 1930 y toma fuerza con los años. Para Chile la olla común es una instancia de participación comunitaria entre vecinos y pobladores que buscan resolver la necesidad básica de comer, siendo autogestionada e independiente, nacen dentro de contextos sociales de pobreza y desempleo como una organización para la subsistencia.

Esta investigación traza objetivos que se relacionan con identificar aspectos subjetivos y psicosociales relativos a la participación, caracterización territorial de la olla común y sus determinantes sociales. Utiliza un estudio de tipo exploratorio-transversal y contó con una muestra de cuatro representantes de las organizaciones a cargo de las ollas comunes quienes fueron entrevistados/as usando una pauta de entrevista semiestructurada, con aspectos narrativos.

De acuerdo a los objetivos se consideraron cinco dimensiones de análisis las que se presentan a continuación articulando inmediatamente los resultados por categoría:

1.-Orígenes de la Olla

Las ollas se conforman desde el ánimo de solidarizar con una mezcla de sentimientos intensos (tristeza, sorpresa, satisfacción, sensación de ser útil a otros/as) que movilizan y permiten dar sentido a la experiencia en el marco de la acción solidaria. Las fechas de inicio de las distintas ollas comunes se sitúan entre abril y junio de 2020. Les mueve la cesantía y las jubilaciones “anticipadas”, las necesidades materiales, el arraigo territorial y la identificación y participación histórica con su comunidad.

2.- Bienestar y Aprendizajes

Se conjugan dimensiones del bienestar y aprendizaje personal (tolerancia, perseverancia, empatía) con procesos sociales tales como el contacto interpersonal, confianza, sentido espiritual hecho acción social, la sabiduría y la percepción de trascendencia histórica que funcionará como impronta de solidaridad para futuras generaciones, lo que permite albergar esperanzas hacia el futuro independiente de las catástrofes que pudiesen llegar a ocurrir.

La experiencia de trabajo en la Olla activa la resiliencia individual y comunitaria a la vez que se transforma en un crisol para relaciones más cercanas.

3.-Vínculos y resolución de problemas

Frente a un contexto de pandemia, sumado a las características de los territorios y el trabajo bajo presión para responder a las necesidades básicas de sobrevivencia emergen conflictos de organización no obstante prima el ayudar al otro como el motor inicial para abogar a la reflexión y aprender a resolver conflictos

4.-Resistencia Social

Las comunidades han recibido aportes puntuales de las distintas instituciones. La ausencia de respuestas institucionales consistentes, apropiadas, continuas y participativas por parte del gobierno central y local, moviliza a la olla común y la transforma en un acto y estrategia de resistencia frente a la injusticia estructural del sistema político chileno. De no existir esta respuesta, las consecuencias serían aún más catastróficas en términos de la salud de la población desde un punto de vista integral.

5.-Desafíos

Además de la administración material de los recursos de la Olla está la importancia del autocuidado, pero no desde una perspectiva individualista sino desde la empatía y la ética del cuidado del otro/a/e. La percepción de escasez que la comunidad tiene del sistema público de salud y su precariedad para responder a las necesidades especiales de la población mayor y de dependientes igualmente participa de los desafíos más relevantes. Estas necesidades no sólo son médicas sino, también psicosociales al hablar de la percepción de abandono de la población mayor y de salud mental al dar cuenta del estado de ánimo generalizado que amenaza con no seguir dando continuidad a este “servicio”. Los espacios para el desarrollo, educación, materiales básicos para aquello, estimulación y esparcimiento de los niños/as/es son una necesidad sentida, así como realizar intervenciones con sentido social.

Conclusión y/o discusión

Esta investigación permite reconocer a las ollas comunes como un tejido social donde la comunidad, el barrio y el territorio se conectan, reconocen y dan sentido a sus habitantes en el día a día de la cotidianidad colectiva frente a cualquier adversidad. Las ollas comunes también son reconocidas como un entramado social vivo y palpante, creado de significados compartidos y acciones coordinadas. Son grandes organizaciones de consumo popular, territorial, solidario de trabajo y hasta la subsistencia en la que se reúnen recursos, esfuerzos, trabajo, voluntades para la ayuda mutua y el sustento diario de todas las familias y personas del circuito social.

Se visibiliza la participación de la mujer en la comunidad, resaltando su rol más allá de la manipulación y

preparación de alimentos, no sólo como organizadoras de la vida familiar y social, también como ejemplos de lucha y resistencia. Las mujeres que lideran las ollas han participado en todos los espacios de organización social, en la toma de decisiones (asambleas), la gestión (dirección, planificación, ejecución, evaluación, seguimiento y control, y rendición de cuentas), han desempeñado un rol protagónico y fundamental. Si bien este estudio exploró la situación de las ollas desde una perspectiva exploratoria, parece evidente que futuras indagaciones requieran de una perspectiva de género e interseccional.

Además de la investigación, se colaboró con la comunidad con entrega de insumos; mapa de recursos, catastro de instituciones, flujogramas y redes, así como también intervenciones grupales de carácter educativo en relación a la salud mental comunitaria.

Dado el contexto histórico de las Ollas Comunes y cómo este acto de resistencia nace frente a una necesidad tan vital como es la alimentación, es prescindible incluir a los y las representantes en instancias de toma de decisiones a nivel local, regional y nacional, que puedan recibir apoyo sistemático en términos de insumos básicos para su funcionamiento de modo constante y sin que signifique compromiso político partidista, no obstante no se puede dejar de lado la bandera de lucha de tener un Estado de Derecho que permita cubrir las necesidades de las personas.

Se hace necesario generar instancias de reconocimiento público y documentación histórica de cada una de estas respuestas de organización popular.

Bibliografía

1. Hardy C. Hambre + Dignidad = Ollas comunes. Santiago de Chile: Academia de Humanismo Cristiano; 1985
2. Jelin E. Ciudadanía e identidad: las mujeres en los movimientos sociales latino-americanos. Ginebra; 1987
3. Klubock, T. Sexualidad y proletarización en la mina El Teniente. II Reunión de Historiadores de la Minería Latinoamericana. Universidad de Santiago de Chile; 1992
4. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra; 2005

Control Integral en el Centro de Salud Familiar Metodista de Temuco, Chile

Comprehensive Health Care in the Methodist Family Health Center of Temuco, Chile

Nancy Angulo A.¹, Ximena Sanhueza V.², Jorge Donat M.³

Resumen

Se muestra la experiencia del CESFAM Metodista de 7 años de desarrollo en el control de pacientes crónicos que presentan más de dos patologías. Se definió que el control se desarrollaría de manera integral centrado en el usuario, en un solo momento y por el mismo equipo de atención. La asignación de los rendimientos se realizó según la edad del usuario y la cantidad de patologías que sufriera. Como resultado cuantitativo se obtuvo una disminución en la inasistencia a controles por parte de los usuarios, disminución en las solicitudes de exámenes, generación de una receta única, disminución de la asistencia injustificada de los usuarios al centro de salud, optimización en la dación y utilización de horas de los profesionales. Como resultado cualitativo se obtuvo un mayor conocimiento de la población a cargo por parte de los equipos de cabecera y una mayor adherencia de los usuarios al plan de atención integral elaborado por los equipos de atención.

Palabras clave

Atención integral de salud, multimorbilidad.

Abstract

The Methodist Family Health Center (CESFAM) of the city of Temuco, Chile, implemented the comprehensive control of patients with chronic diseases that present two or more pathologies, 7 years ago. It was defined that the medical control would be developed in an integral strategy with focus on the patient, in a single moment and by the same health team. The yields were assigned according to the age of the patient and the amount of chronic pathologies. As a quantitative result with focus on the patient, there was observed a decrease in non-attendance to medical controls, decrease in requests for exams, a generation of a unique prescription, decrease of non-justified attendance to the health center, and an optimization in the administration and use of professionals' time. As a qualitative result, was observed a better knowledge of the population in charge by the responsible teams and a greater adherence of the patients to the comprehensive health care plan prepared by the Methodist CESFAM team.

Keywords

Comprehensive health care, Multimorbidity.

¹ CESFAM Metodista de Temuco, médica clínica y asesor. Docente Universidad de la Frontera.

² CESFAM Metodista de Temuco, Coordinadora Unidad de Calidad y Unidad de Gestión.

³ Becado de tercer año Medicina Familiar General, Universidad de la Frontera.

Introducción

El CESFAM Metodista está ubicado en O'Higgins 01449 de la ciudad de Temuco, es una Organización No Gubernamental (ONG), desde el año 1967 dependiente de la Corporación Metodista de Chile y desde el año 2014, dependiente de la Fundación de Salud de la Iglesia Metodista de Chile "La Araucanía", siendo un centro autogestionado.

Es un Centro de Salud Delegado con convenios vigentes por Decreto con Fuerza de Ley 36 de 1980, con el Servicio de Salud Araucanía Sur.

En el año 1967 se comienza la construcción del actual edificio con la finalidad de tener un Jardín Infantil y un sector para un policlínico de beneficencia, por iniciativa del pastor Metodista Don David Lowry's Sketch y su esposa la Dra. Mary Sue Hart, en ese entonces el financiamiento era por medio de aportes de la Iglesia Metodista.

El 09 de Septiembre de 1983 se obtiene la autorización del Servicio de Salud Araucanía Sur de acuerdo a resolución N 12 73 para brindar Atenciones de Salud.

En agosto del año 1998 se inicia el convenio con el Ministerio de Salud como Centro de Salud Familiar, siendo uno de los pilotos a nivel comunal y nacional, y uno de los pocos que comenzó inmediatamente como centro de salud familiar. En este periodo se terminan los aportes de la Iglesia Metodista y se inicia el financiamiento de manera exclusiva, según población inscrita, a través del per cápita y algunos programas complementarios.

Organización General del CESFAM Metodista

Para el funcionamiento del CESFAM, se dividió a la población en 4 módulos (sectores) cada uno constituido por un equipo de cabecera: médico, enfermera y técnico en enfermería de nivel superior (TENS), se definió que los otros profesionales serían transversales sin población sectorizada.

No existe un Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) Centralizado, sino que esta función es cumplida en gran parte por el TENS de cada módulo que realiza

una tarea de priorización de las atenciones a los usuarios y dación de horas.

Las atenciones de los profesionales no se realizan divididas por programas, por lo tanto no existen profesionales exclusivos asignados a éstos. Es el mismo profesional ya sea médico, enfermera u otro quienes realizan los controles de todos los usuarios, para ello, los profesionales deben tener las competencias para atender a los usuarios a través de todo el ciclo vital. Existen los Encargados de Programas que realizan las labores administrativas y de coordinación, supervisados y monitoreados por una Coordinación Técnica.

El trabajo del binomio médico – enfermera es de suma importancia en razón a que la gestión de la población a cargo debe ser fluida para trabajar en pro de la disminución de la poli consulta, para ello la enfermera es la encargada de gestionar la resolución, junto al médico, de aquellas situaciones que puedan ser solucionadas sin la citación del paciente, como ajustes de terapias, revisión de exámenes alterados, solicitudes de certificados, coordinación para la elaboración de los planes de intervención, etc.

El TENS es el encargado de agendar las horas para consultas y controles de médico, enfermera y nutricionista, para la toma de exámenes de laboratorio, electrocardiograma y espirometría, entre otros. Controla los signos vitales de pacientes para la atención médica. Es labor del TENS asegurar que el usuario cuente con todos los exámenes realizados para el momento del control médico.

El trabajo en equipo de TENS, Enfermera y médico de módulo, permite priorizar a los usuarios según complejidad y necesidades de éstos.

El CESFAM ha sido campo clínico para los becados de Medicina Familiar de la Universidad de la Frontera desde el año 1998. Ellos son asignados a algunos de los módulos con familias a cargo durante los tres años de la beca. Al término de su formación, las familias son traspasadas, con aprobación de éstas, al siguiente becado.

Desde marzo del año 2018 trabajamos con ficha clínica electrónica cuyo soporte y resguardo está en Agenda Médica

del Servicio de Salud Araucanía Sur, que además cuenta con receta electrónica, registro de actividades, centro de abastecimiento, agendamiento de horas, entre otros.

Desarrollo

Cambio en la forma de atención a los usuarios en sus controles de patologías crónicas.

Las directrices del Ministerio de Salud tendían a la atención por programas lo que en la práctica provocaba una disgregación de las prestaciones otorgadas a los beneficiarios con la consiguiente multiplicación y duplicación de las acciones en salud, lo más importante era el impacto en la forma de abordar a nuestros usuarios, provocando que fueran atendidos y etiquetado por una patología y no por su condición de ser humano sufriente inserto en una familia y una comunidad⁴.

Cambiar esta idea en la mentalidad de los profesionales fue un proceso largo, fue necesario por una parte recordar y reforzar los principios del modelo de Salud Familiar y por otra los costos – beneficios a largo plazo en la calidad de la atención a los usuarios y en ahorro de recursos (recurso humano, financiero y otros).

Teniendo el firme convencimiento de que el Modelo de Salud Familiar permite enfocar la atención del usuario de manera integral, demostrando de que éste no es una patología sino un individuo inserto en una familia y comunidad, poseedor de factores de riesgo y protectores que intervienen en conjunto dentro de la mantención de su salud, se determinó a nivel local que el usuario no sería atendido en las individualidades de sus patologías, como se plantea en la atención por programa, sino como un todo, siguiendo con esto las directrices del Modelo de Atención Integral en Salud³.

Dado lo anterior nos fijamos como objetivos específicos los siguientes:

- Lograr, por parte de los profesionales, un mayor conocimiento de su población a cargo.
- Lograr un mejoramiento en la satisfacción del usuario externo.
- Optimizar el uso de las horas de profesionales.
- Disminuir las asistencias innecesarias, de parte de los usuarios, al Centro de salud.

- Disminuir la cantidad de exámenes solicitados, evitando la duplicidad.
- Disminuir y ordenar las prescripciones innecesarias de medicamentos a los usuarios.
- Posibilitar la elaboración de un plan integral de intervención a los usuarios.

Se logró el consenso, entre los profesionales, de que los usuarios serían atendidos de manera integral, por los profesionales de los equipos de cabecera, en sus controles de patologías crónicas, para ello se determinó un rendimiento variable según la edad y número de patologías que el usuario presentara.

Desde que el CESFAM inició sus prestaciones, el técnico de enfermería, del equipo de cabecera, asignaba las horas a los usuarios tanto de consultas agudas como las de controles, hasta el 2014 sólo era en base a criterios de categorización según urgencia y priorización de grupos vulnerables, posteriormente se comenzó a realizar en base a las variables de edad de éstos y el número de patologías crónicas que padecieran, para ajustar el rendimiento a estas variables. Para determinar la cantidad de patologías que afecta a cada usuario, el TENS de módulo debe revisar los antecedentes clínicos en la ficha clínica, el tarjetón de patologías crónicas y el carné de control.

Se debió adecuar las agendas para que coincidieran con los rendimientos planteados, para ello se asignaron dos a tres cupos de 30 minutos, 20 minutos o 15 minutos dependiendo del rendimiento asignado (Tablas 1, 2,3 y 4)

Edad	Rendimiento	Crónico Cardiovascular (HTA-DM-dislipidemia)	Crónico no cardiovascular Osteomuscular endocrino	Crónico no cardiovascular Neurológico	Era	Salud mental	Consulta morbilidad
Menores 70	15 minutos						X
	20 minutos		X				
	20 minutos			X			
	20 minutos				X		
	30 minutos	X					
	30 minutos		X	X			
	30 minutos					X	
	40 minutos	X	X				
	40 minutos	X		X			
	40 minutos				X	X	
	40 minutos	X			X		
	60 minutos	X					X

Tabla N°1: Rendimiento asignado a los usuarios menores de 70 años de edad considerando el número de patologías que presenten

Edad	Rendimiento	Crónico Cardiovascular (HTA-DM-dislipidemia)	Crónico no cardiovascular Osteomuscular-endocrino	Crónico no cardiovascular neurológico	Era	Salud mental	Consulta morbilidad
Mayores 70 y menores de 90	20 minutos						X
	30 minutos	X					
	30 minutos		X				
	30 minutos			X			
	30 minutos				X		
	30 minutos					X	
	60 minutos	X				X	
	60 minutos	X	X				
	60 minutos	X		X			
	60 minutos	X			X		
	60 minutos	X				X	
	60 minutos		X	X			
	60 minutos		X		X		
	60 minutos		X		X	X	

Tabla N°2: Rendimiento asignado a los usuarios entre 70 años de edad y 90 años, considerando el número de patologías que presenten

Edad	Rendimiento	Crónico cardiovascular (HTA-DM-DISL)	Crónico no cardiovascular Osteomuscular-Endocrino	Crónico cardiovascular Neurológico	Era	Salud mental	Consulta morbilidad
mayores de 90	20 minutos						X
	40 minutos	X					
	40 minutos		X				
	40 minutos			X			
	40 minutos				X		
	40 minutos					X	
	40 minutos	X	X				
	60 minutos	X		X			
	60 minutos	X			X		
	60 minutos	X				X	
	60 minutos		X	X			
	60 minutos		X		X		
	60 minutos		X		X	X	
	60 minutos				X	X	
	60 minutos				X	X	

Tabla N°3: Rendimiento asignado a los usuarios mayores de 90 años de edad considerando el número de patologías que presenten

Controles médicos de seguimiento	
menores de 90	20 minutos
mayores de 90	30 minutos
ingresos médico	60 minutos

Tabla N°4: Rendimiento asignado a los usuarios menores y mayores de 90 años de edad para el ingreso a control y para los seguimientos.

Asociado al control integral de nuestros usuarios y atendiendo a la necesidad de tener además un registro unificado para los diferentes tarjetones de control crónico (tarjetero cardiovascular,

ERA, Salud Mental, otros), en el año 2015 se ideó un tarjetero único en soporte de papel.

Al poco tiempo de usarlo nos dimos cuenta de que, si bien se lograba concentrar la información en una sola tarjeta, ésta resultaba difícil de extraer al momento de elaborar los diferentes informes estadísticos solicitados por los referentes del Servicio de Salud.

Por lo anterior durante el año 2019, el Comité Técnico Gestor de la Institución tomó la decisión de desarrollar un Tarjetero Integral Digital local, que se encuentra en estado de implementación. Se tomó como antecedente los diseños e implementación del Tarjetero Integral Físico desarrollado entre el año 2012 al 2014.

Para el tarjetero digital nos planteamos los siguientes objetivos:

- Lograr un registro consolidado de la información de los usuarios.
- Mantener un historial clínico actualizado.
- Agrupar a las familias.
- Contar con información digitalizada accesible en el momento del control.
- Facilitar la elaboración de los informes estadísticos.

Al ingresar el RUN del usuario, se visualiza inmediatamente todos los tarjeteros que posee el usuario. Se puede buscar por RUT, por nombre, por apellido y por Código Familiar.

Cambios durante la pandemia SARS Cov 2

- En un inicio se reestructuró desde los flujos de tránsito tanto para usuarios externos e internos hasta las actividades de cada uno de los funcionarios.
- Trabajamos desde un inicio con todos los funcionarios y sin turnos.
- Desde mayo del 2020 se retomaron los controles de los pacientes crónicos en forma presencial y en domicilio (siempre de manera integral), pero con cambios en el proceso:
 - La selección se realizó por medio de revisión de los tarjeteros de los programas crónicos, priorización por enfermera encargada de los programas, coordinadora técnica y médico asesor.
 - Se designó a un solo TENS para el agendamiento de

los controles médicos de los 4 módulos y a otro TENS para el agendamiento de enfermeras y nutricionistas.

- Se asignó un rendimiento general para ingreso y controles de 1 hora. (el médico tomaba los signos vitales)

Desde marzo del 2021, de manera paulatina, se ha ido retomando el antiguo funcionamiento por equipos de cabecera en cada módulo, aumentando en 15 minutos los rendimientos para dar tiempo a la sanitización y cambio de elementos de protección personal.

Discusión y Resultados

A pesar de que el modelo de salud familiar en sus principios rectores contempla la atención integral de los usuarios y la continuidad de los cuidados, esto en la práctica no se ha estado dando ya que los usuarios reciben una atención fragmentada a través de los diferentes programas de salud.

Desde el año 2019 el Ministerio de salud ha comenzado con la implementación del control multimorbilidad para aquellos usuarios que presente más de dos patologías crónicas, clasificando a los pacientes en tres grados de riesgo dependiendo de la cantidad de patologías que porten y desde los 25 años de edad, priorizando a los adultos mayores, sugiriendo un rendimiento estándar de uno o dos usuarios por hora¹⁴. Nosotros optamos por incorporar a todos los usuarios inscritos en el CESFAM sin límite de edad y con un rendimiento variable según la cantidad de patologías que presentaran.

En nuestro centro de salud el control integral de los usuarios se realiza al 100% de éstos, a diferencia de otros centros en que se hace como un policlínico adicional a los de los programas de salud tradicional y para grupos etareos definidos, en algunos sólo para adultos mayores de 65 años.

Para el control integral de los usuarios incluimos todas las patologías crónicas no transmisibles que presenten (cardiovascular, salud mental, respiratorias, endocrinas, osteomusculares, neurológicas) a diferencia de otros centros en que las patologías del Programa de Salud Mental y el de Enfermedades Respiratorias del Adulto se controlan por medio de sus respectivos programas.

La dación de horas para el policlínico de multimorbilidad en los diferentes centros, en general, la realizan los funcionarios

del SOME, en nuestro CESFAM esta labor está a cargo del TENS de módulo, quien realiza, principalmente, una labor de priorización y asignación de rendimientos, además de asegurar la asistencia a control del usuario con todos los exámenes vigentes y cualquier otra información necesaria para optimizar la atención.

Para el desarrollo e implementación de la estrategia del control integral en nuestro CESFAM, se contó desde un inicio con el apoyo y convencimiento del comité técnico gestor dirigido por la directora del Centro de Salud.

Desde un inicio de la implementación en nuestro CESFAM, definimos que el nombre sería de “Control Integral” ya que nos pareció más acorde con los principios del modelo de salud familiar. La denominación de “Control de Multimorbilidad”, nos parece que sigue apuntando al modelo biomédico en que se hace hincapié en la atención de la enfermedad y no de la persona enferma.

Al poco andar en la implementación del control integral en nuestro CESFSAM, nos dimos cuenta de que el manejo de la información se hacía engorroso al transcribir los datos a los diferentes tarjetones de los programas de salud, por lo que ideamos un tarjetón único en formato de papel, pero éste resultó ser muy grande y también difícil de llenar. Optamos por invertir en el diseño y elaboración de un tarjetón único digital que está en proceso de implementación.

A pesar de la pandemia del SARS CoV 2, hemos tratado de seguir con nuestros controles integrales, implementando los cambios necesarios para la prevención de la transmisión del virus tanto a los usuarios externos como a los internos.

Resultados cualitativos

1) Optimización en la dación de horas: Menor utilización de las agendas de los profesionales ya que independiente de las enfermedades crónicas que sufra el usuario, se le agenda una sola hora con médico, enfermera o nutricionista.

2) Optimización de los recursos:

- No existe un médico o enfermera diferente por cada programa lo que se condice plenamente con los principios de la Salud Familiar en relación a la integralidad en la atención.

- Se genera una sola orden para exámenes por lo que la

toma de éstos es en una sola ocasión para ser revisados por médico en un único control.

- Se genera una única receta integral. El retiro de medicamentos y alimento, se realiza en una sola oportunidad, disminuyendo los tiempos de atención en farmacia.
- Siempre es el mismo médico, enfermera o TENS quien atiende al usuario para cualquier solicitud.

3) Satisfacción usuario externo: Al disminuir las visitas al centro de salud se produce para el usuario un ahorro de tiempo y dinero en locomoción. El usuario logra identificar quienes son los profesionales que lo atienden.

4) Satisfacción usuario interno: Se ha logrado un mejor conocimiento de los usuarios y familias a cargo ya que es el mismo profesional que lo atiende por sus diferentes patologías a través del ciclo vital, considerando no sólo los factores biomédicos, sino que también los familiares y sociales.

Otros logros cuantitativos

1) Las metas Índice de actividad de la atención primaria (IAAPS.) desde que han sido parte de la negociación y compromiso de cumplimiento por parte del CESFAM, se han logrado en un porcentaje cercano al 100%.

2) Disminución de inasistencias por parte de los usuarios a sus controles (tabla 5)

Evolución no se presenta (NSP) por año	2008	2010	2012	2014	2018	2020
Número total prestaciones anual	36668	46561	53357	94022	96072	8581
Prestaciones médicas anual	8585	7312	5822	9650	13432	3719
% Prestaciones medicas	23,4	15,7	10,9	10,3	14	43,3
NSP horas medicas anual	443	301	378	393	360	122
%NSP horas medicas anual	5,2	4,1	6,5	4,1	2,7	3,3
Prestaciones enfermera anual	3787	5530	5255	9777	13378	1126
% Prestaciones enfermera	10,3	11,9	9,8	10,04	13,9	13,1
NSP enfermera anual	285	255	258	455	540	62
% No se presenta	7,5	4,6	4,9	4,7	4	5,5

Tabla N°5: Se aprecia una disminución de los No se Presenta al control de médico y enfermera después de la implementación del control integral. Para el año 2020 se muestra los datos al primer trimestre.

Conclusiones

A pesar de que el modelo de salud familiar lleva décadas en la implementación en la Atención Primaria de nuestro país, su desarrollo se ha visto limitado por la persistencia del abordaje biomédico de los usuarios en que son fragmentados al ser atendidos por los diferentes programas.

Es posible cambiar la forma de atender a los usuarios en un centro de salud primaria siguiendo las directrices del modelo de salud familiar que enfatiza la elaboración de un plan de cuidado integral para cada uno de ellos y de sus familias a través del ciclo vital individual y familiar.

Para poder implementar cualquier cambio en la forma de prestar los servicios a los usuarios se necesita del apoyo y compromiso de las autoridades del Centro de Salud y de los diferentes actores involucrados en el proceso.

Consideramos que es imprescindible la atención y el seguimiento de los usuarios por un mismo equipo de cabecera para poder prestar una atención integral, para ello los profesionales y funcionarios deben capacitarse en el modelo de salud familiar para adquirir las competencias necesarias.

El rendimiento para la realización de los controles debe adecuarse a algunas variables individuales de los usuarios como la edad y el número de patologías que presenten.

La dación de horas debe ser realizada por un funcionario clínico que cuenta con las competencias para poder priorizar y gestionar la atención del usuario.

Como apoyo a la gestión de la información de los usuarios es imprescindible tener un medio de registro unificado, idealmente digital.

En Pandemia si se puede continuar con las directrices del modelo de salud familiar, en general, y en particular, continuar con el control integral a los usuarios.

Es necesario hacer una evaluación continua de los resultados en la implementación del control integral a los usuarios para poder hacer los cambios que se requieran en la medida de que las variables contempladas se deban modificar debido a los cambios epidemiológicos y etareos.

Bibliografía

1. Hidalgo C. C., Carrasco B. E. Salud Familiar: un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2002.
2. Prados-Torres A, Del Cura-González I, Prados-Torres J, Leiva-Fernández F, López-Rodríguez J, Calderón-Larragaña A, Muth C. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Adriadne. Un enfoque centrado en la persona. *Atención Primaria* 2017; 49(5):300-307.
3. Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria. Subsecretaría de Redes asistenciales. División Atención Primaria. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
4. Orientaciones para la planificación y programación de la red. Minsal 2019. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Orientaciones-2019-.pdf>

Experiencias comunitarias en pandemia

La estrategia de atención primaria renovada, así como el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario (MAIS), incluyen la participación comunitaria en salud, para que los y las ciudadanos y ciudadanas ejecuten acciones colectivamente en la búsqueda de soluciones a sus necesidades de salud y su bienestar. La pandemia ha planteado desafíos enormes a la población, con variado impacto: pérdida de libertad y movilidad, merma en el ingreso familiar, pérdida de la fuente laboral, teleeducación y teletrabajo, riesgo de contagio o contagio, problemas emocionales y de salud mental, familiares enfermos e incluso duelo por muerte de familiares, amigos/as, vecinos/vecinas.

La comunidad responde a los desafíos de la contingencia con sus propios mecanismos de acción, basados en su historia y sus saberes y experiencias colectivas. Los equipos de salud, respondiendo al llamado de la estrategia de atención primaria y del MAIS, se vinculan con la comunidad, a construir salud desde los territorios, con la gente. Se conectan con la comunidad en forma horizontal, creando puentes de diálogo, en los hogares, con líderes comunitarios, con organizaciones comunitarias.

Las siguientes experiencias de comunidades y de los equipos de APS en Chile son maravillosos ejemplos de experiencias de participación comunitaria en salud.

Dra. Isabel Segovia Dreyer¹

1. Universidad de Chile. Comunidad de Prácticas en APS. Chile.

Conversando con líderes comunitarios sobre el cuidado de su salud en casa en tiempos de pandemia

Talking With Community Leaders About Your Health Care in Times Of Pandemic

Solange Cerda Barraza¹

Resumen

La mirada preventiva y promocional es la característica clave de la atención primaria y toda su oferta programática. A la luz del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, la Participación, determinante social de la salud por excelencia, cobra por consiguiente un valor clave a la hora de involucrar a la comunidad en la responsabilidad y cuidados personales respecto de su condición de salud a nivel territorial.

Cada programa de salud y sus equipos, promueven en la comuna de La Serena la participación de sus usuarios en diversas instancias a nivel local desde el año 1995, mediante el presente artículo se describen mecanismos de participación ciudadana implementado a la luz del modelo integral de salud familiar considerando los principios orientadores del modelo.

El impacto de la pandemia en el desarrollo de las prácticas comunitarias presenciales ejecutadas durante décadas por los equipos de APS en la comuna de la Serena se trató de amortiguar con la ejecución de un ciclo de conversatorios remotos que dieron respuesta a los requerimientos de los ciudadanos con problemas y necesidades contemporáneas. Esta estrategia de pedagogía social permitió mantener el vínculo establecido con la comunidad y favorecer el acceso de la población a prestaciones de atención primaria de salud (APS) en pandemia.

Palabras clave

Salud Familiar, Desarrollo comunitario

Abstract

The preventive and promotional approach is the key feature of Primary Health Care and all its programmatic offerings. In the light of the Family and Community Health Model, participation, a social determinant of health by excellence, takes a key value when it comes to involving the community in the responsibility and personal care of their own health condition at the territorial level.

Each health programme and its staff, promote in the commune of La Serena, the participation of its users in different local instances since 1995. This article describes the mechanisms of citizen participation implemented in the light of the integral model of family health, considering the guiding principles of the model.

The impact of the current pandemic on the development of in-person community practices carried out for decades by the PHC teams of the commune of La Serena was mitigated with the execution of a series of remote workshops that addressed the demands of the citizens with contemporary problems and needs.

Keywords

Family Health, Community Development

Experiencia desarrollada por equipo de trabajadores sociales del equipo comunal de promoción y participación de Atención primaria de la salud de la Comuna de La Serena, cuarta región, Chile.

¹ Solange Cerda Barraza, Magister en salud familiar y comunitaria.

Introducción

Las condiciones de vida determinan la existencia de necesidades y problemas de salud frente a los cuales los diferentes actores sociales demandan acciones de satisfacción como respuesta. En el actual contexto de pandemia que vive nuestra sociedad, el conjunto de respuestas emitidas por los equipos de salud, conforman los planes de participación ciudadana que se concentran en acciones sobre los individuos, grupos y la sociedad en general.

El contexto sanitario constituye un escenario que exige a los equipos de la salud primaria (APS) abordar problemas y necesidades de su población a cargo, implementando espacios de construcción interdisciplinarios donde confluyen conceptos, métodos y técnicas diversas.

Los equipos de Promoción y Participación de la APS de la comuna de La Serena, Región de Coquimbo, reorganizaron sus prestaciones para dar una mejor respuesta a las necesidades y expectativas de la comunidad contribuyendo a mejorar la accesibilidad al sistema a través de la entrega de información sobre prestaciones, requisitos, procedimientos administrativos, además de entregar la información preventiva para disminuir contagio del Covid.

Generar un espacio de entrega de información a través de un proceso de construcción conjunta entre comunidad y equipos de salud reflexionando en torno a temáticas relevantes para los mismos actores sociales en situación actual de crisis sanitaria, fue el eje central para fortalecer el vínculo establecido entre la comunidad y los equipos de salud territorial.

Los Conversatorios Comunales Remotos con Líderes Territoriales permitieron al equipo de salud generar instancias de vinculación con la comunidad urbana y rural a través de la ejecución de 11 conversatorios, permitiendo al equipo de salud comunal y local realizar acciones educativas e informativas cada quince días, abordando temas como el registro social de hogares para postulación a beneficios estatales; prevención de violencia intrafamiliar; cuidado de la salud mental en tiempos de pandemia; procedimientos legales para hacer denuncias de violencia de género; estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento en la APS de La Serena; tips para manejar la frustración e impulsividad; Residencias Sanitarias; la nueva

masculinidad; experiencia de trabajo con pacientes postrados desde el relato de grupos de voluntariado, entre otros temas.

Por su parte, se ejecutaron también acciones insertas en el Plan Trienal de Promoción de Salud de la comuna, donde una de las actividades con mayor adherencia fue la versión telemática de la Escuela de Líderes en Promoción de Salud diseñada en conjunto a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte, certificando a 125 actores sociales representantes de diversas organizaciones del territorio. Asimismo, de manera complementaria a ello, los equipos junto a sus comunidades eligieron espacios públicos que fueron mejorados con fondos de promoción de salud con el objeto de promover la realización de actividad física en familia.

Desarrollo del tema

El modelo integral de salud familiar y comunitaria en el que se enmarca el quehacer de la atención primaria de la salud pública en Chile establece principios orientadores a los equipos que forman parte de la red asistencial. Es así como nuestra comuna incorpora en su trabajo diario los **principios de Centralidad en las personas, Integralidad y Continuidad de la atención** brindando prestaciones que responden a las necesidades asociadas al ciclo de vida individual y familiar de la población. De esta manera, mediante acciones de promoción y prevención que enfatizan los derechos y deberes de nuestros usuarios, se fomenta el autocuidado de nuestras comunidades, apuntando a la corresponsabilidad en salud.

En la comuna de La Serena a partir del año 1995, los equipos de APS promueven la participación de sus usuarios en diversas instancias a nivel local como son los grupos de autoayuda, grupos de adultos mayores, grupos de voluntarios del programa ecológico multifamiliar, grupos específicos de patologías crónicas, voluntariado de unidades de acompañamiento espiritual, mesas de trabajo, consejos consultivos adultos y adolescentes, entre otros. Las estrategias comunitarias ejecutadas en forma continua en el tiempo en nuestra comuna han sido de gran relevancia en la retroalimentación que la población realiza como control social respecto de la implementación de la política de salud como tal y de las temáticas locales asociadas a los equipos y centros de salud. Asimismo, estas estrategias apuntan a la consecución de una de las Metas Sanitarias lideradas por el MINSAL correspondientes al monitoreo de las acciones participativas a nivel local y comunal. La historia de trabajo

comunitario en la APS de la comuna, nos evidencia que son los actores sociales quienes, en un marco de corresponsabilidad social, a partir de la información que se le entrega en distintos mecanismos de participación, quienes contribuyen a mejorar la atención primaria de salud.

A lo largo de estos años hemos incluido en nuestra cartera de servicios estrategias que incorporan dimensiones biopsicosociales, espirituales y culturales de nuestra población elaborando y estandarizando protocolos de atención dirigidos a nuestros usuarios y usuarias de modo de mejorar el acceso a las prestaciones de APS.

Para Cunningham “en el campo de la salud, la interculturalidad significa que todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimiento, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción” (Cunningham, 2002:26)¹.

Participación ciudadana, interculturalidad y equidad en APS de La Serena se ejecutan como ejes centrales de intervención desde el año 2015, siendo pioneros en la región de Coquimbo, en la transversalización de la salud intercultural con la implementación de una oferta de atenciones de salud consensuadas con representantes de medicina indígena. Con ellos se elaboraron protocolos de atención para pacientes del programa de salud mental, capacitando además a los equipos de salud de modo de que fuesen incorporando el conocimiento de la cultura de sus usuarios.

Esta línea de trabajo en el área de la Participación Ciudadana, se logró crear y fortalecer a lo largo del tiempo, traduciéndose en dos Mesa de Salud Intercultural con agrupaciones indígenas de la comuna, incorporando además a los representantes y líderes interculturales a los consejos consultivos, mesas de trabajo y a otras instancias de participación de esta APS. El abordaje de la interculturalidad se logró materializar, además, mediante la

contratación de una facilitadora intercultural perteneciente al pueblo colla, la cual, a través de fondos pertinentes del Minsal, se haga cargo, entre otras cosas, de la coordinación de las atenciones de salud entregadas por médicos indígenas en la Casa de la Salud Intercultural, lugar hermosamente construido con Fondos de un Programa de Buenas Prácticas y espacio cedido por la Municipalidad de la Serena.

Por su parte, el proceso migratorio entendido como un efecto de la globalización ha implicado transformaciones constantes a nivel social, sociopolítico, de demandas ciudadanas, entre otras, enlazado al desafío de entregar respuestas y soluciones efectivas y profesionalizadas a los requerimientos de la población. Lo anterior motivó a que uno de los Cesfam de La Serena, el Centro de Salud Dr. Emilio Schaffhauser situado en el casco histórico de la ciudad, implementara a comienzos del 2017 un programa piloto de atención a usuarios migrantes con la consumación de la primera mesa de trabajo y atenciones preventivas para los usuarios extranjeros en situación regular e irregular, en contexto de pandemia. Se continúa con trabajo grupal y apoyo en el acceso a prestaciones de salud.

Loewenson y Gilson (2011) señalan que “los sistemas de salud no sólo tienen impacto en la salud, sino que son en sí mismos sistemas sociales que reflejan o enfrentan y dan forma a normas y valores sociales más generales. Por sí solos no afectan las diferencias y procesos sociales que influyen en la salud. Los sistemas de atención a la salud, en tantas instituciones sociales, se construyen a partir de las estructuras sociales existentes. Reflejan las desigualdades sociales, pero también pueden enfrentarlas. Por ejemplo, los sistemas de salud centrados en la gente y los enfoques integrales de atención primaria de salud pueden impulsar la acción intersectorial, apoyar la cohesión y el empoderamiento social, así como enfrentar las diferencias en la asignación de recursos y en el acceso, uso y experiencia de la gente en la atención a salud.”

La pandemia, en consecuencia, nos ha hecho desarrollar habilidades y buscar conocimientos que faciliten intervenciones comunitarias, articulando la red y educando a nuestra comunidad. Es por ello y a raíz de lo anteriormente mencionado, que los equipos sociales de APS, se han esforzado en emplear técnicas y acciones innovadoras con la finalidad de avanzar hacia una satisfacción usuaria óptima, dimensión clave en el área de la Calidad siendo considerada como uno de los

1. ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA Dirigido a Equipos de Salud. Manual estuvo a cargo de una comisión de carácter Ministerial designada el 19 de enero de 20121, que fue coordinada por Irma Vargas Palavicino, profesional de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

principios orientadores de la actual Política de Salud. Ésta es definida como “el grado de cumplimiento por parte del sistema de salud respecto de las expectativas del usuario, en relación con los servicios que éste le ofrece”.

Desde el punto de vista del Ministerio de Salud, la satisfacción del usuario es “el conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del Sistema Público de Salud” (Gnecco Tassara, G. “Hacia la Elaboración de un Programa de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad” Santiago de Chile. Unidad de Calidad y Normas Minsal. Módulo No 6 (35). Mayo de 1995).

El sustento epistemológico de nuestra acción de desarrollo comunitario implica una acción coordinada y sistemática, que en respuesta a las necesidades o a la demanda social, trata de organizar el progreso global de una comunidad territorial bien delimitada, con la participación de los interesados, según Rezsóhazy (1988). En esta definición, el autor presenta diversos elementos considerados en la planificación de nuestros conversatorios, los que a continuación se desarrollan para efectos de explicar el sustento teórico de nuestra intervención. El elemento “acción coordinada y sistemática” se releva tras de identificar las necesidades y la demanda social que en el caso de nuestra comuna, se realiza a través de requerimientos ciudadanos ingresados en las OIRS y a través de la demanda espontánea sistematizada en reuniones lideradas por los equipos de salud y su comunidad. De esta manera, se fue manifestando la necesidad de establecer mecanismos de información y educación vía remota para que la población aumentara su autocuidado y conociera la cartera de servicios en tiempos de pandemia. La **Declaración de Yakarta** sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI, adoptada en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en julio de 1997, indicó que la **capacidad de las comunidades** para la **promoción de la salud** requiere **educación práctica, acceso a los medios de información, a la comunicación tradicional** y las **nuevas tecnologías de comunicación**². En consecuencia, una vez conocida la demanda de la comunidad se planificó el ciclo de conversatorios que fueron evaluados al finalizar.

El “progreso global” es otro de los elementos considerados por el autor en su definición y que nos hizo sentido en la planificación de los conversatorios cuando visualizamos una oportunidad de aprendizaje de comunicación y participación de actores sociales a través de la tecnología como zoom o meet, es decir, nuevos recursos materiales para participar.

Otro elemento que menciona el autor en su definición ligada al desarrollo comunitario es la relacionada con la población objetivo correspondiente en nuestro caso tanto a los actores sociales y líderes de la comuna de La Serena como a la población en general, no siendo condición, por ejemplo, el ser usuario inscrito en APS para acceder a estos conversatorios. De este modo, el último elemento es la participación efectiva de la población, condición ampliamente visualizada al identificar en quienes participaron, una diversa representatividad territorial.

La pandemia provocó una necesidad urgente de adaptación ante las nuevas necesidades y, en consecuencia, nuevas priorizaciones en la gestión de la salud. La entrega de prestaciones fue modificada, transformando a los equipos de salud en sus funciones, sin dejar de lado los problemas de salud de la población a cargo. Este cambio de prestaciones y requerimientos eran desconocidos por nuestra comunidad, existiendo dudas, desconocimiento de los beneficios y de los nuevos beneficios, entre otros problemas que activó buscar respuestas a través de los equipos de promoción y participación de la APS de la comuna.

Fue en este marco que, como parte de la red asistencial de esta región, ejecutamos en conjunto con la comunidad usuaria, un espacio programado cada quince días que se fue construyendo a través del diálogo continuo, con una estructura establecida por la encargada comunal de programa de promoción y participación, y quien mediante una metodología de trabajo estimuló el intercambio de experiencias, planteamiento de ideas y preguntas, las cuales eran respondidas por los experto/as invitados asociados al tema. De este modo, en cada conversatorio se fueron manifestando distintas y nuevas preguntas, inquietudes que originaban la programación de los siguientes encuentros.

2. <https://www.easp.es/web/blogs/2018/05/15/la-promocion-de-la-salud-y-los-medios-de-comunicacion/>

Metodología de la intervención de desarrollo comunitaria

La metodología utilizada para la realización de los conversatorios implicó romper la estructura tradicional establecida para la ejecución de esta instancia comunitaria, considerando que se realizó en forma virtual. La actividad se desarrolló en tres tiempos.

Primer tiempo:

Revisar teoría, metodología de intervenciones y preparación de documento con estructura de conversatorios remotos dirigidos a líderes y actores territoriales, cuya expectativa es la entrega de información requerida por mismos actores y que les reporte aprendizajes significativos.

Segundo tiempo:

1.- Presentación actividad a equipos locales de trabajadores sociales encargados de promoción y participación de establecimientos urbanos y rurales de la comuna informando lo siguiente:

- a) Objetivo y metodología de trabajo participativa, los temas a abordados serían propuestos por líderes comunitario, se informó a equipos locales sobre roles de encargada comunal de programa y los roles de cada equipo local.
- b) El rol de la encargada comunal sería: moderadora de cada conversatorio, quien manejaría tiempos y material audiovisual que complementaría presentaciones de expositores, a cargo además de resumen de ideas generales y manejo del plenario, sería la responsable de hacer convocatoria a cada conversatorio y coordinar participación de expositores relacionados con temas planteados por la comunidad.
- c) Se informa a equipo comunal que en el primer conversatorio se dará a conocer objetivos de la actividad y se recogerán necesidades de temáticas a tratar propuesta por comunidad, se acordarían fechas y horarios para ejecución de actividad. Se acordaría la periodicidad de los conversatorios.
- d) Se acuerda con equipo comunal de promoción y participación el rol a cumplir como equipos locales, cuya función sería reforzar convocatorias y asegurar la participación de sus actores sociales por territorio, educándolos digitalmente en caso de ser necesario, para que aprendieran a utilizar Meet, zoom y establecer medios para que accederán a conexión, en caso de ser necesario.

Tercer tiempo:

Ejecución de los conversatorios que desde el año 2020 se realizan a través de plataformas digitales y son informados en radios y diarios locales y regionales.

- 1.- Bienvenida, presentación del tema y objetivo del conversatorio, presentación del o la expositor/a
- 2.- Presentación del tema a cargo de expositor/a invitado del intersector, con apoyo audiovisual en algunos casos.
- 3.- Preguntas de líderes y actores sociales generando conversatorio que permite prestación de experiencias individuales, obtener respuesta del experto a dudas planteadas u observaciones realizadas por participantes.
- 4.- Encargada comunal del programa de promoción y participación realiza síntesis de ideas generales de exposición realizando análisis que permite a plantear preguntas, desafíos, ideas de intervención en apoyo a los equipos de salud en el contexto de promoción de la salud.
- 5.- Consulta sobre temas a tratar en próximo conversatorio.
- 6.- Cierre a cargo de encargada comunal.

Discusiones y Conclusión

Los conversatorios brindaron una oportunidad de participación, de encuentro para expresar ideas, temores, cocimientos, espacios y mecanismos de consultas a los ciudadanos de la comuna de La Serena que facilitó el acceso a la información de los usuarios.

La técnica del conversatorio modo remoto constituyó una técnica eficaz y eficiente, pertinente que fue bien evaluada por mismos asistentes de los territorios urbanos en que se sitúan los 6 CESFAM y 4 Cescof y del sector rural representante de 4 postas y 22 estaciones médicos rurales.

Estos conversatorios constituyen para este equipo de salud un ejercicio de pedagogía social, entendida como la práctica social y educativa no formal con enfoque de derechos humanos.

- Equipos de atención primaria incorporaron la participación de la ciudadanía en la generación, implementación y evaluación de sus políticas públicas.

. El ciclo de conversatorios incluyó enfoque de derechos tratando temas atinentes a los derechos y deberes de usuarios en temáticas de prevención de Vif, de deberes y

derechos en salud, enfoque de determinantes sociales que apuntaron a el acceso de los usuarios a la red sanitaria , enfoque de género tratando temas como la masculinidad, construcción de género y enfoque de ciclo de vida tratando temas relacionados con crisis normativas y no normativas en los ciclos de vida individuales y familiares abordando temas como tips para prevenir ansiedad y prevenir violencia intrafamiliar, taller de cuidado de la salud mental, cuidados de usuarios en situación de inmovilidad total, entre tantos temas abordados.

La participación ciudadana constituye un eje fundamental en el modelo integral de salud que se entrega en la APS de la comuna, la pandemia constituyó una barrera para la continuidad de acciones en participación ciudadana que desarrollan los equipos locales durante años. De esta forma los conversatorios permitieron mantener el vínculo establecido entre la comunidad y los equipos de salud.

Cabe destacar las lecciones aprendidas por los Equipos de salud de atención primaria, quienes aprendieron la utilización de tecnología vía Zoom, Meet para mantener contacto con líderes comunitarios y grupos funcionales facilitando el acceso a la información de los usuarios en la situación de pandemia. Capacidad de adaptarse a la situación actual del país y de facilitar a actores sociales posibilidad de acceder a las actividades vía remota.

De esta forma, se refuerza la legitimación de la participación ciudadana de los destinatarios de las políticas

públicas, entendida como una forma de responsabilizarse y contribuir, que se expresa en el aporte de recursos materiales y humanos a los programas. Se supone que dicha participación generaría, a su vez, mayores derechos a los individuos de ser considerados en las decisiones y en la gestión de los órganos públicos (Toha, 1997)

Bibliografía

- Barrientos, J. (2005). Calidad de vida, bienestar subjetivo: una mirada psicosocial. Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.
- “Pedagogía Social” Antonio Petrus, editorial Ariel 1997, Barcelona.
- 5.- educación informal ambiental <http://www.jmarcano.com/educa/njsmith.html>
- “Iniciativas sociales en educación informal” José M, Quintana Cabanas, editorial Rialp (1991) España.
- Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud, http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003.
- Martínez Mendizabal, D., y Estrada Maldonado, S. Propuesta de acompañamiento psicosocial con familias migrantes. Sinéctica. Recuperado de, <https://www.sinectica.iteso.mx/index.php/SINECTICA>
- Mendieta, G. (2015). Informantes y Muestreo en Investigación Cualitativa. 07 de Mayo de 2017, de Fundación Universitaria del Área Andina, Colombia. Recuperado de, www.redalyc.org/pdf/2390/239035878001.pdf
- OBIMID. (2016). La Migración en Chile: Breve Reporte y Caracterización. Recuperado de <http://www.extranjeria.gob.cl/rezsohazy>
- r. (1988) desarrollo comunitario. madrid narcea

***“El ayer se hizo presente ... reaprendiendo en comunidad”
Experiencia de Centro de Salud Familiar Los Cerros,
comuna de Talcahuano, Región del Biobío, Chile
“Yesterday became present ... Re-learning in community”
Los Cerros Family Health Center Experience,
Talcahuano, Biobío Región, Chile.***

Elizabeth Rivera Danyau¹, Cheryl Faundez Flores², Álvaro Figueroa Molina³

Resumen

Objetivos: Se fortaleció el trabajo de Salud Familiar, a través de la incorporación de estrategias comunitarias en terreno, donde se implementó acciones en la realidad local que aportaron a la educación sanitaria, para evitar la propagación del virus COVID 19.

Método: Desde la identidad de la comunidad y de sus líderes se generó un trabajo integral, intersectorial, con participación social y comunitaria y con abordaje de las determinantes sociales en salud, lo que permitió seguir aprendiendo de manera colaborativa.

Resultado: Aumentó considerablemente el trabajo con la comunidad y los asentamientos precarios, además que permitió reconectar y reconocer el potencial de diferentes funcionarios en post de trabajo mancomunado con la comunidad.

Palabras clave

Participación social, empoderamiento, Relaciones Comunidad-Institución, colaboración intersectorial, Atención Primaria de salud.

Abstract

Objectives: To strengthen the work of Family Health, through the incorporation of community strategies in the field, implementing actions in the local reality and contributing in health education, in order to prevent the spread of the COVID 19 virus.

Agradecimientos

La comunidad de Los Cerros en especial al dirigente Mauricio Concha de la población los Copihues y Oscar Ayelef dirigente de la Coordinadora Territorial Los Cerros. A Patricia Villaseca, Patricia Pérez, Barbara Sepulveda, Andrea Bustos profesoras de la especialidad de medicina familiar y comunitaria de la Universidad de Concepción. A cada uno de nuestros compañeros: Kinesiólogo Francisco Jara, Nutricionista Eva Jenó, Matrona Xiomara Iturra y TENS Verónica Lavín.

Financiamiento

No hay financiamiento

Contribución de autoría

Álvaro Figueroa, Elizabeth Rivera y Cheryl Faundez, todos participaron de igual forma en la construcción del proyecto, de la implementación así como la posterior evaluación de esta. De esta misma forma los tres participaron en la redacción de esta publicación

Filiación

Equipo Profesional Centro de Salud Familiar Los Cerros de Talcahuano, Región del Biobío, Chile
Médico, Residente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de Concepción.

Declaración de transparencia

El autor para la correspondencia, en nombre del resto de las personas firmantes, garantiza la precisión, transparencia y honestidad de los datos y la información contenida en el estudio; ninguna información relevante ha sido omitida y que todas las discrepancias entre autores/autoras han sido adecuadamente resueltas y descritas.
Médico Álvaro Figueroa Molina

Conflicto de interés

No existe conflicto de interés

¹ Trabajadora Social

² Trabajadora Social

³ Médico

Method: From the identity of the community and its leaders generate a comprehensive, cross-sectoral work, with social and community participation and with address of social determinants in health, which allows us to continue learning collaboratively
Result: Increased work with the community and the precarious settlements, as well as allowing the potential of different officials to be reconnected and recognized in post-work joint with the community

Keywords

Social Participation, Empowerment, Community-Institutional Relations, Intersectoral Collaboration, Primary Health Care

Introducción

El sector de Los Cerros pertenece a la Ciudad de Talcahuano, lugar donde nos encontramos con 24 asentamientos precarios, residen aproximadamente 20.000 personas, ejerciendo actividades asociadas al comercio ambulante y pesca artesanal, ligados principalmente al sector informal de la economía.

En relación a contexto demográfico y geográfico, presenta dispersión y accidentes geográficos, lo que conlleva problemas de desplazamiento, implicando la toma de 2 transportes públicos para acceder a prestaciones de salud. Además, esta localidad se caracteriza por presentar gran vulneración socioeconómica, donde muchas personas están estratificadas en el 40% de menores ingresos, viviendas de autoconstrucción, mal estado de conservación y habitabilidad, carecen de luz eléctrica, agua potable y alcantarillado, teniendo que proveerse de electricidad con sistemas precarios. Número menor de familias disponen de generador eléctrico que funciona con gasolina. Como sistema de eliminación de excretas utilizan pozo negro, generando la proliferación de vectores por la distancia y carencia de movilización colectiva.

Los usuarios del sistema, acudían en forma esporádica a atenciones, lo que se tradujo en alta presencia de patologías cardiovasculares descompensadas, salud bucal deteriorada entre otras, propias de población envejecida, situación que se agudiza en contexto de Pandemia. A lo anterior, se suma la necesidad de la población de contar con equipos profesionales cercanos a la comunidad. Según relatos de los dirigentes sociales y comunidad en general, transcurridos un tiempo de pandemia, manifiestan sentirse abandonado por autoridades locales. Con estos y otros antecedentes como evidencia concreta, nace la necesidad de realizar operativos, insertando profesionales de diversas áreas,

con un trabajo colaborativo de la mano con la comunidad, con enfoque de salud familiar, aprovechando las riquezas ambientales y capital social activo del territorio, generando sinergia en las prestaciones. Se trabaja con público cautivo, siendo estos los asentamientos precarios, no existiendo un proceso de selección.

Objetivos

Promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social de la población, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y/o necesidades, reconociendo y validando que a una comunidad que afronta la crisis sanitaria desde su propia realidad, con sus propios recursos y herramientas.

Fortalecer el trabajo intersectorial como estrategia para el desarrollo de acciones destinadas a abordar los problemas vinculados con la salud y el bienestar de las familias y comunidad. Trabajando de manera colaborativa con las organizaciones, líderes y sujetos populares y significativos de los territorios.

Desarrollo

Metodología

En el contexto de trabajo en Pandemia por el Covid-19 se aborda la participación comunitaria desde un revitalizado enfoque bio-psico-social. Este enfoque busca superar las limitaciones de una concepción puramente biológica del proceso de salud enfermedad, dando paso a una comprensión más integral del ser humano desde una perspectiva multidisciplinaria para abordar una diversidad de aspectos en función de mejorar la salud de la población. El enfoque es, por lo tanto, un llamado a la integralidad, a la intersectorialidad, a la participación social y comunitaria y al abordaje de las determinantes sociales de la salud, lo que permite seguir aprendiendo de manera colaborativa.

Se trabaja con metodología activo-participativa, con códigos democráticos y relaciones horizontales.

a) Uso de Antecedentes de Organizaciones Sociales. Se cuenta con el material bibliográfico y mapa de recursos activos comunitarios, identificando además la presencia de nuevos líderes innatos en los diferentes territorios en contexto de Pandemia.

b) Identificación de estrategias comunitarias territoriales: realización de Ollas comunes, ferias populares, ropero popular, entre otras. Esto permite colaborar con acciones educativas para la manipulación de alimentos y recursos que se puedan aportar.

c) Acercamiento, Planificación, Ejecución y Evaluación de los Operativos de Salud que consiste en:

1. Coordinación Dirigentes de Campamentos

Para esto se requirió una actualización de la totalidad de las directivas, recopilando nombres, número telefónicos actualizados y cargos dentro de las organizaciones.

Se solicita la nómina actualizada de todas las familias residentes del Campamento, cada uno con su nombre, cédula de identidad, fecha de nacimiento y edad.

Se realiza revisión en sistema de inmunización, programa de alimentación complementaria, programa de alimentación nutricional, despacho de tratamiento medicamentoso, con el fin de acercar estas prestaciones a la población en general.

2. Conformación del Equipo de Trabajo

Siendo este un trabajo innovador en tiempos de Pandemia se conforma un equipo de trabajo enmarcado en la voluntariedad, ya que se requiere trabajar en tiempo protegido y horarios diferidos. Este equipo lo lideran un médico y una trabajadora social, sumándose a esto un kinesiólogo, nutricionista, tens y matrona. Todos ellos cumpliendo un rol fundamental en los diferentes operativos realizados.

3. Roles

Médico: entrega la atención clínica en box adaptado para ello, cumpliendo todas las medidas de sanitización y espacio. Las atenciones entregadas son: morbilidad, controles pacientes crónicos, salud mental, extensión de recetas y ajuste de tratamiento medicamentoso, solicitud

de exámenes, derivaciones correspondientes a nivel secundario, solicitud de ortesis, entre otras.

Trabajadora Social: Coordinación del operativo, contacto con dirigentes, actualización de datos de todos los integrantes de los diversos campamentos, coordinaciones de traslado, coordinación con equipo en terreno, atención social, orientación socio jurídica, entrega de caja de alimentos básicos, entrega de ropa, entrega de pañales para niños y adultos, coordinación de atenciones siguientes.

Kinesiólogo: realiza el triage al ingreso del espacio físico adaptado para el operativo de salud, el que consiste en toma de temperatura y aplicación de cuestionario breve para descartar posibles casos de COVID 19. Realiza educación en el uso de ortesis y uso correcto de mascarillas, controles de pacientes de Enfermedades Respiratorias Agudas e Infecciones Respiratorias Agudas, entre otras.

Nutricionista: Realiza controles nutricionales, controles a usuarios del programa Vida Sana, entrega minutas saludables. Además la profesional realiza educación a todas las ollas comunes del sector de los Cerros en temas de manipulación de alimentos y administración de los recursos, entre otras.

Técnico en Enfermería de nivel superior (TENS): administración de vacunas contra la influenza, vacunación correspondiente a niños y niñas acorde a su edad, despacho de medicamentos. Esto último incluye elaborar el listado de medicamentos que requerirá el médico, ya sea de morbilidad como de salud mental, por lo que deberá coordinar con el Químico farmacéutico del centro de salud, la autorización para el traslado de estos.

Matrona: aplicación de ficha integrales del adolescente, educación a adolescentes y jóvenes en el uso correcto de preservativo, entrega de preservativos femeninos y masculinos, orientación en general.

4. Planificación

-Recopilar información actualizada de los diversos campamentos existentes en el territorio de los Cerros de Talcahuano

- Actualizar información de los diferentes dirigentes sociales
- Visitar sedes sociales para evaluar factibilidad de utilización de espacios
- Coordinar entrega de medicamentos
- Coordinar vacunas
- Coordinar entrega de Programa Nacional de Alimentación Complementaria Alimentación y del Adulto Mayor
- Coordinar traslado tanto de profesionales como de insumos y materiales
- Coordinar elementos de protección personal para todo el personal en terreno
- Fijar fecha y horario de atención en conjunto con dirigente social

5. Ejecución del operativo

El equipo se instala en el lugar del operativo, distribuidos en diferentes espacios físicos, procurando mantener las distancias requeridas., todos los profesionales utilizan sus elementos de protección personal.

Al llegar el usuario este es recibido por el kinesiólogo quien realiza el triage correspondiente para luego continuar con la atención del médico. Al finalizar la atención médica, la tens realiza la entrega de medicamentos indicada por el profesional, se revisa si existe indicación de vacuna contra la influenza y/u otra faltante. Además hace entrega de alimentación complementaria en caso de requerirlo. Luego es atendido por trabajadora social quien identifica situación familiar socioeconómica y redes de apoyo, contención emocional, evalúa necesidad de atención en salud mental e ingreso al programa, derivación a equipo de sector correspondiente para seguimiento de caso, canasta básica, orientación socio jurídica u otros.

6.-Acompañamiento y Continuidad de Prestaciones

Se realizan visitas de acompañamiento al territorio por parte de los profesionales de salud para compartir con la comunidad sus actividades diarias, de esta manera se abordan estrategias comunicativas colaborativas, educación en manipulación de alimentos, así como también el acompañamiento psicosocial en temas de salud mental.

Resultados y conclusiones

Resultados

Funcionamiento de espacios comunitarios de coordinación y articulación a través de un trabajo colaborativo en que se aúnan los recursos para la consecución de objetivos comunes.

La coordinación, participación comunitaria y articulación, han permitido integrar la estrategia de promoción de salud y sus líneas de acción.

La participación de dirigentes sociales, equipo sectorial de salud, representantes de instituciones y la Comunidad en general, han permitido recuperar espacios públicos y tener contacto con la vida comunitaria (fig 1).



Figura N°1: Comunidad y equipo de salud

El modelo participativo, con relaciones horizontales y trabajo colaborativo, valoriza los aportes de los dirigentes sociales considerándolos pertinentes al momento de generar intervención comunitaria.

La presencia activa del equipo de salud, valida y empodera a sus referentes comunitarios en el cuidado de la salud personal, familiar y comunitaria.

Conclusión

Si bien es cierto, el trabajo comunitario por su naturaleza está asociado históricamente a la trabajadora y trabajador social, en nuestra comunidad la crisis sanitaria que trajo consigo el Covid19, deja al descubierto una serie de necesidades en

nuestro sistema de salud pública, las que motivaron a sumarse a este trabajo a diversos profesionales de diversas áreas: médico, matrona, kinesiólogo, nutricionista, TENS. Conocer y hacerse cargo de las necesidades de la gente en terreno, llevó además a conocer y reconocer a nuestra población, intentar mitigar necesidades básicas como la alimentación, fueron las acciones que nacían en el trascurso de las actividades.

Contar con un equipo inserto en el territorio, con el médico que entregara atención y medicamentos en domicilio, fue alentador para la población en general. Sin duda alguna, el aprendizaje queda en este equipo de trabajo del Centro de Salud Familiar, conocer vivencias, experiencias, necesidades, entre otras.

¿Qué se sabe y que se añade?

Las comunidades siempre han tenido una identidad y una forma de enfrentar las crisis, pero la mayoría de las veces no somos capaces de verlo, producto que nos encerramos en la institucionalidad. Cuando trabajamos juntos, de una forma horizontal, es posible lograr un cambio en los paradigmas y sortear mejor la incertidumbre y el caos.

Hoy, la comunidad de los Cerros, es integrada al trabajo del Centro de Salud Familiar, es considerada a la hora de programar actividades, si bien es cierto en tiempos de crisis sanitaria no existen las instancias tradicionales de planificación, se buscan las instancias para planificar, organizar y programar en conjunto, con el fin de realizar acciones que vayan en beneficio de ellos, pero también que sean sentidas por los mismos.

Salud digital

La incorporación de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) en salud nos brinda el potencial para mejorar el registro clínico, lograr una mejor coordinación, calidad y seguridad de la atención, facilitar el acceso al conocimiento y también la posibilidad de habilitar nuevos modelos de cuidado de la salud. Esto último en particular ha cobrado aún más relevancia frente a la crisis COVID-19 que estamos viviendo y que está gatillando un fuerte impulso para incorporar también las modalidades de atención y monitoreo de los pacientes a la distancia, entre otras.

La digitalización de la salud ha permitido desarrollar un sistema de atención a través de telellamada, de

prestaciones que anteriormente se daban en forma presencial, evitando así, la exposición a ambientes de mayor contagio. Además, ha permitido el testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA) de casos COVID y sus contactos, llevando un sistema de registro nacional de la pandemia, como así, la entrega de información en forma individual y también masiva a la población.

La crisis se ha traducido en un significativo impulsor de la así llamada transformación digital en salud, que algunos expertos están definiendo en estos días como una verdadera “conversión” hacia la Salud Digital.

Dra. Carolina Reyes Bahamonde¹

1. Universidad de Valparaíso. Comunidad de Prácticas en APS. Chile.

Implementación de una estrategia Telesalud en personas con multimorbilidad en la Red de CESFAM ANCORA UC durante la Pandemia COVID-19

COVID-19 and multimorbidity: implementation of a Telehealth strategy in CESFAM ANCORA UC Network

Álvaro Téllez¹, Mauricio Soto Durán², Paula Zamorano³, Teresita Varela⁴, Eduardo Arenas⁵

Resumen

La actual pandemia COVID-19 ha generado una sobrecarga importante de los sistemas de salud y particularmente en la Atención Primaria de Salud (APS). Distintos grupos o poblaciones con variadas condiciones de salud han sido postergados en sus atenciones, y entre ellos, las personas con multimorbilidad, grupo con múltiples y complejas necesidades. Ante este desafío, los países y su red de APS ha debido adaptarse, desarrollando e implementando innovaciones como la utilización de tecnologías de la información y comunicación para mantener coberturas de atención. El objetivo del actual artículo es describir la experiencia de una estrategia de abordaje de personas con multimorbilidad con un fuerte componente de telesalud, en el contexto de la actual pandemia en la Red de CESFAM Ancora UC.

Basado en la experiencia del Centro de Innovación en Salud Ancora UC (CISAUC) de la implementación de una estrategia de atención centrada en personas con multimorbilidad en distintas comunas del sector sur-oriente de Santiago, se propuso un protocolo de atención adaptado al contexto COVID-19 que incorpora un fuerte componente de atención remota. Esta propuesta se implementó aprovechando otra iniciativa emergente, la creación en Marzo del año 2020 de una Unidad de Telesalud en Ancora UC. Ambas líneas de innovación integradas, permitieron aumentar la entrega de atención remota de las personas con condiciones crónicas.

Si bien, existen aún desafíos en torno la cobertura, calidad y calidez del cuidado remoto que requieren las personas con condiciones crónicas, esta experiencia nos ha enseñado que la incorporación de tecnologías de información y comunicación en salud puede mejorar el acceso y continuidad, fortaleciendo el modelo de atención de salud familiar, aún en contextos tan adversos como el de una pandemia.

Palabras clave

Telesalud, multimorbilidad, Pandemia por el Nuevo Coronavirus (2019-nCoV)

Abstract

The current COVID-19 pandemic has generated a significant overload of health systems and particularly in Primary Health Care (PHC). Different groups or populations with various health conditions have been neglected in their care, and

¹ Centro de Innovación en Salud ANCORA UC, Facultad de Medicina UC, Diagonal Paraguay 362, Santiago, Chile. Teléfono: 56223548242. Email: atellez@med.puc.cl, ORCID: 0000-0003-1667-6243

² Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Diagonal Paraguay 362, Santiago, Chile. Teléfono: 56 2 23548242. Email: msotod@uc.cl, ORCID: 0000-0002-6502-4287

³ Centro de Innovación en Salud ANCORA UC, Facultad de Medicina UC, Diagonal Paraguay 362, Santiago, Chile. Teléfono: 56 2 23548242. Email: pzamorano@med.puc.cl, ORCID: 0000-0002-4921-518X

⁴ Centro de Innovación en Salud ANCORA UC, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diagonal Paraguay 362, Santiago, Chile. Teléfono: 56 2 23548242. Email: tvarela@med.puc.cl, ORCID: 0000-0001-8494-1585

⁵ Red de Centros de Salud Familiar Ancora UC, Facultad de Medicina UC, Diagonal Paraguay 362, Santiago Chile, Teléfono: 56223548242, email: earenasc@uc.cl, ORCID: 0000-0002-3939-4719

among them, people with multimorbidity, who are a group with multiple and demanding needs. Faced with this challenge, the countries and their PHC network have had to adapt, developing and implementing innovations such as the use of information and communication technologies to maintain coverage of care. The objective of the current study is to describe the experience of implementing a strategy to approach people with multimorbidity with a strong telehealth component in the context of the current pandemic in the CESFAM Ancora UC Network.

Based on the experience of the Ancora UC Health Innovation Center (CISAUC) of having implemented a person centered care strategy focused on people with multimorbidity in different communes of the south-east sector of Santiago, a care protocol with strong remote care component for COVID-19 context was developed. This proposal was implemented taking advantage of another emerging initiative, the creation in March 2020 of a Telehealth Unit in Ancora UC. The integration of both innovation lines made possible to increase the delivery of remote care for people with chronic conditions.

Although there are still challenges in coverage, quality and warmth of remote care that people with chronic conditions require, this experience has taught us that the incorporation of information and communication technologies in health can improve access and continuity, strengthening the family health care model, even in contexts as adverse as a pandemic.

Keywords

Telehealth, multimorbidity, 2019-nCoV Pandemic

Introducción

El año 2020 ha marcado la historia del país y particularmente de su sistema de atención en salud. La pandemia COVID-19 es el desafío más importante que se ha enfrentado en décadas y está significando un esfuerzo sin precedentes en los sistemas de salud a nivel mundial. La Atención Primaria en Salud (APS) ha jugado un rol protagónico en su trabajo para combatir la pandemia, desplegando actividades en su territorio que son claves en la contención de los contagios e identificación temprana de complicaciones¹⁻³. Para cumplir este rol, la APS ha debido redirigir sus recursos desde otros objetivos importantes y permanentes, como el de la atención de personas con enfermedades crónicas^{4,5}.

Entre los grupos que tienen más riesgo de complicarse y morir por COVID-19 están las personas con enfermedades crónicas, especialmente aquellas con multimorbilidad (definida como la presencia de dos o más condiciones crónicas)^{6,7}. La postergación de la atención de este grupo incrementa su riesgo tanto frente a la enfermedad por COVID-19 como a la descompensación de sus patologías crónicas⁸.

La emergencia generada por el COVID-19 ha forzado a restringir los aforos dentro de los recintos de atención, así como a reasignar total o parcialmente el personal encargado de las actividades vinculadas a la atención de personas con enfermedades

crónicas no transmisibles (ECNT)^{4,9}, lo que ha producido interrupciones cercana al 50% de la oferta de atenciones de salud en los distintos países⁵. Esta compleja situación incentivó el aprovechamiento de tecnologías de atención remota para recuperar coberturas. Inicialmente las estrategias de teleatención se centraron en el seguimiento telefónico de casos y contactos COVID-19, pero luego se destinaron además a mantener continuidad de atención en grupos que la requieren, como los enfermos crónicos, demostrando ser una herramienta aceptable, segura y eficaz^{10,11}.

Previo a la pandemia, desde el año 2017, los Centros de Salud Familiar (CESFAM) Ancora de la Universidad Católica de Chile, junto a otros CESFAM del área, en una iniciativa conjunta del Centro de Innovación en Salud Ancora UC (CISAUC) y el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), implementaron en modalidad piloto una estrategia de abordaje de personas con enfermedades crónicas centrada en las personas (MACEP)¹² con el fin de evaluar sus beneficios y condiciones para su transferencia al resto del sistema de salud público. El Ministerio de Salud ha aprovechado esta experiencia para comenzar a escalar una estrategia similar al resto del país el año 2019¹³.

El objetivo de este estudio es describir la experiencia de la Red de CESFAM Ancora UC en la implementación de una estrategia de abordaje de pacientes con multimorbilidad con

un fuerte componente de telesalud, en el contexto de la actual pandemia.

La irrupción de la pandemia y su impacto sobre la APS

En abril y mayo del año 2020 la curva de casos COVID-19 tuvo un franco incremento, comenzaron a multiplicarse los casos que requerían hospitalización y la red de servicios de urgencias comenzaba a saturarse ¹⁴. Los CESFAM Ancora organizaron sus espacios físicos, construido flujos diferenciados para personas con sospecha COVID-19 y disminuido el aforo en cada uno de los recintos. La tarea de detección, confirmación y seguimiento de casos y contactos se hizo mediante llamados con teléfonos personales de los profesionales y visitas en los domicilios de los pacientes más complejos, actividades que aumentaban día a día. Estas circunstancias obligaron a cambiar las prioridades de atención, suspendiendo controles de salud en niños mayores y adolescentes, chequeos preventivos y atenciones de personas con enfermedades crónicas que no estuviesen descompensadas.

Los equipos de atención estuvieron energizados por la gravedad de la situación y la diversidad de problemas que detectaban diariamente en las familias a cargo, pero a la vez se vieron sobre requeridos con actividades nuevas y cambios frecuentes en los procesos y registros de atención. Surgió la preocupación por no poder atender a las personas y familias que mantenían en control, sobre todo a quienes eran de mayor riesgo. La cobertura de las actividades COVID-19 se logró cumplir, pero a costa de la postergación de actividades importantes, pero por ahora, no urgentes. El gráfico N°1 muestra que la atención general, entre fines de marzo y primeras semanas de abril, se redujo en un 74% en comparación a la actividad general del mismo periodo del año 2019.

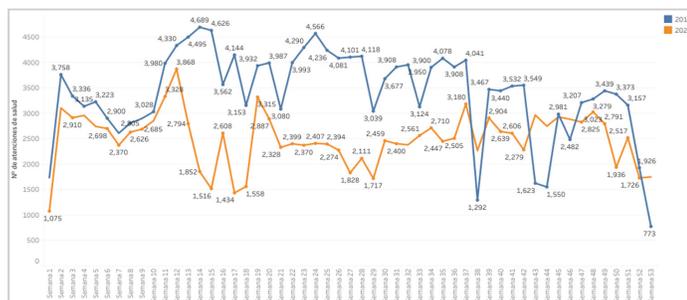


Gráfico N°1: Variación en la actividad general (todas las atenciones de salud) en los CESFAM Ancora UC. Años 2019-2020.

Fuente de Datos: Unidad de Gestión de Información Ancora UC

Una estrategia de telesalud para personas con multimorbilidad

En marzo del año 2020, ante la inminente ola de demanda COVID-19 que se aproximaba, se decidió implementar una Unidad de Telesalud Ancora UC, que durante su primera etapa tuvo como objetivo favorecer la identificación y seguimiento de pacientes COVID-19, mediante la habilitación de medios de contacto multicanales de carácter remoto. Para ello, se definieron los requerimientos tecnológicos, los procesos, los protocolos de atención y sus respectivos registros, así como los planes de capacitación necesarios. Esta Unidad inició su trabajo en Abril del año 2020 con los servicios de: orientación a personas con sospecha COVID-19 y seguimiento telefónico de casos positivos y sus contactos.

En respuesta a la necesidad de mantener el seguimiento de las personas con enfermedades crónicas, el equipo del CISAUC propuso un protocolo de atención adaptado al contexto COVID-19. Sus objetivos fueron promover la continuidad de atención de este grupo de personas, priorizar a aquellos de mayor riesgo e identificar oportunamente complicaciones o descompensaciones. Para lograrlo era necesario garantizar el acceso y canales de comunicación, así como también la oferta de atención necesaria. Se identificaron entonces elementos psicosociales, biomédicos y administrativos que permitieron priorizar a quienes había que rescatar y ofrecer una atención oportuna. La implementación de este protocolo estuvo en manos del equipo de cabecera que realizó el seguimiento de las personas con multimorbilidad de alta complejidad, formado por una enfermera gestora de casos y un Técnico de Enfermería de Nivel Superior (TENS).

Posteriormente, cuando la primera ola de contagios COVID-19 comenzó a declinar y se fueron liberando las condiciones de confinamiento, de acuerdo a las recomendaciones del MISAL en su plan Paso a Paso ¹, se planificó un reintegro gradual de las atenciones de todas las personas con enfermedades crónicas, distinguiendo la recomendación de hacerlo mediante actividades presenciales o remotas, de acuerdo a criterios definidos.

Resultados

Una vez inaugurada la Unidad de Telesalud Ancora UC, en

abril del año 2020, comenzó el aumento de la actividad de carácter remoto en los CESFAM Ancora UC, con un fuerte predominio de la atención telefónica. La disminución de la actividad general entre los años 2019 y 2020, fue atenuada por el aumento de las actividades de tipo remoto, según se aprecia en la siguiente Tabla N°1.

Atenciones según vía de contacto	2019	2020
Atenciones presenciales	143.133	69.795
Atenciones por vía telefónica	14.524	48.202
Atenciones por Videollamada	0	1.097
Total	157.657	119.094

Tabla N°1: Actividad general según vía de contacto de los CESFAM Ancora. 2019 – 2020
Fuente de Datos: Unidad de Gestión de Información Ancora UC

En el Gráfico N°2 se aprecia cómo tras la importante caída de las atenciones presenciales, aumentó la actividad remota a partir de abril, lo que coincide con apertura de la Unidad de Telesalud Ancora UC y el incremento de la actividad derivada de la pandemia COVID-19, predominantemente orientación telefónica de los usuarios y seguimiento telefónico de casos y contactos. Se inició además, de manera espontánea entre los equipos, una modalidad emergente de videollamadas. Las atenciones remotas aumentaron un 468% comparado con las realizadas en el mismo periodo el año 2019.

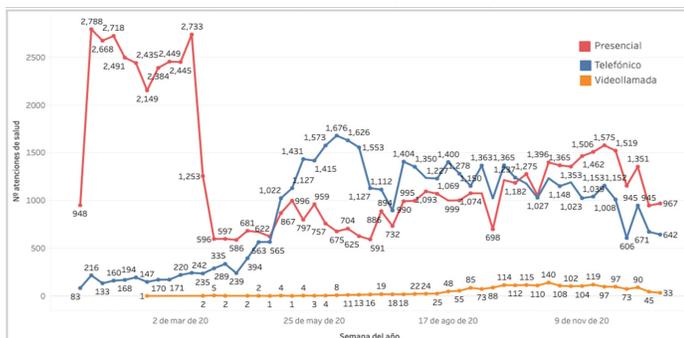


Gráfico N°2. Atenciones de salud según modalidad presencial o remota en los CESFAM Ancora. Año 2020.
Fuente de Datos: Unidad de Gestión de Información Ancora UC

En el mes de abril del año 2020 cayeron bruscamente las actividades de control y seguimiento presencial de personas

con enfermedades crónicas, por lo que este grupo quedó sin cobertura durante varias semanas. Una vez definido los protocolos, se inició la implementación de las atenciones remotas lo que permitió volver a tomar el contacto y realizar seguimiento especialmente al grupo de mayor riesgo priorizado. De este modo al término del año 2020 a las 28.611 atenciones realizadas en modo presencial, se sumaron 22.519 atenciones remotas, lo que corresponde a un 44% del total. El Gráfico N°3 ilustra cómo el principal volumen de atenciones presenciales ocurre previo al aumento de casos COVID-19, con un repunte después de la primera ola, sin lograr los niveles previos. De esta manera, las atenciones remotas fueron la principal modalidad de atención de personas con condiciones crónicas a partir de abril del 2020, equilibrándose ambas modalidades a partir de septiembre del mismo año.

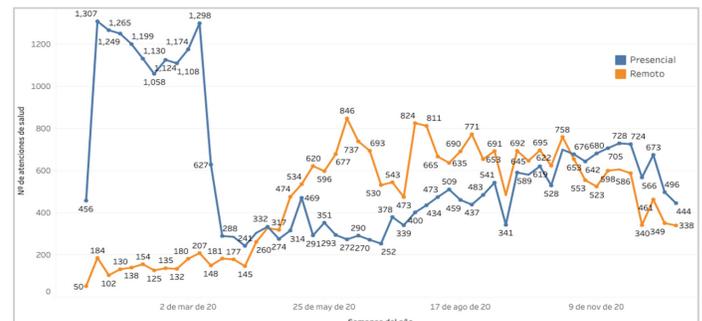


Gráfico N°3. Atenciones a personas con ECNT según modalidad presencial o remota en CESFAM Ancora año 2020.
Fuente de Datos: Unidad de Gestión de Información Ancora UC

El aumento de actividades remotas permitió mantener e incluso incrementar levemente las población bajo control con condiciones crónicas de tipo cardiovascular (ver gráfico 4).

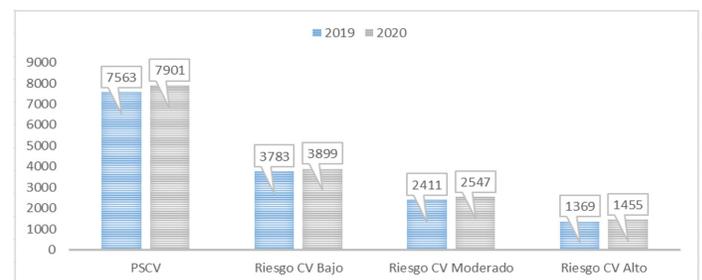


Gráfico N°4. Poblaciones bajo control con condiciones crónicas cardiovasculares. Diciembre 2019 versus 2020.
Fuente de Datos: Unidad de Gestión de Información Ancora UC

Sin embargo, este nivel de cuidado no impidió un deterioro de los indicadores de compensación efectiva. La compensación efectiva de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y de personas con Hipertensión arterial crónica (HTA) mostró una reducción en el número de personas compensadas entre las evaluaciones de diciembre del 2019 y diciembre del 2020 (ver gráfico 5).

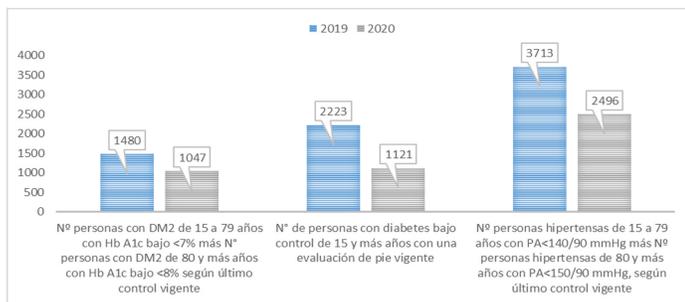


Gráfico N°5. Coberturas efectivas en DM2 e HTA, evaluación de pie diabético. Diciembre 2019 y 2020.

Fuente de Datos: Unidad de Gestión de Información Ancora UC

En este mismo periodo se observó también un aumento de personas con problemas de salud mental (ver Gráfica 6). El abordaje de este tipo de problemas implicó además un aumento importante de atenciones remotas, que consideró el acompañamiento psicológico, intervención en crisis y desarrollo de terapias breves a distancia con el objetivo de apoyar a las familias y sus integrantes en el difícil año 2020.

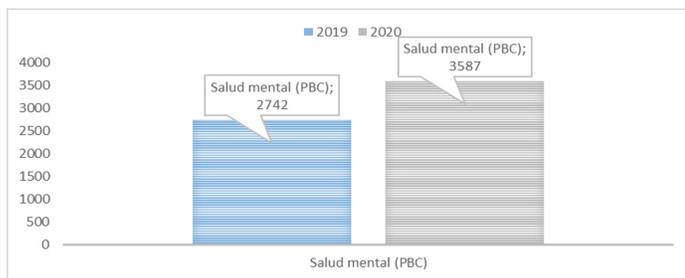


Gráfico N°6. Población con problemas de salud mental bajo control. Diciembre 2019 y 2020.

Fuente de Datos: Unidad de Gestión de Información Ancora UC

Discusión y Conclusión

Las secuelas que está dejando esta pandemia son muchas y en diversos frentes, afectando principalmente

a los grupos más vulnerables, entre éstos, las personas con enfermedades crónicas. Asimismo, es esperable observar un impacto sobre la mortalidad en personas con multimorbilidad, especialmente de alta complejidad y más aún en las personas con cáncer⁷. Estos efectos se podrían prevenir en parte, si se logra mantener la atención de estas personas, definidas no solamente como contacto sino que también como una atención de calidad. Éstas deben traducir en una conducta consistente con las necesidades particulares de la persona en un momento determinado, enfatizando las medidas de autocuidado y detección temprana de descompensaciones y complicaciones.

La pandemia también ha significado una oportunidad para implementar innovaciones que deben persistir una vez ésta esté superada. La experiencia descrita muestra como la APS en forma proactiva y anticipada a las orientaciones y recursos que provienen del nivel central, se reinventa, reacciona y produce soluciones efectivas y atingentes en favor de su población a cargo. Liberada de rigideces programáticas, la APS ha puesto en práctica el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, confirmando la validez y pertinencia de sus componentes esenciales, la centralidad en las personas, la integralidad y la continuidad de atención.

Es justo mencionar que la teleatención de personas con enfermedades crónicas no es algo nuevo. Hace más de una década se ha estado investigando sobre su potencial beneficio y efectividad en este grupo de la población¹⁵. Ahora la pandemia ha permitido reflatar sus ventajas y valorar su potencial aporte, que incluso puede ser beneficioso en todo el espectro de atención.

Esta experiencia demuestra que es posible y recomendable instalar telesalud como un recurso permanente en los CESFAM. El espectro de servicios que pueden entregarse por medios remotos es amplio, desde la entrega de información oportuna hasta la tele rehabilitación, los que pueden ser medios significativos para mejorar el acceso, efectividad y eficiencia de la APS sin requerir un aumento de sus espacios físicos. Esta abierto el desafío a desarrollar la telesalud en plenitud con el fin de aprovechar sus ventajas y beneficios para nuestro sistema de atención.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud; Gobierno de Chile. Cuidado de Salud de las Personas con Enfermedad Crónica en el contexto de la Pandemia COVID-19. 2020.
2. Krist AH, Devoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Redesigning primary care to address the COVID-19 pandemic in the midst of the pandemic. *Ann Fam Med*. 2020;18(4):349–54.
3. De Brito Lima Prado NM, Rossi TRA, Chaves SCL, De Barros SG, Magno L, Dos Santos HLPC, et al. The international response of primary health care to COVID-19: Document analysis in selected countries. *Cad Saude Publica*. 2020;36(12).
4. OPS. Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas. *Ops*. 2020;
5. WHO. COVID-19 and NCDs. World Heal Organ [Internet]. 2020;5. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/ncds/ncd-covid-19/for-web---rapid-assessment---29-may-2020-\(cleared\).pdf?sfvrsn=6296324c_14&download=true](https://www.who.int/docs/default-source/ncds/ncd-covid-19/for-web---rapid-assessment---29-may-2020-(cleared).pdf?sfvrsn=6296324c_14&download=true)
6. Mair FS, Foster HM, Nicholl BI. Multimorbidity and the COVID-19 pandemic – An urgent call to action. *J Comorbidity*. 2020;10:2235042X2096167.
7. Lai AG, Pasea L, Banerjee A, Denaxas S, Katsoulis M, Chang WH, et al. Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. *medRxiv*. 2020;
8. Prieto Rodríguez MÁ, March Cerdá JC, Martín Barato A, Escudero Carretero M, López Doblás M, Luque Martín N. Consequences of the COVID-19 lockdown in patients with chronic diseases in Andalusia. *Gac Sanit* [Internet]. 2020;(xx):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.001>
9. Huston P, Campbell J, Russell G, Goodyear-Smith F, Phillips RL, van Weel C, et al. COVID-19 and primary care in six countries. *BJGP Open*. 2020;4(4):bjgpopen20X101128.
10. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: A remote assessment in primary care. *BMJ* [Internet]. 2020;368(March):1–5. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m1182>
11. Martínez-García M, Bal-Alvarado M, Santos Guerra F, Ares-Rico R, Suárez-Gil R, Rodríguez-Álvarez A, et al. Monitoring of COVID-19 patients by telemedicine with telemonitoring. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2020;220(8):472–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.013>
12. Tellez A, Irazoqui E, Zamorano P, Varela T, Barros J, Muñoz P, Rain C, Campos S CP. Modelo de Atención Centrado en la persona con Morbilidad Crónica MACEP. Redireccionando los servicios de salud según riesgo. 2020;
13. Ministerio de Salud: Subsecretaria de Redes Asistenciales. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. 2020.
14. Ministerio de Salud; Gobierno de Chile. Informe Epidemiológico N°82 Enfermedad por SARS-CoV2 (COVID-19) Chile 01-01-2021. 2021;68–70.
15. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Tellez Á, et al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la diabetes tipo 2, en un centro de atención primaria, santiago, chile effect of a tele-care model on self-management and metabolic control among patients with type 2 diabet. *Rev Med Chil*. 2010;138(6):729–37.

Telerehabilitación desde una mirada centrada en la persona y su comunidad

Telerehabilitation from a perspective focused on the person and his community

Carolina Flores R¹, Makarena Gajardo Núñez², Julián Carfilaf P³

Resumen

La experiencia de Telerehabilitación se desarrolla e instala en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, en el Servicio de Rehabilitación de Base Comunitaria, ubicada en la población La Legua, comuna de San Joaquín.

Ante la situación de pandemia por el SARS- CoV-2 causante de COVID- 19 que genera emergencia sanitaria a nivel mundial, se reorganizan las prestaciones de atención en rehabilitación, implementándose la Telesalud, basada en un enfoque biopsicosocial, y con acciones que se fundan desde el Modelo de salud familiar comunitaria, esto con el fin de minimizar las barreras de distancia, reducir el tiempo y costo para dar continuidad a tratamientos, evaluar ingresos de prioridad y eliminar el riesgo de contagio por contacto en períodos de contingencia en salud. A medida que fuimos acercándonos y aprendiendo de esta nueva atención, continuamos con la aplicación de esta modalidad virtual hacia el trabajo comunitario, a pesar de la incertidumbre sobre el escenario sanitario, la escasa accesibilidad virtual por parte de la población y también el desconocimiento sobre la telerehabilitación por parte del equipo, sin embargo prevaleció la motivación por indagar y formarse en esta nueva atención remota, destacando del proceso los resultados de Telerehabilitación grupal y comunitario, que han impactado positivamente en las personas y sus comunidades, y han sido una oportunidad para el servicio de rehabilitación de conocer estrategias terapéuticas de calidad desde una mirada centrada en la persona.

Palabras clave

Telerehabilitación, Atención primaria de salud, Dolor musculo esquelético, Osteoartritis, Participación social.

Abstract

The Telerehabilitation experience is developed and installed at CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, in the Community-Based Rehabilitation Service, located in the La Legua population, San Joaquín commune.

Faced with the pandemic situation caused by the SARS-CoV-2 that causes COVID-19, which generates a health emergency worldwide, rehabilitation care services are reorganized, implementing Telehealth, based on a biopsychosocial approach, and with actions that are based on From the Community Family Health Model, this in order to minimize distance barriers, reduce the time and cost to give continuity to treatments, evaluate priority admissions and eliminate the risk of contagion by contact in periods of health contingency. As we approached and learned from this new care, we continued with the application of this virtual modality towards community work, despite the uncertainty about the health scenario, the scarce virtual accessibility on the part of the population and also the ignorance about the Telerehabilitation by the team, however, the motivation to investigate and train in this new remote care prevailed, highlighting from the process the results of group

¹ Terapeuta Ocupacional. Lic. en Ciencias de la ocupación humana., Universidad Mayor. Magister en Integración de personas con discapacidad, Universidad de Salamanca, España. Coordinadora Sala de Rehabilitación de Base Comunitaria Centro de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi.

² Kinesióloga, Lic. Kinesiología, Universidad Mayor. Diplomada Ejercicio Terapéutico y Estabilidad Dinámica, Universidad del Desarrollo. Diplomada en Aplicación del modelo integral de Salud Familiar y comunitario en los servicios de salud pública, Chile Capacita. Kinesióloga Sala de Rehabilitación de Base Comunitaria Centro de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi.

³ Kinesiólogo, Lic. en kinesiología Universidad Iberoamericana. Magíster en Fisiología Clínica del Ejercicio, Universidad Finis terrae. Diplomado en Metodología de la Investigación. Kinesiólogo Sala de Rehabilitación de Base Comunitaria Centro de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi.

and community Telerehabilitation, which have had a positive impact on people and their communities, and have been an opportunity for the rehabilitation service to know quality therapeutic strategies from a person-centered perspective.

Keywords

Telerehabilitation, Primary health care, Musculoskeletal Pain, Osteoarthritis, Social participation.

Introducción

El proceso de Telerehabilitación centrada en la persona busca contribuir en el bienestar de la persona, sustentándose bajo el enfoque multidimensional Biopsicosocial de la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF), el cual facilita la organización de la información desde la persona y desde el contexto directo e indirecto, considerando los recursos facilitadores u obstaculizadores de los procesos, y la elaboración de los planes de tratamiento consensuados con la persona, todo esto, para generar estrategias que comprometan a los usuarios / usuarias y sus familias, en una eficiente adherencia al tratamiento, relación que se potencia al vincular terapéuticamente otras disciplinas que participen en el proceso de Telerehabilitación, siendo un proceso colaborativo y significativo.

El equipo de rehabilitación ha explorado, practicado e instalado varias estrategias para iniciar este proceso, se realizó en primera instancia un análisis situacional de la persona, se protocolizaron las acciones formulándose modalidades de atención sincrónica y asincrónica, y para ejecutarla el equipo definió distintas claves facilitadoras del proceso, conjunto de elementos que contribuirían a establecer vínculos de confianza y la validación a esta nueva modalidad de atención a distancia. Dentro de las estrategias de Telesalud, se implementó 3 modalidades de Telerehabilitación: 1. Telerehabilitación para personas con patologías musculo esqueléticas, 2. Telerehabilitación grupal para personas con artrosis rodillas-caderas y para personas con Síndrome de Hombro doloroso y 3. Actividades comunitarias remotas con grupos de personas mayores.

Desarrollo del tema

El inicio de la Telerehabilitación en nuestro servicio se instala con un catastro de personas que se encontraban en lista de espera de atención para rehabilitación presencial por patologías de síndromes dolorosos musculo esqueléticos. Se contactan telefónicamente, aplicándoles una pauta de evaluación inicial

para conocer su condición de salud, sus deficiencias en funciones y estructuras, sus limitaciones en sus actividades diarias y la restricción en la participación, como también indagar sobre sus factores ambientales principalmente sobre la accesibilidad tecnológica y de conexión virtual para aplicar la

Telerehabilitación

Al mismo tiempo, el equipo de salud se forma, busca evidencia y se integra a capacitaciones en el área para disponer de las herramientas básicas de funcionamiento ético en atención a distancia.

Se elabora protocolo de atención por telerehabilitación, el cual ha ido presentando modificaciones continuamente a medida que avanzamos en la práctica. Se refuerza en la forma de ejecución de la atención el favorecer condiciones potenciadoras del proceso por parte del equipo, como son: la comunicación verbal (mensaje, forma escrita y verbal), la comunicación no verbal (gestos, postura, mirada y apariencia), la voz (dicción, volumen, entonación, ritmo y pausa), los factores ambientales (iluminación, espacio seguro, privado, fondo no saturado) y el lenguaje centrado en la persona (dirigida y empática).

Con respecto a la decisión de aplicar las plataformas virtuales en este tipo de atención, fue un gran desafío, ya que se debe analizar el costo - beneficio de una u otra, sin embargo, para lograr adherencia y disminuir frustraciones en momentos de crisis, se optó por la utilización de WhatsApp a través de video llamadas, ya que es considerada una herramienta accesible y de fácil manejo por las personas.

Se organiza para la Telerehabilitación grupal, la entrega de un kit terapéutico para el participante, que consiste en un manual con ejercicios descritos en forma simple y dosificada, banda elástica y unguento de Fitoterapéutico (elaborado por las monitoras de salud pertenecientes al equipo).

A continuación, se describe cada uno de los tipos de atenciones por Telerehabilitación implementadas.

Telerehabilitación Individual

Pertenece a una de las primeras atenciones que comenzamos a instalar, donde a través de esta modalidad se continua la atención para personas con síndromes dolorosos que se encontraban en tratamiento, con el fin de reducir el daño del curso de su patología, y por lo tanto disminuir mayor limitación funcional. Para dar inicio, se le otorga el mismo valor ético y de confianza que en una consulta presencial, donde las claves que se destacan para una buena organización son: definir la fecha y hora de atención, entregar a usuario indicaciones para la conexión (carga del celular, disponer de cargador, ubicarse en un lugar cómodo y tranquilo de su hogar y ubicación del celular) y puntualidad en la conexión, principalmente por parte del equipo.

Para el desarrollo de la sesión se utilizan objetos caseros para facilitar el proceso, esta práctica le da un sentido más allá de lo terapéutico, ya que facilita el integrar hábitos de actividad física en sus hogares.

Con respecto a los datos cuantitativos se han realizado a mayo 2021: 1280 actividades de Telerehabilitación por Kinesiología y Terapia Ocupacional.

Telerehabilitación Grupal

Esta modalidad de atención se destina a dos grupos de personas, en base al análisis de la experiencia de actividades terapéuticas grupales presenciales y el perfil de usuarios. Se comienza por pesquisar los usuarios que han sido diagnosticados y derivados a rehabilitación por gonartrosis y/o coxartrosis, y por síndromes de hombro doloroso, en el periodo comprendido desde septiembre a mayo 2021.

Los criterios de inclusión y exclusión para participar en este programa son:

Criterios de inclusión: Personas con edad igual o mayor a 16 años y que hayan manifestado su consentimiento para participar en la atención a distancia.

Criterios de exclusión: Personas con deterioro severo en sus funciones cognitivas - mentales y que no dispongan de aparato tecnológico, ni conexión a internet.

En ambas Tele rehabilitaciones grupales, las pérdidas y/o abandonos se consideraron como neutras para el análisis de

los datos finales, por ende, los usuarios se consideran con sus datos iniciales. Al finalizar este periodo de seguimiento se realizará un análisis estadístico de los datos. Las estadísticas descriptivas serán analizadas por gráficos en relación con el puntaje de cambio por cada grupo, además de aplicar la prueba de T -student para evaluar la significancia de los datos.

Telerehabilitación grupal para personas con gonartrosis y coxartrosis

A todos los usuarios/usuarias se evalúan vía contacto telefónico, realizando una valoración clínica y funcional con el cuestionario WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) para persona con gonartrosis y/o coxartrosis, es un cuestionario específico para artrosis de rodilla y cadera que evalúa dolor, rigidez y capacidad funcional. Se suman los puntajes obtenidos de los ítems y se estandarizan de 0 a 100 (de mejor a peor capacidad funcional).

El plan terapéutico contempla 5 sesiones de 30 minutos cada una, las cuales se dividen de la siguiente manera:

1° Sesión: Bienvenida y presentación de los participantes. Psicoeducación interactiva sobre las manifestaciones de la gonartrosis y/o coxartrosis, y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos.

2° Sesión: Conceptos y aplicación en casa de la termoterapia para el manejo de dolor y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos.

3° Sesión: Concepto y sugerencias para la protección articular en el desempeño de actividades cotidianas y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos.

4° Sesión: Elaboración de ayuda técnica de bajo costo para mejorar independencia en las actividades de la vida diaria.

5° Sesión: Concepto y práctica de automasaje y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos. Cierre de taller participativo.

De este taller se han desarrollado 3 ciclos (Ciclo 1: noviembre-diciembre 2020, Ciclo 2: enero-febrero 2021, Ciclo 3: marzo-abril 2021), en los cuales han participado un total de 32 usuarios. Para el primer ciclo (Gráfico 1) las características de los usuarios y usuarias fueron: 10 mujeres y 1 hombres, con un rango de edad que fluctúa entre 55 a 78 años, con un promedio de 66 años. En cuanto a la asistencia de los usuarios fue de un 75%.

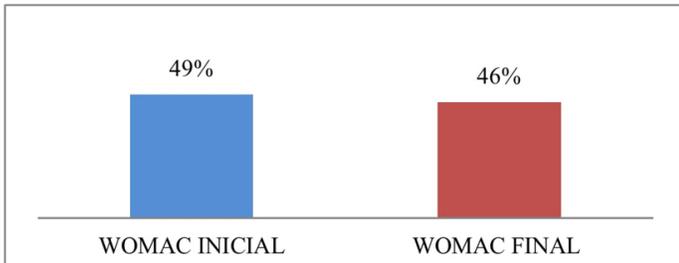


Gráfico N°1: Variación Cuestionario WOMAC aplicado en el primer ciclo de Telerehabilitación grupal para personas con artrosis.

Los resultados del cuestionario WOMAC inicial, fluctuaron entre los 32,30% y los 86,40%, con un promedio de 49%, mientras que los resultados del cuestionario WOMAC final, fluctuaron entre los 27% y los 86,40%, con un promedio de 46%, mostrando una disminución de 3% al finalizar las 5 sesiones.

Para el segundo ciclo (Gráfico 2) las características de los usuarios y usuarias fueron: 11 mujeres y 1 hombre, con un rango de edad que fluctúa entre 47 a 76 años, con un promedio de 66 años. En cuanto a la asistencia de los usuarios fue de un 68%.

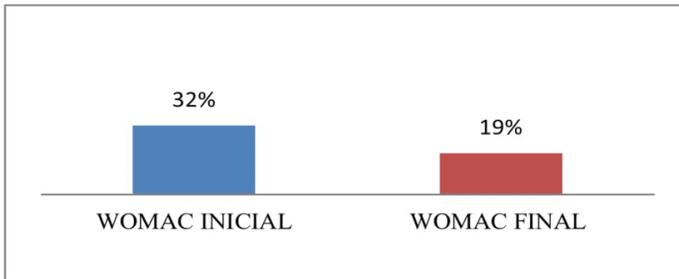


Gráfico N°2: Variación Cuestionario WOMAC aplicado en el segundo ciclo de Telerehabilitación grupal para personas con artrosis.

Los resultados del cuestionario WOMAC inicial, fluctuaron entre los 6,20% y los 66,60% puntos, con un promedio de 32%, mientras que los resultados del cuestionario WOMAC final, fluctuaron entre los 2,08% y los 47%, con un promedio de 19%, mostrando una disminución de 13% al finalizar las 5 sesiones.

Para el tercer ciclo (Gráfico 3) las características de los usuarios fueron: 7 mujeres y 2 hombres, con un rango de edad que fluctúa entre 48 a 78 años, con un promedio de 65 años. En cuanto a la asistencia fue de un 91%.

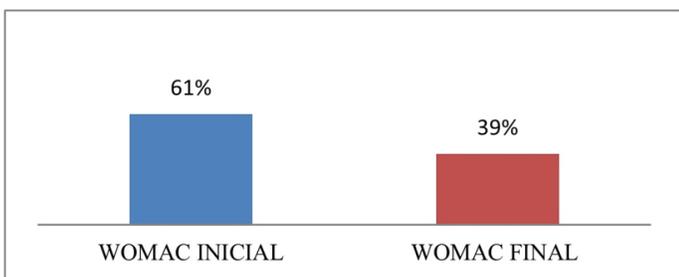


Gráfico N°3: Variación Cuestionario WOMAC aplicado en el tercer ciclo de Telerehabilitación grupal para personas con artrosis.

Los resultados del cuestionario WOMAC inicial, fluctuaron entre los 55,20% y los 68,75% puntos, con un promedio de 61%, mientras que los resultados del cuestionario WOMAC final, fluctuaron entre los 25,09% y los 68,75%, con un promedio de 39%, mostrando una disminución de 22% al finalizar las 5 sesiones.

Sintetizando los 3 ciclos de telerehabilitación grupal, las características de los usuarios/ usuarias fueron las siguientes: 28 mujeres y 4 hombres, con un rango de edad que fluctúa entre 47 a 78 años, con un promedio de 65 años. En cuanto a la asistencia fue de un 75%. Los resultados del cuestionario WOMAC inicial, fluctuaron entre los 6% y los 86,4%, con un promedio de 45,73%, mientras que los resultados del cuestionario WOMAC final, fluctuaron entre los 2,08% y los 86,4%, con un promedio de 34,24%, mostrando una disminución de 11,49% al finalizar las 5 sesiones.

Para finalizar se aplica Encuesta de satisfacción usuaria online, algunas sugerencias sobre mejoras:

“los ejercicios realizados y los tips son bastante buenos y por mejorar sería la cantidad de sesiones del taller me gustaría que fueran más veces a la semana”, “me gustó mucho la claridad del taller y me gustaría que fuera una semanita más para realizar ejercicios” y “Me gusto los ejercicios que se mostraron en el taller”.

De los participantes un 77.8% de los participantes refiere satisfacción con la Telerehabilitación grupal, y las sugerencias de mejora en la mayoría de los participantes es aumentar el número de las sesiones.

Telerehabilitación grupal para personas con Síndrome Hombro doloroso

A todos los usuarios / usuarias se evalúan vía contacto telefónico, realizando una valoración clínica y funcional con el cuestionario Quick DASH que evalúa las discapacidades para hombro, codo y mano, las preguntas se dirigen acerca de los síntomas y la capacidad para llevar a cabo ciertas actividades relacionadas con el uso de la extremidad superior. Se estandariza a más alto puntaje mayor discapacidad.

Por su parte las personas que participaron en el taller de Telerehabilitación grupal con síndrome de hombro doloroso realizaron 8 sesiones, de 30 minutos cada una, las cuales se conforman de la siguiente manera:

1° Sesión: Bienvenida y presentación de los participantes. Psicoeducación interactiva sobre hombro doloroso y ejercicios terapéuticos.

2° Sesión: Ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos.
 3° - 4° Sesión: Concepto y práctica sobre la termoterapia para el manejo de dolor y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos.
 5°-6° Sesión: Concepto y práctica de automasaje y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos.
 7° - 8° Sesión: Manejo ergonómico durante el desempeño de las actividades cotidianas y ejecución sincrónica de ejercicios terapéuticos. Cierre de taller participativo.

Los participantes al taller son 15 personas, dividiéndose en 3 grupos de 5 usuarios por grupo. Las características de los usuarios fueron: 12 mujeres y 3 hombres, con un rango de edad que fluctúa entre 46 a 77 años, con un promedio de 61,73 años. En cuanto a la asistencia fue de un 55%.

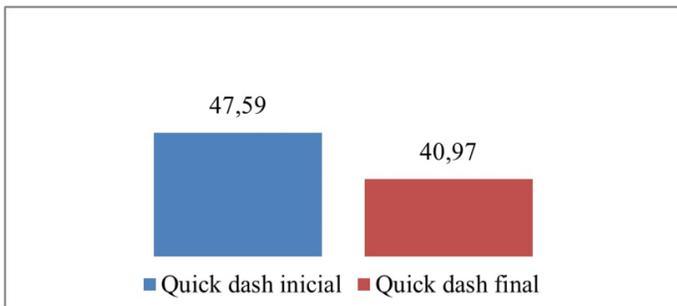


Gráfico N°4: Variación Quick Dash aplicado en Telerehabilitación grupal para personas Síndrome Hombro Doloroso. Los resultados del cuestionario Quick DASH inicial, fluctuaron entre los 15 y los 76,6 puntos, con un promedio de 47,59 puntos, mientras que los resultados del cuestionario Quick DASH final, fluctuaron entre los 15 y los 60 puntos, con un promedio de 40,97 puntos, mostrando una disminución de 6,62 puntos al finalizar las 8 sesiones.

Para finalizar se aplica Encuesta de satisfacción usuaria online, algunas sugerencias sobre mejoras: *“para mí todo estuvo bien. Gracias”, “por mejorar, hacer el taller más frecuente, y todo me encanto” y “realizar x más te tiempo”*

De los participantes un 87.5% de los participantes manifestó estar satisfecho con la Telerehabilitación grupal.

Actividades comunitarias remotas

Posterior a conocer la experiencia de la telerehabilitación grupal, emprendimos la aplicación de esta modalidad a las actividades comunitarias que manteníamos previo a la pandemia, ya que se manifestaba la necesidad mutua

entre el equipo y la comunidad, de continuar desarrollando acciones que potencien recursos sociales históricos que en el transcurso de los años han entregado un sentido de pertenencia y un sello que los identifica, lo cual no debían invisibilizarse producto de la contingencia sanitaria. Con relación a este ámbito, se planifican lineamientos que se dirigen a la teleeducación y la participación social a distancia.

En la teleeducación se elaboran 3 capsulas educativas sobre: 1. Entrenamiento en actividades de la vida diaria, 2. Lenguaje inclusivo en mi barrio y 3. Actividad física adaptada en silla de ruedas para personas en situación de discapacidad. En cada una estas capsulas se da protagonismo a las personas en situación de discapacidad, ya que son ellas las que impactan, movilizan conciencia social y contribuyen a los cambios que demanda su comunidad, este trabajo se logra con el apoyo del equipo de promoción y participación social en salud.

El trabajo de liderazgo comunitario con las personas mayores se ha cimentado en la mayoría de los Clubs de personas mayores del territorio, ha transitado por distintos niveles de autonomía y participación social para la autogestión de cambios y articulación de vínculos para una envejecimiento activo y saludable, potenciando las habilidades personales de cada integrante y validando espacios de tiempo libre / ocio que brindan re-creación y contribuyen a un mejor bienestar.

Para mantener este espíritu de participación comunitaria, en octubre 2020 se trabaja colaborativamente con las Monitoras de salud para conmemorar en el mes de la Persona Mayor, a través de la realización de un programa radial por parte de los líderes comunitarios para compartir experiencias en tiempos de pandemia e incentivar a la comunidad a mantenerse activo con actividades de interés desde sus hogares.

Actualmente se desarrolla un proyecto cinematografía musical virtual entre clubs de personas mayores, iniciativa que ha revitalizado su espíritu potenciando la inclusión y participación social de estas personas.

Conclusiones y/o Discusión

En contexto de análisis de la experiencia en Telerehabilitación, desde una mirada a nivel cualitativo y cuantitativo, como equipo de salud hemos aplicado herramientas evaluativas que nos permiten visualizar los resultados y desde ahí concluir sobre las acciones a potenciar y desafíos por mejorar.

Es importante mencionar que el proceso que hemos observado desde los usuarios y las usuarias, por lo general ha sido con una actitud receptiva, colaboradora a la modalidad de atención y validando el medio tecnológico como instrumento de continuidad de su tratamiento, sin embargo, también hemos observado reacciones resistentes a lo no presencial, que al experimentar esta nueva atención modifican su percepción involucrándose y validando el medio tecnológico como herramienta para su tratamiento.

Cabe destacar que este proceso de Telesalud ha permitido que las familias, sean hijos, nietos u otros, se involucren en el proceso de rehabilitación, que por lo general no ocurría de manera presencial, por lo tanto, esta instancia genera un apoyo más cercano, obteniendo mejores resultados, y dando continuidad a los tratamientos en el hogar.

Para el equipo ha sido un proceso de constantes autoaprendizajes sobre telerehabilitación, donde ha prevalecido el valorar este espacio virtual que se le ha dado cuerpo y forma, con tal de no quebrar vínculos terapéuticos, dar continuidad a los cuidados de las personas y por sobre todo, ser un medio que re-articula y re-motiva las praxis comunitarias que fortalecen a los pueblos para su participación e inclusión. Nos ha enseñado que el vínculo terapéutico se logra considerando factores principalmente actitudinales y ambientales, y no solo lo presencial. Ante este aspecto, el equipo también mejoró las condiciones ambientales en las que se desarrolló la telerehabilitación tomando en cuenta la iluminación, las conexiones, el audio, la visibilidad de la cámara, etc. También la comunicación no verbal que se trasmite a través de la cámara, para poder dar la confianza necesaria a los usuarios. Todos estos factores ayudaron a que los usuarios tuviesen un mejor acceso a la información, y por ende mejores resultados en sus tratamientos.

De acuerdo con el análisis de la Telerehabilitación grupal enfocada a personas con gonartrosis y coxartrosis, se observó una clara mejoría en los resultados del cuestionario WOMAC, a excepción del primer ciclo, aunque presento mejorías, estas no fueron estadísticamente significativas (ver gráfico 1). Estos resultados los evaluamos y mejoramos en la práctica. En primer lugar, en el primer ciclo del taller, los usuarios solo observaban los ejercicios de manera sincrónica, los cuales debían ejecutarlos de manera asincrónica en su hogar, por ende, tenían una participación pasiva durante la ejecución del taller. Ante esto, los siguientes ciclos se comenzaron a realizar de manera sincrónica, incluyendo el manual entregado, y reforzando la sesión a través de apoyo audiovisual de los ejercicios terapéuticos realizados, de esta manera visualizaban la manera correcta de ejecutar cada actividad. Por otra parte, a medida que fueron avanzando los ciclos de telerehabilitación grupal, continuamos mejorando la calidad de la información que se envió a los participantes, y se reforzó positivamente el cumplimiento de la participación con la entrega de un material terapéutico consistente en un guatero de semilla. Además, cabe destacar que algunos usuarios se conectaron desde sus puestos de trabajo, por lo que fue una oportunidad de acceso a la atención.

En cuanto el taller de tele-rehabilitación grupal enfocada a los usuarios con síndrome doloroso, a la fecha solo se lleva un ciclo desarrollado en enero-febrero de 2021, donde se observó una mejoría en relación con el cambio de puntuación del cuestionario Quick DASH, presentando una disminución de 6,62 puntos ($p=0,033$). Se consideran la importancia de reforzar las actividades de manera sincrónica y participativa.

La encuesta de satisfacción usuaria nos muestra que existe un grado alto de satisfacción en la participación al taller, desmitificando la sensación de bajo impacto de la telerehabilitación, siendo una de las demandas explicitadas el ampliar este espacio con más sesiones por parte del equipo.

Consideramos que para la Telerehabilitación, la comunicación es la habilidad esencial para trabajar hacia una atención a distancia humanizada, recordando que

estamos tratando con personas que, como nosotros tiene emociones, y que a través de este medio expresamos necesidades, pensamientos y sentimientos que debemos encauzar a un mejor bienestar en su salud. Por otra parte, ofrece beneficios costo- efectivos para mejorar la oportunidad y la cobertura, además facilita el intercambio de conocimientos y la construcción de capacidades para crear medios virtuales que intencionan el compromiso en el tratamiento y la participación comunitaria.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de salud. Protocolo de funcionamiento de los servicios de rehabilitación y salas de rehabilitación en el contexto de covid - 19 [Internet]. Chile: División de Prevención y Control de Enfermedades / Departamento de Rehabilitación y Discapacidad/ División de Gestión de la Red Asistencia. Departamento GES y Redes de Alta Complejidad; Unidad de Rehabilitación; 19 de marzo 2020 [consultado abril 2020]. Disponible en: <http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/684/Protocolo%20de%20funcionamiento%20Salas%20y%20Servicios%20de%20RH%2020.03.20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. KNAPP, Mark L., La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno, Barcelona, Paidós, 1980.
3. Molinuevo Alonso, Beatriz. La comunicación no verbal en la relación médico-paciente (nueva edición revisada) (Manuales) (Spanish Edition). 9788491169741. Edición de Kindle.
4. NAVARRO, Joe, El cuerpo habla, Málaga, Sirio, 2010.
5. Poyatos, Fernando, La Comunicación No Verbal: I Cultura, Lenguaje y Conversación, Ediciones Itsmo, 1994.
6. World Health Organization. How to use the ICF: a practical manual for using the international classification of functioning, disability and health (ICF): exposure draft for comment. Geneva: WHO; 2013.
7. Starfield B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care?. *The Permanente journal*, 15(2),63–69
8. Colegio de Kinesiólogos de Chile. Guía Práctica de Telerehabilitación para Kinesiólogos, disponible en <http://www.ckch.cl/colkine/covid19/>

Cuidados del equipo de salud

La pandemia por la COVID-19 nos ha planteado desafíos enormes: el personal de salud ha llevado a costas gran parte de esta carga, el contagio o riesgo de contagio en el trabajo, la necesidad de innovar en un contexto de alta incertidumbre, el deber de asumir rápidamente y por largo tiempo nuevas responsabilidades, el desbalance entre la vida personal y el trabajo, la sobrecarga emocional por el sufrimiento de las personas e incluso el estigma, la discriminación y en algunos casos hasta la violencia.

Todos estos factores pueden afectar la salud mental de los trabajadores de la salud incrementando los síntomas de depresión, agobio o tensión y trastornos

del sueño, entre otros. En este contexto, el apoyo en salud mental y psicosocial es clave; contar con un sistema de compañerismo para brindar apoyo, hacer un seguimiento del estrés y reforzar los procedimientos de seguridad, así como proporcionar apoyo emocional y práctico básico entre pares puede hacer una gran diferencia.

Las siguientes experiencias surgidas desde los equipos de APS en Chile son excelentes ejemplos de intervenciones para el cuidado de la salud mental y el bienestar del equipo de salud.

Dr. Mario Cruz Peñate¹

1. OPS/OMS. Chile. Comunidad de Prácticas en APS. Chile.

“Unidos para cuidarnos y cuidarte”

“United to take care of us and take care of you”

Claudia Bravo S.¹, Carla Villarroel F.²

Resumen

En relación al contexto de la emergencia sanitaria por SARS-CoV-2, los diferentes Equipos del Programa de Salud Mental de la comuna de Tomé trabajan en conjunto acciones para responder a la necesidad de apoyar la salud mental de sus funcionarios, teniendo en consideración que al estar en una primera línea de respuesta se veían expuestos a un mayor desgaste emocional, lo que afectaría su motivación, salud mental, vida personal y desempeño laboral. En específico, el Equipo de Salud Mental del Centro de Salud Familiar Dr. Alberto Reyes, implementa un “Plan de Trabajo de Salud Mental dirigido hacia el funcionario de salud”, el cual se desarrolla con base en la aplicación de Encuesta de Salud Mental y se estructura en dos grandes áreas: Intervención preventiva y motivacional a funcionarios e Intervención en funcionarios que presentan sintomatología. El objetivo de esta publicación es dar a conocer la experiencia desarrollada, dando especial relevancia a este tipo de instancias para el fomento de la salud mental en los funcionarios de atención primaria de salud en contexto de pandemia.

Palabras clave

2019-nCoV; salud mental; personal de salud; atención primaria.

Abstract

In relation to the health emergency caused by SARS-CoV-2 pandemic, the different Teams of the Mental Health Program of the Tomé commune joined efforts to respond to the needs of mental health support of their employees, considering that being in the first line of response they were exposed to greater emotional exhaustion, which would affect their motivation, mental health, personal life and work performance. Specifically, the Mental Health Team of the Dr. Alberto Reyes Family Health Center implemented a “Mental Health Work Plan directed towards the health worker”, which was developed based on the application of a Mental Health Survey and was structured in two main areas: preventive and motivational intervention for healthcare workers, and intervention for healthcare workers with mental symptoms. The objective of this publication is to publicize the experience, giving special relevance to this type of instance for the promotion of mental health in primary healthcare workers in the context of the current pandemic.

Keywords

2019-nCoV, mental health, healthcare workers, primary health care.

Experiencia desarrollada por Equipo de Salud Mental en contexto de pandemia, dirigida a funcionarios del Centro de Salud Familiar Dr. Alberto Reyes.

¹ Psicóloga, Encargada Programa Salud Mental CESFAM Dr. Alberto Reyes, Departamento Salud Municipal Tomé.

² Trabajadora Social, CESFAM Dr. Alberto Reyes, Departamento Salud Municipal Tomé.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, en enero del 2020 declara el brote de la enfermedad por Nuevo Coronavirus denominado SARS-CoV-2 y en marzo del mismo año se decide que esta enfermedad puede ser denominada como pandemia por su rápida propagación a nivel mundial (Ministerio de Salud, 2020).

En el mes de marzo de 2020 las autoridades de Chile decretaron medidas preventivas para disminuir el número de contagios, como cuarentenas, cordones sanitarios, toque de queda y confinamiento (Gobierno de Chile, 2020).

Mientras tanto, en el sector Salud, las medidas y restricciones comenzaban a expandirse y socializarse entre los funcionarios, generando un impacto en la forma de llevar a cabo las funciones diarias y causando un desgaste emocional por estar en una primera línea de respuesta.

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (2018): “la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar en forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad”.

De lo que se desprende la gran relevancia del ámbito laboral en la vida de las personas y cómo ese espacio también es parte constituyente de la salud mental. En el contexto de la actual pandemia, hoy más que nunca, en el ámbito de salud mental, los trabajadores/as deben sentirse apoyados y protegidos (Superintendencia de Seguridad Social, 2020).

Teniendo en consideración tal escenario, los Equipos de Salud Mental de la comuna de Tomé, bajo el alero de la Dirección de Salud Municipal de Tomé, trabajan en conjunto acciones para responder a la necesidad de apoyar la salud mental de sus funcionarios y, en específico, el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Dr. Alberto Reyes elabora su Plan de Trabajo de Salud Mental dirigido al funcionario de salud: “Unidos para cuidarnos y cuidarte”, el cual se estructura con base en resultados de una Encuesta de Salud Mental aplicada a los funcionarios de salud, la que evalúa la salud mental del

personal que se desempeña en el CESFAM Dr. Alberto Reyes y dos Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF): El Santo y Cerro Estanque, permitiendo obtener información en cuanto a la posible presencia de sintomatología emocional asociada a la emergencia del COVID-19; evaluar si los funcionarios presentan apoyo u oposición en su labor desde su contexto social y/o familiar, conocer su proyección a futuro frente a la situación de pandemia e indagar si hay conductas de autocuidado.

Los resultados de dicha evaluación, en su primera aplicación dejan en evidencia que el 60% de los funcionarios encuestados tienen temor a contagiarse o a contagiar a alguien, el 50% presenta dificultades para conciliar el sueño y un 54% contracturas.

Tras el análisis de resultados en extenso, se estructura la propuesta de trabajo con los funcionarios, dividiéndola en dos grandes áreas:

- Intervención preventiva y motivacional a funcionarios.
- Intervención en funcionarios que presentan sintomatología.

Desarrollo del tema

Paso 1: Aplicación de Encuesta de Salud Mental (Anexo 1) a funcionarios de salud y resultados.

Esta acción tiene como objetivo evaluar la salud mental, factores protectores y de riesgo del personal que se desempeña en el CESFAM Dr. Alberto Reyes y ambos CECOSF, con el fin de implementar estrategias de afrontamiento ante la emergencia sanitaria, desde el ámbito preventivo/motivacional y de intervención en aquellos que presenten alguna sintomatología.

La 1° encuesta se realizó en mes de abril 2020 en formato de papel, siendo contestada por 165 funcionarios de un universo de 260, tras lo cual fueron implementadas una serie de acciones para dar respuesta a lo encontrado.

La 2° encuesta, se realiza on line, a través de formularios de Google, comenzando su aplicación el día 7 de julio y finalizando el día 13 de julio de 2020, siendo respondida por 202 funcionarios tanto del CESFAM como de ambos CECOSF. En relación a un análisis comparativo de las dos encuestas, se observa que la gran mayoría de los funcionarios presenta sintomatología física y/o emocional que se ha mantenido en el tiempo y que surge en respuesta a la situación de estrés ante la

pandemia. A lo anterior se suma el que se han incrementado los niveles de preocupación en relación al contexto de pandemia y al aumento de contagios, lo que constituye un factor de riesgo para la salud.

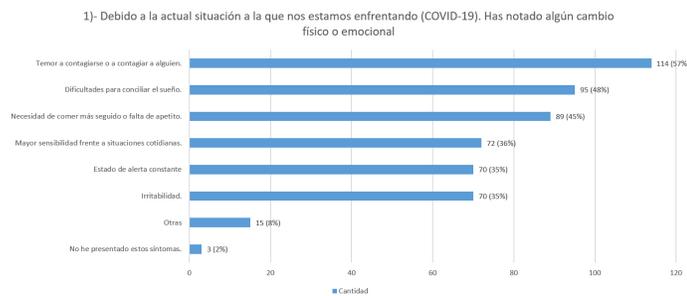


Figura N°1: Resultado 2° aplicación encuesta: Cambios físicos o emocionales asociados a contexto de pandemia.

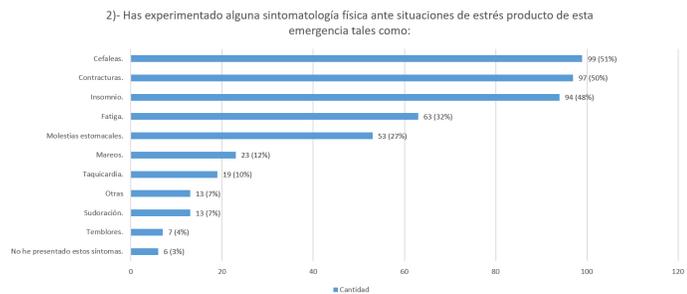


Figura N°2: Resultado 2° aplicación encuesta: Sintomatología física ante contexto de pandemia.

Respecto a factores protectores, los funcionarios mantienen el apoyo por parte de familiares. Además, la gran mayoría implementa conductas de autocuidado que han permanecido en el tiempo de pandemia, lo que genera recursos que reducen el riesgo.

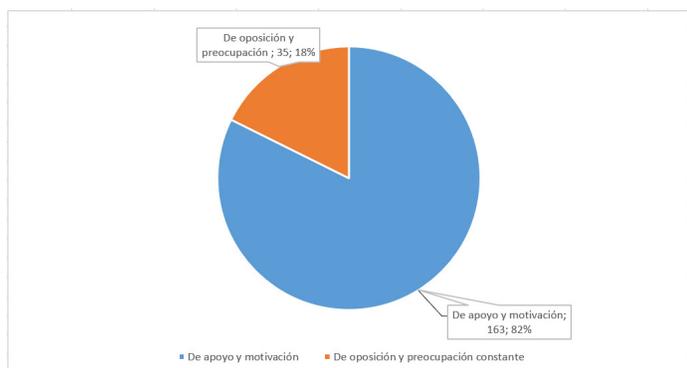


Figura N°3: Resultado 2° aplicación encuesta: Visión del desempeño en área de salud.

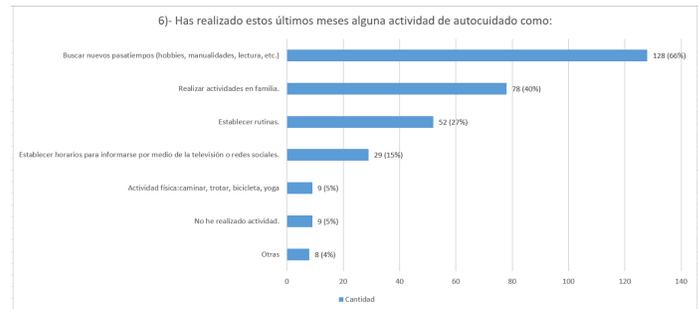


Figura N°4: Resultado 2° aplicación encuesta: Actividad de autocuidado realizada últimos meses.

Si bien, aproximadamente tres cuartas partes de los encuestados percibe el apoyo de los equipos y/o las jefaturas, hay una buena proporción de funcionarios que no se han sentido apoyados, lo cual evidencia la necesidad de refuerzo constante e implementar por parte de las jefaturas estrategias de apoyo y contención que se mantengan en el tiempo.

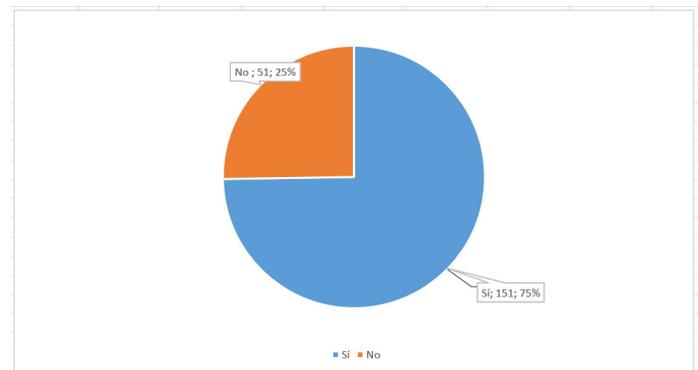


Figura N°5: Resultado 2° aplicación encuesta: Apoyo y contención por parte de equipo y jefatura.

Paso 2: Intervención preventiva y motivacional a funcionarios.

Teniendo en cuenta que la motivación es la base fundamental para resistir este periodo de estrés manteniendo el compromiso con sus funciones, su desempeño y la institución, es que se plantean como acciones el realizar actividades/dinámicas motivadoras y de relajación para romper el ambiente de constante alerta y preocupación, con el objetivo de generar cohesión en los equipos, energía positiva, sensación de tranquilidad y disminución de sintomatología ansiosa. A continuación se detallan las actividades realizadas.

Actividad	Objetivo	N° de beneficiarios	Estado
Talleres presenciales	Fomentar la expresión emocional y desarrollar ambientes de autocuidado y relajación, facilitando conocimientos y técnicas integrales con el propósito de promover el bienestar.	CESFAM Dr. Alberto Reyes: 97 CECOSF El Santo: 22 CECOSF C. Estanque: 12 Total: 131	Realizados entre meses de abril a junio 2020, por los equipos psicosociales del Centro de Salud, con una duración promedio de una hora, en grupos de 6-7 funcionarios de salud. Se complementan con Aromaterapia y Flores de Bach.
Taller de autocuidado virtual: "Arteterapia"	Permitir canalizar sentimientos, pensamientos y emociones de forma creativa.	CESFAM Dr. Alberto Reyes: 135 Hijos de funcionarios: 11 Total: 135	Realizado durante mes de junio y agosto 2020, 4 sesiones por taller, con una duración de dos horas, en grupos de 8-9 funcionarios de salud, se aborda técnica de Pintura, telar, vellón, decoupage, entre otras. Al finalizar talleres se entrega reconocimiento a participantes y se exponen los trabajos.
Mensajes motivacionales	Propiciar la motivación en los funcionarios, como base fundamental para resistir periodo de estrés.	CESFAM Dr. Alberto Reyes: 228 CECOSF El Santo: 16 CECOSF C. Estanque: 16 Total: 260	Consisten en Mensajes positivos reflexivos que se ubican en paredes de CESFAM/CECOSF. Se actualizan cada 15 días.
"Muro de la Esperanza"	Instar a la expresión emocional de los funcionarios y visibilizar acciones de salud mental.	CESFAM Dr. Alberto Reyes: 228 CECOSF El Santo: 16 CECOSF C. Estanque: 16 Total: 260	Muro se ubica en comedor de CESFAM, actualizando su contenido constantemente por miembros del Equipo de Salud Mental.
Taller de autocuidado virtual: "Actividad física"	Fomentar el bienestar físico y emocional a través de actividad física.	CESFAM Dr. Alberto Reyes: 10 CECOSF El Santo: 1 CECOSF C. Estanque: 1 Total: 12	Desarrollados entre meses de octubre y diciembre 2020, clases sincrónica de 45 minutos de duración, dos veces a la semana, en grupos de 7-8 funcionarios, a lo que se suman sus familias.

Tabla N°1: Actividades implementadas Intervención preventiva y motivacional.

Paso 3: Intervención en funcionarios que presentan sintomatología.

El Programa de Salud Mental, a través de los profesionales Psicólogos, Trabajadores Sociales y Médicos, ponen a disposición de los funcionarios del Centro de Salud acciones orientadas a evaluar y brindar una primera respuesta en caso de manifestaciones emocionales relacionadas con su rol como trabajador de la salud en el contexto de la emergencia sanitaria. Esta atención está dirigida a todos los funcionarios/as que así lo requieran, independientemente del tipo de contrato y sistema de salud.

Esta intervención tiene como objetivo fomentar el autocuidado del funcionario y brindar una primera respuesta a la sintomatología aguda que presente el funcionario/a, pesquisada en la evaluación.

A continuación se detallan las actividades realizadas.

Actividad	Objetivo	N° de beneficiarios	Estado
Consultas biopsicosocial	Brindar a funcionarios primera respuesta de salud mental, enfocada en la contención emocional, consejería, intervención en crisis y Primera ayuda psicológica.	25 funcionarios han accedido a la prestación.	No se cuenta con detalle de todas las consultas realizadas por funcionarios, ya que no se distinguen en Registro estadístico. Funcionarios que requieren intervención psicoterapéutica son derivados a Psicóloga de Personal.
Terapia Complementaria Flores de Bach	Otorgar al funcionario acceso a Terapias complementaria de Flores de Bach para aportar en el manejo de síntomas.	CAR: 56 ingresos 17 repeticiones CECOSF El Santo: 5 ingresos CECOSF C. Estanque: 7 ingresos Total actividades: 85	Evaluación y entrega de preparados de Flores de Bach a funcionarios. Se difunde prestación a través de afiches y cápsulas audiovisuales.
Cápsulas audiovisuales	Fomentar el bienestar físico y emocional a través de material audiovisual de fácil acceso por los funcionarios.	CAR: 228 CECOSF El Santo: 16 CECOSF C. Estanque: 16 Total: 260	Se implementan cápsulas con los siguientes temas: técnicas de relajación, técnicas de hipnosis, normalización del miedo e incertidumbre, manejo crisis de angustia, higiene del sueño en adultos y en niños, recomendaciones en niños por contexto de pandemia, estigma en pandemia. Difusión a través de grupos de Whatsapp y plataforma interna.

Tabla N°2: Actividades implementadas Intervención en funcionarios que presentan sintomatología.

Conclusiones y/o Discusión

Es un hecho que la salud mental de los funcionarios de salud y en específico de la Atención Primaria se ha visto afectada por el contexto de pandemia y sus consecuencias se ven día a día, en equipos desgastados, cumpliendo multiplicidad de funciones, intentando dar respuesta a las necesidades de salud de una población que se ha visto afectada fuertemente por las consecuencias físicas, sociales y psicológicas de esta emergencia.

Desde este escenario, es que la experiencia de trabajo con funcionarios "Unidos para cuidarnos y cuidarte" cobra aun mayor relevancia, ya que el mismo Equipo de Salud Mental del centro de salud redistribuye sus recursos y energía para apoyar a sus compañeros de trabajo, a su propio equipo y a su institución. Es un trabajo solidario y colaborativo digno de destacar.

Al evaluar los resultados y recepción de las diferentes intervenciones a través de una encuesta, se obtiene que las tres acciones que resultaron más valoradas por los funcionarios fueron el muro de la esperanza y mensajes positivos en paredes del CESFAM/CECOSF, las Terapias Complementarias y los Talleres presenciales. Esto nos indica que las acciones motivacionales han tenido un mayor impacto en el personal de salud, entendiendo

que la motivación es la base fundamental para resistir este periodo de estrés. Por ello, los diferentes mensajes motivacionales ubicados en lugares visibles del CESFAM y en ambos CECOSF y el Muro de la Esperanza que se ha nutrido de mensajes de funcionarios, han constituido una instancia de expresión emocional de mayor impacto para la salud mental, siendo recomendable mantener estas acciones en el tiempo.

Además, se evidencia la necesidad de reforzar la difusión de estrategias comunicacionales para que todos los funcionarios estén al tanto de las instancias de intervención psicosocial y de talleres, para así facilitar el acceso, teniendo en cuenta que existen diferentes factores que han limitado al funcionario solicitar ayuda, barreras vinculadas a que tanto prestador como solicitante son parte de un mismo equipo de trabajo, generando inseguridad por parte de funcionarios al verse expuestos a que otro de su mismo entorno laboral se entere de si necesita ayuda.

Respecto a los canales de comunicación, los resultados sugieren que red social de WhatsApp constituye una potente vía para difundir información a todos los funcionarios, seguido de los afiches en el Centro de Salud. Mientras que, es necesario reforzar el traspaso de información en reuniones de Equipo y a través de e-mail.

Respecto a las sugerencias de actividades que aporten a la salud mental, los funcionarios manifiestan diferentes instancias de autocuidado tales como: talleres, intervenciones individuales y grupales, cápsulas y acciones a ser implementadas por las jefaturas y en reuniones de equipo, las que aportarían a fomentar el cuidado de la salud mental en el personal de salud.

Como conclusión general, los resultados evidencian la necesidad de continuar con estrategias de prevención/motivación e intervención en salud mental, con énfasis en el autocuidado de los funcionarios.

Lo anterior requiere mayor apoyo en recurso humano exclusivo para abordar la salud ocupacional y los insumos necesarios para llevar a cabo nuevas acciones, esto en relación a la necesidad creciente de funcionarios que solicitan atención de salud mental, asociado a nueva ola de contagios y por consiguiente endurecimiento de medidas sanitarias y aumento de la sensación de inseguridad.

Con base en el trabajo realizado, se plantearon estas recomendaciones a las Jefaturas, contando hoy con la creación del área de Cuidado y Desarrollo de las Personas la cual aborda las necesidades de los funcionarios de salud en la comuna de Tomé.

A la vez, es necesario visualizar la necesidad de instancias de autocuidado del propio Equipo de Salud Mental, el cual se ha visto expuesto a gran carga emocional, tanto por el trabajo con funcionarios como por el desarrollo de acciones clínicas inherentes a su cargo.

El desafío actual es seguir potenciando la salud mental de los funcionarios de salud y generando otras instancias de autocuidado que se mantengan en el tiempo.

Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (Marzo 2020) Disponible en <https://www.minsal.cl/la-oms-declara-el-brote-de-coronavirus-pandemia-global/>
 2. Gobierno de Chile. (Marzo 2020). Disponible en <https://www.gob.cl/noticias/gobierno-de-chile-decreta-nuevas-medidas-sanitarias-entre-las-que-se-cuentan-toque-de-queda-nacional-y-controles-mas-estrictos-de-desplazamiento/>
 3. Organización Mundial de la Salud (2018). Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Superintendencia de Seguridad Social (2020). COVID 19: Directrices para una mejor salud mental en los trabajadores. Disponible en http://www.suseso.cl/606/articles-594880_recurso_2.pdf

Anexo 1

Encuesta dirigida al personal del establecimiento APS

Las siguientes preguntas tienen como objetivo identificar y reconocer cómo se encuentran los funcionarios de salud, ya sea conductual o emocionalmente frente a la contingencia nacional. Dichas preguntas tienen carácter confidencial, con el fin de implementar estrategia de afrontamiento ante la emergencia sanitaria.

1)- Debido a la actual situación a la que nos estamos enfrentando (COVID-19)

Has notado algún cambio físico o emocional como: (Puedes marcar más de una opción)

- Dificultades para conciliar el sueño
- Irritabilidad
- Temor a contagiarse o a contagiar a alguien
- Estado de alerta constante
- Necesidad de comer más seguido o falta de apetito
- Mayor sensibilidad frente a situaciones cotidianas
- Otro _____

2)- Has experimentado alguna sintomatología física ante situaciones de estrés producto de esta emergencia tales como:

(Puedes marcar más de una opción)

- Cefaleas
- Insomnio
- Fatiga
- Contracturas
- Taquicardia
- Sudoración
- Molestias estomacales
- Mareos
- Temblores
- Otras: _____

3)- Asocia dicha sintomatología al contexto actual de emergencia por pandemia COVID-19:

- Sí
- No

4)- En relación con tu desempeño en el área de la salud, la visión de familiares y amigos es:

- De apoyo y motivación
- De oposición y preocupación constante

5)- Tienes alguna situación que te genere preocupación o angustia constante durante esta Emergencia Sanitaria? (Puedes marcar más de una opción)

- Preocupación por posible pérdida de trabajo propio, de pareja, hijo, familiar cercano, etc.
- Algún familiar o persona significativa se encuentra solo o con algún tipo de riesgo
- Dificultades para acceder a insumos básicos para ti y tu familia
- No cuentas con redes suficientes con quién dejar a tus hijos en caso de tenerlos
- Otro: _____

- 6)- Has realizado estos últimos meses alguna actividad de autocuidado como: (Puedes marcar más de una opción)
- o Realizar actividades en familia
 - o Establecer horarios para informarse por medio de la televisión o redes sociales
 - o Establecer rutinas
 - o Buscar nuevos pasatiempos (hobbies, manualidades, lectura, etc.)
 - o Otra _____
- 7)- Te has sentido apoyado/a y contenido/a, por tu equipo de trabajo o jefatura directa durante esta situación?
- o Sí
 - o No
- 8)- Con respecto a espacios de intervención psicosocial (contención emocional, orientación, consultas sociales y terapias complementarias), has tenido acceso a dicha información:
- o Si, indica cual: contención emocional, orientación, consultas sociales, terapias complementarias (Flores de bach y/o Hipnosis).
 - o No
- 9)- Has solicitado ayuda en los espacios de intervención psicosocial.
- o Si, indica cual: contención emocional, orientación, consultas sociales, terapias complementarias (Flores de bach y/o Hipnosis).
 - o No
- 10)- Has tenido acceso a información de los talleres virtuales implementados por el Equipo de Salud Mental.
- o Si, indica de qué forma: afiche en CESFAM/CECOSF, Whatsapp, mail, contacto personal, reunión de equipo.
 - o No
- 11)- Has participado de alguno de los talleres virtuales.
- o Si
 - o No
- 12)- Qué formas de intervención ha generado más impacto positivo en tu salud mental. (Puedes marcar más de una opción)
- o Muro de la esperanza y mensajes positivos en paredes del CESFAM / CECOSF.
 - o Intervenciones psicosociales (contención emocional y orientación)
 - o Talleres arteterapia virtuales
 - o Cápsulas de salud mental (respiración, hipnosis, automonitoreo, crisis de angustia)
 - o Talleres presenciales
 - o Sesiones individuales de apoyo psicológico, social y médico.
 - o Terapias complementarias (Flores de bach y/o Hipnosis)
- 13)- Señala si existe alguna actividad o instancia que te gustaría que se implementara en el Centro de Salud y que sea de ayuda para tu salud mental.
- _____
- _____

Muchas gracias por tus respuestas

Estrategia de apoyo a los equipos de salud de los Centros de Salud Familiar de la Red Áncora UC, en contexto Covid-19.

Support strategy for the health teams of the family health centers of the Ancora UC network, in the context of Covid-19

Carolina Rain Velásquez¹, Mónica Molina Garzón², Mayra Martínez Pérez³

Resumen

A partir de la multiplicidad de cambios que han ocurrido en el último tiempo, producto de emergencia sanitaria por Covid -19, los equipos directivos de los Centros de Salud Familiar de la Red Áncora UC, relevan la importancia de mantener espacios continuos para el cuidado de la salud mental y el bienestar de sus funcionarios. De esta manera, se implementó una estrategia de apoyo al cuidado de los equipos guiada por un grupo de profesionales del Centro de Innovación en Salud Áncora UC. Estrategia co-construida con los actores involucrados, de rápida implementación y con líneas de continuidad que se proyectan como una línea de trabajo necesaria y valorada por los equipos de salud al interior de la organización.

Palabras clave

Autocuidado, salud mental, salud laboral, atención primaria, liderazgo, pandemia Covid 19.

Abstract

Based on the multiplicity of changes that have occurred in recent times, due to the health emergency causes by COVID-19, the management teams of the family health centers of the Ancora UC Network, highlight the importance of maintaining continuous spaces for the care of mental health and well-being of its employees. In this way, a team care support strategy was implemented, guided by a group of professionals from the Ancora UC health innovation center. Strategy co-constructed with the actors involved, quickly implemented and with lines of continuity that are projected as a necessary line of work and valued by the health teams within the organizations.

Keywords

Self Care, Mental Health, Occupational Health, Primary Health Care, Leadership, Coronavirus Infections , pandemics.

¹ Centro de Innovación en Salud ANCORA UC, Diagonal Paraguay 362, Santiago, Chile. Teléfono: 56223548242. Email: crain@uc.cl ORCID: 0000-0002-7085-1252

² Centro de Innovación en Salud ANCORA UC, Diagonal Paraguay 362, Santiago, Chile. Teléfono: 56223548242. Email: mmmolina2@uc.cl ORCID: 0000-0003-4603-150X

³ Centro de Innovación en Salud ANCORA UC, Diagonal Paraguay 362, Santiago, Chile. Teléfono: 56223548242. Email: mamarti2@uc.cl ORCID: 0000-0002-9807-0992

Introducción

Los desafíos impuestos por la pandemia por SARS-COV2 a nivel social, político y económico, son múltiples y variados. En el ámbito de la salud se ha puesto foco principalmente en el cuidado de las personas que se atienden en el sistema, sin embargo, aquellos que conforman el equipo de salud y que han estado durante todo este tiempo a la cabeza de esta gran lucha, contra un enemigo que parece no dar tregua, también están requiriendo de acciones especiales que permitan favorecer un mejor abordaje de la situación que aporte al mantenimiento de la salud mental y bienestar de los equipos.

En la atención primaria de salud, se ha necesitado que todos los funcionarios pongan su mayor capacidad creativa, de flexibilidad y adaptabilidad para hacer frente a los diversos cambios y necesidades que la situación ha impuesto. Los equipos han estado llamados a reestructurar espacios físicos, procesos de atención a nivel de todo el ciclo vital, dinámicas de trabajo grupal, así como también, han asumido el liderazgo del diseño de una estrategia de control y seguimiento de casos. Este escenario, ha dispuesto un estado de “alerta” continua para los equipos, quienes luego de un año y medio en esta situación de pandemia sienten las consecuencias a nivel físico, mental y emocional.

En este contexto, el cuidado de los equipos se vuelve una prioridad, requiriendo por parte de las instituciones y sus líderes, implementar acciones que beneficien la salud mental de los trabajadores. Entre los meses de junio y agosto del año 2020, un equipo de psicólogas del Centro de Innovación en Salud Ancora UC-CISAUC, diseñan e implementan una propuesta de acompañamiento para el cuidado de los equipos, la cual surge en respuesta a las necesidades percibidas al interior de los Cefam Ancora, de contar con un apoyo externo, complementario a las acciones que de manera local, pre pandemia, había generado cada centro para apoyar a los funcionarios involucrados en la atención de la comunidad que tienen a su cargo. Cabe mencionar, a modo de contexto, que la Red Ancora UC, se compone de tres Centros de Salud Familiar (CESFAM) los cuales se ubican en el territorio de la red de Salud Metropolitana Sur Oriente, en específico, dos situadas en la comuna de Puente Alto y una en la Pintana. La población que atiende cada uno es de alrededor de 20.000 personas; muchas de ellas en situación de pobreza y alta vulnerabilidad social.

El objetivo de la propuesta fue favorecer un mejor afrontamiento personal y grupal a la pandemia por COVID-19, a través de la co-construcción de un espacio de acompañamiento para el apoyo y contención del equipo de salud de los Cefam,. La implementación se desarrolló en tres fases: La primera de diagnóstico y planificación de las actividades junto a representantes de los equipos locales y sus directivos. La segunda fase, de ejecución, se desarrolló de manera sincrónica por parte del equipo a cargo, con una frecuencia quincenal y con una duración de una hora por sesión. Finalmente, se incluyó un proceso de valoración de aprendizajes y continuidad del espacio por parte de los mismos equipos.

Desarrollo del tema

En cuanto a las características de la estrategia propuesta, es importante contextualizar cómo surge la presencia de un equipo externo que lidere este espacio. En el periodo donde la iniciativa se desarrolló, la carga laboral y emocional de los equipos era muy intensa, por lo cual requería de acciones que los ayudaran a canalizar las emociones y preocupaciones emergentes, sin embargo, los equipos de los CESFAM, percibían no disponer de las condiciones para asumir este desafío dado que implicaba sumar una nueva tarea dentro de la carga excesiva ya existente. Así, los directores solicitan el apoyo al CISAUC, entidad que colabora y es parte de la Red Ancora UC.



Figura N°1: Se muestran las fases y acciones consideradas en el desarrollo de la estrategia.

El desafío inicial estuvo asociado a responder de manera oportuna y rápida al requerimiento. Por ello, el trabajo entre ambos equipos se inicia con un proceso de identificación de necesidades y prioridades de los funcionarios, a partir de una selección de contenidos/temas, basados en la evidencia. Los ejes conceptuales considerados como

fundamento fueron: bienestar y cuidado de equipos; manejo del estrés basado en mindfulness y neurociencias aplicadas. La priorización de los temas fue dada por los mismos participantes. La figura 2 muestra un ejemplo de dicha priorización obtenidos en Cesfam 1, con un total de 39 respuestas.

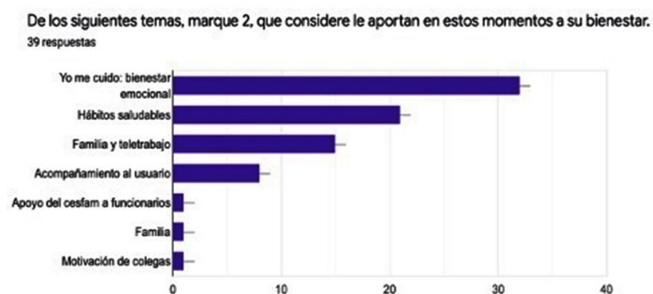


Figura N°2: Ejemplo Sesión 1: Resultados encuesta inicial priorización de temas Cesfam 1.

Las características estructurales de la implementación, consistieron en sesiones de frecuencia quincenal, con una duración de 60 minutos cada una y un total de cinco sesiones por centro; siguiendo una modalidad sincrónica a distancia, resguardando las condiciones de aislamiento físico para los equipos y sistemas de trabajo on/off implementados por los centros en ese momento.

Las condiciones organizacionales requeridas para iniciar la planificación y posterior ejecución de la estrategia incluyeron la organización de un equipo local para el apoyo y coordinación logística con el equipo CISAUC.

Fase I: Detección de necesidades y ajustes del diseño

El objetivo de esta fase fue identificar el estado del equipo y reconocer sus necesidades considerando las diferentes realidades locales. El proceso de levantamiento de información para la detección de necesidades y ajuste de la propuesta, se realizó a través de reuniones a distancia con el director de cada Cesfam y con los representantes de los equipos de cada centro. El proceso permitió conocer la diversidad de acciones presentes en los centros, como por ejemplo: a) previa presencia de espacios de cuidado de equipos; b) presencia de un equipo de bienestar local y c) grado de participación en estos espacios por parte de los líderes locales.

Los elementos observados permitieron plantear una propuesta de trabajo flexible con los equipos, a fin de responder mejor a las realidades locales, conservando los ejes centrales de la implementación: 1) contenido central; regularidad y duración de cada sesión; 2) co-construcción de actividades asociadas al desarrollo de los contenidos y 3) retroalimentación posterior a cada una de las sesiones para su posterior rediseño.

Fase 2: Implementación de Sesiones y Retroalimentación Oportuna

Se ejecutaron cinco sesiones de acuerdo a la planificación. Dado que los equipos estaban en modalidad de trabajo presencial y con teletrabajo (on/off), se dejó como optativa la conexión a estos espacios, siendo aquellos en formato presencial los que tuvieron mayor participación. Algo que se instaló desde la primera sesión, fue la retroalimentación inmediata al finalizar cada encuentro, tanto de los participantes como del equipo que representaba al cesfam. Esto permitió identificar algunos aspectos centrales que facilitaron y dificultaron la ejecución general de la estrategia de cuidado de equipos.

Dentro de los facilitadores se encuentran: el apoyo y participación activa de la dirección; presencia de un equipo local encargado de la coordinación de la estrategia y envío oportuno de retroalimentación; coordinación de aspectos logísticos para la ejecución de las actividades propuestas (instalación de equipos y mejora continua para la interacción vía zoom, preparación de material de trabajo, organización de grupos, entre otros); apoyo en la mantención de iniciativas entre una sesión y otra; así como una alta motivación de los equipos para participar y desarrollar las actividades en cada sesión.

Los aspectos identificados como barreras para la ejecución de las sesiones fueron: inestabilidad de la red para la conexión inalámbrica; sesiones en modalidad sincrónica que dificultan la conexión emocional de las facilitadoras con los participantes; distancia física recomendada lo que significaba disponer de espacios físicos para respetar el aforo y diseñar actividades acordes a las recomendaciones de autocuidado; inasistencia de algunos funcionarios por cumplir labores asociadas a su rol u otros factores personales.



Figura N°3: Contenido de sesiones

A continuación se presentan algunos productos de las sesiones, que dan cuenta de los ejercicios individuales y grupales.



Figura N°4: Ejemplo sesión 2: Ejercicio Mentimeter: Descripción de la condición actual (física, mental y emocional)

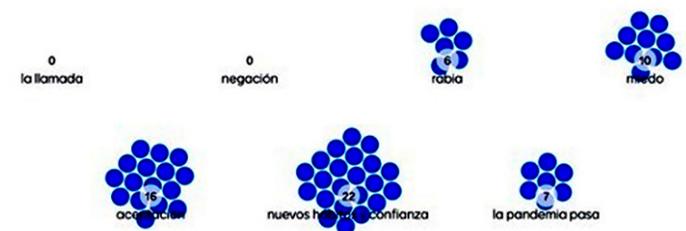


Figura N°5: Ejercicio sesión 3: Curva emocional en pandemia: ¿En qué parte de la curva me encuentro?

Fase 3: Aprendizajes y Lineamientos para la Continuidad

El objetivo de esta fase estuvo orientado principalmente a recoger la retroalimentación de parte de los equipos y de los encargados locales respecto de la experiencia. Asimismo, se consideraron espacios de cierre con este último grupo lo cual permitió conocer algunas líneas necesarias a considerar para dar continuidad local a este espacio. Adicionalmente, se contempló una reunión de cierre y entrega de sugerencias de continuidad para los directores de los cesfam de la Red Ancora UC.

Discusión

La situación actual de agotamiento físico, mental y emocional que experimentan los equipos de salud se convierte en un aspecto fundamental que requiere ser abordado por las organizaciones y sus líderes, siendo recomendable que se generen estrategias para afrontar los momentos de crisis, pero también para seguir funcionando con los cambios instalados. Todo esto con el fin de mediar en los procesos de adaptación y cambio de los equipos, favoreciendo el bienestar y salud de las personas que forman parte de la atención primaria.

Como hemos revisado, la experiencia de diseñar e implementar una estrategia de apoyo para equipos de salud, fue una iniciativa que respondió de manera rápida, oportuna y eficaz a la situación de cansancio, temor al contagio y esfuerzo prolongado, que vivían los funcionarios de los centros de salud, siendo reconocida y desatacada por sus líderes y participantes.

Los equipos otorgan valor a la vocación de servicio, al poder dar respuesta a las necesidades de atención de los usuarios que tienen a cargo, sin embargo, consideran que sus necesidades también deben visualizarse y ser abordadas, por lo cual adquiere relevancia la gestión local en cuanto al liderazgo de las jefaturas, en la entrega de apoyo a través de acciones concretas, como el resguardo de los espacios de cuidado a nivel institucional, entrega de información clara y oportuna; y capacidad de toma de decisiones rápidas para adaptarse.

Entre los aprendizajes que entrega esta experiencia, se destaca la importancia de generar espacios para el "cuidado

de los que cuidan”, más allá de esta estrategia específica, es consolidar un espacio estructurado y reflexivo para el bienestar y salud de los funcionarios más allá de lo recreativo. Adicionalmente, se considera necesario hacer énfasis en el contexto actual y los procesos de regulación emocional y afrontamiento. Desde la perspectiva de los facilitadores, se pudo observar interés y participación creciente de los funcionarios, siendo ellos quienes, al finalizar la intervención, refieren haber logrado un acercamiento entre pares en términos de reencontrarse, favoreciendo un estilo horizontal de relación en el grupo. En cuanto a los desafíos se identifica la necesidad de dar continuidad a espacios de estas características, que involucren las sugerencias de los funcionarios de manera oportuna en los planes de reorganización local. Además, es importante replantearse quiénes están llamados a asumir la planificación de actividades para el cuidado de los equipos, pues actualmente, en muchos cesfam esta labor la asume el equipo de Salud Mental, ellos son parte del equipo general y comparten experiencia de cansancio y alta demanda exigida en la pandemia. Dado lo anterior, se considera que la experiencia aquí compartida, puede ser replicada por equipos validados que pueden surgir de las alianzas docentes y/o asistenciales, y que son reconocidos en contextos académicos, municipales, desde los servicios de salud u otro, de tal manera que se facilite la rápida articulación para la implementación óptima de la estrategia.

Agradecimientos

Agradecemos a quienes apoyaron el desarrollo y ejecución de esta estrategia, especialmente a los equipos de los cesfam Madre Teresa de Calcuta, Juan Pablo II y San Alberto Hurtado; académicos y académicas de la Escuela de Medicina - Departamento de Medicina Familiar y Escuela de Psicología.

Bibliografía

Brooks SK, Rubin GJ, Greenberg N. Traumatic stress within disaster-exposed occupations: Overview of the literature and suggestions for the management of traumatic

stress in the workplace. *Br Med Bull.* 2019;129(1):35–51.

Duan, L; Zhu, G (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Vol 7, ISSUE 4, P 300-302.* [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)

Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis.* 2006;12(12):1924–32.

Mcfarlane A, Jetly R, Castro CA, Greenberg N, Vermetten E. Impact of COVID-19 on mental health care for Veterans: *Improvise, adapt and overcome.* *J Mil Veteran Fam Heal.* 2020;COVID-19:Accepted versio.

Ricci Cabello I, Meneses Echavez JF, Serrano-Ripoll MJ, Fraile-Navarro D, Fiol de Roque MA, Pastor Moreno G, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review. *medRxiv [Internet].* 1 de enero de 2020;2020.04.02.20048892. Disponible en: <http://medrxiv.org/content/early/2020/04/06/2020.04.02.20048892.abstract>

Sociedad Chilena de Medicina Familiar, D. (2020). Cuidadoutocuidado de los Equipos de Atención Primaria en el Modelo de Salud Familiar. *Revista Chilena De Medicina Familiar,* 10(1), 13-16. Recuperado a partir de <https://revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/20>

Sociedad Chilena de Medicina Familiar, D. (2020). El duelo en la APS: un proceso que se supera en equipo Recuperado a partir de <http://www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/2020/08/11/el-duelo-en-la-aps-un-proceso-que-se-supera-en-equipo/>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, behavior, and immunity,* 87, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>

Wu AW, Connors C, Everly GS. COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience. *Ann Intern Med.* 2020;(8):8–10.