



1366

ORD. A 111 N°

OP 1441

ANT. : Ord. N°1746 de fecha 09.12.2021 de la División Jurídico – Legislativa del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Resolución N°939 de fecha 07.12.2021 de la Cámara de Diputadas y Diputados.

MAT. : Informa sobre la posibilidad de adoptar las medidas pertinentes a fin de asegurar el transporte, cuidado y prevalencia en tratamiento y camas a pacientes oncológicos menores de edad.

Santiago, **10 MAR 2022**

DE : **MINISTRO DE SALUD**

A : **PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE DIPUTADAS Y DIPUTADOS**

Junto con saludar, hemos recibido el documento señalado en el antecedente, mediante el cual se solicita informar sobre la posibilidad de adoptar las medidas pertinentes a fin de asegurar el transporte, cuidado y prevalencia en tratamiento y camas clínicas a pacientes oncológicos menores de edad.

Al respecto, se adjunta copia de los siguientes documentos emanados de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que dan cuenta de las acciones realizadas en pandemia para mantener la actividad oncológica general, incluyendo el área infantil:

- Ord. N°1662 de fecha 01 de junio de 2020, que informa sobre la redistribución de pacientes pediátricos con diagnóstico oncológico en la Región Metropolitana, durante la contingencia por COVID-19.
- Ord. N°1886 de fecha 12 de junio 2020, que contiene Recomendaciones para la Atención Ambulatoria en el Nivel Especialidad de la Red Pública en contingencia sanitaria con COVID-19.
- Ord. N°2466 de fecha 10 de agosto de 2020, que envía Orientaciones para la Recuperación de la Actividad Asistencial.
- Ord. N°677 de fecha 24 de febrero de 2021, que informa sobre las Redes de Alta Complejidad en el contexto de pandemia por COVID-19.

A la espera de haber cumplido los requerimientos de su solicitud,

Se despide afectuosamente,



DR. ENRIQUE PARIS MANCILLA
MINISTRO DE SALUD

Subsecretario de Redes Asistenciales	(5)	VA	
Jefatura Gabinete Ministro		JA	
Asesor Legislativo Gabinete Ministro		JA	
Jefatura Gabinete SRA		MA	MA
Jefatura DIGERA		MA	MA
Jefatura Unidad DIRS		MA	MA

ETC/ETE

Distribución:

- División Jurídico – Legislativa del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.
- Gabinete Ministro de Salud.
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- DIGERA.
- Unidad OIRS.
- Oficina de Partes.



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPTO. MANEJO INTEGRAL DEL CÁNCER
Y OTROS TUMORES

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
JEF. DE DIVISION DE REDES ASISTENCIALES
GABINETE
L.M.P.

1662

ORDINARIO B29/

ANT.: No hay

MAT.: Informa redistribución de pacientes pediátricos con diagnóstico oncológico en la Región Metropolitana, durante contingencia COVID 19.

SANTIAGO, - 1 JUN 2020

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

A : DIRECTORES SERVICIOS DE SALUD REGIÓN METROPOLITANA

En el contexto de la contingencia generada por la pandemia de COVID-19, declarada por la Organización Mundial de la Salud, y de la Alerta Sanitaria declarada en el Decreto N°4 de 2020 del Ministerio de Salud, se requerirá la conversión de camas para atención pediátrica oncológica, para atención de adultos. En este contexto y para dar seguridad a la atención de los pacientes oncológicos pediátricos de la Región Metropolitana, se ha establecido la transferencia de las unidades de oncología pediátrica entre centros PINDA de la región, según se detalla en el cuadro a continuación:

Establecimiento de origen	Establecimiento receptor
Hospital San Juan de Dios (HSJDD)	Hospital Roberto de Rio (HRR)

La transferencia de las unidades considerará el traslado físico y administrativo de todos los pacientes que se encuentran hospitalizados y/o en tratamiento ambulatorio al momento de la fecha programada para realizar el procedimiento, por lo que se incluye la transferencia de prestaciones ambulatorias y de atención cerrada a los centros receptores. El traslado incluye la redistribución de todo personal clínico/administrativo que tenga dependencia exclusiva de las unidades oncológicas y no cumpla funciones en otras unidades de los centros señalados.

Para efectos de nuevos ingresos y derivaciones desde hospitales regionales, se modifica de manera transitoria, la red de derivación PINDA establecida en el libro de redes GES y No GES.

Corresponde al Departamento de Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores, en conjunto con los especialistas asesores de la Red PINDA y los directivos de los Servicios de Salud y Hospitales, programar la ejecución de este proceso de acuerdo con la urgencia de cada establecimiento.

Según lo señalado, se instruyen las siguientes medidas:

- Todo miembro del equipo clínico, (médicos, enfermeras, TENS y psicólogo) que trabajan de día y que realiza turnos se trasladará en su totalidad al Hospital Roberto de Rio, quienes se trasladan bajo la figura administrativa de "Comisión de Servicio".
- Organización de turnos de atención, resguardando a los equipos clínicos en el caso de COVID-19 (+), para mantener la atención 24/7 de los pacientes oncopediátricos y hematológicos.

- Los profesionales que estén en teletrabajo deben apoyar la atención clínica, seguimiento y coordinación de atenciones, así como la atención telefónica y apoyo de padres, familiares y tutores.
- La unidad de Gestión de Personas del Centro de Origen debe remitir al establecimiento de referencia la nómina de los funcionarios trasladados en comisión de servicio.
- Se informa a FONASA y Subdirección Administrativa de ambos hospitales que se traslada la canasta GES de cada paciente desde el HSJDD al HRR y por el tiempo que sea necesario mientras dure esta Pandemia con el objetivo de dar total cobertura a las prestaciones requeridas, tanto de hospitalizados como de ambulatorio.
- La coordinación de traslado de pacientes, flujos de atención, coordinación de agendas médicas, quimioterapia, procedimientos y urgencias estará a cargo de ambos centros PINDA Integrales (Médicos y Gestión del cuidado) , Gestión de camas y Subdirección médica y con apoyo de Coordinadora PINDA y Dpto. de Cáncer MINSAL.

Esta medida se mantendrá mientras dure la contingencia COVID-19 o hasta que se estime necesario por la seguridad de pacientes y familia.

Se solicita encarecidamente a los Servicios de Salud la máxima colaboración para lograr la correcta y oportuna atención de los pacientes de acuerdo con esta nueva distribución, facilitando todos los procesos clínicos y administrativos que contribuyan a este resultado.

Por otro lado bajo el concepto de Hospital Hermano, si fuese necesario, se trasladarán los pacientes y equipos bajo el siguiente flujo:

Establecimiento de origen	Establecimiento receptor
Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA)	Hospital Luis Calvo Mackenna (HLCM)
Complejo Asistencial Sótero del Río (CASR)	Hospital Exequiel González Cortés (HEGC)

Esperando una buena acogida a esta medida, le saluda,



ARTURO ZUNIGA JORY
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

DISTRIBUCIÓN

- Directores Servicios de Salud de la Región Metropolitana
- Directores Hospitales Dr. Roberto del Río, San Borja Arriarán, San Juan de Dios, Exequiel González C., Luis Calvo Mackenna, Dr. Sótero del Río
- Fondo Nacional de Salud
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División de Gestión de Redes Asistenciales
- División de Prevención y Control de Enfermedades
- Depto. Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores
- Oficina de Partes



34

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DEPTO. GES REDES COMPLEJAS Y LINEAS PROGRAMATICAS Int N° 78

JAA / ATC / RML / OCP / msv

JEEFE
CABINETE
1980

1886

ORD. C26 N° _____/

ANT. : Ord. 808, 20.03.2020 Subsecretaría de
Redes Asistenciales

MAT: Recomendaciones Atención
Ambulatoria en el Nivel Especialidad de
la Red Pública en Contingencia Sanitaria
por COVID 19.

SANTIAGO, 12 JUN 2020

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

A : DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL PAÍS

En el contexto de la pandemia de COVID-19, la red asistencial pública ha debido reorganizar la atención, incluyendo el ámbito ambulatorio, para que nuestros usuarios(as) reciban atención necesaria evitando así mayores riesgos para la salud.

En lo ambulatorio, las atenciones pueden tener lugar en el centro de salud, vía atención remota o por atención domiciliaria; implementando estrategias para facilitar el acceso. Para entregar estas atenciones puede ser necesario incluso, rediseñar algunas redes en los territorios más afectados para redistribuir cierta oferta en determinados establecimientos, con énfasis en las prioridades sanitarias.

Desde DIGERA se entregan a Uds., Recomendaciones en Atención Ambulatoria en el Nivel Especialidad de la Red Pública en Contingencia Sanitaria por COVID 19, para difusión en sus redes.

Sin otro particular, saluda atentamente


ANATURO ZUÑIGA JORY
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

Distribución:

- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Directores de Servicios de Salud del País
- División de Gestión de la Red Asistencial
- Depto. Gestión Hospitalaria
- Depto. GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas
- Oficina de Partes y Archivo.



RECOMENDACIONES EN ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL NIVEL ESPECIALIDAD DE LA RED PÚBLICA EN CONTINGENCIA SANITARIA POR COVID 19

En el contexto de la pandemia de COVID-19, existe un escenario potencial de máxima tensión para la red asistencial por la demanda de servicios sanitarios que abarcan todo el proceso clínico asistencial (incluidos atención pre hospitalaria y los traslados), y por la necesidad de restringir el desplazamiento de las personas y evitar aglomeraciones para contener contagios. En escenarios de este tipo, naturalmente la atención se reorganiza y lo ambulatorio se acota, sin embargo, **en ciertas situaciones implica mayor riesgo para la salud de usuarios y usuarias el no recibir la atención, ya sea en el centro de salud, vía atención remota o por atención domiciliaria, buscando estrategias para facilitar el acceso.** Para entregar estas atenciones puede ser necesario incluso, rediseñar algunas redes en los territorios más afectados para concentrar cierta oferta en algunos establecimientos.

Para colaborar con la reorganización de la atención se han entregado lineamientos a través del Ordinario N° 808 del 27 de marzo de 2020, que envía recomendaciones para el Plan de Contingencia COVID-19, donde se incluyen el ámbito ambulatorio, como también el Decreto N° 10 del 24 de marzo de 2020 que instruye sobre la dispensación de fármacos por tres meses, según sea posible por stock y condiciones de almacenamiento, todo en el marco del estado de catástrofe, a lo que se suma el Decreto N° 17 del 2 de mayo 2020 que deroga la suspensión de garantías de oportunidad, reactivándose la prioridad que en nuestro sistema de salud se le asigna a los problemas de salud GES, tras la definición realizada por los equipos directivos con los equipos clínicos sobre modo de reorganización de la atención ambulatoria según características del establecimiento y el marco normativo vigente, en todo aquello que se considere necesario mantener oferta ambulatoria debe cautelarse la cadena productiva necesaria.

Frente a casos en que sea absolutamente necesario de realizar atención de salud vía presencial en el centro de salud, se debe considerar su permanencia mínima en los Establecimientos de Salud. En lo que respecta al agendamiento de citas, es importante contactar al usuario de manera oportuna respecto a la postergación, atención telefónica o presencial el cual debe quedar registrado en el Sistema de Agenda oficial del Establecimiento. Si la cita corresponde para atención presencial, el proceso implica un agendamiento con contacto efectivo donde se solicita la actualización de sus datos de contacto, se informa sobre los cuidados a considerar para asistir al establecimiento junto con reforzar el horario de llegada y permanencia con el fin de evitar aglomeraciones. Al finalizar el llamado, es relevante, dar a conocer a los usuarios los distintos canales de información que ha dispuesto el establecimiento para sus dudas o consultas respecto a la atención de las distintas áreas ambulatorias, para así evitar que concurran salvo que sea estrictamente necesario.

A continuación, se sugieren ciertos ámbitos a priorizar en lo que respecta a oferta de atención ambulatoria, tanto lo pediátrico como lo adulto, no siendo el excluyente de otras condiciones de salud en las que el equipo tratante, quien realiza las definiciones respecto del estado de salud del usuario, defina el riesgo y la necesidad de cuidados con su correspondiente frecuencia y modalidad de abordaje. Todo lo anterior, para prevenir hospitalizaciones por descompensaciones, secuela funcional grave o aumento de muertes evitables.

ATENCIÓN AMBULATORIA PRIORITARIA EN NIVEL DE ESPECIALIDAD

Enfermedades Crónicas

- Atención de usuarios con enfermedades crónicas, cuya descompensación implicaría una urgencia vital, hospitalización evitable o secuela funcional grave.
- Entrega de tratamiento a enfermos crónicos a través de dispensación de fármacos, dispositivos o realización de procedimientos críticos por riesgo vital o secuela funcional grave, como por ejemplo, diálisis.
- Control por especialista posterior a episodio de hospitalización, según definición del médico tratante, especialmente considerando que en el ámbito de atención cerrada adulto se priorizará lo urgente (por ejemplo, ACV, neurocirugías, cardiocirugías, ect.), es crítico este control para el impacto sanitario del esfuerzo realizado por el sistema de salud.

Salud Sexual y Reproductiva

- Mantener disponibilidad y acceso a procedimientos diagnósticos en VIH, acceso a TAR, control de usuarios sintomáticos y seguimiento de usuarios asintomáticos (por atención remota).
- Control de condiciones de alto riesgo para la gestante y el embrión o feto.
- Atención de Púerperas que han cursado un parto de Alto Riesgo Obstétrico.
- Diagnóstico y tratamiento de ITS.
- Control y seguimiento de pacientes víctimas de violencia sexual.
- Atenciones asociadas a interrupción voluntaria de embarazo.
- Atención de diada por priorización derivada desde Atención Primaria de Salud.

Salud Mental

- Atención y dispensación de tratamientos farmacológicos para asegurar continuidad de tratamiento y evitar empeoramiento de los síntomas o descompensaciones, especialmente personas con problemas de salud cuya descompensación implica riesgo de auto o hetero-agresión.
- Priorizar usuarios con mayor riesgo de descompensación de salud mental, para entregar una intervención con mayor intensidad.
- Controles y dispensación de tratamientos farmacológicos para cautelar compensación en población bajo control.

Oncología

- Para inicio y continuidad de tratamientos con quimioterapia e inmunoterapia, se deberá actuar según la recomendación del Comité oncológico local.
- En tratamiento con radioterapia, los Comités oncológicos locales deben priorizar casos según consideraciones de morbi-mortalidad, buscando atender la mayor cantidad de personas posible.
- En cuidados paliativos se recomienda priorizar la atención en domicilio de pacientes sintomáticos y que requieran procedimientos.

- Se recomienda priorizar las prestaciones de cirugía menor y cirugía mayor ambulatoria, de acuerdo a la escala del Colegio Americano de Cirugía¹.
- En Hemato-oncología se priorizará atención según la recomendación del Comité Oncológico local.

Salud Infantil

- El criterio principal para mantener y/o retomar las atenciones de usuarios pediátricos es aquel en cuyo caso de descompensación, éste implicaría una urgencia vital, hospitalización evitable o secuela funcional grave y/o irrecuperable.
- En este sentido, además de los controles de salud por los especialistas respectivos, y provisión oportuna de medicamentos insumos, cabe destacar ciertos procesos terapéuticos críticos por su ventana biológica de oportunidad del neurodesarrollo (ej. Estimulación infantil temprana en lactante con síndrome hipotónico), o bien por la importancia de la oportunidad en relación a noxa o evento particular (ej. reparación de traumas agudos de la infancia, como maltrato infantil grave), así como la realización de exámenes que deben ser tomados a cierta edad por su rendimiento diagnóstico (ej. radiografía de caderas en lactante con clínica de enfermedad luxante de cadera).

¹ American College of Surgeon. COVID-19: Guidance for Triage of Non-Emergent Surgical Procedures [Internet]. 2020.



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
JAA/JNR/IGS/lSC/psa fol



2466

ORD. C2/Nº: _____

ANT.: No hay

MAT.: Envía Orientaciones para la Recuperación
de actividad asistencial

SANTIAGO, 10 AGO 2020

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES
A : DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL PAIS

A través del presente y en el contexto del Plan de Acción COVID-19, con el fin de planificar la reactivación de actividad asistencial, remito adjunto a usted los siguientes documentos:

1. "Consideraciones Generales para la Reactivación de actividad Asistencial en Red en Contexto de Pandemia COVID-19"
2. "Orientaciones para la Recuperación de la Actividad Quirúrgica Electiva en Contexto de Pandemia COVID-19"
3. "Orientaciones para la Recuperación de Actividad Ambulatoria de Especialidad en Contexto de Pandemia COVID-19"

Se solicita su máxima difusión en todos los establecimientos de su Red Asistencial.

Sin otro particular, se despide atentamente,


REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
ARTURO ZÚNIGA JORY
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

Consideraciones Generales para la Reactivación de actividad Asistencial en Red en Contexto de Pandemia COVID-19

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
JULIO 2020



CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA REACTIVACIÓN DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN RED

INTRODUCCION

Luego de 4 meses desde el primer caso de COVID-19 en nuestro país, hemos visto un cambio en el comportamiento de la actividad asistencial. Dentro de estos cambios destaca una complejización nunca antes vista de camas críticas, disminución de la actividad ambulatoria con el objetivo de disminuir la circulación de usuarios y la necesaria reorganización de la respuesta asistencial, la gestión territorial de tratamientos farmacológicos y la disminución drástica de la actividad quirúrgica a causa de la ocupación de recintos quirúrgicos y su personal para albergar pacientes críticos respiratorios, todo esto necesario para hacer frente a la pandemia.

Si bien es cierto, todos estos cambios han permitido dar respuesta a la demanda asistencial de COVID-19, también han traído consecuencias de las cuales debemos hacernos cargo, tal como revela la experiencia internacional, en la red pública nacional se evidencia disminución de controles crónicos, consulta nueva de especialidad y aumento de tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas electivas, con las implicancias que esto significa.

La evolución actual de la pandemia en Chile hace prever una prolongada presencia del virus en la comunidad, por lo que es necesario establecer una hoja de ruta para retomar las actividades. El Plan Nacional "Paso a Paso" es una estrategia que contempla cinco escenarios o pasos graduales: Cuarentena, Transición, Preparación, Apertura inicial y Apertura Avanzada, con restricciones y obligaciones específicas. El avance o retroceso de un paso particular a otro está sujeta a indicadores epidemiológicos, red asistencial y trazabilidad

Dado lo anterior, es necesario que como sector salud generemos estrategias que permitan dar respuesta a las necesidades de la población de manera segura y eficaz, salvaguardando la seguridad del personal de salud y su entorno.

METODOLOGÍA

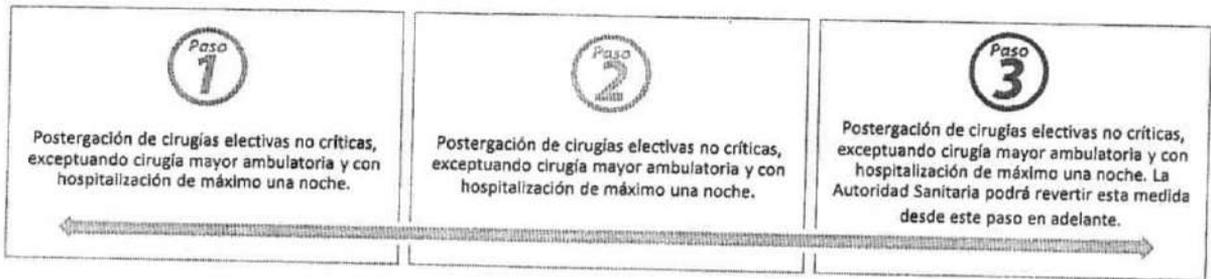
El gestor de red debe conocer la situación epidemiológica de su servicio de salud e identificar la etapa del Plan Paso a paso en la que se encuentra su Servicio de Salud, así mismo las condiciones mínimas para un reinicio progresivo de la actividad clínica. Sin olvidar que debe monitorear periódicamente cualquier cambio en la circulación viral de COVID-19.

Etapas del Plan a Paso



Fuente: Grafica Plan Paso a Paso <https://www.aob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

Restricciones Sectoriales ámbito Quirúrgico según etapa Plan Paso a Paso



Fuente: Adaptación realizada por DIGERA de la Grafica Plan Paso a Paso <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

La decisión para avanzar o retroceder en las etapas de apertura se tomará considerando el conjunto de los indicadores descritos y las características propias de las unidades territoriales analizadas.

El gestor de red debe incorporar un análisis de los siguientes indicadores y tendencias:

- Proporción de comunas en cuarentena en su territorio durante las últimas cuatro semanas y su tendencia (estable, en disminución o en aumento).
- Capacidad de testeo instalada (PCR) e índice positividad de exámenes PCR solicitados en su territorio durante las últimas cuatro semanas y su tendencia (estable, en disminución o en aumento).
- Incidencia de casos activos de COVID-19 en su territorio durante las últimas cuatro semanas y su tendencia (estable, en disminución o en aumento).
- Índice de ocupación de las camas de UPC de los establecimientos en su territorio y evolución durante las últimas cuatro semanas (estable, en disminución o en aumento).
- Demanda estimada de uso de UPC por perfil de cirugía que se reiniciará.

El Plan Paso a Paso presenta en la siguiente tabla resumen los indicadores fundamentales y los umbrales que se deben alcanzar para la toma de decisiones.

Indicadores Plan Paso a Paso

Criterio	Valor para pasar de Cuarentena a Transición	Valor para pasar de Transición a Preparación	Valor para pasar de Preparación a Apertura inicial	Valor para pasar de Apertura inicial a Apertura Avanzada
Ocupación UCI Regional	≤ 90%	≤ 85%	≤ 80%	≤ 80%
Ocupación UCI Nacional	≤ 85%	≤ 85%	≤ 85%	≤ 80%
Re comunal	<1	<1	<1	<1
Tasa proyectada de casos activos (Regional)	Disminución sostenida en 3 semanas	Disminución sostenida en 2 semanas	≤ 50 por 100.000 habitantes	≤ 25 por 100.000 habitantes
Positividad regional	≤ 15%	≤ 10%	≤ 10%	≤ 5%
Porcentaje de casos aislados en < 48 h	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
Porcentaje de casos nuevos que vienen de contactos en seguimiento	No aplica	No aplica	≥60%	≥60%

Fuente: <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso>

Cada avance en las etapas del Plan Paso a Paso debe mantener el cumplimiento de los indicadores alcanzados por al menos 2 semanas antes de poder pasar a la siguiente etapa.

Con todo lo antes descrito, cumpliendo con todas las normativas vigentes, se puede aumentar progresivamente la actividad asistencial con seguridad, manteniendo el constante monitoreo (semanal con retrospectividad de 14 días) de los indicadores antes descritos para adecuar la atención a cualquier contingencia que se suscite.

Orientaciones para la Recuperación de la Actividad Quirúrgica Electiva en Contexto de Pandemia COVID-19

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
JULIO 2020



Contenido

1.INTRODUCCIÓN	3
2. DESAFÍO ESTRATÉGICO	4
3. OBJETIVO	4
3. ALCANCE	4
4.CONSIDERACIONES PARA EL RETORNO ACTIVIDAD QUIRÚRGICA ELECTIVA	4
4.1 Situación Epidemiológica y condiciones generales	4
4.2 Optimización de la red y proceso quirúrgico.....	5
4.3 Condiciones de seguridad.....	6
5. APERTURA PROGRESIVA DE OFERTA DE PABELLONES QUIRURGICOS.	7
6.RECOMENDACIONES AL PROCESO QUIRÚRGICO	7
7.RECOMENDACIONES DE PRIORIDAD DE ATENCIONES DE SALUD	11
8.ANEXO	12
Guía: Plan de Recuperación de Actividad Asistencial GES y No GES, en contexto Pandemia.....	12
10. BIBLIOGRAFÍA	19

1.INTRODUCCIÓN

Ante la Alerta Sanitaria decretada en el país, enmarcada en la Emergencia Sanitaria de Importancia Internacional por nuevo Coronavirus, SARS-CoV-2 que produce la enfermedad denominada COVID-19, una de las medidas tomadas por el Ministerio de Salud de Chile fue la suspensión de las cirugías denominadas electivas, dejando solo la autorización de realizar aquéllas de urgencia y oncológicas impostergables.

Una vez estabilizada la demanda asistencial, en especial los requerimientos de camas críticas, y las tasas de incidencia, se debe retomar la actividad quirúrgica de manera segura considerando los riesgos y beneficios para el paciente y los funcionarios de los establecimientos, a través del diseño de un Plan de Recuperación de las Cirugías Electivas de forma responsable y progresiva, a realizar por cada uno de los Servicios de Salud y establecimientos de salud del país.

La evolución actual de la pandemia en Chile hace prever una prolongada presencia del virus en la comunidad, por lo que es necesario considerar una hoja de ruta para retomar las actividades. El Plan Nacional "Paso a Paso" es una estrategia gradual para enfrentar la pandemia según la situación sanitaria de cada zona en particular. Se trata de cinco escenarios o pasos graduales: Cuarentena, Transición, Preparación, Apertura inicial y Apertura Avanzada, con restricciones y obligaciones específicas. El avance o retroceso de un paso particular a otro está sujeta a indicadores epidemiológicos, red asistencial y trazabilidad¹.

Así mismo, todo plan para retomar la actividad quirúrgica electiva debe contener tres premisas fundamentales:

1. Seguridad del paciente
2. Seguridad del personal
3. Gestión de la institución, sin sobrecargar la capacidad asistencial del establecimiento.

Estas orientaciones para la recuperación de la actividad quirúrgica electiva buscan entregar un marco general para la reapertura de la actividad quirúrgica, con una mirada de procesos centrado en el paciente, seguridad de la atención, priorización sanitaria, y sociabilización con la comunidad.

¹ Plan Paso a paso. <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

2. DESAFÍO ESTRATÉGICO

Recuperar y optimizar la producción hospitalaria con el fin de responder eficaz y eficientemente a la demanda sanitaria actual

3. OBJETIVO

Ofrecer directrices y lineamientos generales para el reinicio seguro de la actividad quirúrgica electiva en los establecimientos de salud, en contexto de Pandemia COVID-19, de forma segura y de calidad a usuarios y personal de salud.

3. ALCANCE

Estas orientaciones establecen las acciones a realizar por los equipos de salud clínico-administrativos de la totalidad los establecimientos que prestan atención quirúrgica.

4. CONSIDERACIONES PARA EL RETORNO ACTIVIDAD QUIRÚRGICA ELECTIVA

Para el reinicio de la actividad asistencial en contexto de Pandemia COVID-19, es necesario que como sector salud generemos estrategias y planes que permitan dar respuesta a las necesidades de la población de manera segura y eficaz, salvaguardando la seguridad del usuario, del personal de salud y su entorno.

Para tales efectos, el gestor de red debe conocer la situación epidemiológica de su servicio de salud, identificando en qué etapa del Plan "Paso a Paso" se encuentra y las condiciones mínimas para un reinicio progresivo de la actividad clínica. Se debe monitorear periódicamente cualquier cambio en la circulación viral de COVID-19. (Revisar Anexo, Guía Para el Plan de Recuperación de Actividad Asistencial).

Para la planificación, ejecución, seguimiento y monitoreo de las estrategias a implementar, se recomiendan los siguientes aspectos a considerar:

4.1 Situación Epidemiológica y condiciones generales

Todo establecimiento que pretenda retomar la actividad quirúrgica debe cumplir con las siguientes condiciones generales:

1. Programa de Prevención y Control de IAAS en funcionamiento (incluyendo la capacidad de vigilancia de infecciones post cirugías)
2. Acreditar la ausencia de brotes de infección de pacientes y funcionarios de COVID 19 en los últimos 14 días.

3. Considerar el número y proporción de comunas en cuarentena en su territorio durante las últimas cuatro semanas y su tendencia. Una proporción importante de comunas en cuarentena dentro del Servicio de Salud o un aumento de esta proporción en el último periodo plantean un escenario que puede no ser el más propicio para retomar la actividad "habitual".
4. Una vez analizado el primer criterio, considerar antecedentes epidemiológicos de COVID-19 de su área de influencia como red de servicio, región, macro región, provincia y comunas. Como mínimo considerar:
 - Incidencia de casos activos de COVID-19 en su territorio durante las últimas cuatro semanas y su tendencia.
 - Capacidad de testeo instalada (PCR) e índice positividad de exámenes PCR solicitados en su territorio durante las últimas cuatro semanas y su tendencia (estable, en disminución o en aumento).
 - Índice de ocupación de las camas de UPC de los establecimientos en su territorio y evolución durante las últimas cuatro semanas.
 - Demanda estimada de uso de UPC por perfil de cirugía que se reiniciará.

Estos indicadores son resumidos en el Plan Paso a Paso indicando los umbrales que se deben alcanzar para la toma de decisiones los que se detallan en Anexo 1: Guía para el Plan de recuperación de actividad asistencial.

Con todo lo antes descrito, cumpliendo con todas las normativas vigentes, se puede aumentar progresivamente la actividad asistencial con seguridad, manteniendo el constante monitoreo de los indicadores para adecuar la atención a cualquier contingencia que se suscite.

4.2 Optimización de la red y proceso quirúrgico

- Independientemente del hecho que todo establecimiento debe estar en condiciones de atender pacientes con COVID-19 en condiciones seguras, el Director(a) del Servicio de Salud, si la red lo permite, debe evaluar la posibilidad de definir "centros para la atención preferente de pacientes COVID-19" y "centros para la atención preferente de pacientes no COVID-19", o bien, cada Director(a) de hospital en un mismo establecimiento debe diferenciar accesos y flujos para pacientes agudos y electivos, disminuyendo al máximo la circulación interna y por consiguiente el riesgo de exposición y contagio cruzado.
- Cabe señalar que dentro de los establecimientos "libres de COVID-19" pueden considerarse los CDT o CRS que cuentan con pabellones quirúrgicos.

- Revisar todos los quirófanos de su red y capacidad de uso para dar respuesta a la resolución quirúrgica.
- Aumentar en forma progresiva los quirófanos electivos en trabajo.
- Optimizar el proceso quirúrgico desde el prequirúrgico hasta el alta médica, considerando las recomendaciones del Programa de prevención y control de IAAS local.
- Aumentar el porcentaje de ocupación de quirófanos en horario hábil y considerar horario diferido para el personal.
- Considerar la alternativa de horario inhábil de día de semana, sábado o domingo.
- Considerar el proceso incorporando la evaluación del Impacto que tiene la atención de pacientes Covid 19 en el establecimiento, principalmente ocupación de camas críticas y medias, así como la ocupación de Pabellones, disponibilidad de personal y unidades de apoyo, especialmente laboratorio, imagenología y esterilización.
- Considerar tipo de cirugía a planificar, dependiendo del perfil del paciente, la complejidad de la intervención y los requerimientos de atención cerrada.
- Tener presente la perspectiva biopsicosocial del usuario, para adecuar la atención a las necesidades del paciente. Por ejemplo, hospitalizar a un paciente rural, a pesar de ser intervenido por cirugía mayor ambulatoria, considerando la dificultad de acceso, u hospitalizar pacientes con perfil de cirugía ambulatoria para pernoctar la noche anterior para toma de exámenes.
- Se debe reiniciar la actividad quirúrgica electiva, privilegiando la Cirugía Mayor Ambulatoria y/o aquella que no va a requerir más de un día de hospitalización

4.3 Condiciones de seguridad

El objetivo principal es implementar una serie de medidas necesarias para minimizar la posibilidad de transmisión de infección entre pacientes y el personal sanitario en el proceso perioperatorio del paciente que requiere una cirugía electiva.

- Sólo se puede reiniciar la actividad quirúrgica electiva en pacientes que provienen de comunas que no se encuentran en cuarentena, ya que la cuarentena, por definición, establece que provienen de un área de alto riesgo de COVID-19.
- No puede participar de la intervención quirúrgica personal del equipo de salud definido como contacto estrecho de casos COVID-19.
- Será la máxima autoridad del Servicio de Salud, en su rol de gestor de la red asistencial, quién autorice reiniciar la actividad quirúrgica electiva previa evaluación periódica de cumplimiento de las condiciones aquí descritas.
- El establecimiento debe contar con las medidas de prevención de COVID-19 para el personal de salud, de acuerdo con las normas específicas del MINSAL, además de

supervisar el cumplimiento de ellas, tales como, distanciamiento social del personal, higiene de manos, uso de equipos de protección personal y limpieza/ desinfección de superficies, entre otros).

- El establecimiento debe contar con un sistema de seguimiento activo de la salud de los pacientes por lo menos por 14 días post operatorios.

5. APERTURA PROGRESIVA DE OFERTA DE PABELLONES QUIRURGICOS.

En relación con la reapertura de pabellones, se sugiere abrir de forma inicial entre un 25-50% de los pabellones de acuerdo con el diagnóstico situacional determinado por cada equipo, con medición semanal de actividad quirúrgica, suspensiones, complicaciones quirúrgicas y/o relacionadas con COVID-19 u otras situaciones que impacten negativamente en la producción.

La meta inicial es aumentar en un 25% la producción quirúrgica sobre la línea base de producción semanal o mensual habitual. Posteriormente se debe ir incrementando en forma mensual de 25 en 25% esta actividad quirúrgica sobre línea base, de modo de recuperar la actividad quirúrgica habitual en tres a cuatro meses, siempre y cuando la situación epidemiológica de COVID-19 en el área de influencia del establecimiento lo permita, equilibrando la mantención de la actividad quirúrgica, con la respuesta a eventuales aumentos en las tasas de incidencia de infectados y de requerimientos de camas críticas en el establecimiento.

6.RECOMENDACIONES AL PROCESO QUIRÚRGICO

En primer lugar, corresponde realizar la definición de flujo diferenciado y protegido para el paciente, tanto para la consulta preoperatoria, así como una vez que ingresa al hospital, se opera en pabellón y posterior a su recuperación, se va de alta a su casa.

Cada acción de salud en el perioperatorio sea presencial, por tele consulta o visita domiciliaria, debe quedar registrado en la ficha clínica del paciente.

Subproceso prequirúrgico:

1. Los pacientes que requieran cirugía electiva deben estar en Lista de Espera Quirúrgica en plataforma SIGTE y ser gestionados por la Unidad Pre Quirúrgica (UPQ) de los establecimientos, o en su defecto por los Comités de Tabla Quirúrgica, o los profesionales que cumplan este rol.

2. Se recomienda el reinicio de la actividad con cirugías que duren idealmente hasta un máximo de 3 horas, que no requieran hospitalización post cirugía, o si lo requieran, que sólo pernocten una noche en el hospital.
3. Se deben priorizar los pacientes que requieren cirugías electivas según criterio médico, con perfil para acceder a Cirugía Mayor Ambulatoria, que pertenezcan a las categorías de riesgo anestésico ASA 1 y 2 y sean menores de 65 años.
4. Considerar posteriormente a aquellos que poseen la preparación preoperatoria vigente (no requieren actualización de exámenes) evitando que asista al establecimiento de salud, optimizando los recursos.
5. Por último, considerar tiempos de espera, es decir, fecha de ingreso a la Lista de Espera (antigüedad) como criterio de priorización, ya que este último grupo generalmente requiere de actualización de exámenes y/o algún tipo de evaluación.
6. La Unidad Pre Quirúrgica debe realizar el primer contacto con los pacientes, quienes deben informar al usuario sobre la cirugía y el proceso del perioperatorio.
7. La Unidad Pre Quirúrgica debe realizar una evaluación clínica y una encuesta epidemiológica preoperatoria donde debe quedar explícitamente consignada la presencia o ausencia de signos, síntomas y antecedentes epidemiológicos de acuerdo con protocolo MINSAL, y de poseer cualquiera de éstos debe ser suspendida la intervención. Esta encuesta es un primer filtro para seleccionar pacientes candidatos para cirugía electiva. De presentar algún síntoma o signo debe ser derivado para su atención en el sistema de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento.
8. Si el paciente pasa este primer filtro, debe ser contactado a través de tele consulta con el médico cirujano que realizará la intervención y desarrollará una consulta a distancia con una evaluación detallada orientada en la patología quirúrgica y factores de riesgo de COVID-19. De esta forma se podrá identificar los pacientes que se intervienen en un corto plazo y aquellos que requieren de una reevaluación. El equipo médico deriva a los pacientes a la UPQ para que gestione el caso para completar la evaluación prequirúrgica con determinación de peso, talla y toma de exámenes preoperatorios.
Si posterior a la tele consulta se requiere atención presencial por el especialista, debe ser citado en ayunas en el primer bloque de atención, para posterior toma de exámenes en la eventualidad que se requiera. Estas gestiones deben ser coordinadas por la unidad prequirúrgica.
9. Se recomienda realizar PCR COVID-19 preoperatoria 24-48 horas antes, sin embargo, la clínica y los antecedentes epidemiológicos del paciente, preponderan por sobre un examen de screening. Si la PCR es positiva, se suspende intervención y se maneja como caso confirmado. Debe registrarse como causal 3 y no debe postergarse más allá de 3 meses.

10. Aquellos pacientes que desean posponer la intervención quirúrgica, no se egresan, pero deben quedar postergados y deben ser contactados a más tardar en 3 meses.
11. Contemplar un circuito de tránsito de pacientes quirúrgicos electivos, considerando a la UPQ como estructura de atención integral del preoperatorio del paciente electivo. La UPQ debe contar con una distribución estructural y flujo señalizado para la evaluación con personal exclusivo para la toma de exámenes sanguíneos, ECG, entrega de fármacos, coordinación de Tomografía Computada otro examen de imágenes con las distintas unidades de apoyo. Por lo tanto, el paciente no se desplaza por el establecimiento de salud, es la UPQ quien gestiona por completo al paciente quirúrgico.
12. Para el día de la intervención, la UPQ coordina y cita al paciente una hora antes de la cirugía a la sala de preparación de pacientes donde se deben realizar todos los registros y documentación requerida para la intervención (ingreso hospitalario, gestión de ficha clínica, otros). Esto permite que el paciente asista directamente desde su domicilio a la sala de preparación preoperatoria y pabellón. Así, el flujo del usuario se mantiene protegido dentro del establecimiento. Cabe señalar que el paciente debe ingresar al establecimiento con mascarilla y si la tolera permanecer durante todo el periodo de atención preoperatoria con ésta, si el paciente acude con acompañante este también debe cumplir con el uso de mascarilla.
13. En la sala de preparación debe considerarse la citación oportuna de los pacientes, con un adecuado distanciamiento físico y de organización de la documentación para evitar retrasos en las cirugías.
14. En el caso de pacientes pediátricos, el uso de mascarilla es obligatorio según tolerancia.
15. El centro asistencial debe establecer un flujo dentro del establecimiento para que el paciente se dirija directo al pabellón desde la sala de preparación o desde el servicio clínico según corresponda.
16. Dependiendo de las situaciones particulares del paciente en su contexto biopsicosocial, el establecimiento debe darle las condiciones para poder resolver su problema de salud considerando oportunidad, acceso, calidad y seguridad en la atención, lo que incluye la posibilidad de hospitalizarlo un día antes.

Subproceso quirúrgico:

Debe considerarse el análisis de las siguientes líneas de desarrollo:

Recursos humanos:

1. Realizar levantamiento de los Recursos Humanos y planificar actividad quirúrgica con carga laboral restringida hasta lograr seguridad en los procesos implementados

- (procesos que deben ser practicados en equipos pequeños, con un líder, en marcha blanca por 1 a 2 días, siguiendo pautas o listas de chequeo a modo de evitar modificaciones de los protocolos establecidos.
2. Si el personal de pabellones realiza actividades en unidades de cuidados intensivos e intermedios, se deben proteger estas funciones de cuidados críticos.
 3. En la medida de lo posible, se podrán mantener los sistemas de turno de rotación del personal de pabellón en periodos alternativos de una semana.
 4. Sólo deben permanecer al interior del quirófano funcionarios necesarios, según complejidad de la intervención.
 5. Se restringe el ingreso de personal externo.

Equipamiento:

1. Se debe mantener el mínimo de equipamiento al interior del quirófano, con sus mantenciones preventivas correspondientes, con carros de trabajo en el exterior con aquellos insumos prescindibles, pero con cierto nivel de criticidad.
2. Uso de filtros bacterianos en flujo de salida y entrada de la máquina de anestesia, protección a trampas de agua.
3. Conectar el electrocauterio a aspiración central para eliminación de gases.
4. Elementos de protección personal: Todo el personal debe usar EPP según normativa vigente.
5. Prohibido el ingreso de dispositivos personales.
6. Definir flujo de ingreso y egreso del paciente al servicio.
7. Se debe definir número de pacientes que ingresan a pabellón al mismo tiempo (nivel de ocupación de pabellones).

Subproceso postquirúrgico

1. El paciente se mantiene en su post operatorio en la sala de recuperación, salvaguardando el distanciamiento definido por el Programa local de prevención y control de IAAS y se va de alta directamente a su domicilio a través de un móvil del establecimiento.
2. En caso de que paciente requiera cama post operatoria en el hospital, se deben mantener los protocolos internos del establecimiento.
3. La documentación necesaria para el alta del paciente es gestionada por la Unidad de Recuperación Central o Unidad de Admisión, coordinando las horas médicas de control, epicrisis, fármacos, otros. Además, es la responsable de contactar a la unidad de hospitalización domiciliaria, o al área ambulatoria del hospital, quienes deben controlar al paciente según la indicación del cirujano.

4. Se debe mantener en los casos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), el control por el equipo según protocolo.
5. En la visita domiciliaria o al área ambulatoria del hospital, el médico podrá definir mantener en controles, evaluación por cirujano o derivación al servicio de urgencia según evolución de paciente.

7.RECOMENDACIONES DE PRIORIDAD DE ATENCIONES DE SALUD

Se recomienda priorizar los siguientes diagnósticos quirúrgicos de intervenciones electivas prioritarias o urgentes electivas por especialidad a resolver durante el periodo de contingencia por COVID-19.

Esta no es una lista excluyente de otras patologías e intervenciones quirúrgicas, que sean priorizadas por los equipos de gestión en su red local, considerando las cirugías en espera GES y No GES

Tabla 1: Recomendación de Cirugías por especialidad

Especialidad	Recomendación	Consideraciones
Oftalmología	Urgencias y electivas prioritarias.	De no contar con estas prestaciones, mantener licitaciones vigentes.
Otorrino	Traqueostomías para ventilación mecánica, tumores de vía aérea, urgencias.	
Maxilofacial	Urgencias y electivas prioritarias.	
Cardiociugía	Urgencias aórticas, endocarditis, IAM (Infarto Agudo al Miocardio) con disfunción cardíaca.	Evaluar caso a caso.
Neurocirugía	Urgencias y electivas prioritarias.	Abscesos cerebrales, trauma espinal inestable, aneurismas, tumores oncológicos y no oncológicos.
Traumatología	Urgencias, electivas prioritarias y tumores óseos.	
Urología	Urgencias, electivas prioritarias y oncológicos.	
Patología mamaria	Oncología y complicaciones.	
Cirugía pediátrica	Urgencias pediátricas y neonatales, oncología y quemados.	Catéteres oncológicos.
Traumatología pediátrica	Urgencias y oncología.	En su mayoría imposterables.
Obstetricia	Urgencias y cesáreas electivas.	
Onco Ginecología	Histerectomías simples, radicales, cirugía ovárica oncológicas.	considerar radioterapia para continuar la atención.
Cirugía adulto	Urgencias, electivas prioritarias y oncológica	
Otras Intervenciones quirúrgicas de apoyo	Digestiva: Laparoscopías de etapificación.	
	Hepatobiliopancreática: quistes hidatídicos.	
	Vascular: pie diabético, acceso vascular para hemodiálisis	

8. ANEXO

Guía: Plan de Recuperación de Actividad Asistencial GES y No GES, en contexto Pandemia

Esta guía constituye un instrumento de planificación para el desarrollo del plan de Recuperación de Actividad Asistencial, implica un proceso que puede actualizarse de acuerdo a la situación de cada servicio de salud.

Este Plan debe ser presentado al 31 de Julio, y corresponde al periodo del 1 de agosto a 31 de diciembre 2020

Los puntos a desarrollar en el Plan son los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. Desafío Estratégico:

Recuperar y optimizar la producción hospitalaria con el fin de responder eficaz y eficientemente la demanda sanitaria actual

Objetivos Estratégicos:

- Resolver GES Retrasadas y Vigentes correspondiente al periodo 2020, efectiva y completamente.
- Resolver Listas de Espera Quirúrgica y de Consulta de Especialidad con prioridad sanitaria ⁽¹⁾, efectiva y completamente.
- Fortalecer y optimizar los procesos ambulatorios y quirúrgicos en contexto de pandemia.

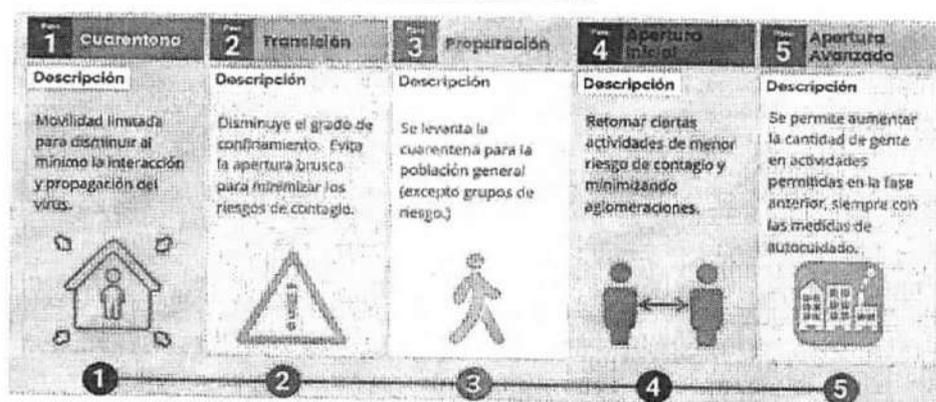
(1) Considera criticidad de riesgo vital, secuela funcional grave, trasplantes e Intervenciones Quirúrgicas de excesivos tiempos de espera (antigüedad al menos hasta 2018)

II. METODOLOGÍA DE TRABAJO

1. Plan paso a paso / Situación epidemiológica

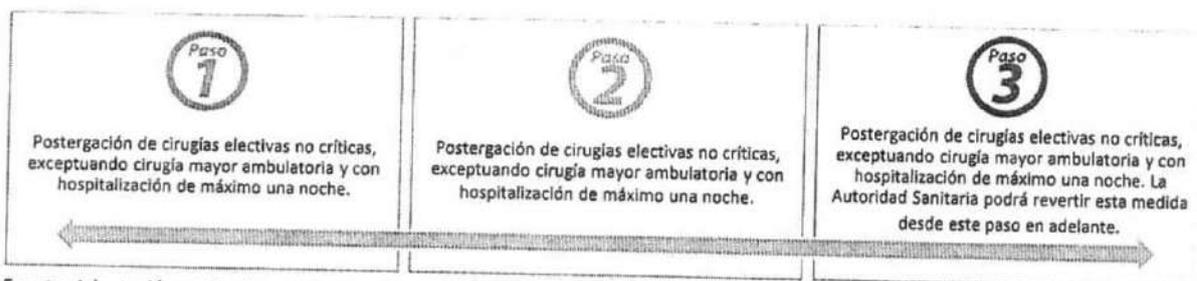
Para comenzar es muy importante identificar la etapa del Plan Paso a paso en la que se encuentra el Servicio de Salud.

Etapas del Plan a Paso



Fuente: Grafica Plan Paso a Paso <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

Restricciones Sectoriales ámbito Quirúrgico según etapa Plan Paso a Paso



Fuente: Adaptación realizada por DIGERA de la Grafica Plan Paso a Paso <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

- La decisión para avanzar o retroceder en las etapas de apertura se tomará considerando el conjunto de los indicadores descritos y las características propias de las unidades territoriales analizadas.
- Dicho esto, la siguiente tabla resume los indicadores fundamentales y los umbrales que se deben alcanzar para la toma de decisiones.
- Cada avance debe mantener el cumplimiento de los indicadores alcanzados por al menos 2 semanas antes de poder pasar a la siguiente etapa.

Indicadores Plan Paso a Paso

Criterio	Valor para pasar de Cuarentena a Transición	Valor para pasar de Transición a Preparación	Valor para pasar de Preparación a Apertura inicial	Valor para pasar de Apertura inicial a Apertura Avanzada
Ocupación UCI Regional	≤ 90%	≤ 85%	≤ 80%	≤ 80%
Ocupación UCI Nacional	≤ 85%	≤ 85%	≤ 85%	≤ 80%
Re comunal	<1	<1	<1	<1
Tasa proyectada de casos activos (Regional)	Disminución sostenida en 3 semanas	Disminución sostenida en 2 semanas	≤ 50 por 100.000 habitantes	≤ 25 por 100.000 habitantes
Positividad regional	≤ 15%	≤ 10%	≤ 10%	≤ 5%
Porcentaje de casos aislados en < 48 h	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
Porcentaje de casos nuevos que vienen de contactos en seguimiento	No aplica	No aplica	≥60%	≥60%

Fuente: <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

2. Estimación de la demanda:

- Identificar pacientes con su garantía de oportunidad retrasada y suspendidas
- Identificar pacientes con garantía de oportunidad que se encuentra vigente y proyección de demanda a diciembre de 2020.
- Verificar que los registros de Lista espera No GES (IQ, CNE médica y odontológica), reflejen los pacientes en espera efectiva.
- Identificar demanda según condición clínico-diagnóstica y/o tiempos de espera.
- Evaluar Lista de espera de Controles si se cuenta con ella.

a. Demanda GES: utilizar fuente SIGGES.

- Total de Garantías Explícitas al 30 de junio 2020
- Garantías Explícitas en Salud Quirúrgicas al 30 de junio 2020
- Garantías Explícitas en Salud Quirúrgicas Oncológicas al 30 de junio 2020
- Garantías Explícitas en Salud Consultas al 30 de junio 2020

Cada una de ellas presentadas en el siguiente formato:

Establecimiento	Retrasada	Vigente	Proyección a Dic 2020	Total

b. Demanda No GES, Identificar el número de casos al 30 de junio en SIGTE.

Tabla: Consulta Nueva de Especialidad (CNE)

Establecimientos	CNE Medica (N° de casos)	Promedio Días de Espera CNE Medica	CNE Odontológica (N° de casos)	Promedio Días de Espera Odontología

Tabla: 80% con mayor Volumen LE CNE medica y Odontológica

Especialidad Medica	Total cantidad de casos	Especialidad Odontológica	Total cantidad de casos

Tabla: Intervenciones Quirúrgicas (IQ)

Establecimientos	IQ (N° de casos)	Promedio Días de Espera IQ

Tabla: Intervenciones Quirúrgicas (IQ) por año de ingreso a LE

Establecimientos	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Sub total	2019	2020	Total

Tabla: Intervenciones Quirúrgicas (IQ) Oncológicas por año de ingreso a LE

Establecimientos	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total

3. Estimación de oferta

a. Quirófano

Establecimiento	Qx. Dotación	Qx. Adicionales	Total Dotación disponible (dotación + adicionales)	Qx. habilitados	Qx. Inhabilitados	Qx. En Trabajo	Qx. No en trabajo	Motivos de No en trabajo	Acciones a realizar

b. Camas Cuidado Intensivo (UCI)

- Índice de ocupación de las camas de cuidados intensivos de los establecimientos en su territorio y evolución durante las últimas cuatro semanas

- Demanda estimada de uso de UPC por perfil de cirugía que se reiniciará, considerando la nueva dotación de camas

Establecimiento	Dotación a dic de 2019	Total camas UCI Habilitadas COVID	% Crecimiento	Total camas UCI Ocupadas	Total camas UCI Disponible	% Ocupación camas UCI	Dotación camas Post COVID	25% dotación de UCI basal, requerido para Cirugía	% de camas UCI requerido / dotación camas post COVID	Número pacientes promedio COVID máx para ocupación 85% + camas Cx	% ocupación COVID de habilitado, seguro para inicio Cx
Nombre del establecimiento	Dotación de camas UCI adulto al 31 dic 2019	Total de camas UCI adulto habilitadas a julio de 2020	(Total camas UCI habilitadas/ Dotación UCI adulto al 31 dic 2019) x 100	Total camas UCI adulto ocupadas	Total camas UCI adulto disponible	(Total camas UCI adulto ocupadas/ Total de camas UCI adulto habilitadas) x 100	N° de dotación de camas confirmadas a mantener año 2021	Dotación de camas UCI adulto al 31 dic 2019 x 25%	25% dotación de UCI basal, requerido para Cirugía/ Dotación camas Post COVID	(N° de dotación de camas confirmadas a mantener año 2021 x 85%) + 25% dotación de UCI basal, requerido para Cirugía	Número pacientes promedio COVID máx para ocupación 85% + camas Cx/ Dotación camas Post COVID

c. Atención Ambulatoria

Ámbito	Detalle
Disponibilidad de Infraestructura	N° de box para atención presencial
	Capacidad de sala de espera, considerando el distanciamiento social
Disponibilidad de Unidades de Apoyo	Identificar capacidad de exámenes Identificar cantidad de personas a atender en Toma de muestra y Farmacia
Disponibilidad de tecnologías de la información	Determinar capacidad de Atención Remota
Disponibilidad de visitas a domicilio	Determinar capacidad de visitas a domicilio

d. Recurso Humanos:

- Determinar especialidades disponibles para atención ambulatoria y planificar aumento progresivo de ellos de acuerdo a análisis situación local.
- Determinar horas disponibles de los profesionales para las distintas modalidades de atención, para consultas y procedimientos

4. Estrategias y líneas de acción

En este punto deben generar las líneas de acción y estrategias a desarrollar.
Se recomienda las siguientes líneas de acción:

Ámbito quirúrgico

Optimizar el proceso quirúrgico desde el prequirúrgico hasta el alta médica, considerando las recomendaciones de IAAS

- Indicar las estrategias y acciones

Aumentar en forma progresiva los quirófanos electivos en trabajo

- Indicar las estrategias y acciones

Aumentar el porcentaje de ocupación de quirófanos en horario hábil y considerar horario diferido para el personal.

- Indicar las estrategias y acciones

Considerar la alternativa de horario inhábil de día de semana, sábado o domingo

- Indicar las estrategias y acciones

Considerar el proceso incorporando la evaluación de unidades de apoyo, especialmente laboratorio, imagenología y esterilización.

- Indicar las estrategias y acciones

Considerar para la realización del plan, todos los establecimientos que tengan que tengan quirófanos

- Indicar las estrategias y acciones

Ámbito Ambulatorio

Desarrollar flujos definidos y diferenciados en todo el proceso de atención (admisión, preparación, consulta, exámenes y farmacia).

- Indicar las estrategias y acciones

Aumentar en forma progresiva la atención a los usuarios

- Indicar las estrategias y acciones

Optimizar la oferta de profesionales generando diferentes modalidades de atención

- Indicar las estrategias y acciones

Fortalecer el Proceso de Gestión de agenda

- Indicar las estrategias y acciones

Considerar extensión horaria días hábiles o atención días sábados tanto para atención de consultas como Toma de muestra y Farmacia.

- Indicar las estrategias y acciones

Considerar Gestión de Casos para optimizar Consulta Nueva presencial y contrareferencia asistida.

- Indicar las estrategias y acciones

Considerar en el plan todos los establecimientos con atención de especialidad y modelo RISS para asegurar atención entre los niveles

- Indicar las estrategias y acciones

5. Referente Responsable del Servicio de Salud

Nombre Referente	Cargo en el SS	Correo	Teléfono de contacto

Sera el encargado de gestionar el plan desarrollado por el Servicio de Salud, dentro de sus funciones se encuentra:

- Conocer la demanda GES y No GES de todo su Servicio de Salud
- Conocer la oferta de todos los establecimientos pertenecientes a su Servicio de Salud
- Responsable de monitorear los indicadores de producción de los establecimientos pertenecientes a su Servicio de Salud
- Monitorear las estrategias y líneas de acción definidas por los establecimientos
- Responsable de interlocutar entre los establecimientos, el Servicio de Salud y el Ministerio de Salud

6. Programación de Resolución.

Resolución Demanda	Número de casos a resolver mensualmente					
	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
<i>Demanda GES</i>						
Consultas GES						
Procedimientos GES						
Intervenciones Quirúrgicas (IQ)						
Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) GES						
IQ Oncológicas GES						
Total de Casos GES						
<i>Demanda IQ No GES</i>						
Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) No GES						
Cirugía electiva No GES						
Cirugía menor No GES						
Total IQ No GES						
<i>Demanda CNE No GES</i>						
CNE Médica No GES						
CNE Odontológica No GES						
Total CNE No GES						

III. Seguimiento

1. Seguimiento y acompañamiento semanal de DIGERA con referente de cada Servicio de Salud.
2. Evaluación de Indicadores de un cuadro de mando integral por Servicio de Salud.
3. Evaluación de compromisos semanales de aquellos indicadores de bajo cumplimiento.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. American College Of Surgeons (2020, abril 17) Local Resumption of Elective Surgery Guidance, <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/resuming-elective-surgery>
2. American College Of Surgeons (2020, abril 17) Joint Statement: Roadmap for Resuming Elective Surgery after COVID-19 Pandemic, <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/roadmap-elective-surgery>
3. American College Of Surgeons (2020, marzo 25) COVID-19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care, <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case>
4. American College Of Surgeons (2020, marzo 24) Create a Surgical Review Committee for COVID-19-Related Surgical Triage Decision Making, <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/review-committee>
5. American College Of Surgeons (2020, marzo 17) COVID-19: Guidance for Triage of Non-Emergent Surgical Procedures, <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/triage>
6. American College Of Surgeons (2020, marzo 13) COVID-19: Recommendations for Management of Elective Surgical Procedures
7. Joseph D Forrester, MD, MSc, Aussama K Nassar, MD, MSc, FACS, Paul M Maggio, MD, MBA, FACS, Mary T Hawn, MD, FACS. Precautions for Operating Room Team Members During the COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Surg* (2020) <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.03.030>
8. Al-Muharraqi MA. Testing recommendation for COVID-19 (SARS-CoV-2) in patients planned for surgery - continuing the service and 'suppressing' the pandemic. *Br J Oral Maxillofac Surg* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.04.014>
9. S. Lei et al., Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection, *EClinicalMedicine* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100331>

Orientaciones para la Recuperación de Actividad Ambulatoria de Especialidad en Contexto de Pandemia COVID-19

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
JULIO 2020



Contenido

1.INTRODUCCIÓN.....	3
2.DESAFIO ESTRATÉGICO	4
3.OBJETIVOS.....	4
4. ALCANCE	4
5.CONSIDERACIONES PARA EL RETORNO DE LAS ATENCIONES AMBULATORIAS DE ESPECIALIDAD MEDICA Y ODONTOLOGICA	4
5.1 Situación Epidemiológica y condiciones generales	5
5.2 Optimización de la red.....	5
5.3 Condiciones de seguridad.....	6
5.4 Análisis de la demanda	7
5.5 Análisis de la oferta	8
6. RECOMENDACIONES AL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA.....	9
6.1 Criterios de priorización por especialidad de salud.....	9
6.2. Gestión de Agenda	10
6.3 Estrategia de Atención Clínica	11
6.4 Gestión de farmacia y/o productos médicos	12
7. RECOMENDACIONES AL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA ODONTOLÓGICA DE ESPECIALIDAD	12
8. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.	14
9. REGISTROS	14
10. ANEXOS	15
Anexo 1: Guía: Plan de Recuperación de Actividad Asistencial GES y No GES, en Contexto Pandemia COVID-19	15
Anexo 2: Ejemplo Recomendación para estimar demanda de atención por Profesional de no médico de salud en distintos niveles de complejidad	22
Anexo 3: Glosario Atención Remota.....	23
Anexo 4: Fases de retorno a la Atención Odontológica	24
Anexo 5: Priorización de casos según protocolos de referencia y contrarreferencia	25
9. BIBLIOGRAFÍA.....	27

1. INTRODUCCIÓN

Ante la Alerta Sanitaria decretada en el país, a través del Decreto N4 del Ministerio de Salud en el marco de la Emergencia Sanitaria de Importancia Internacional por nuevo Corona Virus, COVID19, se han implementado en las redes diferentes estrategias que permiten hacer frente a la pandemia.

En Chile, a través del Ord 808, se recomienda realizar atención presencial sólo a aquellas catalogadas como prioritarias, de acuerdo a la condición clínica del paciente y la priorización realizada por los equipos clínicos a cargo, así mismo, para la atención odontológica, se indica realizar de manera presencial sólo las atenciones de carácter resolutivo de urgencia.

Uno de los desafíos planteados por la OMS es la capacidad de los Servicios de Salud de mantener un acceso a las atenciones de salud esenciales, limitando la mortalidad directa y evitando la mortalidad indirecta atribuible a COVID-19, por ello, con el fin de favorecer el acceso a la atención ambulatoria de especialidad, se implementaron atenciones a través de contacto telefónico o en la modalidad de telemedicina, además de las visitas domiciliarias y hospitalizaciones domiciliarias, según nivel de atención correspondiente.

La evolución actual de la pandemia en Chile hace prever una prolongada presencia del virus en la comunidad, por lo que es necesario establecer una hoja de ruta para retomar las actividades. El Plan Nacional "Paso a Paso" es una estrategia que contempla cinco escenarios o pasos graduales: Cuarentena, Transición, Preparación, Apertura inicial y Apertura Avanzada, con restricciones y obligaciones específicas. El avance o retroceso de un paso particular a otro está sujeta a indicadores epidemiológicos, red asistencial y trazabilidad¹

El camino para la restauración paulatina de las actividades en la atención ambulatoria tanto para consulta nueva, controles y procedimientos, debe considerar tres premisas fundamentales:

1. Seguridad del paciente
2. Seguridad del personal
3. Gestión de la institución, optimizando procesos, sin sobrecargar la capacidad asistencial del establecimiento.

Estas orientaciones para buscar entregar un marco general respecto de los ámbitos a considerar en el diseño de un Plan de reactivación de la actividad ambulatoria a realizarse en cada uno de los Servicios de Salud y todos los establecimientos que realizan estas prestaciones en el país pudiendo ser actualizado en base al comportamiento de la Pandemia.

¹ Plan Paso a paso. <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

2. DESAFIO ESTRATÉGICO

Recuperar y optimizar la producción hospitalaria en la atención ambulatoria de especialidad con el fin de responder eficaz y eficientemente la demanda sanitaria actual, con el fin de disminuir morbimortalidad indirecta por el COVID 19.

3. OBJETIVOS

1. Entregar consideraciones para el retorno de actividades ambulatorias de especialidad en contexto pandemia COVID 19.
2. Definir componentes estratégicos para generar la reactivación de atenciones ambulatoria: análisis de oferta y demanda, estrategias de atención y criterios de priorización.
3. Establecer flujo de atención de acuerdo a priorización y estrategias desarrolladas
4. Mantener la continuidad de los cuidados a través del proceso de referencia y contra referencia.

4. ALCANCE

Estas orientaciones establecen las acciones a realizar por los equipos de salud clínico administrativos de la totalidad de los establecimientos que prestan atención ambulatoria de especialidad.

5. CONSIDERACIONES PARA EL RETORNO DE LAS ATENCIONES AMBULATORIAS DE ESPECIALIDAD

Para el reinicio de la actividad asistencial en contexto de Pandemia COVID-19, es necesario generar estrategias y planes que permitan dar respuesta a las necesidades de la población de manera segura y eficaz, salvaguardando la seguridad del usuario, del personal de salud y su entorno.

Para tales efectos, el gestor de red debe conocer la situación epidemiológica del área de influencia de su servicio de salud y las condiciones mínimas para un reinicio progresivo de la actividad clínica. Se debe monitorear periódicamente cualquier cambio en la circulación viral de COVID-19. (Revisar Anexo 1, Guía para el Plan de Recuperación de Actividad Asistencial)

Para la planificación, ejecución, seguimiento y monitoreo de las estrategias a implementar, se recomienda los siguientes aspectos a considerar:

5.1 Situación Epidemiológica y condiciones generales

Todo establecimiento que pretenda retomar las atenciones ambulatorias de especialidad deberá cumplir con las siguientes condiciones generales:

1. Programa de Prevención y Control de IAAS en funcionamiento.
2. Acreditar la ausencia de brotes de infección de pacientes y funcionarios de COVID 19 en los últimos 14 días.
3. Con relación a la situación epidemiológica, como primer criterio, considerar el número y proporción de comunas en cuarentena en su territorio durante las últimas cuatro semanas y su tendencia (estable, en disminución o en aumento). Una proporción importante de comunas en cuarentena dentro del Servicio de Salud o un aumento de esta proporción en el último periodo plantean un escenario que puede no ser el más propicio para retomar la actividad "habitual".
4. Una vez analizado el primer criterio, considerar antecedentes epidemiológicos de COVID-19 de su área de influencia como red de servicio, región, macro región, provincia y comunas. Como mínimo considerar:
 - Incidencia de casos activos de COVID-19 en su territorio durante las últimas cuatro semanas y su tendencia (estable, en disminución o en aumento).
 - Capacidad de testeo instalada (PCR) e índice positividad de exámenes PCR solicitados en su territorio durante las últimas cuatro semanas y su tendencia (estable, en disminución o en aumento).
 - Índice de ocupación de las camas de UPC de los establecimientos en su territorio y evolución durante las últimas cuatro semanas (estable, en disminución o en aumento).

Estos indicadores son resumidos en el Plan Paso a Paso indicando los umbrales que se deben alcanzar para la toma de decisiones los que se detallan en el Anexo 1: Guía para el Plan de recuperación de actividad asistencial.

Con todo lo antes descrito, cumpliendo con todas las normativas vigentes, se puede aumentar progresivamente la actividad asistencial con seguridad, manteniendo el constante monitoreo de los indicadores para adecuar la atención a cualquier contingencia que se suscite

5.2 Optimización de la red

- Independientemente del hecho que todo establecimiento debe estar en condiciones de atender pacientes con o sin COVID-19 en condiciones seguras, el Director(a) del Servicio de Salud, si la red lo permite, debe evaluar la posibilidad de definir "centros para la atención preferente de pacientes COVID-19" y "centros para la atención

preferente de pacientes no COVID-19", o bien, cada Director(a) de hospital en un mismo establecimiento debe diferenciar accesos y flujos para pacientes agudos y electivos, disminuyendo al máximo la circulación interna y por consiguiente el riesgo de exposición y contagio cruzado.

- Considerar todos los establecimientos de la red para dar respuesta a las necesidades de la población en el ámbito ambulatorio de especialidad.
- Deberá analizar su demanda y definir la capacidad de los establecimientos para iniciar e ir aumentando progresivamente las atenciones ambulatorias realizadas por el equipo de salud.
- Tener presente el tipo de atención a realizar: presencial, remota y/o visita domiciliaria.
- Considerar la perspectiva biopsicosocial del usuario y con esto adecuar el tipo de atención a sus necesidades. Por ejemplo, acceso a tecnologías de la información, ruralidad, nivel educacional u otras determinantes sociales, que podrán definir el tipo de atención a realizar.
- Considerar extensión horaria días hábiles o atención fin de semana.
- Considerar entrega de Medicamentos e insumos a Domicilio o gestión territorial de fármacos.
- Considerar los procesos incorporando la evaluación de todas las unidades administrativas y de apoyo.
- Fortalecer el Proceso de Gestión de agenda para optimizar la oferta ambulatoria
- Potenciar la coordinación entre los establecimientos de atención secundaria y terciaria con los establecimientos de atención primaria. Esto, con el fin que los exámenes previos a las consultas puedan ser tomados en el establecimiento más cercano al domicilio del paciente.
- Se debe potenciar la gestión de casos para que la gestión de la demanda sea más efectiva y con ello que las atenciones del especialista sean eficientes, además de fortalecer el proceso de referencia y contrareferencia para mantener continuidad de los cuidados y así mejorar el viaje del paciente entre los niveles de atención.

5.3 Condiciones de seguridad

El objetivo principal es implementar una serie de medidas necesarias para minimizar la posibilidad de transmisión de infección entre pacientes y el personal de salud en el proceso de atención ambulatoria.

- Desarrollar flujos definidos y diferenciados según recomendaciones de los Programas locales de Prevención y Control de IAASIAAS en todo el proceso de atención (admisión, preparación, consulta, exámenes y farmacia).

- El personal de salud debe contar con las medidas de prevención de COVID-19 (incluyendo acceso a equipo de protección personal o EPP) de acuerdo con normas específicas del MINSAL en la materia.
- Mantener la supervisión de su cumplimiento para distanciamiento social del personal, higiene de manos, uso de equipos de protección personal y limpieza/desinfección de superficies, entre otros.

5.4 Análisis de la demanda

Para determinar la cantidad de pacientes en espera de atención ambulatoria de especialidad debe hacerse un trabajo conjunto entre directivos, médicos especialistas, y equipos de gestión de demanda y analizar los siguientes componentes:

Pacientes que requieren consulta nueva y control por especialista.

- Identificar pacientes con su garantía de oportunidad retrasada.
- Identificar pacientes con garantía de oportunidad que se encuentra vigente.
- Verificar que los registros de Lista espera No GES (CNE médica y odontológica) reflejen los pacientes en espera efectiva.
- Identificar demanda según condición clínico-diagnóstica y/o tiempos de espera.
- Priorizar condición clínico-diagnóstica y/o tiempos de espera, como por ejemplo patologías que afecten de manera importante la calidad de vida, que los exponga a complicaciones, patologías oncológicas, cardiovasculares, VIH SIDA e ITS o de salud mental.
- Evaluar Lista de espera de Controles o población bajo control.*
- Identifica Pacientes bajo control odontológico

Pacientes que requieren atención por un Profesional no médico de salud en distintos niveles de complejidad

- Determinar la cantidad de pacientes que requieren atención por profesional de la salud no médicos, priorizando aquellas áreas de alto riesgo sanitarios. (Anexo 2)

Pacientes que requieren procedimientos y exámenes

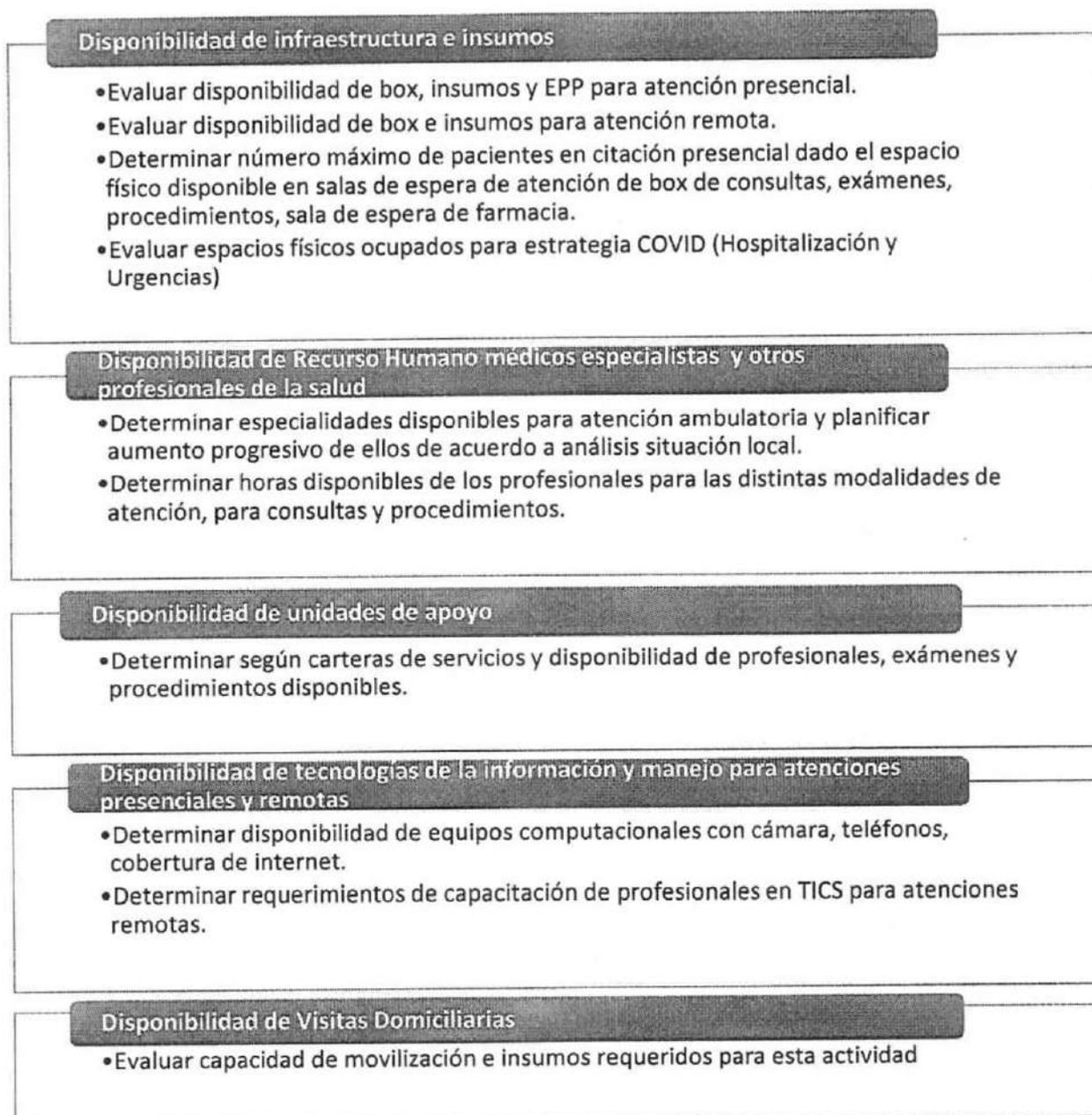
- Determinar N° de procedimientos en espera, según registros y priorización
- Determinar N° de exámenes de laboratorio e imagenología requeridos para dar resolución a la atención, según protocolo.

*La población bajo control debe categorizarse en 4 grupos; Paciente compensado sin riesgo clínico, Paciente en riesgo de descompensación, Paciente Descompensado, Pacientes con criterio de vulnerabilidad.

Fuente: Unidad Ambulatoria DIGERA

5.5 Análisis de la oferta

Para el análisis de la oferta considerar el desarrollo de flujos definidos y diferenciados en todo el proceso de atención para que las personas circulen y sean atendidas dentro del establecimiento, implementando las medidas necesarias para disminuir los riesgos de infección de COVID-19, siguiendo las recomendaciones del Programa local de Prevención y Control de IAAS. En la siguiente figura se detallan los diferentes ámbitos que deben ser analizados:



Fuente: Unidad Ambulatoria DIGERA

6. RECOMENDACIONES AL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

- En primer lugar, es fundamental desarrollar flujos definidos y diferenciados según recomendaciones de los Programas locales de Prevención y Control de IAAS (PCIAAS) en todo el proceso de atención (admisión, preparación, consulta, exámenes y farmacia) pudiendo implementar horarios diferidos o bloques de atención de manera de evitar aglomeraciones.
- Los flujogramas de atención deben ser elaborados por cada establecimiento en conjunto con los especialistas, médicos generales, profesionales del PCIAAS y profesionales de la salud, conforme al área de atención de salud que corresponda.
- Considerar integralidad en el proceso de atención presencial, generando una gestión en todas las prestaciones clínico administrativas necesarias para su atención a través de un Gestor de casos.
- Mantener registro oportuno de generación y recepción de interconsultas. Todas las derivaciones generadas deben ser ingresadas a lista de espera No GES y GES en las plataformas disponibilidades para ello.
- Para la atención de Primera consulta mantener evaluación de pertinencia y generar priorización indicando modalidad de atención e indicaciones para el agendamiento.
- Cada acción de salud ya sea presencial, remota o visita domiciliaria, debe quedar registrado en la ficha clínica del paciente.
- Comunicar a la Ciudadanía a través de OIRs y otros medios las recomendaciones para una atención segura.

6.1 Criterios de priorización por especialidad de salud

Estos deben ser elaborados por cada establecimiento en conjunto con el equipo de salud y conforme al análisis de oferta y demanda.

Con el propósito de prevenir hospitalizaciones evitables por descompensaciones, secuelas funcionales graves y/o aumento de muertes evitables por estos conceptos, se recomienda en ORD N 1886, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la priorización para las atenciones presenciales.

Respecto a la atención remota, es necesario determinar las especialidades, problemas de salud y profesionales que realizaran este tipo de atenciones, asignar horas disponibles y rendimiento de acuerdo al tipo de prestación.

6.2. Gestión de Agenda

El Sistema de Agenda se caracteriza por ser una estructura organizativa flexible y actualizada a tiempo real de las actividades asistenciales en la que se produce la citación de un paciente, a continuación, se presentan consideraciones por cada subproceso :

ADMINISTRACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA AGENDA

- Actualizar estructura de Agenda de acuerdo a la oferta planificada.
- Diferenciar tipo de atención, modalidad y subtipo de prestación, de acuerdo a la priorización de atenciones de salud definidos en plan de reactivación.
- Se recomienda programar citas presenciales y remotas de manera alternada, para optimizar el Recurso Humano y mantener un número adecuado y seguro de usuarios en las salas de espera.

MANTENCIÓN DE HORAS DISPONIBLES

- Aviso inmediato al usuario frente a cambios y bloqueos puntuales de la agenda, para así evitar concurrencias innecesarias.
- Las modificaciones a la agenda original, deben mantener la normativa institucional y su motivo debe quedar identificado en el sistema de agenda.

AGENDAMIENTO

- Realizar agendamiento con contacto efectivo según pertinencia, priorización y modalidad de atención de interconsulta definido por especialista.
- Mantener actualización de datos de contacto en cada encuentro telefónico o presencial con el usuario.

GESTIÓN DE CITAS

- Mantención del proceso de confirmación de horas tanto de atención presencial como remota, de manera anticipada, para la gestión eficiente de la lista de espera, de recursos existentes y mejorar la satisfacción usuaria.
- En casos de usuarios que postergan la atención de salud por temor a contagio, el motivo debe quedar por escrito en el sistema de agenda y gestionarlo en cuanto corresponda, no se egresan.

Fuente: Unidad Ambulatoria DIGERA

Por último, se recomienda que la Unidad encargada de Gestión de Agenda realice un Protocolo de llamado para Agendamiento de atenciones remotas y presenciales en el contexto de alerta sanitaria por COVID-19.

6.3 Estrategia de Atención Clínica

A través de las estrategias de atención clínica, se busca optimizar la oferta de profesionales generando diferentes modalidades de atención según la realidad local. Todas las atenciones deben contar con el debido registro de agendamiento y contacto efectivo al momento de la cita. A Continuación, se mencionan las siguientes consideraciones:

Atención Presencial Programada

Para aquellos pacientes que, debido a su diagnóstico/o condición clínica, hace necesaria su atención presencial en el establecimiento.

Visita Domiciliaria

Para aquellos casos de alta vulnerabilidad y riesgo clínico, cuyo acceso a la prestación de salud presencial no es posible de otra manera o la concurrencia en sí misma al establecimiento supone un alto riesgo.

Atención Remota (telefónica - video llamada - plataforma digital):

Para atención y seguimiento simple o supervisión de parámetros vía telemedicina, mayor definición en Anexo 3.

Atención en Consultoría (plataforma digital sincrónica o asincrónica):

Se entiende por consultoría a la discusión y resolución de caso clínico en forma conjunta entre profesional primario y especialista.

Teleeducación: proceso de formación y aprendizaje planificado, que se desarrolla con apoyo de Tecnologías de Información y Comunicaciones, dirigido tanto al usuario interno, externo y a la comunidad, en el marco de un proceso flexible en el tiempo, espacio y forma, facilitando de este modo la accesibilidad al encuentro formativo.

Consulta abreviada remota o presencial:

En este grupo cabe una serie de acciones mediadas por necesidades específicas por parte de los usuarios: licencias médicas, informes, renovación de recetas, etc. También para resolver situaciones clínicas inesperadas, pero no de urgencia.

TRIAGE telefónico para pacientes crónicos

El principal objetivo del TRIAGE telefónico es realizar un filtro y priorización de la población bajo control, ordenando la preferencia de la atención en el proceso de reactivación de atención presencial de los establecimientos. Así, a partir del TRIAGE telefónico se espera:

- Identificar a población crónica de riesgo alto en la población bajo control y coordinar atención presencial, si es necesario.
- Otorgar atención presencial oportuna a pacientes que lo requieran
- Coordinar atención vía telemedicina, visita domiciliaria u otros, según disponibilidad de red, para pacientes que lo requieran, como respuesta a complejidades detectadas.
- Homologar recetas, coordinar dispensación de medicamentos e insumos.

Respecto al TRIAGE telefónico este debe ser realizado por un profesional de la salud. Considerar durante la atención la Sintomatología respiratoria, de acuerdo a definición de caso sospechoso, probable o confirmado del MINSAL y orientar conductas a seguir, indagar en síntomas y signos de descompensación de patologías de base y estado de salud mental del paciente.

6.4 Gestión de farmacia y/o productos médicos

Con el fin de evitar los desplazamientos innecesarios de la población, se establecen medidas respecto a las unidades de farmacia para la dispensación de medicamentos en pacientes crónicos para 2-3 meses y evaluar la implementación de entrega a domicilio. ORD 808 del 27.03.2020.

Además, se refuerza y explicita la instrucción a las redes asistenciales, la entrega de tratamientos farmacológicos de pacientes crónicos para 2-3 meses de acuerdo a la disponibilidad de stock, adecuando los espacios físicos de almacenamiento y frecuencia de reposición de los medicamentos. ORD 916 del 07.04.2020.

Para la correcta gestión y entrega de medicamentos durante las atenciones presenciales, se debe generar las coordinaciones y comunicaciones respectivas entre las unidades de atención ambulatoria y farmacia

7. RECOMENDACIONES AL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA ODONTOLÓGICA DE ESPECIALIDAD

- En primer lugar, realizar análisis epidemiológico y análisis de oferta y demanda de acuerdo a las consideraciones para el retorno de actividad ambulatoria de especialidad descrita anteriormente.
- Una vez determinada la demanda de atención odontológica de especialidad, es necesario establecer criterios de priorización de acuerdo a: diagnóstico clínico, edad, condición sistémica, antigüedad, pronóstico y condición socio-sanitaria. En ese marco, es que se ha determinado de acuerdo al Plan Paso a Paso Fases de

Retorno Gradual a la Atención Odontológica desarrollado en Anexo 4 y priorización de la atención de acuerdo a lo desarrollado en Anexo 5.

- Para determinar la oferta real de salas de procedimientos odontológicos y conocer las condiciones clínicas y administrativas relacionadas con la atención odontológica, es importante realizar el análisis de la infraestructura, insumos y servicios de apoyo con los que se cuenta en cada uno de los establecimientos de la Red Asistencial, para ello, es necesario referir Ord C 24 N°2246 del 21 de julio/20 y disponer del “Listado de comprobación (check list) lineamientos para reducción de riesgos de transmisión y contagio en el retorno gradual de la atención odontológica en contexto pandemia COVID-19”.
- Para el cálculo de la estimación de la oferta de horas de especialidades odontológicas, considerar Orientaciones Programáticas.
- Fundamental desarrollar flujos definidos y diferenciados según recomendaciones de los Programas locales de Prevención y Control de IAAS.
- Adoptar todas las medidas de prevención de infecciones necesarias, tanto en el uso de EPP, como en los procesos de selección de pacientes, para ello se debe evaluar la condición de salud del paciente y sus riesgos, de acuerdo a la necesidad de tratamiento odontológico.
- Para garantizar el correcto desarrollo de las fases de retorno de odontología se debe considerar la optimización de los procesos administrativos de apoyo a la atención clínica, cobrando importancia la coordinación de la Red Odontológica Integrada (ROI) entre los diferentes niveles de atención y dentro de cada establecimiento:
 1. Comité de Gestión de Demanda:
 - Dar continuidad asistencial
 - Realizar un análisis local de la demanda
 - Evaluar procesos de agendamiento
 - Mejorar gestión de la citación: citación diferida por bloques, elección de horas por usuario, reconfirmación de citas, citación de sobrecupos protegidos, monitoreo y gestión de no se presentan (NSP), call center y horas automatizadas.
 - Contacto y seguimiento remoto
 2. Contraloría Clínica
 3. Capacitación
 4. Teleodontología

8. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

En la mirada de las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), el usuario circula por distintos niveles de atención, siendo fundamental contar con información necesaria que permita generar continuidad de sus cuidados, lograr resolución de su problema de salud y que lo anterior se realice de manera organizada, coordinada, eficaz y eficiente

La contrarreferencia, si bien, presenta un nivel de coordinación similar para cada persona, corresponde a un proceso personalizado ya que las necesidades de cada persona son diferentes. Siendo necesario identificar riesgo y complejidad para luego definir los cuidados por nivel de atención, por último, supone agendar una hora post alta en la APS con el objeto de dar continuidad o incorporar a la persona a sus controles.

9. REGISTROS

Desde el ámbito de los registros se deben considerar los que involucran el seguimiento de trazabilidad del paciente y los que involucran producción por lo que:

En el caso de atenciones no GES relativas a Consulta Nueva de Especialidad, esta correspondería a egreso por causal de salida N°1, con fecha en que se realizó la llamada efectiva y con el RUN del Especialista Resolutor, esto es el médico que realiza la atención telefónica de especialidad. Recordar que el egreso se considera en aquellos casos que no se requiere de un examen físico presencial de acuerdo a criterio médico especialista. Asimismo, en la entrega de resultados de exámenes por medios remotos, se podrá aplicar egreso por casual de salida N°2, 17 y 19 según corresponda.

Las prestaciones definidas como "Atenciones Remotas" no deben ser tributadas en el sistema de registro REM 07, dado que cuentan con definiciones distintas; por ello se solicita a los referentes de los establecimientos en conjunto con los referentes de los Servicios de Salud implementar este registro de prestaciones de manera integral para análisis de estadísticas adicionales, y tributar los registros en "PLANILLA REGISTROS POR CONTINGENCIA COVID 19", disponibilizada por DEIS. Las atenciones por telemedicina se registran en REM A30.

Se debe incluir que todo lo anterior, debe quedar registrado en la FICHA CLINICA, independientemente de la plataforma o software particular que se utilice.

10. ANEXOS

Anexo 1: Guía: Plan de Recuperación de Actividad Asistencial GES y No GES, en Contexto Pandemia COVID-19

Esta guía constituye un instrumento de planificación para el desarrollo del plan de Recuperación de Actividad Asistencial, implica un proceso que puede actualizarse de acuerdo a la situación de cada servicio de salud.

Este Plan debe ser presentado al 31 de Julio, y corresponde al periodo del 1 de agosto a 31 de diciembre 2020

Los puntos a desarrollar en el Plan son los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. Desafío Estratégico:

Recuperar y optimizar la producción hospitalaria con el fin de responder eficaz y eficientemente la demanda sanitaria actual

Objetivos Estratégicos:

- Resolver GES Retrasadas y Vigentes correspondiente al periodo 2020, efectiva y completamente.
- Resolver Listas de Espera Quirúrgica y de Consulta de Especialidad con prioridad sanitaria ⁽¹⁾, efectiva y completamente.
- Fortalecer y optimizar los procesos ambulatorios y quirúrgicos en contexto de pandemia.

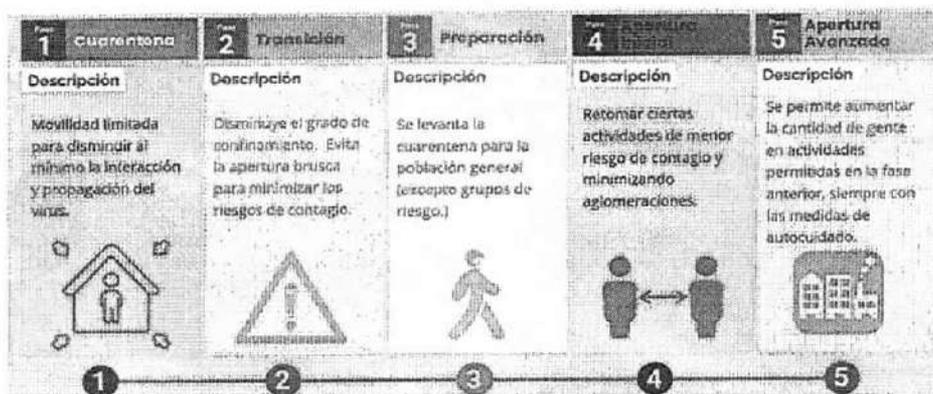
(1) Considera criticidad de riesgo vital, secuela funcional grave, trasplantes e Intervenciones Quirúrgicas de excesivos tiempos de espera (antigüedad al menos hasta 2018)

II. METODOLOGÍA DE TRABAJO

1. Plan paso a paso / Situación epidemiológica

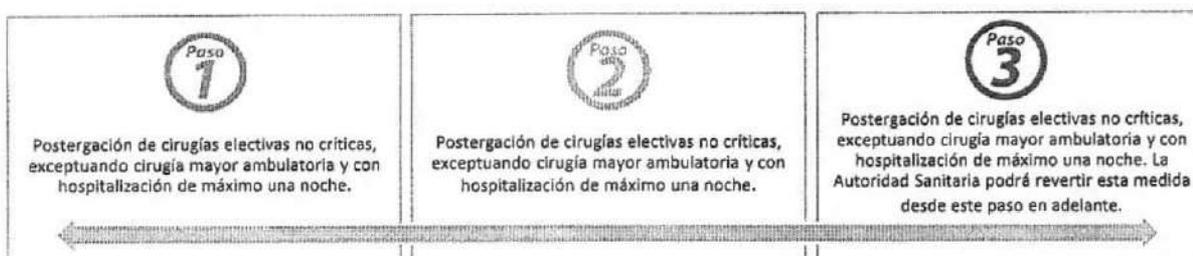
Para comenzar es muy importante identificar la etapa del Plan Paso a paso en la que se encuentra el Servicio de Salud

Etapas del Plan a Paso



Fuente: Grafica Plan Paso a Paso <https://www.qob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

Restricciones Sectoriales ámbito Quirúrgico según etapa Plan Paso a Paso



Fuente: Adaptación realizada por DIGERA de la Grafica Plan Paso a Paso <https://www.qob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

- La decisión para avanzar o retroceder en las etapas de apertura se tomará considerando el conjunto de los indicadores descritos y las características propias de las unidades territoriales analizadas.
- Dicho esto, la siguiente tabla resume los indicadores fundamentales y los umbrales que se deben alcanzar para la toma de decisiones.
- Cada avance debe mantener el cumplimiento de los indicadores alcanzados por al menos 2 semanas antes de poder pasar a la siguiente etapa.

Indicadores Plan Paso a Paso

Criterio	Valor para pasar de Cuarentena a Transición	Valor para pasar de Transición a Preparación	Valor para pasar de Preparación a Apertura inicial	Valor para pasar de Apertura inicial a Apertura Avanzada
Ocupación UCI Regional	≤ 90%	≤ 85%	≤ 80%	≤ 80%
Ocupación UCI Nacional	≤ 85%	≤ 85%	≤ 85%	≤ 80%
Re comunal	<1	<1	<1	<1
Tasa proyectada de casos activos (Regional)	Disminución sostenida en 3 semanas	Disminución sostenida en 2 semanas	≤ 50 por 100.000 habitantes	≤ 25 por 100.000 habitantes
Positividad regional	≤ 15%	≤ 10%	≤ 10%	≤ 5%
Porcentaje de casos aislados en < 48 h	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
Porcentaje de casos nuevos que vienen de contactos en seguimiento	No aplica	No aplica	≥60%	≥60%

Fuente: <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

2. Estimación de la demanda:

- Identificar pacientes con su garantía de oportunidad retrasada y suspendidas
- Identificar pacientes con garantía de oportunidad que se encuentra vigente y proyección de demanda a diciembre de 2020.
- Verificar que los registros de Lista espera No GES (IQ, CNE médica y odontológica), reflejen los pacientes en espera efectiva.
- Identificar demanda según condición clínico-diagnóstica y/o tiempos de espera.
- Evaluar Lista de espera de Controles si se cuenta con ella.

a. Demanda GES: utilizar fuente SIGGES.

- Total de Garantías Explícitas al 30 de junio 2020
- Garantías Explícitas en Salud Quirúrgicas al 30 de junio 2020
- Garantías Explícitas en Salud Quirúrgicas Oncológicas al 30 de junio 2020
- Garantías Explícitas en Salud Consultas al 30 de junio 2020

Cada una de ellas presentadas en el siguiente formato:

Establecimiento	Retrasada	Vigente	Proyección a Dic 2020	Total

b. Demanda No GES, Identificar el número de casos al 30 de junio en SIGTE.

Tabla: Consulta Nueva de Especialidad (CNE)

Establecimientos	CNE Medica (N° de casos)	Promedio Días de Espera CNE Medica	CNE Odontológica (N° de casos)	Promedio Días de Espera Odontología

Tabla: 80% con mayor Volumen LE CNE medica y Odontológica

Especialidad Medica	Total cantidad de casos	Especialidad Odontológica	Total cantidad de casos

Tabla: Intervenciones Quirúrgicas (IQ)

Establecimientos	IQ (N° de casos)	Promedio Días de Espera IQ

Tabla: Intervenciones Quirúrgicas (IQ) por año de ingreso a LE

Establecimientos	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Sub total	2019	2020	Total

Tabla: Intervenciones Quirúrgicas (IQ) Oncológicas por año de ingreso a LE

Establecimientos	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total

3. Estimación de oferta

a. Quirófano

Establecimiento	Qx. Dotación	Qx. Adicionales	Total Dotación disponible (dotación + adicionales)	Qx. habilitados	Qx. Inhabilitados	Qx. En Trabajo	Qx. No en trabajo	Motivos de No en trabajo	Acciones a realizar

b. Camas Cuidado Intensivo (UCI)

- Índice de ocupación de las camas de cuidados intensivos de los establecimientos en su territorio y evolución durante las últimas cuatro semanas

- Demanda estimada de uso de UPC por perfil de cirugía que se reiniciará, considerando la nueva dotación de camas

Establecimiento	Dotación a dic de 2019	Total camas UCI Habilitadas COVID	% Crecimiento	Total camas UCI Ocupadas	Total camas UCI Disponible	% Ocupación camas UCI	Dotación camas Post COVID	25% dotación de UCI basal, requerido para Cirugía	% de camas UCI requerido / dotación camas post COVID	Número pacientes promedio COVID máx para ocupación 85%+ camas Cx	% ocupación COVID de habilitado, seguro para Inicio Cx
Nombre del establecimiento	Dotación de camas UCI adulto al 31 dic 2019	Total de camas UCI adulto habilitadas a julio de 2020	(Total camas UCI habilitadas/ Dotación UCI adulto al 31 dic 2019) x 100	Total camas UCI adulto ocupadas	Total camas UCI adulto disponible	(Total camas UCI adulto ocupadas/ Total de camas UCI adulto habilitadas) x 100	N° de dotación de camas confirmadas a mantener año 2021	Dotación de camas UCI adulto al 31 dic 2019 x 25%	25% dotación de UCI basal, requerido para Cirugía/ Dotación camas Post COVID	(N° de dotación de camas confirmadas a mantener año 2021 x 85%) + 25% dotación de UCI basal, requerido para Cirugía	Número pacientes promedio COVID máx para ocupación 85%+ camas Cx/ Dotación camas Post COVID

c. Atención Ambulatoria

Ámbito	Detalle
Disponibilidad de Infraestructura	N° de box para atención presencial Capacidad de sala de espera, considerando el distanciamiento social
Disponibilidad de Unidades de Apoyo	Identificar capacidad de exámenes Identificar cantidad de personas a atender en Toma de muestra y Farmacia
Disponibilidad de tecnologías de la información	Determinar capacidad de Atención Remota
Disponibilidad de visitas a domicilio	Determinar capacidad de visitas a domicilio

d. Recurso Humanos:

- Determinar especialidades disponibles para atención ambulatoria y planificar aumento progresivo de ellos de acuerdo a análisis situación local.
- Determinar horas disponibles de los profesionales para las distintas modalidades de atención, para consultas y procedimientos

4. Estrategias y líneas de acción

En este punto deben generar las líneas de acción y estrategias a desarrollar.

Se recomienda las siguientes líneas de acción:

Ámbito quirúrgico

Optimizar el proceso quirúrgico desde el prequirúrgico hasta el alta médica, considerando las recomendaciones de IAAS

- Indicar las estrategias y acciones

Aumentar en forma progresiva los quirófanos electivos en trabajo

- Indicar las estrategias y acciones

Aumentar el porcentaje de ocupación de quirófanos en horario hábil y considerar horario diferido para el personal.

- Indicar las estrategias y acciones

Considerar la alternativa de horario inhábil de día de semana, sábado o domingo

- Indicar las estrategias y acciones

Considerar el proceso incorporando la evaluación de unidades de apoyo, especialmente laboratorio, imagenología y esterilización.

- Indicar las estrategias y acciones

Considerar para la realización del plan, todos los establecimientos que tengan que tengan quirófanos

- Indicar las estrategias y acciones

Ámbito Ambulatorio

Desarrollar flujos definidos y diferenciados en todo el proceso de atención (admisión, preparación, consulta, exámenes y farmacia).

- Indicar las estrategias y acciones

Aumentar en forma progresiva la atención a los usuarios

- Indicar las estrategias y acciones

Optimizar la oferta de profesionales generando diferentes modalidades de atención

- Indicar las estrategias y acciones

Fortalecer el Proceso de Gestión de agenda

- Indicar las estrategias y acciones

Considerar extensión horaria días hábiles o atención días sábados tanto para atención de consultas como Toma de muestra y Farmacia.

- Indicar las estrategias y acciones

Considerar Gestión de Casos para optimizar Consulta Nueva presencial y contrareferencia asistida.

- Indicar las estrategias y acciones

Considerar en el plan todos los establecimientos con atención de especialidad y modelo RISS para asegurar atención entre los niveles

- Indicar las estrategias y acciones

5. Referente Responsable del Servicio de Salud

Nombre Referente	Cargo en el SS	Correo	Teléfono de contacto

Sera el encargado de gestionar el plan desarrollado por el Servicio de Salud, dentro de sus funciones se encuentra:

- Conocer la demanda GES y No GES de todo su Servicio de Salud
- Conocer la oferta de todos los establecimientos pertenecientes a su Servicio de Salud
- Responsable de monitorear los indicadores de producción de los establecimientos pertenecientes a su Servicio de Salud
- Monitorear las estrategias y líneas de acción definidas por los establecimientos
- Responsable de interlocutar entre los establecimientos, el Servicio de Salud y el Ministerio de Salud

6. Programación de Resolución.

Resolución Demanda	Número de casos a resolver mensualmente					
	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
<i>Demanda GES</i>						
Consultas GES						
Procedimientos GES						
Intervenciones Quirúrgicas (IQ)						
Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) GES						
IQ Oncológicas GES						
Total de Casos GES						
<i>Demanda IQ No GES</i>						
Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) No GES						
Cirugía electiva No GES						
Cirugía menor No GES						
Total IQ No GES						
<i>Demanda CNE No GES</i>						
CNE Médica No GES						
CNE Odontológica No GES						
Total CNE No GES						

III. Seguimiento

1. Seguimiento y acompañamiento semanal de DIGERA con referente de cada Servicio de Salud.
2. Evaluación de Indicadores de un cuadro de mando integral por Servicio de Salud.
3. Evaluación de compromisos semanales de aquellos indicadores de bajo cumplimiento.

Anexo 2: Ejemplo Recomendación para estimar demanda de atención por Profesional de no médico de salud en distintos niveles de complejidad

Profesionales de Rehabilitación. A nivel de Hospitales los profesionales de los equipos Rehabilitación deben gradualmente retomar las actividades previas, manteniendo la priorización de la atención en los pacientes con cuadros complejos en fase aguda. En la atención primaria se debe priorizar y definir la mejor estrategia para los pacientes que tengan altas prematuras y que requieran continuidad de la atención ya sea presencial o a distancia. Ambos niveles deben identificar la población beneficiada con las intervenciones de asistencia a distancia como prioridad, como a su vez incorporar estrategias instaladas en ambos niveles, ya sea a través de Rehabilitación domiciliaria incorporados a programas de Hospitalización domiciliarias, visitas domiciliarias y otras estrategias de acuerdo a desarrollos locales.

Profesionales de Programas de Salud Respiratoria, priorizar la atención en personas pertenecientes a grupos de riesgo tales como crónicos respiratorios, exacerbaciones de enfermedades crónicas respiratorias, control de neumonía adquirida en comunidad (NAC) principalmente Mayores de 65 años e IRA en menores de 5 años con especial preocupación en los menores de 1 año, determinando los pacientes que requieren atención inmediata, media o prolongable en el tiempo y la modalidad en que estos serán atendidos, dando énfasis en la atención por teleasistencia como primera instancia, según sea posible dado el requerimiento, luego a través de visita domiciliaria y en última instancia la vía presencial en el Establecimiento de salud.

Profesionales del Programa de Salud de la Mujer: priorizar las atenciones de Alto Riesgo Obstétrico, con especial énfasis en gestantes con co-morbilidades tales como: Diabetes Pre-gestacional, Hipertensión Arterial Esencial, Patologías Cardiovasculares, Antecedentes de patologías tromboembólicas, Lupus, Patologías Neoplásicas entre otras. Realización de monitorización fetal (RBNE en los casos que cuenten con la indicación médica como control de la unidad feto-placentaria). Ecografías de screening: 11-14 semanas, 20-25 semanas y tercer trimestre, Ecografías Doppler en los casos que cuenten con la indicación médica como control de la unidad feto-placentaria y prestaciones asociadas a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Respecto de atención ginecológica, se sugiere priorizar aquellos casos de resolución quirúrgica, finalmente en relación a UNACESS priorizar Ingresos, controles y tratamiento de usuarias/os con cualquier ITS sintomática, Ingresos, controles y tratamiento de gestantes con ITS, Ingreso y control de Víctimas de Violencia Sexual, Ingresos y controles de Salud Sexual de Trabajadoras/es Sexuales y pesquisa de ITS/VIH en casos de riesgo.

Profesionales que realizan atención a pacientes crónicos, se sugiere priorizar la atención de pacientes que padecen enfermedades con importante carga de morbilidad y mortalidad evitando así un eventual deterioro y complicaciones prevenibles en la salud de las personas.

Anexo 3: Glosario Atención Remota

1- TELEMEDICINA

Definición: Es la atención de salud a distancia que permite hacer diagnósticos, efectuar tratamientos, prevenir enfermedades y rehabilitar, realizada por profesionales que utilizan tecnologías de la información y de comunicación para intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de acceso o de oferta a los servicios en su área geográfica.

La telemedicina se puede realizar en 2 modalidades:

- **Modalidad asincrónica:** permite el almacenamiento y transferencia de datos y/o imágenes fijas en "diferido", los que son enviados al médico especialista junto a antecedentes clínicos del paciente, para que éste emita una orientación diagnóstica y/o terapéutica.
- **Modalidad sincrónica:** se basa en la interacción en tiempo real y en vivo, que permite la comunicación en directo del médico tratante con el médico especialista, siendo este último quien entregará orientaciones diagnósticas y/o terapéuticas al médico tratante. En esta modalidad el paciente puede o no estar presente.

2- TELECONSULTA

Definición: Es una consulta a la distancia realizada a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y uno (o más) miembro(s) del equipo de salud que se encuentran respectivamente ubicados en lugares geográficos distintos respecto del paciente y que tienen la posibilidad de interactuar entre sí, de manera de ser homologables a la consulta presencial. Si bien es cierto, existen distintas estrategias de atención remota, en consulta nueva de especialidad GES o NO GES y en control o seguimiento GES, sólo se valida la atención remota vía telemedicina o video llamada. En caso de controles NO GES se puede incorporar la atención telefónica. Junto con esto, debe considerarse todo el marco normativo señalado en la circular n°3 de la Superintendencia de Salud del año 2020.

3.- CONTACTO TELEFÓNICO

Definición: Estrategia de apoyo a la atención remota, que consiste en una comunicación telefónica realizada por un funcionario de un establecimiento de salud de la Red Pública desde un número telefónico institucional (fijo o móvil) identificable, a un usuario.

Por medio de una llamada sólo se podrá realizar alguna de las siguientes acciones para facilitar el otorgamiento de las prestaciones garantizadas:

- Contactabilidad y citaciones para agendamiento de la atención de salud.
- Entrega de información de resultados de exámenes que impliquen el descarte de un problema de salud.
- Entrega de información que implique repetición de indicaciones, exámenes o recetas.
- Retroalimentación de resultado terapéutico en la fase de seguimiento.
- Control o seguimiento profesionales médicos y no médicos en patologías NO GES

Anexo 4: Fases de Retorno Gradual a la Atención Odontológica

De acuerdo al Plan Nacional "Paso a Paso", para el retorno gradual a la atención odontológica se establecen las siguientes fases:

FASE DE CUARENTENA

1. Urgencias Odontológicas GES.
2. Urgencias y emergencias odontológicas de Especialidad.
3. Pacientes con necesidad de tratamiento odontológico impostergable:
 - a. Pacientes que requieran pases quirúrgicos.
 - b. Pacientes que requieran atención odontológica previo a terapia oncológica o similar
 - c. Pacientes hospitalizados con necesidad de atención odontológica.
4. Pacientes GES que requieran atención odontológica ambulatoria o quirúrgica impostergable (Ejemplo: GES Fisurados).
5. Especialidad de Imagenología, como procedimientos de apoyo a las atenciones mencionadas en punto 1, 2, 3 y 4.

FASE DE TRANSICIÓN

1. Pacientes que cumplan criterios de Fase Cuarentena.
2. Pacientes con cuadros clínicos con potencial posibilidad de descompensación en todas las especialidades odontológicas.
3. Pacientes GES o no GES que deben recibir atención odontológica impostergable, de acuerdo a su plan de tratamiento.
4. Pacientes derivadas de la urgencia odontológica que requiera continuidad de atención de especialidad impostergable.
5. Especialidad de Imagenología, como procedimientos de apoyo a las atenciones mencionadas en punto 1, 2, 3 y 4.

FASE DE PREPARACIÓN Y APERTURA INICIAL

1. Pacientes que cumplan criterios de Fase de Cuarentena y Fase de Transición.
2. Pacientes bajo control GES o no GES que no presenten condición de riesgo de enfermar grave de COVID-19² y que deban retomar sus tratamiento odontológicos de especialidad.
3. Ingreso de pacientes GES que no presenten condición de riesgo de enfermar grave de COVID-19.
4. Ingreso de pacientes no GES que no presenten condición de riesgo de enfermar grave de COVID-19 y que cumpla con los criterios de priorización clínica por especialidad.

² Factores de Riesgo para enfermar grave de COVID-19: Adultos mayores de 65 años, Cáncer, Enfermedad renal crónica, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), Personas inmunodeprimidas (sistema inmunitario debilitado) por trasplante de órganos sólidos, Obesidad (índice de masa corporal [IMC] de 30 o superior), Afecciones cardíacas graves, tales como insuficiencia cardíaca, enfermedad de la arteria coronaria o miocardiopatías, Enfermedad de células falciformes, Diabetes mellitus tipo 2. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-increased-risk.html>

5. Ingreso de pacientes no GES que no presenten condición de riesgo de enfermar grave de COVID-19 y que cumplan con los criterios de priorización por su complejidad socio-sanitaria: SENAME, PRAIS u otro según corresponda.
6. Especialidad de Imagenología, como procedimientos de apoyo a las atenciones mencionadas en punto 1, 2, 3, 4 y 5.

FASE DE APERTURA AVANZADA

1. Pacientes que cumplan criterios de Fases de Cuarentena, Transición, Preparación y Apertura inicial.
2. Priorización de atención según tiempos de espera.
3. Atención al 100% de acuerdo a la oferta real:
 - a. RRHH
 - b. Infraestructura
 - c. Equipamiento e instrumental

Anexo 5: Priorización de casos según protocolos de referencia y contrarreferencia

1. **Especialidad de Rehabilitación Oral – Prótesis Removible:**
 - Paciente con compromiso funcional:
 - Paciente desdentado total sin prótesis
 - Paciente con dificultades de proceso masticatorio
 - Paciente con compromiso estético en sector anterior (premolar a premolar)
 - Paciente tratado o en tratamiento en otra especialidad mediante derivación interna
2. **Especialidad de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial:**
 - Pacientes con dolor severo orofacial y franco detrimento funcional y/o social producto de patología que no responda a manejo inicial en APS:
 - Dolor ATM, temporal y/o maseterino
 - Dolor Orofacial de origen no musculoesquelético: Dolor Orofacial Neuropático
 - Pacientes con apertura máxima < a 20 mm interincisal con evolución menor a 2 meses y que no responda a Manejo Inicial en APS.
 - Pacientes de alta con menos de 1 año de la especialidad y que cumplan criterio de inclusión.
3. **Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial:**
Según GRCO:
 - Mordida abierta, cruzada: Mordida invertida
 - Mordida abierta, cruzada: Mordida abierta anterior dentición mixta en primera fase
 - Mordida abierta, cruzada: Mordida cruzada posterior unilateral dentición mixta en primera fase

- Dientes incluidos: dientes incluidos o retenidos
- Dientes Supernumerarios: dientes supernumerarios

4. **Especialidad de Endodoncia:**

- Paciente con diente que haya sufrido traumatismo dentoalveolar.
- Paciente con diente permanente joven que curse cuadro irreversible.
- Pacientes con dientes que hayan sufrido dos o más cuadros infecciosos agudos (absceso apical agudo en cualquiera de sus fases) y que hayan requerido tratamiento antibiótico a repetición.
- Paciente con diente que haya sufrido perforación durante la confección de cavidad de acceso que por algún motivo no pudo ser sellada inmediatamente.

5. **Especialidad de Periodoncia:**

Paciente con:

- presencia de pérdida de inserción clínica mayor o igual a 5 mm.
- evidencia de pérdida ósea radiográfica mayor o igual al 50% de la superficie radicular.
- pérdida dentaria por historia de periodontitis
- profundidad de sondaje mayor o igual a 6 mm
- compromisos de furca clase II o III
- presencia de pérdida ósea vertical mayor o igual a 3 mm.

Todo paciente del programa cardiovascular y fumadores de más de 10 cigarrillos diarios con pérdida de inserción y signos clínicos inflamatorios asociados.

Pacientes rehabilitados con IOI y que presenten compromiso inflamatorio de los tejidos periimplantares (enrojecimiento, sangrado al sondaje) deben ser derivados a Periodoncia con sospecha de enfermedad Periimplantar.

6. **Especialidad de Odontopediatría:**

- Pacientes con Traumatismo Dentoalveolar, con manejo inicial de urgencia realizado.
- Pacientes con urgencia odontológica que no puede ser resuelto por dificultades de cooperación o condición sistémica.
- Pacientes con fisuras orofaciales de acuerdo a mapa de red establecido.
- Paciente que requiere con prontitud atención odontológica y pase odontológico para acceder a intervenciones médicas de nivel secundario y terciario.
- Paciente lactante con dificultades para establecer una lactancia materna adecuada, que podría estar asociada a dientes natales, neonatales, frenillo lingual corto, úlceras traumáticas, quistes, entre otras, con manejo previo por equipo de salud infantil.
- Paciente con alteraciones del desarrollo dentario.

7. **Otras especialidades, Analizar según:**
- Diagnóstico clínico: riesgo, complejidad, severidad
 - Edad y sexo
 - Condición crónica
 - Tiempo de espera observado
 - Pronósticos clínicos favorables
 - Complejidad socio sanitaria

9. BIBLIOGRAFÍA

1. CDC. Non-COVID-19 Care Framework | CDC [Internet]. [cited 2020 May 30]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/framework-non-COVID-care.html>
2. White House. Opening up America again. Disponible en: <https://www.whitehouse.gov/openingamerica/> Acceso el 22 de mayo 2020.
3. Centers for Medicare and Medicaid Services. Non-Emergent, Elective Medical Services, and Treatment Recommendations. Disponible en: <https://www.cms.gov/files/document/cms-non-emergent-elective-medical-recommendations.pdf> Acceso el 25 de mayo de 2020.
4. American Academy of Family Physicians. Considerations on re-opening your practice. Disponible en: https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/COVID-19/resuming-care.pdf Acceso el 25 de mayo de 2020.
5. Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones en Telemedicina durante epidemia de COVID-19 en Chile - CENS [Internet]. [cited 2020 May 18]. Available from: <https://cens.cl/guia-buenas-practicas-telemedicina/>
6. Narváez P, Méndez N, Cortes Suazo M, Llach Fernandez E, Navarrete Mella P. Programa Nacional de Telesalud. Ministerio de Salud - Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2018.
7. DTO-22 07-SEP-2019 MINISTERIO DE SALUD, SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA - Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. [cited 2020 May 18]. Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1135882>
8. Modelo de Atención en RISS en. Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES en Chile. 2014.
9. Orientaciones planificación y programación en Red, Ministerio de Salud, Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2020.
10. Guía Perinatal. Subsecretaría de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Ciclo Vital, Programa Nacional Salud de la Mujer. Minsal año 2015. Available from:

[https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL 2015 %20PARA%20PUBLICAR.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL%202015%20PARA%20PUBLICAR.pdf)

11. COVID-19 Dental Services Evidence Review (CoDER) Working Group: Recommendations for the re-opening of dental services: a rapid review of international sources, 2020. 2020;36.
12. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci.* diciembre de 2020;12(1):9.

R66



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DEPTO. GES, REDES COMPLEJAS Y LÍNEAS PROGRAMÁTICAS

Int. N°
NCC / JNR / AMM / joh



ORD. C26 N° 677

ANT.: No hay.

MAT.: Redes de alta complejidad contexto pandemia.

SANTIAGO, **24 FEB 2021**

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES
A : DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD

A través del presente, Informo Usted lo siguiente, debido a la pandemia, se ha producido una disminución en el cumplimiento de las garantías GES, en especial de oportunidad y un aumento de la lista de espera de cirugías y procedimientos complejos, generando dificultades para las personas que no han recibido la prestación requerida. La situación descrita, hace necesario resguardar actividades críticas, especialmente de alta complejidad, con criterios regionales y máxima flexibilización en las derivaciones establecidas en tiempos de no pandemia.

Estas actividades están relacionadas con el área cardioquirúrgicos, neuroquirúrgicos, hemato oncológicos, redes neonatológicas y pediátricas de alta complejidad y red de procuramiento y trasplante, las cuales se detallan a continuación:

• **Cardiociugía:**

Resguardar la atención de los pacientes cardiovasculares con la asignación de camas, disponibilidad de pabellones y RRHH. Especialmente en aquellos centros definidos como pilares, durante la pandemia (zona norte: Hospital Gustavo Fricke; Metropolitana: Instituto Nacional del Tórax; zona sur: Hospital Grant Benavente de Concepción), que son aquellos que apoyan a otros centros imposibilitados de entregar atención.

Flexibilizar la derivación de pacientes, si el centro definido por Libro de Redes Ges y No Ges no puede hacerlo, derivar al centro de cardiociugía más cercano que cuente con capacidad.

Mantener la realización de cardiociurgías de urgencia en todos los hospitales que constituyen un Centro Cardiológico de alta complejidad de referencia definido en el Libro de Redes Ges y no Ges.

Servicio de Salud	Derivación	Apoyo
Arica	Hospital Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta	
Iquique	Instituto Nacional del Tórax	
Antofagasta	Hospital Dr. Leonardo Guzman, Antofagasta	Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar
Atacama	Instituto Nacional del Tórax	
Coquimbo	Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar	
Valparaíso San Antonio		

Viña del Mar - Quillota		
Aconcagua		
Metropolitano Norte	Hospital San Juan de Dios, Metropolitano Occidente	Instituto Nacional del Tórax
Metropolitano Occidente		
Metropolitano Central		
Metropolitano Oriente	Instituto Nacional del Tórax	
Metropolitano Sur		
Metropolitano Sur Oriente	Complejo asistencial Dr. Sótero del Río	
O'Higgins	Hospital San Juan de Dios, Metropolitano Occidente	
Maule	Hospital Dr. César Garavagno, Talca	
Ñuble	Hospital Las Higueras, Talcahuano	
Concepción	Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción	Hospital Las Higueras, Talcahuano
Arauco		
Bío Bío		
Talcahuano	Hospital Las Higueras, Talcahuano	
Araucanía Norte		
Araucanía Sur	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco	
Valdivia	Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción	
Osorno		
Del Reloncaví		
Chiloé	Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Puerto Montt	
Aysén	Instituto Nacional del Tórax	
Magallanes		

- **Neurocirugía:**

La red de atención neuroquirúrgica compleja también está implementada en base a grados escalonados de complejidad y resolutivez.

Todos los establecimientos definidos por red de derivación Ges y no Ges, deben responder a emergencias y urgencias neuroquirúrgicas, impostergables que requieran de su alta especialización.

En caso de falta de respuesta de alguno de ellos, se debe recurrir al centro más cercano ya sea por traslado terrestre o aéreo. Las condiciones y recursos para el traslado de pacientes se deben definir con antelación para dar fluidez al proceso.

Mantener al Instituto de Neurocirugía, que es Centro de referencia Nacional, fuera del pool nacional de camas para atención de COVID-19, resguardando el acceso y oportunidad de atención a pacientes neuroquirúrgicos de todo el país, cuando el establecimiento de origen no pueda hacerlo.

Servicio de Salud	Derivación	Apoyo
Arica	Hospital Dr. Juan Noé Crevani, Arica	Instituto Nacional de Neurocirugía
Iquique	Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, Iquique	
Antofagasta	Hospital Dr. Leonardo Guzman, Antofagasta	
	Hospital Dr. Carlos Cisternas, Calama	
Atacama	Hospital San José del Carmen, Copiapó	
Coquimbo	Hospital San Pablo, Coquimbo	Hospital Carlos Van Büren, Valparaíso
Valparaíso San Antonio	Hospital Carlos Van Büren, Valparaíso	
Viña del Mar Quillota	Hospital Carlos Van Büren, Valparaíso	
Aconcagua	Hospital San Camilo, San Felipe	
Metropolitano Norte	Hospital San José	
Metropolitano Central	Hospital Clínico San Borja Arriarán	Instituto Nacional de Neurocirugía
	HUAP	
Metropolitano Oriente	Instituto Nacional de Neurocirugía	
Metropolitano Sur	Hospital Barros Luco Trudeau	
Metropolitano Occidente	Hospital Félix Bulnes	
Metropolitano Sur Oriente	Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río	
O'Higgins	Hospital Regional Rancagua	Hospital Regional Rancagua
Maule	Hospital Dr. César Garavagno, Talca	
Ñuble	Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán	Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción
Concepción	Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción	
Talcahuano	Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción	
Bío Bío	Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles	
Arauco	Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción	
Araucanía Norte	Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles (sub red Angol)	
	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco (subred Victoria)	
Araucanía Sur	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco	
Valdivia	Hospital Regional de Valdivia	Hospital de Puerto Montt
Osorno	Hospital Base de Osorno	
Del Reloncaví	Hospital de Puerto Montt	
Chiloé	Hospital de Puerto Montt	
Aysén	Hospital Regional de Coyhaique	
Magallanes	Hospital Clínico Dr. Lautaro Navarro Avaria, Punta Arenas	

• **Oncología:**

En la atención cerrada, es relevante resguardar la actividad más crítica:

- Hematología oncológica, principalmente leucemias agudas y linfomas agresivos.
- Trasplantes de médula ósea tanto adultos como pediátricos.
- Cirugías oncológicas, cuya no realización significa un cambio en el estado y pronóstico del paciente.

En trasplante de médula ósea del adulto, es necesario resguardar que los establecimientos privados a los que se les compra servicios por falta de oferta pública tengan un porcentaje de resguardo de la actividad relacionada con trasplante de médula ósea para no generar lista de espera en este tratamiento.

Resguardar la actividad y camas de hematología de los 15 centros públicos (clasificados como H3), que atienden pacientes con leucemias y linfomas candidatos a quimioterapia intensiva y de los 2 centros públicos realizan trasplante de médula ósea adulto (H. Salvador y H. de Valdivia) y 1 que realiza trasplante de medula ósea pediátrico (H. Calvo Mackenna).

Mantener la estrategia de apoyo y derivación a FALP y que sus camas no sean consideradas dentro del pool nacional de camas para atención de COVID-19.

Con relación a los pacientes de leucemias agudas, definida como patología crítica, se mantendrá la derivación de pacientes, la que es coordinada en momentos de contingencia por el nivel central. Para ello se requiere que todos los directivos autoricen la hospitalización de pacientes de cualquier región del país. En caso de no tener posibilidad de cupo en los hospitales públicos, es Fonasa quien deriva a través de segundo prestador, lo que también es solicitado por Minsal.

Centro Hematología oncológica	Resolutor	Servicios Derivadores	N° de camas diferenciadas a resguardar
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni		Arica	Resguardar camas de hematología
		Iquique	
Hospital Dr. Leonardo Guzmán		Antofagasta	Resguardar camas de hematología
		Atacama	
Hospital La Serena		Coquimbo	Resguardar camas de hematología
Hospital Dr. Carlos Van Buren		Valparaíso San Antonio	Resguardar camas de hematología
Hospital Dr. Gustavo Fricke		Viña del Mar Quillota	Resguardar camas de hematología
		Aconcagua	
Hospital Dr. Roberto del Río		Metropolitano Norte	Resguardar toda la actividad oncológica, más aún que recibirán pacientes del H. San Borja en la contingencia de este hospital
Instituto Nacional del Cáncer		Metropolitano Norte	No utilizar el INC en el pool de camas y establecimientos para atención de COVID
Hospital San Juan de Dios		Metropolitano Occidente	Resguardar camas de hematología
Hospital Clínico San Borja-Arriarán		Metropolitano Central	Debido a la contingencia del H. San Borja y a la escasa oferta de camas para hemato se está viendo caso a caso
		Magallanes	

Hospital del Salvador	Metropolitano Oriente	Resguardar camas de Unidad de Hematología Intensiva, en las que se realizan trasplantes de médula ósea de todo el país y camas de Sala Luco de atención de Leucemias agudas
Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna	Metropolitano Oriente	Resguardar toda la actividad oncológica, incluyendo Trasplante de médula ósea infantil
Hospital Dr. Lucio Córdova	Metropolitano Sur	Resguardar camas de hematología
	O'Higgins	
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río	Metropolitano Sur Oriente	Resguardar camas de hematología
Hospital Dr. César Garavagno	Del Maule	Resguardar camas de Hematología
Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente	Concepción	Resguardar camas de hematología
	Ñuble	
	Biobío	
	Arauco	
Hospital Las Higueras	Talcahuano	Tienen convenio para hospitalización de leucemias agudas
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena	Araucanía Norte	Resguardar camas de hematología
	Araucanía Sur	
Hospital Clínico Regional (Valdivia)	Valdivia	Resguardar camas para tratamiento de leucemias agudas y trasplante de médula ósea (de derivación nacional)
	Osomo	
	Reloncaví	
	Chiloé	
	Aysén	

- **Neonatología y pediatría de alta complejidad**

Los prestadores públicos y privados que poseen cartera de alta complejidad pediátrica crítica, por ejemplo, cardiocirugía y trasplante de médula deben mantener capacidad de respuesta.

En el caso de privados en convenio con FONASA como PUC y Clínica Santa María para problemas de salud GES, si utilizan capacidad pediátrica para apoyar el área adulto COVID-19, deben resguardar la respuesta al requerimiento crítico que surja desde área que habitualmente les deriva.

En el caso de los Hospitales pediátricos exclusivos (H. Calvo Mackenna, H. Exequiel Gonzalez Cortes, H. Roberto del Río), deben mantener oferta para el ámbito pediátrico de urgencia y electivo, y en caso de que fuese necesario, estar disponibles para flexibilizar redes GES y No GES, y recibir pacientes de áreas distintas de su área de influencia habitual.

- **Donación, procuramiento y trasplante**

El desarrollo de esta actividad se relaciona con emergencias vitales, razón por la cual debe ser considerada prioritaria para todas sus etapas, esto es, donación, procuramiento y trasplante.

Las instituciones deben desarrollar todos sus esfuerzos para mantener, incluso en situación de pandemia, el proceso en su integridad evitando, en todo momento, utilizar los recursos humanos, físicos y de otra índole destinados al mismo.

La preservación de los equipos de Coordinaciones Locales de Procuramiento y Trasplante resulta fundamental pues serán éstos los que soportarán la logística y acciones requeridas.

Mantener los programas de trasplante locales es imperativo por cuanto su cierre significa, habitualmente, que los pacientes que siguen no serán elegibles para trasplante por encontrarse el centro inactivo.

Los centros deben tener soluciones que les permitan direccionar estas prestaciones hacia instituciones que, en mejores posibilidades de trasplantar, permitan no alterar la posibilidad de acceso a trasplante para las personas.

Se solicita a todos los establecimientos involucrados, entregar su máximo esfuerzo en esta lógica colaborativa, mientras estemos bajo presión asistencial impuesta por pandemia a toda la red.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,



Distribución:

- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División de Gestión de la Red Asistencial
- Depto. GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas
- Oficina de partes.

