



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

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

Sexto reporte de resultados

23 octubre 2020

1. Resumen Ejecutivo

La estrategia Testeo-Trazabilidad-Aislamiento (TTA) continua siendo una piedra angular en el control de la pandemia COVID-19. El objetivo de este monitoreo es evaluar la implementación de la estrategia TTA en la Atención Primaria de Salud (APS). En esta 6ta ronda del monitoreo, se recibieron 189 respuestas de 129 centros de salud primaria y 17 direcciones de salud municipal diferentes.

Esta ronda muestra avances en ciertos ámbitos de la estrategia TTA, al mismo tiempo que existen múltiples desafíos pendientes para optimizar la implementación de la misma. En primer lugar, se ha consolidado la estrategia de testeo activo en la mayoría de los establecimientos de APS, la que se realiza en lugares diversos. Un 38% de los centros refiere que el lugar donde obtuvo la mayor cantidad de test PCR para testeo activo fue en espacios de circulación de público general (ferias, mall, supermercado, etc), esto contrasta con la indicación del protocolo TTA ministerial, el cual refiere que el testeo activo debe focalizarse en zonas de mayor riesgo de contagios por COVID-19 como centros de larga estadía o instituciones en riesgo mayor de brotes. Es importante incentivar el seguimiento del protocolo, focalizándose en zonas de mayor vulnerabilidad ante la aparición de brotes; dado que la búsqueda activa de casos se sigue realizando con más fuerza en ferias libres y mall. Es un dato que hay que analizar a la luz de la práctica de los centros de salud.

En cuanto a los recursos de la estrategia TTA, esta ronda evidencia un serio déficit en los recursos humanos disponibles para la tarea. Un 57% de los centros refiere que los recursos humanos son insuficientes para la correcta implementación de la estrategia TTA en su centro, lo que es necesario abordar para mejorar tanto la calidad de de la estrategia como para evitar la sobrecarga de los equipos. Con respecto a la composición de los equipos TTA, destaca que un 86% de los centros refiere que funcionario/as del centro han sido re-destinados a las funciones TTA desde sus funciones habituales. Esto es necesario considerarlo en contexto de la necesaria reactivación de las actividades habituales de los centros de salud primaria.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

Sobre el registro de la estrategia TTA, destaca un aumento progresivo de los centros que están utilizando la plataforma EPIVIGILA para estos fines, lo que en esta ronda llega a un 74%. Es importante avanzar hacia un 100% de los centros, lo que permitirá tener indicadores más oportunos y confiables sobre la estrategia.

Finalmente, en cuanto a la oportunidad de la trazabilidad, se pesquisa como área importante de optimizar la trazabilidad de los casos sospechosos, ya que un 52% de los centros refiere que contacta a los contactos estrechos sólo una vez que recibe el resultado del examen PCR, y al mismo tiempo, un 47% refiere que el resultado de la PCR tiene una latencia superior a 48 hrs. Esto significa una pérdida importante de la ventana de oportunidad de la trazabilidad, que es indispensable mejorar.

2. Contexto

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

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

En cuanto a recursos, se ha declarado públicamente que los establecimientos han recibido en 2 oportunidades fondos para contratación de personal y compra de insumos.

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



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

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

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

3. Metodología

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

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

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



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



MGZ Chile

4. Resultados

a. Caracterización de las respuestas

En la sexta ronda se recibieron un total de 189 respuestas, analizando diferentes instituciones según los procedimientos descritos en la sección anterior. Estas corresponden a 17 Direcciones, Departamentos o Corporaciones de Salud Municipal y 129 establecimientos de Salud (Cesfam, Cecosf, Consultorios, Postas, Hospitales comunitarios); 43 respuestas corresponden a los mismos establecimientos o comunas. Se recibieron respuestas de 15 de las 16 regiones del país, siendo la mayoría proveniente de la Región Metropolitana (27%) (*Gráfico 1*).

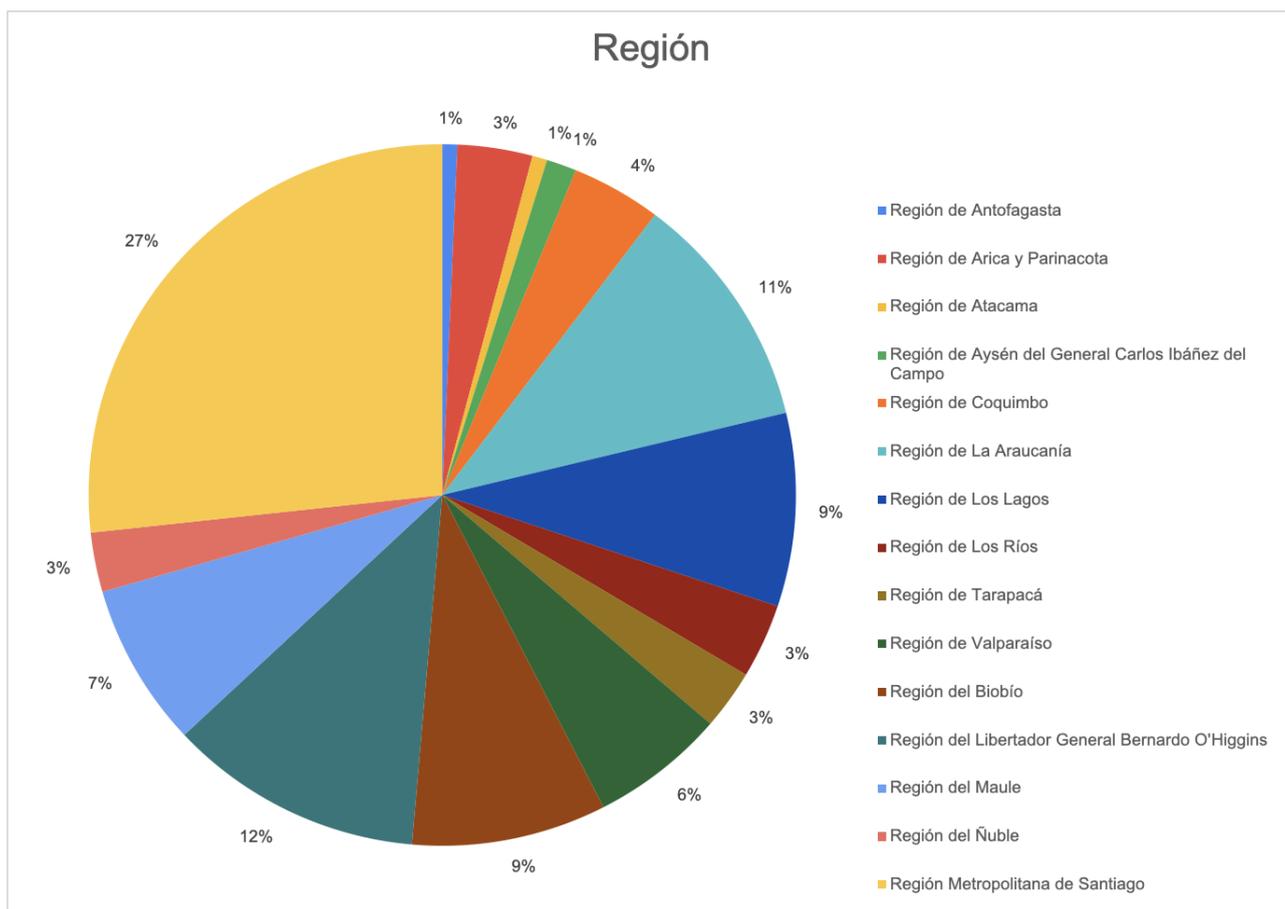


Gráfico 1. Distribución Regional de los establecimientos encuestados



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



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



MGZ
Chile

El perfil de quienes respondieron este instrumento se agrupó según si corresponden a establecimientos de salud o municipios, para poder describir los cargos que tienen. Para el análisis del perfil de respuestas de establecimientos de Salud (n=129), se presentan en el *Gráfico 2*.

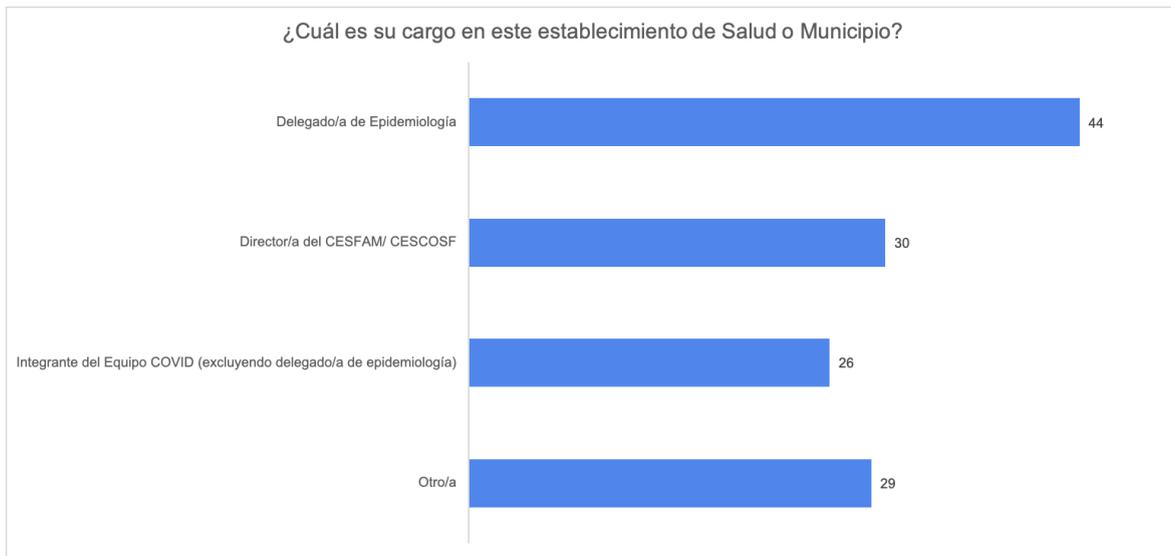


Gráfico 2: Perfil de personas que responden desde los centros de salud primaria

Al igual que en rondas anteriores, la mayor parte de los que contestan la encuesta son Directores/as del centro o del equipo de epidemiología. En cuanto a las respuestas asociadas a los municipios (n=17), que se describen en el *Gráfico 3*, se observa que el perfil principal es el de Director/a de Salud Municipal.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



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



MGZ
Chile

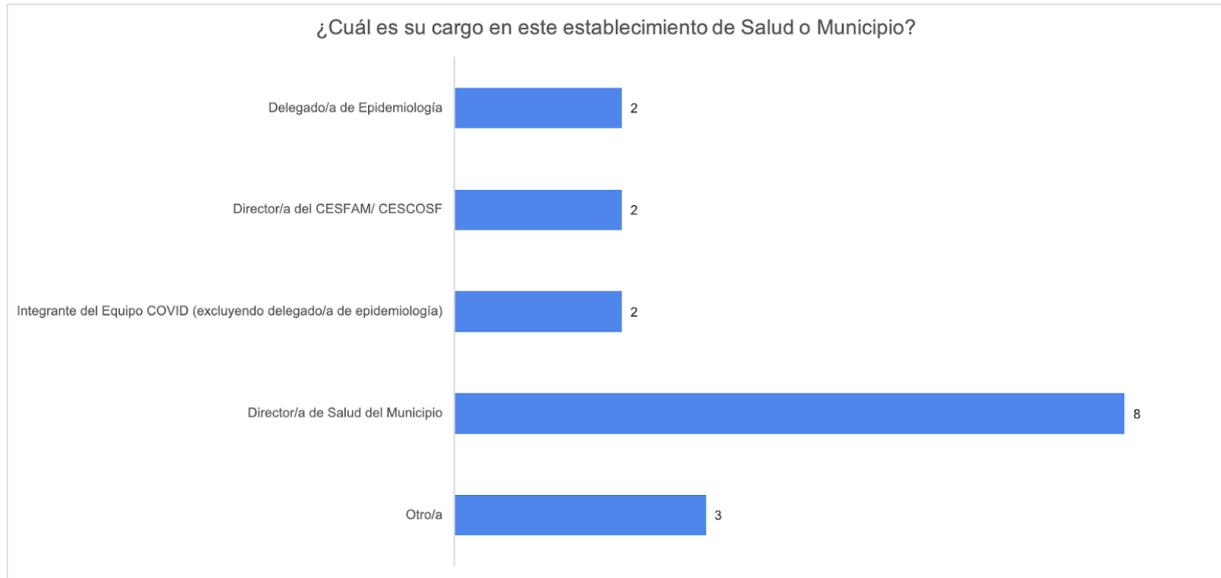


Gráfico 3: Perfil de quiénes responden desde Municipios.

RESPUESTAS ESTABLECIMIENTOS APS

b. Testeo activo en el territorio

Luego de cinco rondas en que se observa que sobre el 90% de los centros de salud o las comunas realizan testeo activo, en esta sexta ronda se modificó la pregunta para evaluar los lugares donde se estaba realizando este testeo. En primer lugar, se les preguntó a los establecimientos sobre los lugares donde han realizado testeo activo en la última semana (respuestas no excluyentes). Un 44% de los centros responden que están realizando testeo activo en espacios de circulación de público general como ferias, mall y supermercados, y el mismo porcentaje refiere estar realizando testeo activo en zonas donde se ha detectado mayor concentración de casos COVID-19. Luego, un 33% de los centros refiere haber realizado testeo activo en la última semana en zonas donde hay alta densidad poblacional o hacinamientos (cités, campamento), seguido de un 22% que refiere haberlo realizado en instituciones cerradas (centros penitenciarios, ELEAM, SENAME). Un 16% refiere a otros establecimientos, de las cuales la mayoría refiere las salas de espera de los CESFAM, testeo al personal de salud o en juntas de vecinos. Un 4% desconoce esta información.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



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



MGZ
Chile

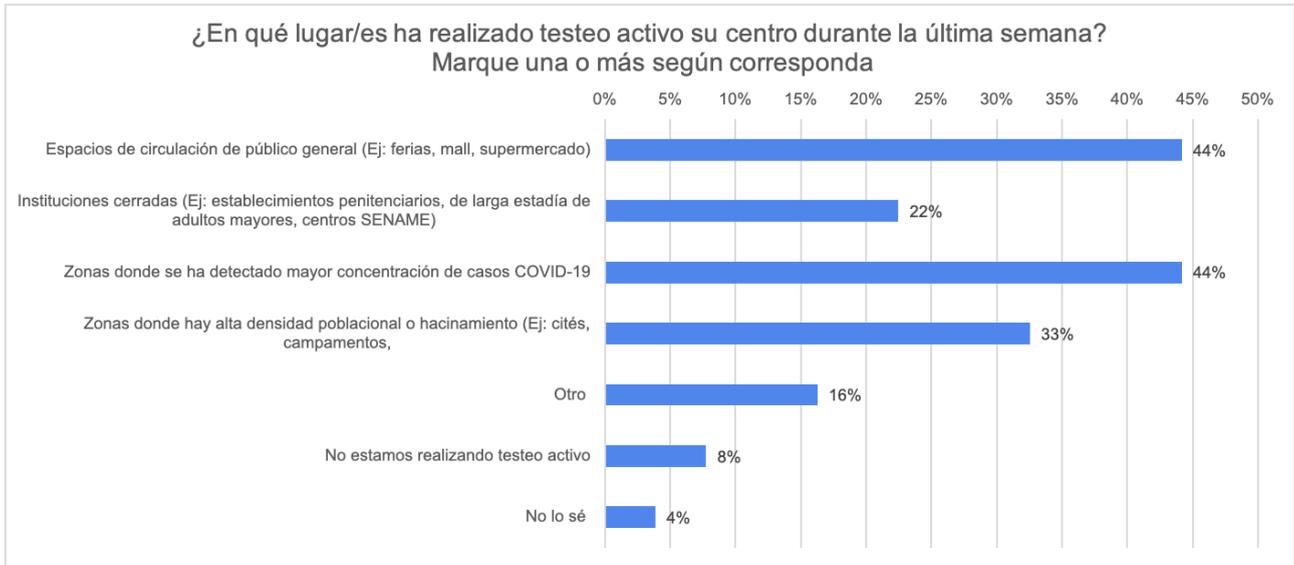


Gráfico 4. Lugares testeo activo APS en la última semana

Para conocer donde se concentra el testeo activo, se les pregunta a los establecimientos donde han tomado el mayor número de muestras para test PCR COVID-19 en la última semana. Las respuestas muestran que la mayor cantidad de test se están obteniendo de espacios de circulación de público general como ferias, mall y supermercado (38%). Luego, siguen zonas donde se han detectado mayor concentración de casos COVID-19, con un 24%; seguido de zonas donde hay alta densidad poblacional o hacinamiento (11%). A continuación, sigue la respuesta de no realización de testeo activo (9%), para continuar con CESFAM (7%) e instituciones cerradas (6%).



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

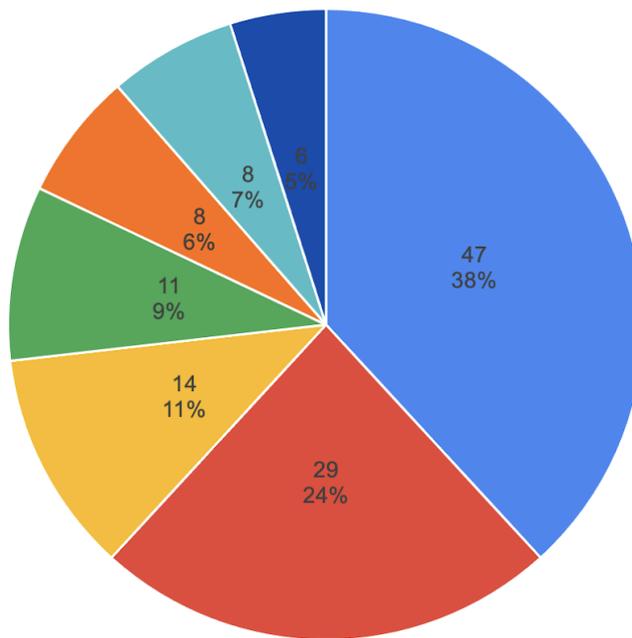


MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



MGZ Chile

Durante la última semana, en el contexto de testeo activo, ¿dónde han tomado el mayor número de muestras para test PCR COVID-19?



- Espacios de circulación de público general (Ej: ferias, mall, supermercado)
- Zonas donde se ha detectado mayor concentración de casos COVID-19
- Zonas donde hay alta densidad poblacional o hacinamiento (Ej: cités, campamentos, poblaciones)
- No estamos realizando testeo activo
- Instituciones cerradas (Ej: establecimientos penitenciarios, de larga estadia de adultos mayores, centros SENAME)
- CESFAM
- Otro

Gráfico 5. Mayor cantidad de test PCR

c. Registro

Acerca del medio en el que se registran principalmente las acciones asociadas al seguimiento de casos y contactos, el 74% (n=96) utiliza EPIVIGILA con un leve aumento respecto al anterior monitoreo, donde fue el 63%. Se mantiene un 13% que lo hace en Planillas Excel (n=17) y otro 11% que utiliza otras plataformas (n=14). Los que registran las acciones de trazabilidad sólo en la ficha clínica disminuyó de 3% a 2% (n=2) (Gráfico 6).



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



MGZ Chile

¿Dónde se registra principalmente las acciones de seguimiento de casos y contactos?

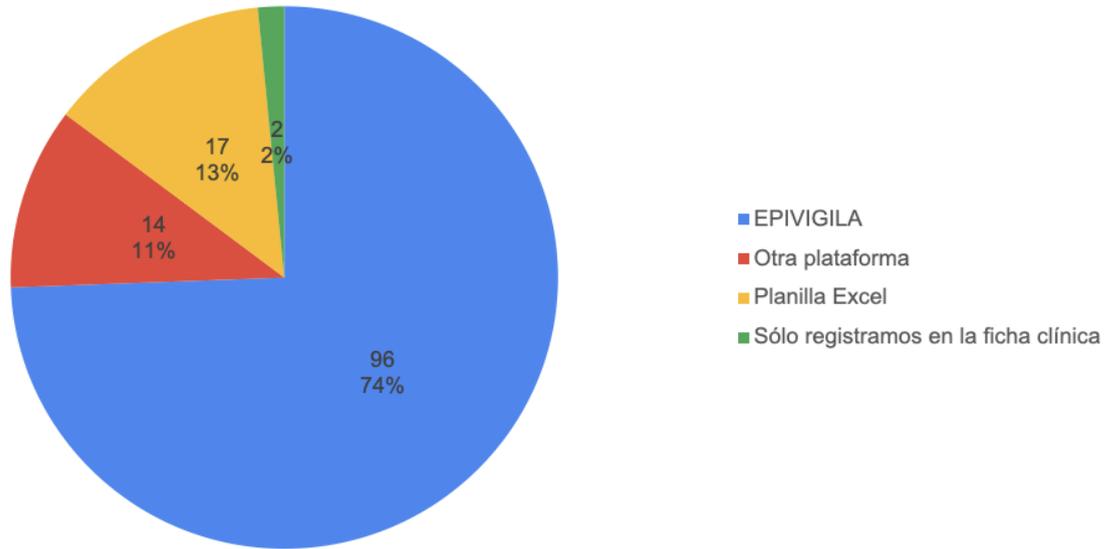


Gráfico 6. Registro de acciones de seguimiento de casos y contactos

d. Recursos Humanos y para Movilización

Se consideró necesario conocer con mayor detalle la suficiencia o no del personal que implementa la estrategia de TTA en el nivel local, de acuerdo al protocolo Ministerial, así como el tipo y su proveniencia. En cuanto a la pregunta ¿Los recursos humanos son suficientes para desarrollar la estrategia TTA planteada por el Ministerio de Salud?, un 57% (n=73) considera los recursos humanos como insuficientes, y sólo el 35% (n=45) lo refiere como suficiente; y el 8% (n=11) refiere desconocer si son suficientes o no.



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



MGZ Chile

¿Los recursos humanos son suficientes para desarrollar la estrategia TTA planteada en el protocolo del Ministerio de Salud?

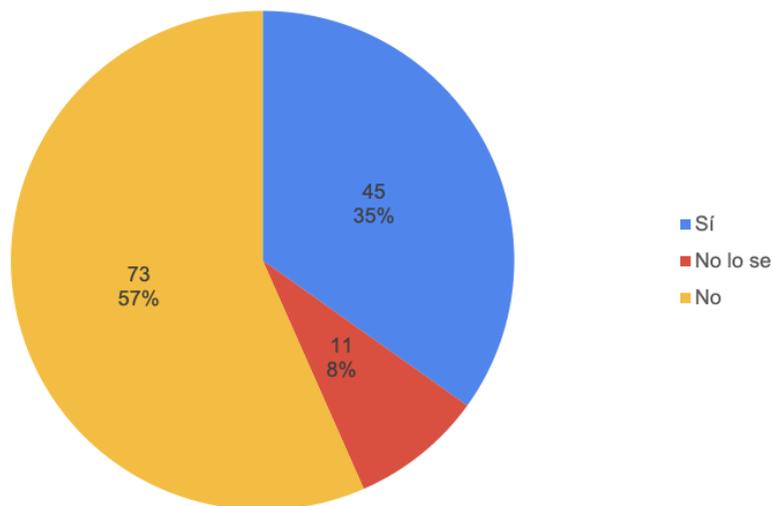


Gráfico 7. Suficiencia del Recurso Humano

En cuanto a quién es el personal sanitario que está realizando la estrategia TTA (respuestas no excluyentes), la mayoría (86%) refiere que son funcionario/as del centro de salud que han sido re-destinados a labores TTA en su horario habitual, un 25% refiere que utiliza horas extra de funcionario/as del centro de salud. Un 53% refiere haber contratado personal específico para estos fines.

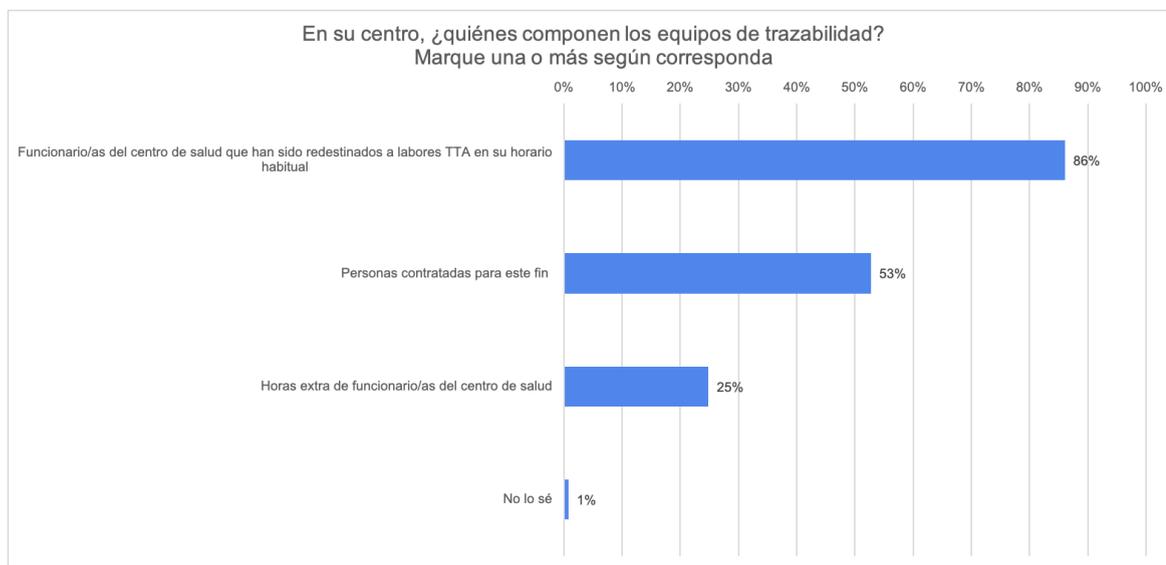


Gráfico 8. Tipo de personal que realiza la TTA.



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



MGZ Chile

Sobre la disponibilidad de recursos de movilización para las actividades que requieren despliegue territorial, como son las de investigación epidemiológica, atenciones extramurales y traslado de casos, se registra que un 56% refiere contar con recursos de movilización para estas actividades (n=72). Un 36% refiere contar con recursos de movilización sólo para algunas actividades 36% (n=47) y el 7% (n=9) no cuenta con el recurso. (Gráfico 9). Se aprecia leve mejoría en este aspecto crítico con respecto a la quinta ronda.

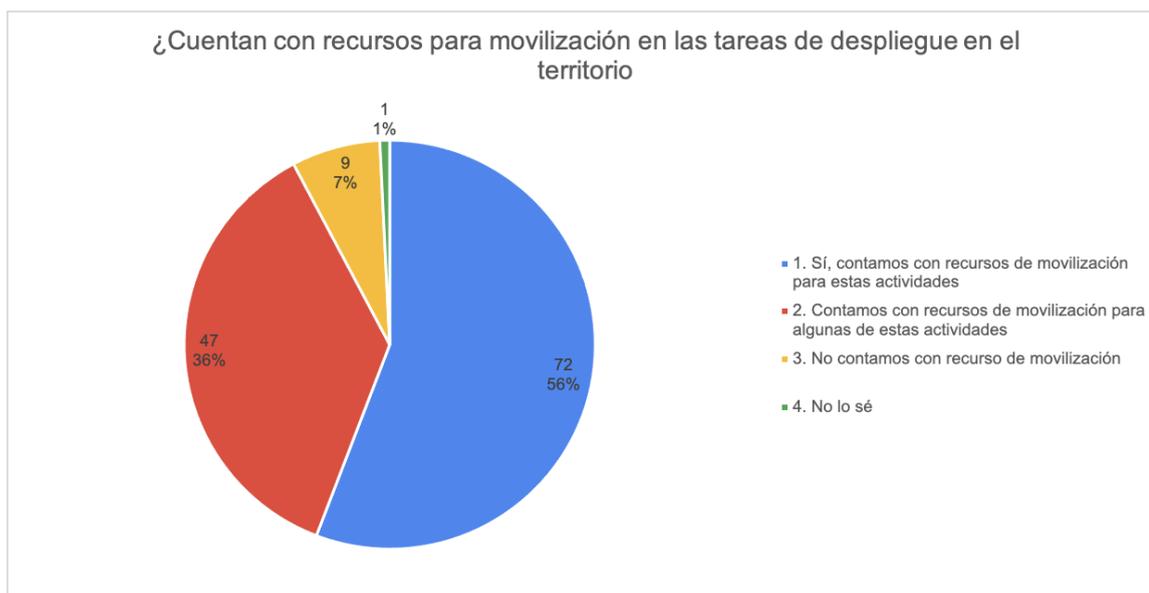


Gráfico 9. Disponibilidad de recursos móviles para labores en territorio.

e. Licencia Contacto Estrecho

El 70% (n=90) de los establecimientos que respondieron, refieren que cuentan con algún profesional autorizado para la extensión de licencias médicas a los contactos estrechos. El 25% (n=33) señala que no cuenta con este recurso y el 5% (n=6) lo desconoce (Gráfico 10). Se evidencia una tendencia a la mejora en este aspecto, comparando rondas anteriores y en particular con el monitoreo anterior, el cual reportaba que sólo 47% tenía disponibilidad de personal autorizado para este fin.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



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



MGZ
Chile



Gráfico 10. Establecimiento APS. Licencia Contacto Estrecho

f. Aislamiento en Residencias Sanitarias

Respecto a la posibilidad de gestionar oportunamente el aislamiento de personas que requieren hacerlo en residencias sanitarias, sólo el 48% (n=62) de los establecimientos declara que puede aislar a todos lo/as pacientes que lo requieran en menos de 24 horas, lo cual representa una muy leve mejoría del 42% anterior. Otro 32% (n=42) declara que sólo algunas personas pueden ser aisladas en menos de 24 hrs. Un 15% (n=19) reporta que sus pacientes no acceden a residencias sanitarias en menos de 24 horas, cifra incrementada del 8% que se reportaba en la anterior ronda. Estos datos muestran estabilización de los que acceden sin problemas en menos del 50%, aumentando de manera preocupante el grupo de los que no pueden acceder, lo que muestra dificultad para mejorar este importante aspecto de aislamiento de la estrategia ministerial. El 5% (n=6) de quienes respondieron desconoce esa información, cifra bastante inferior al monitoreo anterior. (Gráfico 11).



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



MGZ Chile

¿Pueden gestionar que todas las personas que requieran residencia sanitaria accedan a esta en menos de 24 hrs?

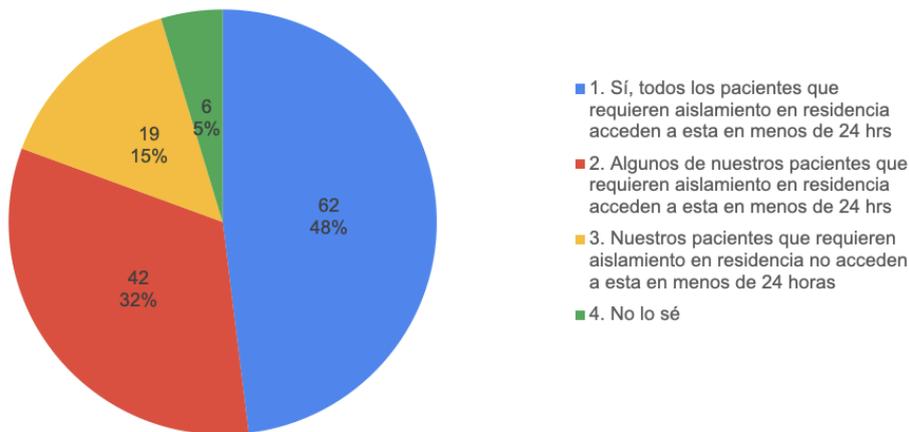


Gráfico 11. Establecimiento APS. Traslado oportuno a residencias sanitarias

En esta oportunidad se consultó respecto a la vía utilizada para la derivación de personas a las residencias sanitarias. Lo más frecuente, 46% (n=59) es realizarlo a través de las Seremi, siguiendo en un 17% (n=21) a través del fono central de residencias sanitarias, en un 12% (n=15) por contacto directo con la Residencia Sanitaria, vía Servicio de Salud en 10% (n=13) y finalmente el municipio con 9% (n=12). Llama la atención la gran dispersión de vías para derivar, lo cual puede estar a la base de que no se avance en la velocidad de aislamiento de los pacientes que lo requieren como se observó en la pregunta anterior (Gráfico 12).

¿Cuál es la vía que utilizan para derivar a una persona a una residencia sanitaria?

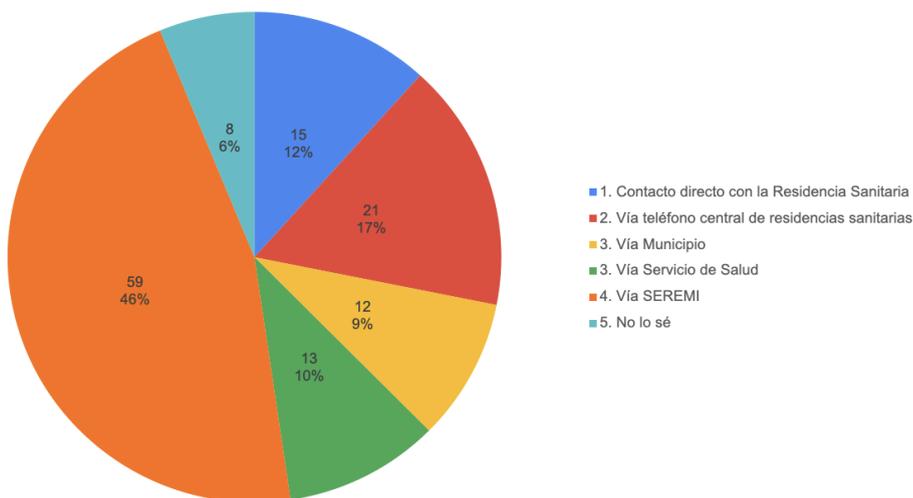


Gráfico 12. Vía de contacto residencias sanitarias



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



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



MGZ
Chile

g. Oportunidad Trazabilidad y PCR

Sobre la investigación de contactos de los casos confirmados, 44% (n=57) queda en el grupo que acceden a los contactos estrechos en menos de 24 horas y el mismo porcentaje tarda entre 24 y 48 horas. Un 6% (n=7) indica que realizan el contacto entre 48 y 72 hrs y un 1% (n=1) indica que se demoran más de 72 hrs. Un 5% (n=7) desconoce esta información (*Gráfico 13*).

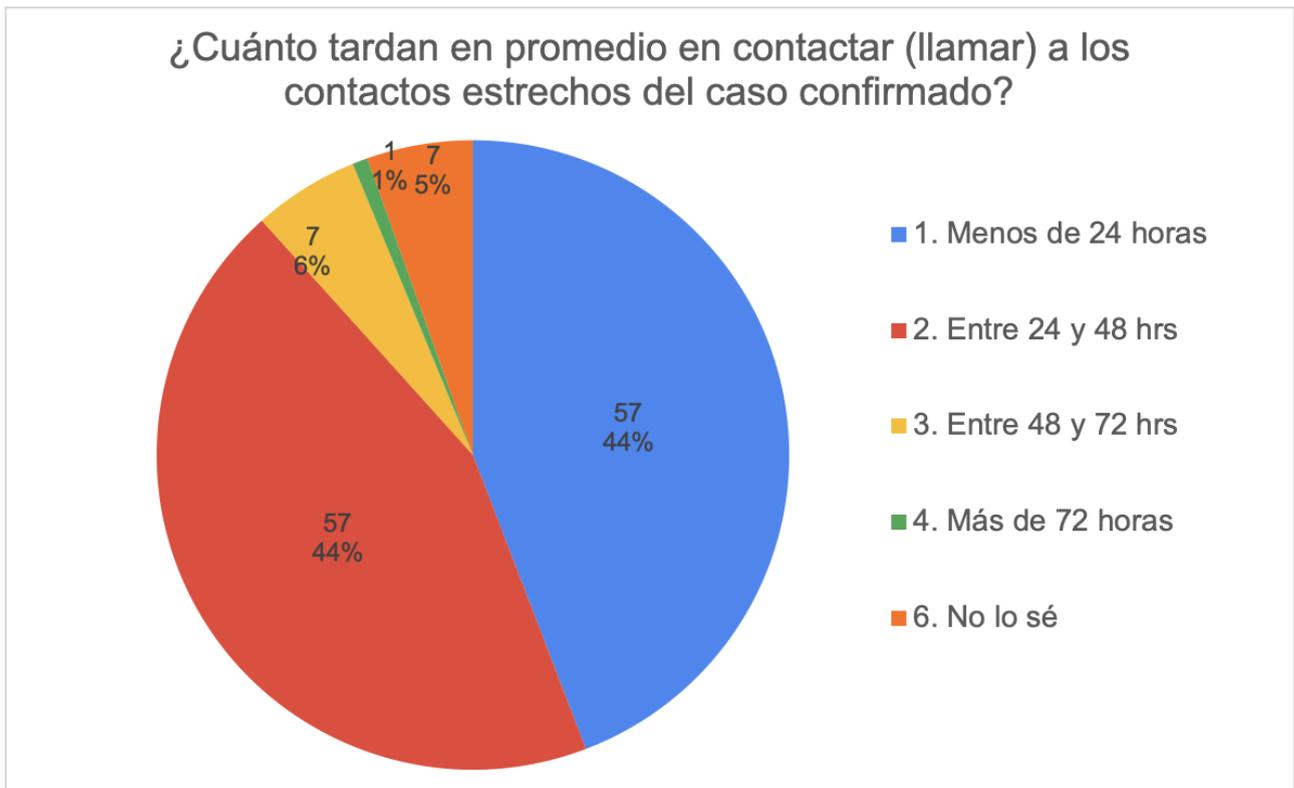


Gráfico 13. Establecimientos APS. Oportunidad en el contacto



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



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



MGZ
Chile

En esta ronda se buscó conocer si los equipos de TTA contactan a los contactos estrechos de los casos sospechosos antes o después de conocer el resultado de la PCR. Más de la mitad (52%) de las respuestas (n=67), señala contactar a los contactos estrechos sólo cuando se conoce el resultado del PCR. El 14% (n=18) contactan a algunos contactos estrechos antes de tener el resultado y sólo en el 18% (n=23) contactan a todos. Una cifra importante, 9% (n=12) declara no contactar a los contactos estrechos y otro 7% (n=9) no lo sabe.



Gráfico 14. Contacto de los contactos estrecho de caso sospechoso



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

También, se incorporó la consulta respecto a la latencia del resultado del examen de PCR en los diferentes establecimientos en la semana previa. Un 39% (n=51) recibe el resultado entre 24 y 48 horas; un 35% (n=45) entre 48 y 72 horas. En igual frecuencia, 12% (n=15) se encuentran aquellos que tardan más de 72 horas y aquellos que lo reciben antes de 24 horas.



Gráfico 15. Latencia PCR



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

COMPARACIÓN ENTRE RONDAS

En la *Tabla 1*, se presenta una comparación entre las respuestas de las distintas rondas. Es importante considerar que al no ser los mismos establecimientos los encuestados y al no ser muestras representativas, estos resultados no son completamente comparables, y sólo se presentan como referencia. También, en esta ronda se actualizó el formulario de preguntas en base a la situación actual, por lo que muchas preguntas ya no se encuentran disponibles.

Tabla 1. Comparación entre respuestas APS de las 5 rondas

Pregunta	Respuesta	Semana 6 de julio		Semana 13 de julio		Semana 27 de Julio		Semana 10 de agosto		Semana 25 de agosto		Nueva ronda
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Testeo Activo	Sí	98	48%	91	50%	146	76%	150	91%	125	89%	--*
	No	88	43%	78	43%	32	16%	14	8%	12	9%	
	No lo sé	17	9%	12	7%	15	8%	1	1%	1	2%	
Fondos **	Sí	38	19%	34	19%	90	47%	102	62%	59	42%	--*
	No	74	37%	77	42%	47	24%	23	14%	38	27%	
	No lo sé	90	44%	70	39%	56	29%	40	24%	43	31%	
Acceso al reporte de casos	Sí, desde EPIVIGILA	NSP	NSP	73	40%	94	49%	83	50%	80	57%	--*
	Sí, a través de otros registros	NSP	NSP	47	26%	47	24%	44	27%	33	24%	
	No accedemos a todos los casos	NSP	NSP	44	24%	38	20%	32	19%	21	21%	
	No lo sé	NSP	NSP	17	10%	14	7%	6	4%	6	4%	



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

Reporta instancia superior	Sí	176	76 %	114	63%	129	67 %	129	78%	111	79%	--*	
	No	48	24 %	31	17%	30	15 %	11	7%	9	7%		
	No lo sé	NSP	NSP	36	20%	34	18 %	25	15%	20	14%		
Recurso Investigación Epidemiológica***	Para todas las actividades	24	12 %	50	28%	75	39 %	81	49%	65	46%	72	56%
	Para algunas actividades	133	65 %	92	51%	95	49 %	71	43%	63	45%	47	36%
	No contamos con el recurso	38	19 %	30	16%	20	10 %	9	6%	8	6%	9	7%
	No lo sé	9	4%	9	5%	3	2%	4	2%	4	3%	1	1%
Licencia contacto estrecho	Sí	78	39 %	80	44%	89	46 %	78	47%	83	59%	90	70%
	No	106	52 %	92	51%	92	48 %	80	49%	50	36%	33	25%
	No lo sé	19	9%	9	5%	12	6%	7	4%	7	5%	6	5%
Traslado pacientes a residencias sanitarias en <24 hrs	Sí, a todos los pacientes	48	24 %	48	26%	62	32 %	73	44%	59	42%	62	48%
	Algunos pacientes	98	49 %	58	32%	75	39 %	61	37%	47	34%	42	32%
	No tenemos opción	53	27 %	32	18%	22	11 %	15	9%	11	8%	19	15%
	No lo sé	NSP	NSP	43	24%	34	18 %	16	10%	23	16%	6	5%

NSP= No se pregunta /*Pregunta modificada en esta ronda. ** Esta pregunta presentó variaciones entre rondas: En las primeras 4 rondas preguntamos si habían llegado los primeros fondos comprometidos, y en la 5ta si había disponibilidad de fondos para septiembre. *** Esta pregunta presentó variaciones entre rondas, ya que en la segunda y tercera se le agregó las acciones de traslado de pacientes.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

RESPUESTAS MUNICIPIOS

En esta sexta ronda un 64,71% (n=11) de los municipios refieren que los establecimientos de APS de su comuna cuentan con el recurso para movilización en las tareas de despliegue en el territorio (en comparación con versión anterior que reportaba un 42,11% (n=8)); un 29,41% (n=5) versus un 36,8% (n=7) en la ronda anterior, dispone de recursos de movilización para algunas actividades; y un 5,88% (n=1) versus un 10,53% (n=2) en la ronda anterior, refiere no contar con recursos de movilización.

Sobre la suficiencia de los recursos humanos, 8 direcciones de salud refieren que los recursos humanos son suficientes para desarrollar la estrategia TTA y el mismo número refiere que no son suficientes. Una dirección refiere desconocer esta información.

Respecto de si los establecimientos cuentan con un profesional autorizado para extender licencias a los contactos estrechos, el 82,35% (n=14) (68,42% (n=13) en la anterior) de los municipios informan que cuentan con dicho recurso, 17,65% (n=3) (31,58% (n=6) en la ronda anterior) que no cuenta con el profesional autorizado.

En cuanto al registro, la mayoría de las direcciones (13) refiere que los centros usan EPIVIGILA, seguido de 2 que refiere planilla excel y 2 que refieren solo ficha clínica.

Un 58,82% (n=10) (36,8% (n=7) en ronda anterior) de los Municipios refieren que la APS tiene la opción de derivar efectivamente a pacientes a una residencia sanitaria en menos de 24 horas; en un 29,41% (n=5) (47,37% (n=9) en ronda anterior) de los municipios esto ocurre sólo con algunos pacientes; y 11,76% (n=2) no acceden en menos de 24 horas. En esta ocasión en la pregunta se estableció que el límite como estándar son las 24 horas. Es decir, esta vez es mayor el porcentaje de aislamiento en residencias sanitarias en menos de 24 horas. Sobre las vías de derivación a las residencias sanitarias, la mayoría (8) refiere que es a través de la SEREMI, seguido de 3 direcciones que refieren que es a través del teléfono central y 2 direcciones vía municipio y servicio de salud. 1 dirección refiere que el contacto es a través del correo de las residencias sanitarias.

En cuanto a la oportunidad de la trazabilidad, 29,41% (n=5) (un 21,05% (n=4) en ronda anterior) refiere que contacta a los contactos estrechos de caso confirmado en menos de 24 hrs; 64,71% (n=11) (57,89% (n=11) en ronda anterior) entre 24 y 48 hrs, y un 5,88% (n=1) (5,26% (n=1) en ronda anterior) entre 48 y 72 hrs.

Sobre la trazabilidad de los contactos estrechos de caso sospechoso, se agrega la pregunta



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

¿contactan a los contactos estrechos de casos sospechosos, antes de conocer el resultado del test PCR del caso sospechoso?. 6 municipios (35,29%), refieren que contactan a los contactos cuando conocen el resultado de la PCR del caso sospechoso, y el mismo número refiere que se contactan previo al resultado. 4 municipios (23,53%) refieren que algunos contactos de caso sospechoso son contactados antes del resultado de la PCR y 1 refiere que no se contactan a los contactos del caso sospechoso.

Sobre la latencia del resultado del Test PCR, un 47% refiere que los resultados están tardando entre 24 y 48 hrs; 29% entre 48 y 72 hrs; un 12% menos de 24 hrs; y un 6% más de 72 hrs. Un 6% desconoce esta información.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Se obtuvieron 121 respuestas cualitativas sobre las principales limitaciones para implementar la estrategia, correspondientes tanto a Establecimientos de APS como a Municipios.

La principal limitación sigue estando relacionada con los recursos, fundamentalmente al de trabajadoras/es de la salud. En ellos, se continúa advirtiendo desgaste, el que se asocia a la falta de condiciones materiales esenciales para la realización de sus labores, a la multiplicidad de directrices a seguir, tareas por compatibilizar y a la duración de la ola epidémica. Se hace patente la necesidad de generar relevo para ciertos equipos, u ofrecer reconocimiento e incentivos concretos a aquellos que no pueden ser relevados.

“Falta de recurso humano y movilización para realizar la estrategia TTA, ya que hemos redistribuido funciones dentro de los mismos funcionarios, sin embargo la demanda habitual de la comunidad por otras patologías agudas y crónicas ha aumentado, la comunidad exige retomar su controles crónicos, exámenes, visitas, etc.” (Delegado/a de Epidemiología, CESFAM, Región Metropolitana)

“El desgaste de muchos meses de trabajo muy duro” (Delegado/a de Epidemiología, Hospital comunitario, Región Metropolitana)

En relación al testeo, las respuestas de las y los participantes, continúan acusando no contar con suficiente disponibilidad de tests, señalando cuotas diarias comunales que deben repartirse entre los distintos establecimientos del territorio. Además, persisten limitaciones en las labores de aislamiento asociadas al retraso en el procesamiento de resultados, que en regiones con aumentos recientes de casos parecen más importantes.

“Cada vez más limitaciones en la cantidad de EPP, número de testeos con cupos limitados (es número por comuna y se dividen entre los centros de APS)” (Profesional TTA, CESFAM, Región del Biobío)



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

La tercera categoría más mencionada es la de financiamiento, dada la incertidumbre en su continuidad y la insuficiencia de sus montos, lo que perpetúa la sobrecarga de los equipos actualmente activos, además de promover situaciones de precarización laboral.

“Actualmente, la falta de dinero pues se acabaron los recursos destinados para eso y por ende se puso fin a los contratos de esos funcionarios.” (Delegado/a de Epidemiología, CESFAM, Región del Maule)

“Los recursos no se sabía si seguían el mes de Octubre, finalmente aprobaron 1 mes mas, pero para centros de salud con más casos.” (Delegado/a de Epidemiología, CECOSF, Región de Valparaíso)

Otras categorías relevantes continúan siendo la limitación de transporte, las dificultades de coordinación entre la red, incluyendo la duplicación de tareas entre SEREMI y Servicios de Salud, y otros problemas derivados del uso de la plataforma Epivigila.

“Los usuarios están siendo llamados por contact center creados por seremi y no se ponen de acuerdo. Pueden haber 2 llamados en 1 día por distintos contact center. Cuando llamamos desde el cecosf, los usuarios están aburridos de tanto llamado, contestan mal, omiten información, niegan contactos.” (Delegado/a de Epidemiología, CECOSF, Región de Valparaíso)

“No aparecen todos los casos, o se suspenden automáticamente a los 14 días a pesar de persistir sintomáticos (por lo tanto, se mantiene seguimiento, usando recurso humano que no es considerado por autoridad al momento de tomar decisiones y entregar recursos)” (Delegado/a de Epidemiología, CESFAM, Región de Valparaíso)

5. Limitaciones

La principales limitaciones de este informe son:

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



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

6. Discusión y Recomendaciones

Desde rondas anteriores observamos consolidación de la estrategia de testeo activo de parte de los establecimientos de atención primaria. Los resultados muestran que los centros están realizando testeo activo en lugares diversos. Sin embargo, un 38% de los centros refiere que el mayor número de test se están realizando en espacios de circulación de público general. Esto contrasta con el protocolo TTA ministerial, el cual refiere que el testeo activo se debe concentrar en zonas de mayor riesgo de COVID-19, tales como instituciones cerradas, zonas con alto hacinamiento y zonas con alta concentración detectada de casos. Es importante incentivar el seguimiento del protocolo, focalizándose en zonas de mayor vulnerabilidad ante la aparición de brotes; dado que la búsqueda activa de casos se sigue realizando con más fuerza en ferias libres y mall. Es un dato que hay que analizar a la luz de la práctica de los centros de salud.

En cuanto a la latencia de los resultados del test PCR, el 47% de los centros refiere contar con tiempos de latencia para resultados de tests PCR superiores a 48 hrs. Este ítem corresponde al segundo de mayor importancia en la sección cualitativa de esta ronda, en la que además se señala insistentemente la limitada disponibilidad de cantidad de test PCR por comuna. La suficiencia del componente de testeo debe avanzar más allá de sólo considerar el número de tests realizados y su positividad, incluyendo la oportunidad de obtención del resultado y suficiencia de cupos para toma de tests al momento de la solicitud y sospecha, a nivel nacional.

A pesar de las dificultades mencionadas en rondas anteriores, observamos la consolidación del uso de la plataforma Epivigila para las actividades de registro TTA. Esto conlleva una mayor urgencia a la responsabilidad de la autoridad sanitaria en corregir sus deficiencias, para avanzar en la facilitación del proceso de registro TTA y la consistencia y robustez de los datos que de esta plataforma se extraigan.

Sobre los recursos humanos, en base a las respuestas de las secciones cualitativas de las rondas anteriores, en esta ronda se agrega una pregunta sobre la suficiencia de los recursos humanos disponibles. Un 57% refiere como insuficiente el recurso humano disponible para las actividades de TTA, lo que debe llevar a la reflexión respecto de ello. La autoridad sanitaria debe tomar medidas para el refuerzo de estos equipos a nivel nacional, de manera de consolidarlos y que podamos responder enérgica y eficazmente a los próximos brotes que surjan en los territorios. Esto tienen relación con los relatos de agotamiento, sobrecarga del trabajo por simultaneidad de tareas, así como precarización por desconocimiento de la continuidad de los contratos específicos para TTA, los que se aprecian con profundidad en la sección cualitativa y en esta ronda fueron aproximados también cuantitativamente. En relación a quienes están desarrollando las actividades de TTA en los centros (respuestas no excluyentes), un 86% refiere que en los equipos hay funcionarios del centro re-destinados a estas funciones, un 53% personal externo contratado, y un



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

25% horas extras de los funcionarios del centro de salud. Esta información es relevante en la planificación de la reactivación de las actividades No-COVID de los centros de salud.

Se observa progreso en la disponibilidad de profesionales para la emisión de licencias de contactos estrechos, la que actualmente se encuentra en el 70% de las respuestas obtenidas. Sin embargo, aún 1 de 4 centros no tiene personal autorizado para esta tarea. A pesar de los avances en la materia, sigue siendo incomprensible la solución parcial a una situación que los municipios acusan desde el inicio de la pandemia y que ha sido consistentemente reportada en todas las rondas anteriores de este monitoreo.

Respecto a la trazabilidad de contactos estrechos, en esta ronda se incorporó la consulta sobre la trazabilidad en casos sospechosos, llamando la atención que más de la mitad (52%) sólo inicia el contacto al contar con el resultado del PCR y sólo el 18% realiza el contacto antes de tener el resultado. Si contrastamos este dato con el tiempo de latencia de resultado PCR, que cerca de la mitad de respuestas sitúa mayor a 48 y 72 hrs, se evidencia una amplia ventana en que los contactos estrechos no reciben la indicación de aislamiento. Es necesario dar señales claras a los equipos en torno a la trazabilidad oportuna no solo a los casos confirmados si no también a los casos sospechosos.

En torno al acceso oportuno al aislamiento en residencias sanitarias, se observa discreta mejoría en el porcentaje de centros que pueden gestionarlo en menos de 24 hrs para todos los casos que lo requieren, sin embargo, el porcentaje de centros que refiere no tener la opción se vio casi duplicada. Esto puede relacionarse a la no disponibilidad de estas y un estancamiento en la habilitación de recintos en comunas periféricas del país. La habilitación de nuevas residencias debe considerar la gestión con el nivel local para el uso de infraestructura pública de emergencia. Así mismo, encontramos al menos 5 vías para la gestión de cupos, lo que denota la fragmentación y descoordinación del proceso, que redundará en fragilización del componente de aislamiento de la estrategia.