



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

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

Cuarto reporte de resultados

14 de Agosto 2020

1. Resumen Ejecutivo

- La estrategia de testeo-trazabilidad-aislamiento (TTA) es uno de los pilares en el control de la pandemia. El objetivo de este informe es monitorizar semanalmente la implementación de la estrategia en la Atención Primaria de Salud (APS).
- Se presentan los resultados de la cuarta ronda de la encuesta, aplicada entre el 10 y 13 de agosto del 2020. Ésta fue respondida por 260 personas, lo que corresponde a 165 centros de APS (142 CESFAM) y 30 direcciones de salud municipal. La mayor parte de las respuestas de establecimientos corresponde a encargados/as epidemiológicos/as o directores/as (72%).
- Los resultados muestran **avances en el componente de Testeo Activo y en el traspaso de los fondos del mes de julio destinados a la estrategia TTA**. Sobre lo primero, el porcentaje de centros que hacen testeo activo ha aumentado desde las rondas anteriores a un 91% de los centros. En la información cualitativa recopilada, existen indicios de que el aumento en el número de test ha provocado retraso en la disponibilidad de los resultados en algunos centros. También, se evidencia una mejoría en el traspaso de recursos desde el nivel central, disminuyendo de forma importante los centros que no los han recibido (14%). Sin embargo, hay signos de que los recursos traspasados podrían ser insuficientes: menos de la mitad de los centros cuenta con recursos para movilización en todas las actividades y la sección cualitativa, la categoría más mencionada es la falta de recursos humanos y económicos para desarrollar la estrategia TTA.
- En cuanto al uso de la plataforma EPIVIGILA, **solo un 50% de los centros recibe la lista de casos a través de esa plataforma y también un 50% registra sus actividades de TTA en la misma**. Es importante asegurar la interoperabilidad entre las plataformas utilizadas por los municipios y EPIVIGILA, con el objetivo de tener un cálculo de



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

indicadores que sea más confiable y homogéneo.

- Respecto al reporte de indicadores desde los centros a la autoridad sanitaria, un 78% de los centros APS refiere reportar a sus respectivos municipios (u otros) y un 87% de los municipios refiere reportar a Autoridad Sanitaria.
- En cuanto a los indicadores de oportunidad de la trazabilidad, un 33% refiere contactar a los contactos de caso sospechoso en menos de 24 hrs y un 49% entre 24 y 48 hrs. Un 5% de los centros refiere no contactar a estos pacientes.
- Al intentar comparar nuestros indicadores con los reportados en el informe epidemiológico, surgen una serie de dudas con respecto a la metodología de cálculo de los indicadores y la fuente de los mismos. En particular sobre la metodología, no es clara la definición de caso utilizada en el informe y no especifica desde cuándo se consideran las 48 hrs reportadas. También, los reportes muestran que se están registrando solo 1,5 contactos por caso (muy por debajo de lo referido por organismos internacionales), y hay total ausencia de indicadores sobre aislamiento. También, se identifican inconsistencias en su aplicación al plan paso a paso: la comuna de Santiago no cumple el indicador de trazabilidad para salir de cuarentena. Para más detalle, el presente informe presenta un análisis de los indicadores del informe epidemiológico. **Es urgente transparentar el cálculo de los indicadores, su fuente y optimizar los indicadores utilizados en el plan de desconfiamiento.**
- Sobre el aislamiento, sólo un 44% de los centros puede aislar a todos los casos en menos de 24 horas y aún la mitad de centros del país no puede emitir las licencias médicas a los contactos estrechos. **En contexto en que la autoridad sanitaria no reporta indicadores de aislamiento en el informe epidemiológico, existe preocupación por la fragilidad de este componente de la estrategia.**



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

2. Contexto

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

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

En cuanto a recursos, se ha declarado públicamente que los establecimientos recibieron el 16 de julio fondos para contratación de personal y compra de insumos.

Desde el inicio del Monitoreo TTA, se nota un avance en la transparencia de la información por parte de la autoridad sanitaria, ya que esta ha publicado en el último informe epidemiológico (10 de agosto) algunos indicadores de trazabilidad a nivel comunal. Por la relevancia de esta fuente, estos se analizan y comparan con los resultados en la sección de Discusión del presente informe.

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

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



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

3. Metodología

La monitorización consiste en una encuesta de autoaplicación en línea a trabajadores/as de Atención Primaria de Salud (establecimientos o direcciones/departamentos de salud). Incluye 5 preguntas de caracterización y 9 que abordan aspectos relacionados al testeo, trazabilidad, aislamiento y disponibilidad de recursos. La encuesta se ha aplicado en 4 rondas, la primera el día jueves 8 de julio, la segunda entre el 14 y el 20 de julio, la tercera entre el 27 y el 30 de julio y la cuarta entre el 10 y el 13 de agosto. La muestra es por conveniencia, no probabilística. En esta cuarta ronda, se suman respuestas de nuevos centros. Cuando existe más de una respuesta por CESFAM / Municipio, se selecciona la respuesta según los siguientes criterios, en orden precedente:

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

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



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



MGZ Chile

4. Resultados

a. Caracterización de las respuestas

En la cuarta ronda se recibieron un total de 260 respuestas, analizándose 195 instituciones diferentes, según los procedimientos descritos en la sección anterior. Estas corresponden a 30 Direcciones, Departamentos o Corporaciones de Salud Municipal y 165 establecimientos de Salud (Cesfam, Cecosf, Consultorios, Postas, Hospitales comunitarios), de los cuales el 86% son CESFAM (n=142). Nuevamente se recibieron respuestas de las 16 regiones del país, siendo la mayoría proveniente de la Región Metropolitana (32%) (Gráfico 1). En términos de representatividad, al comparar la distribución de los CESFAM del país reportados por el DEIS, con los CESFAM de la muestra, la representación de la RM es levemente superior, con variaciones entre las regiones (Tabla 1). Los CESFAM encuestados (142), corresponden a un 27,73% de los 512 CESFAM del país reportados en DEIS.

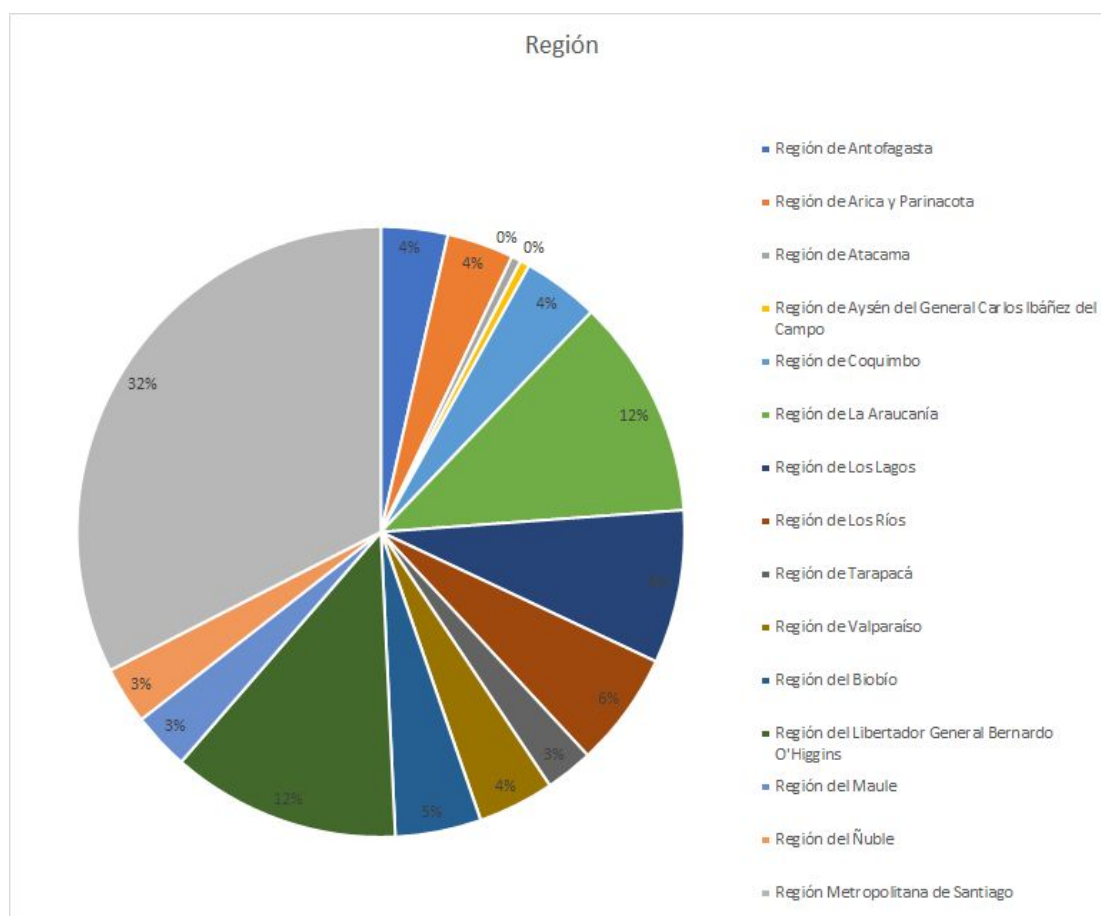


Gráfico 1. Distribución Regional de los establecimientos encuestados



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



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



MGZ
Chile

Tabla 1. Comparación distribución regional CESFAM muestra y CESFAM reportados por el Departamento de estadísticas en información de salud (DEIS) 2020.

Región	Cesfam DEIS(%)	Cesfam muestra (%)
Región De Arica Parinacota	0,20	2,82
Región De Tarapacá	1,17	2,11
Región De Antofagasta	0,78	2,82
Región De Atacama	0,78	0
Región De Coquimbo	3,71	4,23
Región De Valparaíso	6,05	3,52
Región Metropolitana de Santiago	33,20	34,51
Región Del Libertador Gral. B. O'Higgins	6,84	14,08
Región Del Maule	8,79	3,52
Región De Ñuble	5,66	4,23
Región Del Bío Bío	11,33	5,63
Región De La Araucanía	8,40	9,86
Región De Los Ríos	3,32	6,34
Región De Los Lagos	7,81	5,63
Región De Aysén	0,78	0,70
Región De Magallanes	1,17	0



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



MGZ Chile

El perfil de quienes respondieron este instrumento se agrupó según si corresponden a establecimientos de salud o municipios, para poder describir los cargos que tienen. Para el análisis del perfil de respuestas de establecimientos de Salud (n=165), se presentan en el *Gráfico 2*.

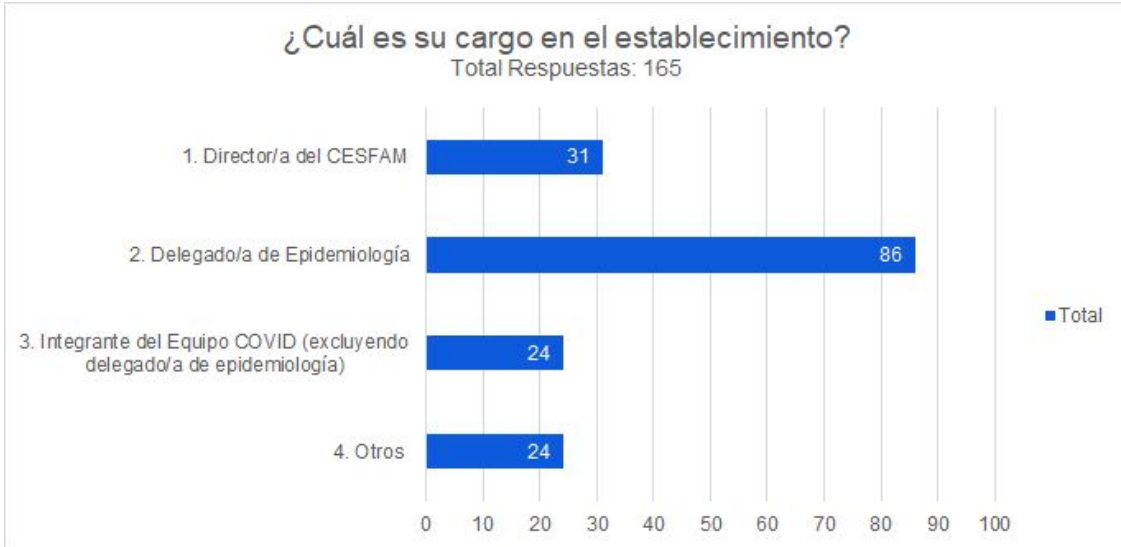


Gráfico 2: Perfil de persona que responden desde los centros de salud primaria

En cuanto a las respuestas asociadas a los municipios (n=30), se describen en el *Gráfico 3*.

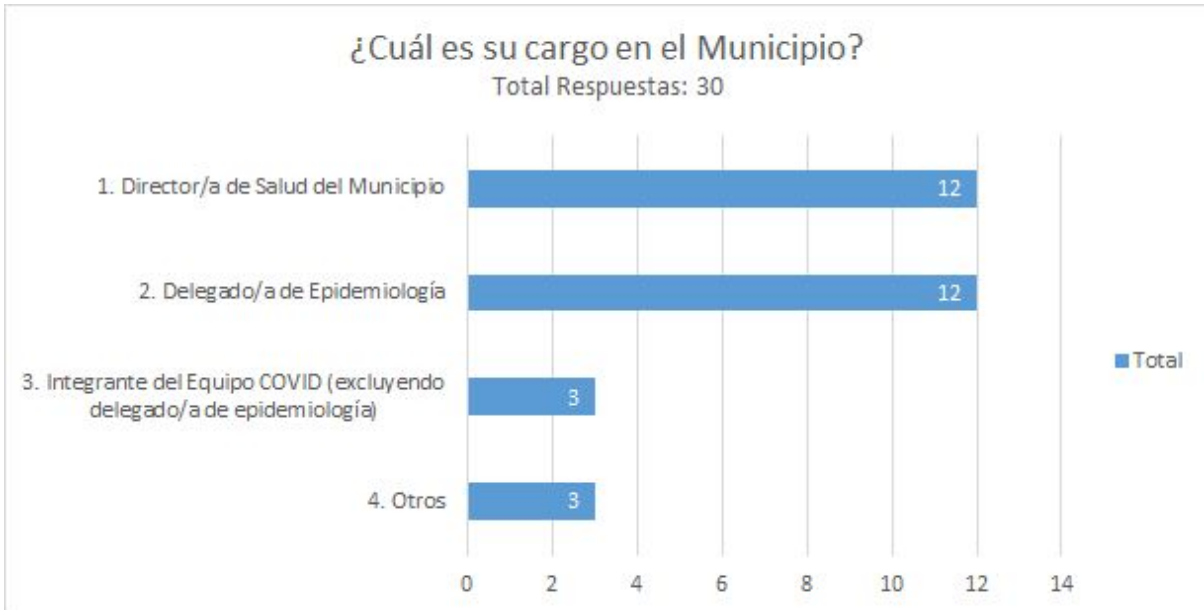


Gráfico 3: Perfil de quienes responden desde Municipios.



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



MGZ Chile

RESPUESTAS ESTABLECIMIENTOS APS

b. Testeo activo en el territorio

Sobre el testeo activo de casos en el territorio, el 91% (n=150) de los establecimientos de APS que respondieron, refieren que lo realizan. El 8% (n=14) refiere que en sus comunas no se realiza y sólo el 1% (n=1) lo desconoce (*Gráfico 4*). Esto expresa una continua tendencia de aumento respecto a la consulta anterior (76%) y rondas previas.

¿Se realiza testeo activo de casos en el territorio?

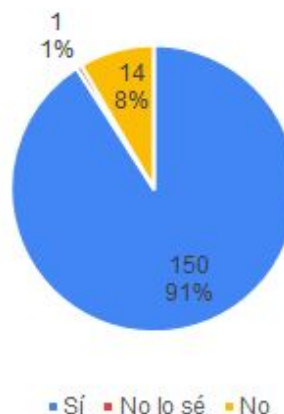


Gráfico 4. Establecimiento APS que realizan testeo activo

c. Fondos

En relación a los fondos para la implementación de la estrategia de TTA, se observa una tendencia de aumento del porcentaje de establecimientos que declaran que han recibido financiamiento: el 62% (n=102) declara que los ha recibido, en comparación con el 47% y 19% en los monitoreos anteriores. Continúa existiendo centros que refieren no haber recibido fondos para realizar esta actividad, los que son 14% (n=23) de la muestra (*Gráfico 5*).

¿Su Centro de Salud, ha recibido estos fondos comprometidos?

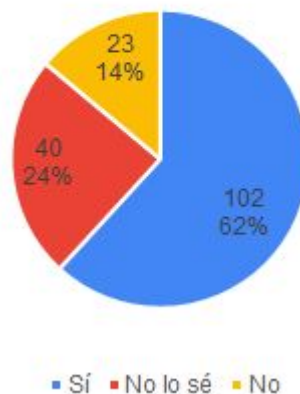


Gráfico 5. Establecimiento APS que han recibido fondos comprometidos



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



MGZ Chile

d. Reportes

Al preguntar sobre la disponibilidad de un reporte actualizado de todos los casos presentes en el área de cobertura de los establecimientos, el 77% (n=127) refiere acceder a estos datos: el 50% del total (n=83) lo hace a través de Epivigila y el 27% (n=44) a través de otros registros. Por otro lado, un 19% (n=32) manifiesta no contar con un reporte actualizado de todos los casos en su territorio, y 4% (n=6) lo desconoce (Gráfico 6).

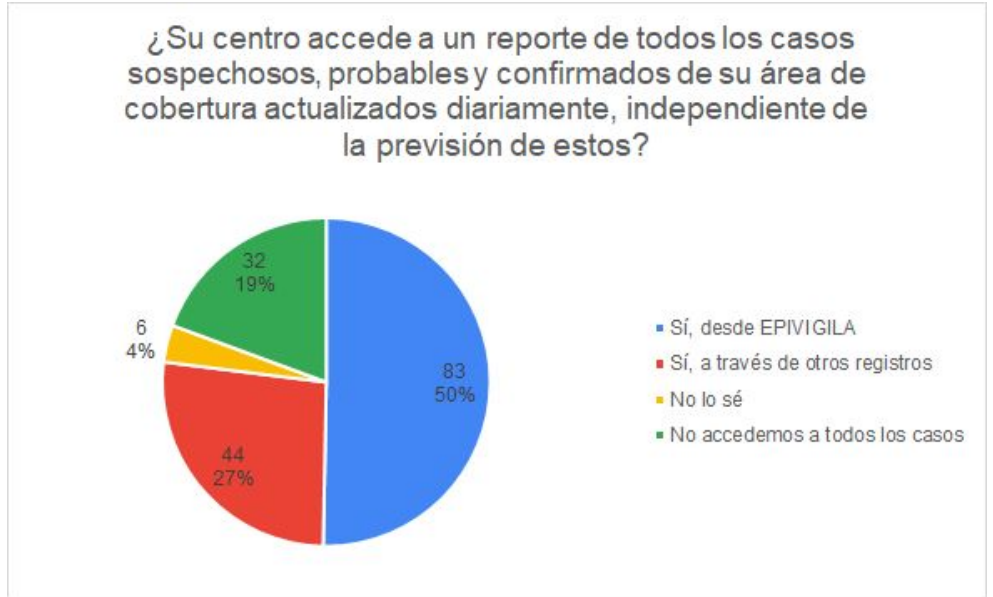


Gráfico 6. Acceso a los casos

Acerca del medio en el que se registran principalmente las acciones asociadas al seguimiento de casos y contactos, el 50% (n=83) utiliza Epivigila, el 24% (n=40) lo hace en Planillas Excel, el 20% (n=32) utiliza otras plataformas y el 6% (n=10) lleva registro sólo en la ficha clínica (Gráfico 7).

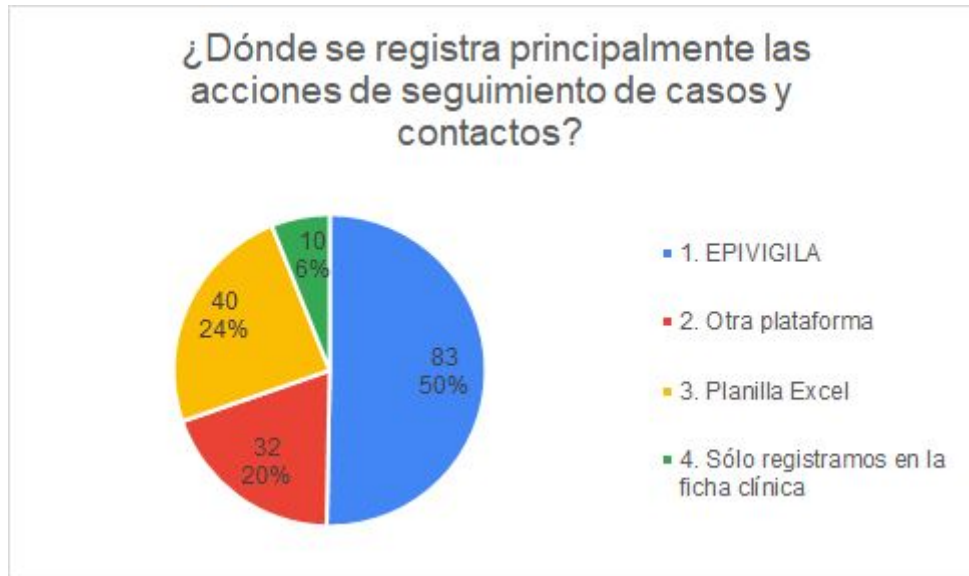


Gráfico 7. Registro de acciones de seguimiento de casos y contactos



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



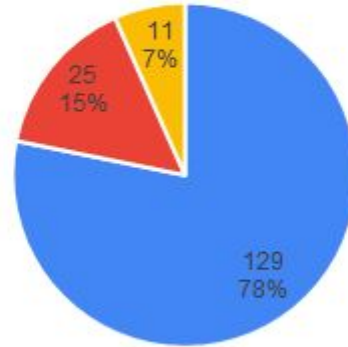
MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



MGZ Chile

El 78% (n=129) de los establecimientos refiere reportar diariamente sus datos de trazabilidad a alguna instancia superior. El 7% (n=11) refiere no hacerlo y 15% (n=25) desconoce esta información (Gráfico 8).

¿Su centro reporta al Ministerio de Salud, SEREMI, Servicio de Salud o Municipio diariamente los datos sobre trazabilidad del establecimiento?



■ Sí ■ No lo sé ■ No

Gráfico 8. Periodicidad de reporte de datos a MINSAL

e. Recursos de Movilización

Sobre la disponibilidad de recursos de movilización para las actividades que requieren despliegue territorial, como son las de investigación epidemiológica, atenciones extramurales y traslado de casos, el 49% (n=81) cuenta con movilización para todas las actividades. Por otra parte, el 43% (n=71) cuenta con recursos sólo para algunas actividades, el 6% (n=9) no cuenta con el recurso, y 2% (n=4) desconoce el dato (Gráfico 9). El panorama actual presenta cierta mejoría en relación al informe anterior pues el porcentaje de centros que no cuentan con recursos disminuye de 10% a 6%.

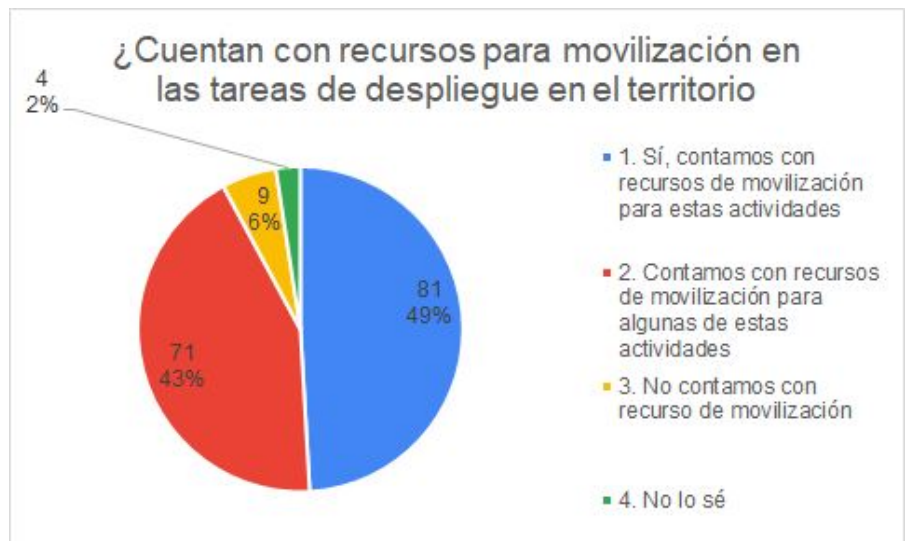


Gráfico 9. Disponibilidad de recursos para labores en territorio.



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



MGZ Chile

f. Licencia Contacto Estrecho

¿Cuentan con algún profesional autorizado para extender licencias a los contactos estrechos?

La mayoría de establecimientos que respondieron (49%; n=80) sigue refiriendo no contar con algún profesional autorizado para la extensión de licencias médicas a los contactos estrechos, frente a sólo 47% (n=78) que sí cuenta con este recurso y 4% (n=7) que desconoce este ítem (Gráfico 10), no manifestando cambios sustanciales desde el monitoreo anterior.

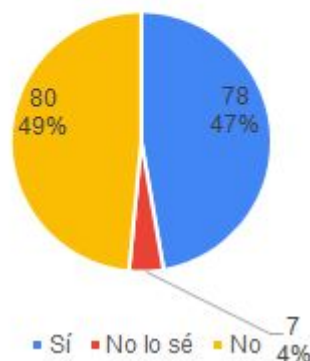
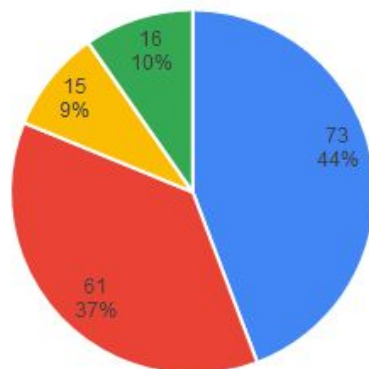


Gráfico 10. Establecimiento APS. Licencia Contacto Estrecho

g. Aislamiento en Residencias Sanitarias

Respecto a la posibilidad de gestionar oportunamente aislamiento a pacientes que requieren realizarlo en residencias sanitarias, sólo el 44% (n=73) de los establecimientos declara Si poder hacerlo en menos de 24 horas. Otro 37% (n=61) declara que algunas personas pueden ser aisladas en menos de 24 hrs y un 9% (n=15) dice que sus pacientes

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



- 1. Sí, todos los pacientes que requieren aislamiento en residencia acceden a esta en menos de 24 hrs
- 2. Algunos de nuestros pacientes que requieren aislamiento en residencia acceden a esta en menos de 24 hrs
- 3. Nuestros pacientes que requieren aislamiento en residencia no acceden a esta en menos de 24 horas
- 4. No lo sé

no acceden a residencias sanitarias en menos de 24 horas. El 10% (n=16) de quienes respondieron desconoce esa información (Gráfico 11).

Gráfico 11. Establecimiento APS. Traslado oportuno a residencias sanitarias



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



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



MGZ
Chile

h. Oportunidad Trazabilidad Contacto Estrecho

Sobre la investigación de contactos de los casos sospechosos, la respuesta más frecuente (49% n=81) fue que tardan entre 24 y 48 hrs en realizar esta actividad, seguidos de aquellos que refieren realizarlas en menos de 24 horas 33% (n=55). Un 9% (n=14) entre 48 y 72 hrs. No realizan seguimiento de contactos estrechos de los casos sospechosos el 5% (n=8), el 3% (n=5) desconoce esta información y el 1% (n=2) se demora más de 72 hrs. (Gráfico 11).

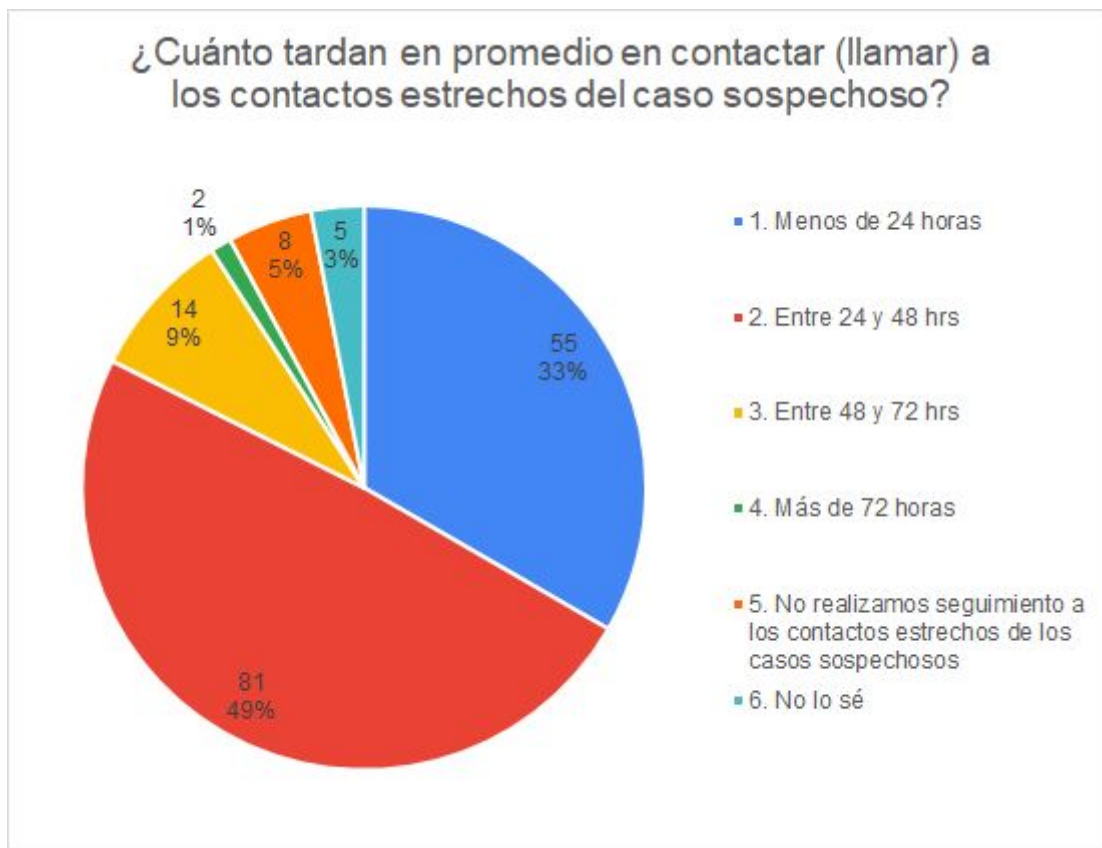


Gráfico 12. Establecimientos APS. Oportunidad en el contacto



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

COMPARACIÓN ENTRE RONDAS

En la *Tabla 2*, se presenta una comparación entre las respuestas de las distintas rondas. Es importante considerar que al no ser los mismos establecimientos los encuestados y al no ser muestras representativas, estos resultados no son completamente comparables, y sólo se presentan como referencia.

Tabla 2. Comparación entre respuestas APS de las 4 rondas

Pregunta	Respuesta	Semana 6 de julio		Semana 13 de julio		Semana 27 de Julio		Semana 10 de agosto	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Testeo Activo	Sí	98	48%	91	50%	146	76%	150	91%
	No	88	43%	78	43%	32	16%	14	8%
	No lo sé	17	9%	12	7%	15	8%	1	1%
Fondos	Sí	38	19%	34	19%	90	47%	102	62%
	No	74	37%	77	42%	47	24%	23	14%
	No lo sé	90	44%	70	39%	56	29%	40	24%
Acceso al reporte de casos	Sí, desde EPIVIGILA	NSP	NSP	73	40%	94	49%	83	50%
	Sí, a través de otros registros	NSP	NSP	47	26%	47	24%	44	27%
	No accedemos a todos los casos	NSP	NSP	44	24%	38	20%	32	19%
	No lo sé	NSP	NSP	17	10%	14	7%	6	4%
Reporta a instancia superior	Sí	176	76%	114	63%	129	67%	129	78%
	No	48	24%	31	17%	30	15%	11	7%
	No lo sé	NSP	NSP	36	20%	34	18%	25	15%
Recurso Investigación	Para todas las actividades	24	12%	50	28%	75	39%	81	49%
	Para algunas actividades	133	65%	92	51%	95	49%	71	43%



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

Epidemiológica*	No contamos con el recurso	38	19%	30	16%	20	10%	9	6%
	No lo sé	9	4%	9	5%	3	2%	4	2%
Licencia contacto estrecho	Sí	78	39%	80	44%	89	46%	78	47%
	No	106	52%	92	51%	92	48%	80	49%
	No lo sé	19	9%	9	5%	12	6%	7	4%
Traslado pacientes a residencias sanitarias en <24 hrs	Sí, a todos los pacientes	48	24%	48	26%	62	32%	73	44%
	Algunos pacientes	98	49%	58	32%	75	39%	61	37%
	No tenemos opción	53	27%	32	18%	22	11%	15	9%
	No lo sé	NSP	NSP	43	24%	34	18%	16	10%

NSP= No se pregunta / * Esta pregunta presentó variaciones entre rondas, ya que en la segunda y tercera se le agregó las acciones de traslado de pacientes.

RESPUESTAS MUNICIPIOS

En cuanto a la realización del testeo activo de casos en el territorio, el 100% (n=30) refiere que los centros de atención primaria de salud a su cargo realizan testeo activo.

Respecto al acceso a un reporte de casos índice (independiente de la previsión), un 40% (n=12) refiere que accede al reporte desde EPIVIGILA, un 20% (n=6) a través de otros registros, un 36,67% (n=11) refiere que no accede a la lista de todos los casos y un municipio (3,33%) desconoce el dato.

En cuanto a la disponibilidad de los fondos ministeriales comprometidos para implementar la estrategia de TTA, el 63,33% (n=19) de los municipios informa que ya recibió los fondos comprometidos por el MINSAL; el 16,67% (n=5) refiere que no los ha recibido; y el 20% (n=6) desconoce el dato.

Un 50% (n=15) refieren que los establecimientos de APS de su comuna cuentan con el recurso para movilización en las tareas de despliegue en el territorio, y un 33,33% (n=10), refiere que cuenta con el recurso para algunas actividades. Un 13,33% (n=4) refiere no contar con recursos de movilización y un municipio (3,33%) desconoce el dato.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

Respecto de si los establecimientos cuentan con un profesional autorizado para extender licencias a los contactos estrechos, el 53,33% (n=16) de los municipios informan que cuentan con dicho recurso, el 40% (n=12) que no cuenta con el profesional autorizado, y el 6,67% (n=2) lo desconoce.

En cuanto al reporte a la autoridad sanitaria, un 86,67% (n=26) de los Municipios refiere que la APS reporta diariamente sus datos de trazabilidad ya sea al MINSAL o al Servicio de Salud. Un 10% (n=3) refiere que no los reporta y un municipio (3,33%) desconoce el dato.

Un 56,67% (n=17) de los Municipios refieren que la APS tiene la opción de derivar efectivamente a pacientes a una residencia sanitaria en menos de 24 horas y un 10% (n=3) señalan no contar con la opción. En un 23,33% (n=7) de los municipios esto ocurre sólo con algunos pacientes y un 10% (n=3) desconoce el dato.

En cuanto a la oportunidad de la trazabilidad, un 20% (n=6) refiere que contacta a los contactos estrechos de caso sospechoso en menos de 24 hrs; 73,33% (n=22) entre 24 y 48 hrs, y un 3,33% (n=1) entre 48 y 72 hrs. Un 3,33% (n=1) desconoce el dato.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Se obtuvieron 170 respuestas cualitativas sobre las principales limitaciones para implementar la estrategia, correspondientes tanto a Establecimientos de APS como a Municipios.

La principal limitación sigue estando relacionada a los recursos, fundamentalmente al de trabajadoras/es de la salud. En éstos se percibe desgaste, el que se asocia a la falta de condiciones materiales esenciales para la realización de sus labores, a la multiplicidad de registros que deben llevar, directrices a seguir y tareas por compatibilizar, así como al retraso de pagos.

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

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



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

Los recursos financieros se enuncian con menor frecuencia que en rondas anteriores, aludiéndose principalmente a la insuficiencia de estos comparada al costo de implementación de la estrategia, así como a preocupaciones sobre su continuidad y dificultades en el procedimiento de rendición de los mismos, lo cual retrasa o limita ciertos aspectos de implementación; de la misma forma, los recursos de movilización siguen ocupando un espacio importante en los discursos de las y los trabajadores.

*“[La principal limitación son los] Recursos financieros, ya que **el convenio por este concepto alcanza a cubrir apróx. el 50% del costo total del equipo de epidemiología y trazabilidad.**”*
(Director/a de Salud del Municipio, Región del Libertador O’Higgins)

El segundo aspecto más relevante expresado por los y las participantes del monitoreo, sigue estando relacionado a las deficiencias de coordinación dentro de la red de salud. Persisten dificultades en el intercambio de información entre las autoridades, gestores y diferentes establecimientos de la red, así como la delimitación de roles y atribuciones de éstos, las cuales se expresan en duplicidad de tareas realizadas y en el grave y persistente retraso en la emisión de las licencias de contactos estrechos.

“Descoordinación entre SEREMI, Servicio de Salud y APS. Equipo agotado, múltiples planillas, Epivigila funciona mal, no llegan los contactos estrechos, y los delegados de seguimiento no los ven en su bandeja, etc.” (Delegado/a de Epidemiología, CECOSF, Región de Valparaíso)

*“Existen equipos de vd [visita domiciliaria] del servicio de salud que realizan acciones covid positivo con dependencia técnica y administrativa del [servicio de salud] y que se coordina[n] mínimamente con los coordinadores covid de los Cesfam, no pueden los médicos de estos equipos [del servicio de salud] emitir licencias, ni recetas, no registran en rayen, etc. Por lo que **generan un doble trabajo a Aps, se ha solicitado dependencia técnica de cesfam territoriales pero se ha negado esta posibilidad.**”* (Director/a de Salud del Municipio, Región de Los Lagos)

“Al no tener la licencia a tiempo y temor a despido, se rehúsan al aislamiento y van igual a trabajar. Aún no se habilita a médico APS para dar estas licencias.” (Coordinadora clínica, CESFAM, Región del Libertador O’Higgins)

En relación al testeo, en esta ronda del monitoreo las respuestas de las y los participantes, continúan acusando no contar con suficiente disponibilidad de tests para las labores de testeo activo, así como otros recursos logísticos para su puesta en marcha y el retraso en el procesamiento de resultados, lo que retrasa la toma de decisiones epidemiológicas.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE 6
UNIVERSIDAD DE CHILE



MGZ
Chile

“El límite de test PCR a realizar, ya que los laboratorios no dan abasto en el procesamiento para tomas masivas.” (Delegado/a de Epidemiología, CESFAM, Región Metropolitana)

“Pueden pasar más de 48 hrs desde que se testea a la persona por Búsqueda activa hasta el resultado[,] porque el procesamiento de la muestra ocurre días después de tomada la muestra (incluso cerca de 1 semana), durante ese tiempo los positivos siguen circulando, dificultando la trazabilidad.” (Delegado/a de Epidemiología, CESFAM, Región del Libertador O’Higgins)

Una fuente de dificultades que cobra particular importancia en esta ronda, es la asociada a las plataformas para las actividades de vigilancia e investigación epidemiológica. De Epivigila, las y los trabajadores se refieren a la incompletitud y regular confiabilidad de sus datos, así como su limitada adecuación para las tareas de la estrategia y la construcción de los indicadores solicitados por la autoridad sanitaria, lo que motiva el mantenimiento de registros paralelos que aumentan la carga administrativa. La ausencia de interoperabilidad entre las diversas plataformas de registro, suscita que en algunos casos las y los trabajadores realicen estas acciones de forma simultánea en 3 y hasta 4 dispositivos distintos.

“Epivigila no permite descargas masivas de datos que nos permitan acceder a indicadores confiables de seguimiento de contactos estrechos. Se nos dio el mandato desde SEREMI de hacer seguimiento con Epivigila, pero este mismo no nos permite conocer el estado de seguimiento en el territorio.” (Integrante de Equipo COVID, Departamento de Salud, Región Metropolitana)

“Epivigila: Todavía no funciona como corresponde, ya que no solo se pueden visualizar pacientes que se encuentran inscritos en el CESFAM si no que muchas veces aparecen de otras comunas o hasta de otras regiones. Además las múltiples plataformas que se intentan llevar a cabo retrasa aún más el seguimiento y duplica el trabajo, cuando la atención primaria ya está dando lo mejor de sí. En el CESFAM se completa la ficha de rayen, se debe llenar la planilla con los contactos estrechos, se debe subir el seguimiento a Epivigila, además la comuna tiene otra plataforma comunal para subir los datos, entonces realmente son múltiples plataformas y quizás solo se debiese limitar a una para no estar registrando en varias partes a la vez.” (Delegado/a de Epidemiología, CESFAM, Región Metropolitana)

Por último, en la categoría de Otros, emergieron tópicos nuevos de gran relevancia. Uno de esos se refiere a los indicadores de trazabilidad que se reportan, de los que aún existen dudas sobre el procedimiento de construcción de los mismos. Por otro lado, la asignación de casos a los establecimientos no sigue criterio territorial o de residencia del caso, sino de inscripción de éstos a los centros de salud, resultando en que algunos casos sean asignados a establecimientos de otras regiones a la de residencia actual de la persona. Finalmente, vuelve a expresarse la dificultad de compatibilizar los desafíos de la estrategia de TTA, en un escenario epidemiológico



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

evolutivo con comunas en transición y la orientación de reinicio de actividades clínicas y administrativas no asociadas a COVID.

“No se traza a todos los contactos, con uno es suficiente para que el indicador sea 100%” (Médico, CESFAM, Región Metropolitana)

“[...] ha sido complejo los indicadores solicitados, ya que nosotros definimos desde un inicio trabajar desde la sospecha y a pesar de que la SEREMI lo apoya, luego no lo mide desde ahí, por lo que el resto está llegando más tarde a un aislamiento efectivo. Por lo que debemos ir adaptando según lo que nos piden y no es la idea, sino lo que sea más efectivo epidemiológicamente.” (Delegado/a de Epidemiología, CESFAM, Región Metropolitana)

“[La principal limitación es] Que se levantó la cuarentena y tuvimos que volver a atender pacientes, las mismas personas que estamos haciendo seguimiento y entregando medicamentos y alimentos a domicilio” (Encargada CECOSF, Región Metropolitana)

5. Limitaciones

La principales limitaciones de este informe son:

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

6. Discusión

Persisten avances en ciertos ámbitos de la implementación de la estrategia TTA a través de una serie de indicadores, con desafíos importantes para que la estrategia funcione con la precisión necesaria en el contexto de desconfinamiento.

Un área de progreso significativo es el testeo activo. Desde un primer reporte en el cual menos de la mitad de los centros reportaba realizar testeo activo, ahora un 91% de los centros y el 100% de los municipios que responden llevan a cabo la actividad. Esto se condice con el aumento en el número de tests de PCR realizados en las últimas semanas y con los datos del 41° informe epidemiológico, en el que un porcentaje considerable de los tests a nivel nacional provienen del



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

testeo activo y se asocian a una positividad en descenso. Al mismo tiempo, es necesario desplegar las acciones pertinentes que eviten que el aumento de volumen de tests signifique retrasos considerables en la disponibilidad de los resultados, lo que es señalado en la sección cualitativa del monitoreo. Para esto, es relevante que se publiquen datos de disponibilidad de kits de PCR y de latencia de los resultados por comuna.

En cuanto a los fondos, 14% de los centros y 16% de los municipios refieren no haber recibido estos recursos aún, lo que refleja un avance en esta materia con respecto a rondas anteriores. Sin embargo, menos de la mitad de los centros refiere tener recursos de movilización para todas las actividades de TTA, lo cual también se constata cualitativamente. En esta misma línea, se advierte con más preeminencia la sobrecarga y el desgaste de los equipos de salud. Persiste como desafío importante **asegurar un monto acorde para la implementación de la estrategia**, que permita costear los recursos materiales que los equipos de salud requieren para desarrollarla, así como garantizar la **continuidad de estos fondos en el tiempo**, en orden que los municipios puedan planificar las contrataciones y adquisiciones necesarias. De la sostenibilidad de los recursos, adecuación de la sobrecarga y prevención del desgaste de los equipos de salud, dependen la calidad de las acciones y robustez de la estrategia.

En esta línea, otro aspecto de importancia radica en la implementación de la plataforma EPIVIGILA, ya que solo el 50% de los centros recibe la lista de casos índice a través de la plataforma y también un 50% registra sus acciones de trazabilidad en la misma plataforma. Esto puede explicarse ya que en los primeros 4 meses de pandemia la mayoría de los centros desarrolló mecanismos o plataformas alternativas de registro. Es necesario asegurar la interoperabilidad entre las plataformas desarrolladas por los municipios y EPIVIGILA, para evitar la duplicidad de registros y facilitar la labor de los equipos de salud, aspecto también referido en las respuestas cualitativas.

Otro aspecto relevante que emerge en la sección cualitativa sobre la lista de casos que reciben los centros a través de EPIVIGILA, radica en que su asignación es realizada según el centro de salud de inscripción de éstos y no según su sector de residencia, lo que se traduce en que muchas personas sean asignadas para seguimiento a comunas o regiones diferentes de aquellas en las que residen en la actualidad. Esta discrepancia con el enfoque territorial que la estrategia requiere, puede resultar en una brecha de casos que no cuenten con seguimiento o estudio de contactos, por lo que es necesario que la lista que entregue EPIVIGILA se base en el domicilio de las personas y no en su inscripción formal.

Sobre el aislamiento, solo 44% de los centros puede derivar a los pacientes a las residencias sanitarias en menos de 24 hrs y casi la mitad de los centros continúa sin tener profesionales autorizados para extender la licencia de contacto estrecho; sigue revistiendo urgencia mejorar estos aspectos. También, un 82% de los centros refiere contactar a los contactos de los casos sospechosos en menos de 48 hrs (33% del total en menos de 24 horas), lo que constituye una mejoría significativa con respecto a monitoreos anteriores.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

Finalmente, un área especialmente sensible es el reporte de indicadores de trazabilidad desde la autoridad sanitaria. En esta ronda, un 87% de los municipios refieren reportar sus datos de trazabilidad a la autoridad sanitaria, lo que es un avance importante con respecto a rondas anteriores. Al intentar contrastar los datos del monitoreo TTA con el 41° Informe Epidemiológico ministerial publicado el 10 de agosto, surgen una serie de dudas, las que se presentan en la *Tabla 4*. En síntesis, si bien se destaca la publicación de indicadores desagregados por comuna y la claridad de los indicadores de testeo activo, los indicadores de trazabilidad son confusos, poco coherentes e inciertos en su origen. Al respecto, es fundamental que el informe epidemiológico publique claramente la metodología para calcular los indicadores, la fuente y que explique el bajo número de contactos investigados por cada caso nuevo. Finalmente, y según lo solicitado por el Consejo Asesor, es urgente actualizar los indicadores de Trazabilidad del plan de desconfinamiento, ya que el indicador utilizado actualmente es insuficiente para evaluar la precisión de la estrategia TTA.

Tabla 4. Análisis Indicadores TTA Informe Epidemiológico.

Análisis TTA Informe Epidemiológico 10 de Agosto	
Información general	<ul style="list-style-type: none"> -El informe reporta 6 indicadores TTA, 3 sobre testeo y 3 sobre trazabilidad. -El informe no incluye ningún indicador sobre aislamiento. -Destaca positivamente que por primera vez se presentan 5 indicadores TTA desagregados a nivel comunal.
Testeo Activo	<p>Según el reporte, un 51% de los test tomados a nivel nacional entre el 1 al 7 de agosto fueron a través de testeo activo. El indicador reporta datos de un 97% de las comunas del país.</p> <p>Fuente: Los indicadores de testeo activo son obtenidos desde EPIVIGILA. Al respecto, parece haber suficiente claridad y confiabilidad en relación a los indicadores de testeo activo dada su vinculación a la notificación obligatoria.</p>
Trazabilidad	<p>Los indicadores de oportunidad de la investigación epidemiológica son ambiguos e inconsistentes.</p> <p>1) <i>Proporción de casos informados, en los cuales se inicia la investigación epidemiológica e identificación de contactos estrechos antes de 48 hrs.</i></p> <p>- ¿Se considera como casos informados a los confirmados, probables y/o sospechosos?: El informe reporta un total de 16.658 casos nuevos que debían ser trazados entre el 1 y el 7 de agosto. En el mismo período, hubo 12.399 casos confirmados, y al 7 de agosto 2028 casos activos probables. Existe inconsistencia en las cifras reportadas y ambigüedad en la definición de los casos a considerar.</p>



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

- ¿Desde cuando se consideran las 48 hrs? El consejo asesor¹ ha recomendado que hay que considerar las 48 hrs desde la sospecha, sin embargo no se transparenta en el informe si este es el criterio utilizado.

2) *Proporción de casos contactos nuevos en los cuales se inicia la investigación epidemiológica antes de 48 hrs.*

a. **Número de contactos por caso:** El informe reporta tanto un número de casos nuevos a trazar, como número de contactos nuevos a trazar. Sorprende que el número de contactos por caso es extremadamente bajo - en promedio, se registra solo 1.5 contactos nuevos por cada caso nuevo. Esto es la mitad de lo señalado por la OMS (promedio de 3 contactos por persona), y la CDC europea (2–3 durante confinamiento, 7–20 sin confinamiento)². Además, existe gran variación regional, la que se presenta en la *Tabla 5*, evidenciando que en Antofagasta, por ejemplo, solo registraron 1 contacto por cada 3 casos nuevos.

c. Para ejemplificar lo anteriormente expuesto, se adjunta en la *Tabla 6* los indicadores reportados en el Informe Epidemiológico para la Región de Antofagasta. En la comuna de Antofagasta, se registran 595 casos nuevos en el período reportado, de los cuáles se investigaron 233 (46,2%). También, se identificaron 233 contactos nuevos (1 por cada caso investigado). Esta baja cifra de contactos identificados fue investigada en su totalidad, por lo que el indicador arroja 100% de oportunidad de trazabilidad de los contactos, sin dar cuenta de los casos no investigados ni de la baja cifra de contactos identificados. **Esto no monitorea la trazabilidad.**

c. Para complementar esta información, presentamos información de la sección cualitativa de este monitoreo, en la cual uno de los centros encuestados refiere: “*No se traza a todos los contactos, con uno es suficiente para que el indicador sea 100%*”.

d. Claramente hay un problema en la construcción de este indicador, lo que puede llevar a un falso optimismo y falta de precisión. Es necesario replantear el cálculo del mismo.

e. 10% de las comunas no reportan datos sobre este indicador.

Fuente indicadores trazabilidad: En cuanto a la fuente de los indicadores de trazabilidad, el informe refiere “SEREMI”. No obstante, si un componente importante de la trazabilidad está siendo desarrollada por la APS, es necesario transparentar de dónde obtiene estos números la SEREMI, cuántos centros reportan los indicadores y la forma en que la APS está reportando.

Aplicación de los indicadores al Plan Paso a Paso

Llama la atención que la comuna de Santiago, que pasará de cuarentena al paso de transición, **no cumple con el indicador de contacto de un 80% mínimo de casos nuevos investigados en un plazo de 48 horas**, ya que solo se ha investigado un 75% de los casos. Por otro lado, **la comuna de La Reina, que se encuentra en fase de transición desde el 28 de julio, presenta una trazabilidad de casos de 59%**. Es importante que se cumplan los indicadores para guiar el desconfinamiento.

¹ Consejo Asesor Minsal. Minuta 27 de julio 2020. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1jKvc9GvBuW8R2u7SgF68XjaiAezM5LLd/view>

² European CDC. COVID-19 Contact-Tracing. 2020 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-Contract-tracing-scale-up.pdf>



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

Tabla 5. Contactos nuevos por caso nuevo - a nivel regional

Región	Casos Nuevos Registrados	Contactos Nuevos Registrados	N° de contactos nuevos registrados por cada caso nuevo
Antofagasta	811	300	0,37
Araucanía	273	340	1,25
Arica y Parinacota	599	1660	2,77
Atacama	3881	2610	0,67
Aysén	6	34	5,67
Biobío	1083	2886	2,66
Coquimbo	845	3051	3,61
Libertador General B.O.	775	2308	2,98
Los Lagos	706	1104	1,56
Los Ríos	36	149	4,14
Magallanes	190	179	0,94
Maule	604	1664	2,75
Ñuble	245	682	2,78
Región Metropolitana	4869	4482	0,92
Tarapacá	499	1075	2,15
Valparaíso	1236	1881	1,52
Total general	16658	24405	1,47

Tabla 6. Ejemplo de Indicadores de Trazabilidad Informe Epidemiológico

Indicadores de Trazabilidad del 1 al 7 de agosto, 2020 (*)

Comuna	Proporción de casos nuevos investigados antes de 48 h.			Proporción de contactos nuevos investigados antes de 48h.		
	Casos Nuevos	Investigados	%	Contactos Nuevos	Investigados	%
Antofagasta	595	233	39.2	233	233	100.0
Calama	137	85	62.0	46	46	100.0
Maria Elena	2	2	100.0	1	1	100.0
Mejillones	33	28	84.8	7	7	100.0
Ollagüe	3	3	100.0	0	0	-
San Pedro de Atacama	14	11	78.6	2	2	100.0
Sierra Gorda	1	1	100.0	1	1	100.0
Taltal	14	14	100.0	5	5	100.0
Tocopilla	12	10	83.3	5	5	100.0
Total	785	363	46.2	290	290	100.0

(*) Fuente, SEREMI

Fuente: Extraída Informe Epidemiológico Minsal 10/08/20



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD



MGZ
Chile

7. Recomendaciones

1. Indicadores Informe Epidemiológico
 - Transparentar en el informe epidemiológico la metodología utilizada para construir los indicadores reportados.
 - Aclarar la fuente de los indicadores de trazabilidad.
 - Optimizar los indicadores:
 - a. Modificar metodología de cálculo de indicador sobre trazabilidad de contactos.
 - b. Incorporar a los indicadores los casos sospechosos, que según el protocolo TTA se deben trazar, pero que se omiten en los indicadores actuales. No se debe esperar a la confirmación por PCR para trazar, ya que perdemos valioso tiempo en el aislamiento y la contención de contagios.
 - c. Para el cálculo, es necesario considerar 48 horas desde la sospecha, no desde la confirmación.
 - d. Incorporar a los indicadores la latencia en el resultado del test PCR por comuna.
 - Asegurar que se cumplan las métricas estipuladas en el paso a paso para la transición de las comunas.
 - e. Considerar indicadores que evalúen el componente de aislamiento.
2. Asegurar que el 100% de los establecimientos de APS reciba diariamente el reporte de casos índice de su territorio (sospechosos, probables y confirmados) y que estos se asignen por sector de residencia del caso y no por centro de inscripción, a la vez que se consolide el reporte diario de los datos de trazabilidad por parte de todos los establecimientos a la autoridad sanitaria.
3. Asegurar la continuidad en el tiempo de la entrega de fondos ministeriales a los municipios y velar por el traspaso efectivo de estos recursos a los establecimientos, reforzando los equipos de salud y sus condiciones de trabajo para la realización de la amplia gama de actividades de TTA y la movilización de personal y pacientes que el protocolo estipula.
4. Recursos humanos: En la sección cualitativa de este informe se reporta agotamiento e impacto en la salud mental de las y los trabajadores. Es necesario contratar más personal para evitar la sobrecarga de funciones, optimizar la plataforma de Epivigila y su interoperabilidad que disminuya el uso de múltiples registros, dotar de recursos de comunicación y logísticos faltantes y evaluar formas de descanso que prevengan mayor impacto en la salud de la/os trabajadores.
5. Liberar licencia de contacto estrecho para todos los centros.
6. Optimizar la coordinación con residencias sanitarias para lograr el aislamiento efectivo de los casos que lo necesiten en menos de 24 hrs.