



INSTITUTO
DE ECONOMÍA,
GESTIÓN Y SALUD



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR



Extensión
Universitaria



Políticas para la economía gestión y salud

Salud Digital Y Telemedicina: Sistemas De Atención En Salud Y Comunidad

WWW.IDEGYS.CL

Contenido

1. Editorial. **Pág 3**
2. Consejo Editorial. **Pág 4**
3. Interoperabilidad en Salud y el Viaje del Paciente, una mirada desde la experiencia - Erick Cortez Pinto **Pág 5**
4. ¿Cómo garantizar la disponibilidad de los activos sanitarios más importantes? - Víctor Inostroza Cáceres **Pág 9**
5. Soberanía y Autonomía para una Salud Digital Pública - Fabián Norambuena Contreras **Pág 13**
6. ¿Es posible financiar la Salud Digital en la Atención Primaria de Salud? - María Javiera Saavedra **Pág 16**



Editorial

Boletín 6 Idegys: Salud Digital y Telemedicina: Sistemas de Atención en Salud y Comunidad

“El viejo mundo se muere. El nuevo tarda en aparecer. Y en ese claroscuro surgen los monstruos”. Aunque es una frase con cerca de un siglo de existencia, logra representar la disyuntiva entre la salud del siglo XX (no tan lejana), y una salud que comienza a nacer en los albores del siglo XXI: la Salud Digital y la Telemedicina.

La Salud Digital, junto con la Telemedicina, comenzaron a tomar la agenda política, técnica y económica de los países de manera cada vez más importante, desde la aparición de la pandemia Covid-19, obligando a reasignar recursos para limitar su expansión en un menor tiempo.

A la vez, la falta de un desarrollo tecnológico en salud digital desde los estados, permitió un mayor avance de la privatización en salud, para atender una demanda creciente por este tipo de atenciones. ¿Qué saca el estado con invertir montos estratosféricos en alianzas público – privadas para el desarrollo y adopción, de la salud digital y telemedicina, sin considerar a las comunidades y su relación con la Atención Primaria de la Salud?

Los que realmente deben ganar con el desarrollo de la Salud Digital y la Telemedicina, son los sistemas de salud en eficiencia, cobertura, calidad, y oportunidad de acceso. No solamente la rentabilidad de grandes empresas tecnológicas en salud. Se deberá seguir insistiendo, que las transformaciones de los sistemas de salud vendrán desde los usuarios y las comunidades. Sea cuál sea la decisión en avanzar en Salud Digital y Telemedicina, la Atención Primaria de la Salud, permitirá que toda estrategia, sea eficiente y de real beneficio para los equipos de salud, usuarios y las comunidades en Latinoamérica.



Consejo Editorial

Viviana Garcia Ubillo

Fonoaudióloga.

Profesor Adjunto Universidad de Valparaíso

Formación en Gerontogeriatría; salud y economía y en derechos humanos, políticas públicas y vejez.

Directora Ejecutiva Geropolis UV.

Rafael Urriola Urbina

Economista de la Salud.

Magister en Economía Pública y Planificación. Past President. Asociación de Economía de la Salud de Chile 2017 - 2019. Director del área de Economía y Gestión en Salud. IDEGYS.

Dr. Antonio Orellana Tobar

Neurocirujano.

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, cargo en el cual ha sido reelecto en dos oportunidades (en 2015 y 2019).

Es miembro del Directorio de CONACEM (Corporación Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas).

Fabián Norambuena Contreras

Ingeniero Industrial.

Maestría (c) en Economía y Gestión de la Salud.

Director asociación de Economía de la Salud de Chile 2017 - 2019.

Presidente Instituto de Economía Gestión y Salud. IDEGYS.

Rafael Zamarguilea

Político.

Subsecretario de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

Mariana Leidi

Médica.

Secretaria de Extensión Universitaria de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.





Erick Cortez Pinto
Ingeniero Civil Biomédico.
Director Área de Salud Digital y
Telemedicina - Idegys
erick.cortez@gmail.com

Interoperabilidad en Salud y el Viaje del Paciente, una mirada desde la experiencia

La implementación del primer bus de integración especializado en salud de clase mundial en el sector público ha sido uno de los más grandes hitos en Chile en temas de Salud Digital.

Este proyecto partió el año 2016, mediante un estudio de mercado riguroso y su correspondiente proceso de compra por mercado público. Luego de un largo trabajo colaborativo entre proveedor y servicio de salud, se lograron grandes avances, entre ellos el más destacado, es el desarrollo e implementación de un motor de derivación con todas las reglas necesarias para trabajar el mapa de derivación de la red de salud.

Una explicación muy general: un mapa de derivación corresponde a las reglas con las que

un paciente viaja por una red de salud, estas reglas definen que un paciente que se atiende en un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de una comuna específica, según la sospecha diagnóstica y otras variables identificadas por el médico, sea derivado a un hospital u otro, considerando también las derivaciones entre hospitales y el regreso del paciente al CESFAM donde comenzó **"el viaje del paciente"**.

Este motor de derivación - implementado en un bus de integración - conecta los sistemas de información de atención primaria (APS) con los de atención secundaria como hospitales, CRS⁽¹⁾ o CDT⁽²⁾, y a su vez conecta los sistemas de información entre los hospitales. De este modo, el médico al momento de atender a un paciente en un box de un CESFAM ingresa la Solicitud de Interconsulta



(SIC) en forma directa desde el Registro Clínico Electrónico (RCE), sin necesidad de tener que ingresar a otro sistema de información o imprimir la SIC para que personal administrativo la ingrese en otro sistema. Luego que el médico ingresa la SIC existen un conjunto de etapas y procesos de validación antes que el paciente sea atendido por el especialista de atención secundaria, como es la revisión de la pertinencia de la derivación por parte de un contralor del CESFAM, la revisión y gestión del caso por el área clínica/administrativa del establecimiento de atención secundaria, sistemas de listas de espera, sistemas de agenda, entre otros. Finalmente, el paciente es atendido por el especialista y en caso que no requiera atenciones de control, el paciente es contrareferido a su CESFAM de origen, directamente desde el RCE del médico especialista de atención secundaria.

Cada una de estas etapas pueden ser monitoreadas y trazadas por el o los equipos gestores de casos de la Atención Primaria de la Salud (APS), nivel secundario y el servicio de salud.

El acceso a esta información permite hacer gestión sanitaria poblacional, como por ejemplo, conocer los tiempos de espera por cada etapa del proceso y en caso que los tiempos sean mayores a los esperados, intervenir para mejorar. O hacer gestión individual en casos que algún paciente quede “atrapado o perdido” en alguna de las etapas del proceso. O simplemente, dar acceso al paciente a su información de salud, sobre el estado de su derivación al especialista y los tiempos de espera.

Como podrán imaginar, todo este proceso realizado en papel o con sistemas de información no integrados, genera una alta probabilidad de error y que el paciente quede perdido en su viaje por el sistema de salud, por lo que, la implementación de este motor de derivación permitió mejorar la calidad y oportunidad de atención del “sistema de salud” en forma integral.

Casos de éxitos como este deben ser estudiados y replicados a nivel nacional. El proceso de Referencia y Contrareferencia (RCR), que transforma en acción el mapa de derivación, revisado en este ejemplo, es solo uno de los procesos que se podrían mejorar si se implementan en forma adecuada proyectos de interoperabilidad.

Otros procesos que se podrían mejorar mediante la interoperabilidad es el acceso a resultados de exámenes de laboratorio e imagenología, los cuales son requeridos y repetidos a los pacientes cada vez que estos viajan por el sistema de salud, más aún si se

“

La interoperabilidad en salud es una pieza clave y fundamental para mejorar el sistema de salud del país y la salud de las personas, no es solo un deseo, es una necesidad urgente y real.

considera la relación existente con la red de prestadores privados.

Un modelo propuesto en el año 2016 y presentado en la Expohospital del mismo año, corresponde a un modelo de 3 niveles, cada uno con su propio bus de integración para objetivos distintos, siendo el primer nivel los complejos hospitalarios o comunas, el segundo nivel necesario para comunicar una red de salud (servicios de salud), considerando la red de prestadores privados, y finalmente, el tercero a nivel país, para conectar redes de salud como se puede observar en los siguientes esquemas.





Fuente: Elaboración Propia

Cada nivel tendría el objetivo de conectar y gobernar diferentes sistemas y fuentes de información en forma agregada, una propuesta se puede ver en el siguiente listado.

Primer Nivel: Información para la gestión clínica y sanitaria.

Sistema de Información Hospitalario o APS.
 Sistema de Planificación de Recursos Empresariales (ERP).
 Sistemas Departamentales (RIS/PACS, LIS, PhIS, Nutrición, Anatomía Patológica, etc.).
 Sistemas Especializados (Funciones Específicas).
 Desarrollos Propios (Desarrollos de módulos completos de un HIS o ERP).

Segundo Nivel: Información para la gestión sanitaria y políticas públicas locales.

Registro Clínico Electrónico Unificado (a través de un Conjunto Mínimo Básico de Datos o CMBD). Incluyendo la red de prestadores privados.
 Referencia y Contrarreferencia (HIS-APS).
 Sistemas Departamentales en Red (RIS/PACS, LIS).
 Sistemas Especializados de Registro Electrónico (Alcohol y Drogas; Programa de Salud Adolescente, etc.).
 FONASA.
 Sistemas Ministeriales (RNLE, RNI, etc.).

Tercer Nivel: Información para políticas públicas locales y nacionales.

MINEDUC (Escolaridad, Deserción)
 Registro Civil (Clave Única, Identificación)
 MIDESO (Riesgo y Beneficios Sociales)
 MINVU (Hacinamiento)
 SENAME y Mejor Niñez (Abandono, vulnerabilidad, reinserción)
 SERNAMEG (Apoyo y fortalecimiento de la mujer)
 SENAMA (Acompañamiento)
 Dirección Meteorológica de Chile (Clima en Salud).
 Entre otros.



La interoperabilidad en salud es una pieza clave y fundamental para mejorar el sistema de salud del país y la salud de las personas, no es solo un deseo, es una necesidad urgente y real. En la actualidad no es posible gestionar los sistemas de salud sin sistemas de información. Prueba de esto es la existencia hoy en día de más de 82 sistemas o fuentes de información donde se registra información de los pacientes, según un levantamiento que realicé el año 2016 - Probablemente hoy en día son más -. Solo a modo de ejemplo puedo nombrar SIGGES, TRAKCARE, REVICAN, AVIS, RNI, RAYEN, Chile Crece Contigo, I-Med/Medipass, Sistema de Registro Único de Información del VIH/SIDA, CMB Coder GRD, OIRS en Línea, FONASA/SIS-CARENTE, RNLE, Excel - SIC, Filemaker Salud Mental, SIAP, Laboratorio Weschler, Filemaker PSCV, SISTRAT, DIAGMED, Qualidiab, SIS-LABL, IRISLAB, SISPRAT, INFOGES.CL, SYSTRA, CAS Chile, Softland, Labcore y ÁMBAR (Los nombres fueron dados por los mismos funcionarios). El uso de cada uno de estos sistemas requiere el tiempo de los profesionales de salud, tiempo que puede ser utilizado para hablar con el paciente.

Finalmente recordar la definición que entrega la OMS/OPS eSalud sobre la Interoperabilidad. “La interoperabilidad hace referencia a la comunicación entre diferentes tecnologías y aplicaciones de software para el intercambio y uso de datos en forma eficaz, precisa y sólida. Esto requiere del uso de estándares, es decir, de normas, regulaciones, guías o definiciones con especificaciones técnicas para hacer viable la gestión integrada de los sistemas de salud en todos los niveles” Es tarea de todos, sector público y privado, tanto del nivel rector, asegurador y prestador, colaborar y trabajar en dar una mirada integral a los sistemas sanitarios fomentando el desarrollo y uso de tecnologías interoperables.

Notas al pie de página

- 1) CRS: Centro de Referencia en Salud.
- 2) Centro de Tratamiento y Diagnóstico.





Víctor Inostroza Cáceres
Ingeniero informático
Director Asociado Área
Salud Digital y Telemedicina
- Idegys

victor@gyst.cl

¿Cómo garantizar la disponibilidad de los activos sanitarios más importantes?

Instituciones de salud pueden llegar a gastar Millones de dólares en la adquisición de equipamiento clínico. A pesar de estas importantes inversiones ¿se garantiza mejorar la calidad de la atención?

Según los registros de cinco años obtenidos por la Unidad de Investigación de NBC en 2017, se usaron más de 11 millones de dólares en dinero de los contribuyentes estadounidenses para comprar equipos hospitalarios que desde entonces han desaparecido del centro médico del Área de la Bahía. El Centro Médico del Valle de Santa Clara en San José, Estados Unidos, enumeró 383 artículos como “desaparecidos o perdidos”.

Según el informe originado por NBC, señaló que el hospital “no pudo localizar” los artículos y equipos, que incluían monitores cardíacos, máquinas de mamografía e incubadoras para bebés recién nacidos. La compra original de esos artícu-



los ascendió a más de 11,8 millones de dólares, según los registros del hospital.

¿Qué se puede hacer?

Algunos hospitales están recurriendo a la utilización de tecnologías que permiten conocer la ubicación y estado de los equipos clínicos en todo el hospital y zonas cercanas en tiempo real.

“A medida que aumenta la cantidad de dispositivos médicos conectados, también lo hace la cantidad de datos que generan. Las redes y dispositivos de atención médica se están volviendo más inteligentes y complejos y exigen tecnologías de conectividad eficientes, convenientes y seguras”

Las herramientas de rastreo inalámbrico, como los sistemas de ubicación en tiempo real, como por ejemplo, desarrollados por SATiS de KeyOptions, no solo ayudan a prevenir pérdidas y robos, sino que también ayudan y facilitan la gestión de estos importantes activos, generando un registro histórico del ciclo de vida del equipo, sus mantenimientos y periodos de uso etc. Esto no solo es de utilidad para la gestión cotidiana de los activos, sino que también, esta información se ha transformado en un valioso activo utilizada cada vez más para la toma de decisiones de compra de equipos nuevos o reemplazo de los ya existentes.

El seguimiento y etiquetado de activos es el proceso de colocar etiquetas electrónicas (sensores) activas, con capacidad de transmitir los datos de forma autónoma, o pasivas, sensores que requieren un lector, u otro elemento,

para obtener los datos de los sensores) especializadas en los activos para identificar cada uno individualmente y luego poder rastrear los datos de todos ellos en tiempo real. Se puede recopilar información como la ubicación del activo, (registro histórico de ubicaciones, humedad, movimiento, golpes, luminosidad, temperatura) como también incluir el registro histórico de uso y mantenencias y reparaciones. Estos sensores se pueden asignar a activos fijos y móviles que se distribuyen en diversos puntos de los centros de salud, instalaciones de atención médica y dentro de entornos hospitalarios.

“ Las soluciones de etiquetas de activos para la gestión de instalaciones se amortizan con el tiempo al reducir los costes de mantenimiento, aumentar la productividad y reducir el retrabajo (volver a realizar la misma actividad), por lo tanto, creamos un sistema más eficiente. ”

La implementación del sistema de seguimiento de activos permite determinar fácilmente la esperanza de vida de cualquier activo de equipo, el costo de las reparaciones hasta la fecha y los costos de reemplazo. Las soluciones facilitan a los gerentes de instalaciones la toma de decisiones basadas en datos con respecto a reparaciones y reemplazos y reducen

los costos de administración de instalaciones. Las soluciones de etiquetas de activos para la gestión de instalaciones se amortizan con el tiempo al reducir los costes de mantenimiento, aumentar la productividad y reducir el retrabajo (volver a realizar la misma actividad), por lo tanto, creamos un sistema más eficiente.





**INSTITUTO
DE ECONOMÍA,
GESTIÓN Y SALUD**



**FLACSO
CHILE**



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

CURSOS & DIPLOMADOS 100% ONLINE

Convenios nacionales e internacionales, becas,
descuentos, cursos hechos a la medida de las
necesidades de tu institución u organización.



CURSOS 100% ONLINE

- 1 - Economía y Gestión de la Salud con Perspectiva de Género. Programa conjunto con Flacso Chile.
- 2 - Introducción a la economía y gestión en salud.
- 3 - Construcción de informes de salud basados en ciencia de datos.
- 4 - Procesamiento y análisis de datos con Excel básico.
- 5 - Procesamiento y análisis de datos con Excel intermedio.
- 6 - Procesamiento y análisis de datos con Excel avanzado.
- 7 - Introducción y procesamiento de datos en salud con Tableau .
- 8 - Salud Digital en la Atención Primaria de la Salud y Financiamiento.
- 9 - Modelos y Diagramación de Procesos de Salud Digital para la Atención Primaria de la Salud.
- 10 - Alimentación Basada en Plantas, Ética, Salud, y Soberanía Alimentaria. .

NO TE PREOCUPES POR LAS TRANSFERENCIAS INTERNACIONALES, PORQUE TRABAJAMOS BAJO UN SISTEMA SEGURO, RÁPIDO, Y FÁCIL DE USAR.

DIPLOMADOS 100 % ONLINE

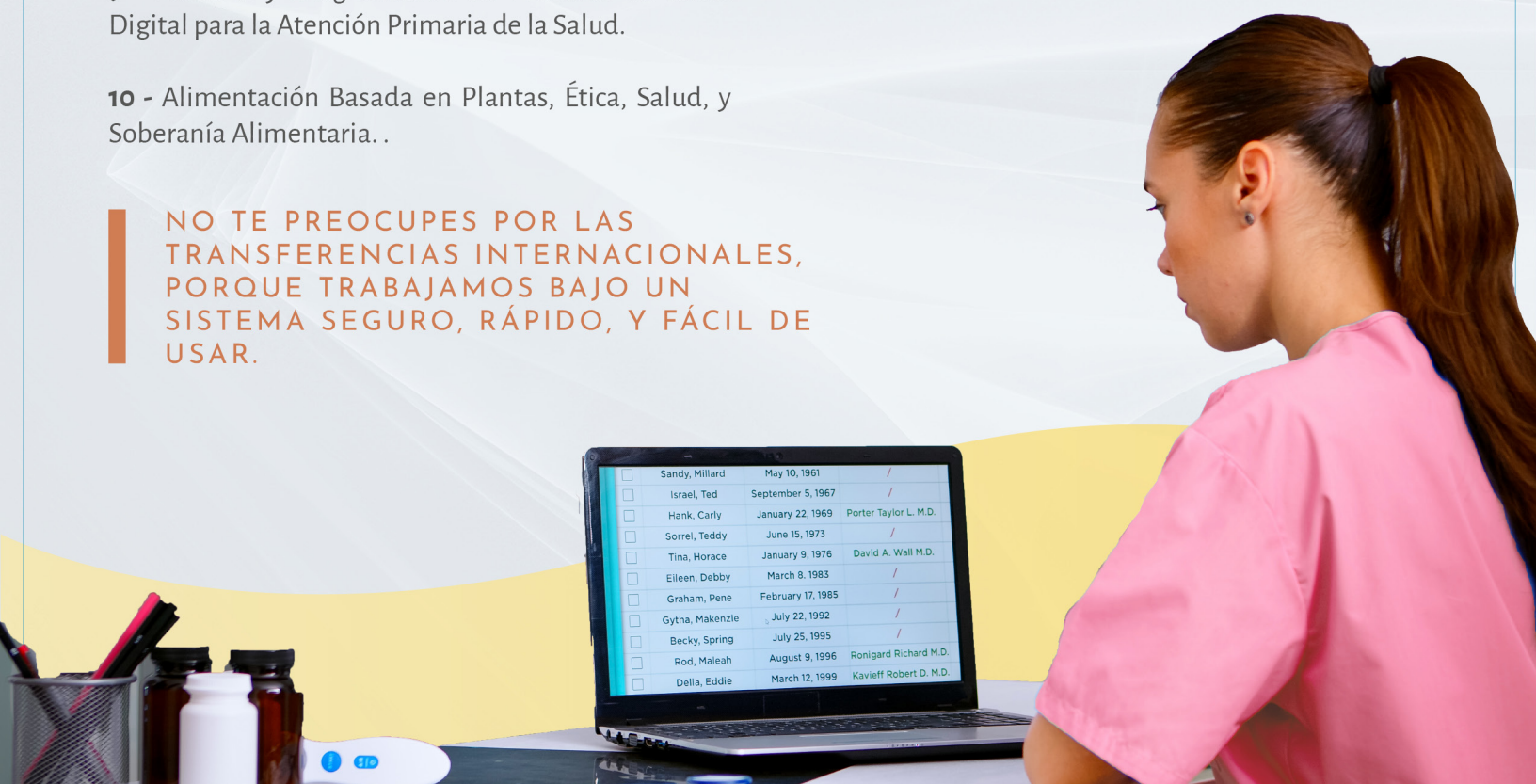
- 1 - Diplomado Binacional de Telemedicina y Salud Comunitaria. Programa en conjunto con Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina; y la Universidad de Valparaíso.
- 2 - Economía y Gestión de la Salud. Programa conjunto la Universidad de Valparaíso. Último Trimestre 2022



**POSTULA A BECAS
DE INSCRIPCIÓN Y
ARANCEL**



**CURSA DESDE
CUALQUIER PARTE
DEL MUNDO**





Fabián Norambuena Contreras
fabian@idegys.cl
Presidente del Instituto de Economía Gestión
y Salud - Idegys

Soberanía y Autonomía para una Salud Digital Pública

La soberanía de los estados a nivel mundial ha ido cambiando según los avances en ciencia y tecnología, incluso, haciendo necesaria la reformulación de las ciencias sociales para el abordaje de las nuevas culturas nacidas al alero de los progreso tecnológico y digitales.

La estrategia de control sobre las grandes empresas tecnológicas por parte de los estados y uniones de países, es establecer normativas para el resguardo de los datos y el funcionamiento de las empresas en sus territorios. Si comparamos la normativa francesa con la normativa chilena sobre la protección de datos, encontramos brechas importantes en cómo el estado protege los datos sensibles de las personas, pero más peligroso aún, es que los datos individuales de salud en Chile parecieran estar controlados por empresas privadas y no públicas.

Nos encontramos con una nueva forma de generación de lucro con la salud de las personas en desmedro de lo público mediante la tecnología. Esto quiere decir que las empresas prestadoras de servicios tecnológicos, especialmente de ficha electrónica, han construido un nicho de negocio, mediante venta de informes al sistema público. Estos informes, son contruidos en base a los datos personales de salud, y muchas veces los tomadores de decisiones no pueden acceder a información para mejorar el desempeño de los sistemas de atención. Se ha demostrado que para el sistema público abordar las distintas problemáticas en el sector salud, mediante diversas estrategias, como la focalización de recursos, mejoras en las presta-



ciones de servicios de atención, análisis de evaluación de desempeño de los programas de salud ministeriales, generación de iniciativas locales, la formulación de nuevas políticas públicas junto con planes de acciones pertinentes, no siempre se basa en datos, porque la sola solicitud de estos, puede llegar a tener tiempos “eternos” y un valor de transacción financiera muy “costoso” con el privado.

Sin datos, la toma de decisiones se vuelve compleja, aún más, cuándo el sistema público de salud no se encuentra preparado para generar información y conocimiento desde la economía y gestión en salud. De cierta forma, el espíritu de posibilitar servicios más eficientes, eficaces, y transparentes se quiebra.

En estricto rigor, existe una expropiación de la información de salud de las personas para la generación de riqueza de un particular: el privado. El mejor ejemplo de esta situación es cuándo los prestadores de servicios privados de fichas electrónicas cobran un monto a la Atención Primaria de la Salud, en cada solicitud de datos procesados como información sobre la salud de la población que atiende. En palabras simples, nadie le ha dicho al usuario de los Centros de Salud Familiar, hospitales públicos, y otros, qué existe un agente (privado), que lucra con su información sin generarle ningún beneficio explícito, ni económico, ni de salud (que aún sea reconocido).

Si perfilamos la relación de eficiencia y calidad en la atención pública basada en datos de salud, además de poder generar una “historia” del usuario a lo largo de su ciclo vital, e incidencia en la longitudinalidad de la atención, estaríamos bajo un marco de protección real de salud en los países, y autonomía en la decisión de salud.

Entonces, para seguir en el camino hacia la recuperación de la salud pública, es necesario establecer no solo políticas de resguardo de los datos, también, es necesario generar planes de acción, que permitan entender la relevancia tecno – política de la soberanía

sobre la salud digital, la telemedicina, la ciencia de datos, el desarrollo tecnológico, la ciberseguridad, y la seguridad de los estados.



Para seguir en el camino hacia la recuperación de la salud pública, es necesario establecer no solo políticas de resguardo de los datos, también, es necesario generar planes de acción, que permitan entender la relevancia tecno – política de la soberanía sobre la salud digital.

Algunas de las acciones inmediatas y de bajo costo, que se pueden realizar para la recuperación de la soberanía y autonomía de la salud pública en el país, son:

1. Reformulación de todos los contratos de empresas privadas con entidades públicas a nivel nacional que tengan la posibilidad de lucrar con los datos personales de salud, teniendo como cláusula, que, si la empresa privada tiene la información en sus bases de datos, deberá entregar de forma gratuita, transparente y procesados los datos de salud de los usuarios de la red la red de atención pública de salud. Y quién gobierna y resguarda los datos, es el mandante, en este caso, las instituciones de salud pública.
2. Todos los documentos físicos y digitales generados en las atenciones de salud en hospitales públicos, como la atención primaria, u otros, deberán tener información sobre quién es dueño de los datos de salud, sus implicancias legales y derechos. Y quién gobierna y resguarda los datos, es el mandante, en este caso, las instituciones de salud pública, y los dueños son las personas asociadas a esos datos.



3. Los centros de educación para carreras clínicas o relacionadas a salud, deberán impulsar estrategias de comunicación interna y en campus clínicos, sobre la utilización de los datos de salud, implicancias legales y derechos. Y quién gobierna y resguarda los datos, es el mandante, en este caso, las instituciones de salud pública, y los dueños son las personas asociadas a esos datos.

4. Colegios, sociedades, gremios profesionales y técnicos de la salud, deberán poner a disposición comisiones especiales, para la difusión y capacitación sobre la importancia de no lucrar con los datos de salud en la red de atención pública de salud.

Estas cuatro acciones, aunque simples, pueden hacer que la soberanía y autonomía de la salud pública, empiece a caminar hacia una salud pública digital soberana, eficiente, equitativa, solidaria e innovadora.



¿Es posible financiar la Salud Digital en la Atención Primaria de la Salud?

La salud digital se ha venido desarrollando desde hace varias décadas a través de distintas estrategias que utilizan las tecnologías de la comunicación y la información (TIC). Una de las estrategias más utilizadas y la que ha experimentado un mayor desarrollo, producto de la pandemia del COVID-19, ha sido la telesalud. Esta estrategia, acerca la salud en zonas geográficas, donde la distancia y las barreras de acceso son un factor crítico para la atención de la población beneficiaria. Dentro de las ventajas de la salud digital podemos mencionar: Diagnóstico y tratamiento más rápido, disminuye el gasto de bolsillo, evita la incomodidad del desplazamiento, aumentar el conocimiento sanitario de la población y fomenta el autocuidado, entre otras.

En Chile la telesalud se viene desarrollando desde el año 2003 a través del proyecto Agnauta que buscaba llevar la telemedicina a la Antártida. Desde ese hito en adelante se ha venido desarrollando la telesalud en sus distintas formas y contextos, buscando la integración de la Red asistencial en sus distintos niveles de complejidad, como también, buscando que los usuarios tengan un acceso oportuno a la salud. El año 2018 la Subsecretaría de Redes Asistenciales publica un documento llamado *"Programa Nacional de Telesalud"* en el cual describe los lineamientos de la salud digital como una estrategia de salud, abordando dos problemas principales: La frag-



María Javiera Saavedra
Kinesióloga
Coordinadora de Salud Digital y
Comunitaria - Idegys
Área Salud Digital y Telemedicina -
Idegys
mjsaavedra@idegys.cl



mentación en los Servicios de Salud y la falta de especialistas. En este sentido el texto impulsa el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud y cuyo propósito es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria. Esta última, tiene un rol fundamental dentro del sistema de salud, ya que es un nodo intercambiador en el cual se coordinan los flujos y contraflujos del sistema de atención, además es quién debe atender más del 85% de los problemas de salud. Por otra parte, es quien tiene el contacto directo con los usuarios, sus familias y las comunidades, es por esto, que en este nivel de complejidad es donde podemos generar un mayor impacto si acercamos la salud a las personas.

En el documento anteriormente mencionado se describen los siguientes tipos de telemedicina que son posible de desarrollar en la atención primaria de salud:

- 1)Teleconsulta médica morbilidad en APS
- 2)Teleconsulta médica de especialidad, nueva y control
- 3)Tele consulta profesional no médico
- 4)Teleconsultoría en salud mental
- 5)Teleconsulta ambulatoria en especialidad odontológica
- 6)Teleconsulta Multiespecialidad

El 2021 FONASA incorpora dentro de su catálogo modalidad atención institucional (MAI) las prestaciones de teleconsulta de medicina general, teleconsulta para varias especialidades, teleinterconsulta y telerehabilitación, dando así una forma de financiamiento para esta estrategia. Adicionalmente para el catálogo MAI de prestaciones del año 2022 se agregaron más prestaciones de teleconsulta para otros profesionales de la salud.

Considerando que por un lado el Ministerio de Salud (MINSAL) tiene incorporado la salud digital, especialmente la telemedicina, teleeducación y la teleasistencia, como parte de las estrategias en salud y, por otro lado, FONASA entrega el financiamiento para esas prestaciones nos hacemos la siguiente interrogante,

¿es posible implementar una estrategia de salud digital en la atención primaria de salud que sea robusta y pueda acercar la salud a nuestros usuarios, familias y a toda la comunidad? Y lo más importante ¿es posible de financiar?

Conocer y saber usar el financiamiento disponible para las distintas estrategias nos permitirá ser más eficientes y poder de esta forma entregar una mayor cobertura a nuestros usuarios, además de cumplir con los principios que mueven a la salud pública tales como la equidad, la justicia, la calidad, la oportunidad y la accesibilidad. La telemedicina como herramienta nos permitirá tener un mayor control de nuestra población, especialmente de crónicos, evitará visitas innecesarias a los distintos centros y le dará mayor una resolutiveidad a la atención primaria.

A la luz de los antecedentes expuestos, podríamos decir que es posible de implementar una estrategia de salud digital en la atención primaria, financiable y sustentable en el tiempo. No obstante, aún existe un gran desconocimiento de esta estrategia, tanto por parte de los profesionales de la salud, como por parte de los administrativos y tomadores de decisiones en la atención primaria.

“

Conocer y saber usar el financiamiento disponible para las distintas estrategias nos permitirá ser más eficientes y poder de esta forma entregar una mayor cobertura a nuestros usuarios, además de cumplir con los principios que mueven a la salud pública, tales como la equidad, la justicia, la calidad, la oportunidad y la accesibilidad.



Cuando pensamos en salud digital nos la imaginamos como algo que está fuera de nuestro alcance, sin embargo, pocos están al tanto de la existencia de estas prestaciones y si las conocen, no se sienten seguros de cómo utilizarlas.

Es importante que las autoridades informen a los profesionales de la salud y a las directivas de los consultorios y CESFAM respecto de los beneficios de la salud digital y su financiamiento, para que estos últimos formen equipos de trabajo en sus respectivos centros que impulsen el desarrollo de la estrategia. A su vez, es importante hacer un trabajo de educación de las comunidades respecto al acceso, los beneficios, cobertura y uso de la salud digital.





www.idegys.cl



contacto@idegys.cl



Universidad de Valparaíso, Campus
Santiago. Brigadier de la Cruz 1050,
comuna de San Miguel, Región
Metropolitana, Chile.

