Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

Programa Nacional de Telesalud

En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales

CONTENIDO

Primera Parte: Antecedentes y Contexto **4**

Introducción **5**

1. Marco Teórico Conceptual 7

2. Antecedentes Históricos 9

3. Estado de la Telesalud en Chile 11

3.1. Tele Informes 11

3.2 Teleconsultas en Atención Ambulatoria, de Hospitalización y Urgencia 12

3.3 Telemedicina en Red de Alta Complejidad y Redes Ges 13

3.4 Teleasistencia en la Red de Salud 17

4. Modelos de Atención 17

4.1. Redes Integradas de Servicios de Salud 17

4.2. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria 20

5. Marco Legal 21

5.1. Marco Legislativo Internacional 21

5.2. Marco Legislativo Nacional 22

6. Aspectos Éticos 25

7. Ventajas y desventajas de la Telemedicina [10] [8] 27

7.1. Ventajas 27

7.2. Desventajas de la Telemedicina 28

Segunda Parte: Programa Nacional de Telesalud **29**

1. Fundamentación del Programa 30

2. Definición 31

3. Principios del Programa 32

4. Objetivos 32

5. Líneas de Acción 33
5.1. Teleeducación 33
5.2. Telemedicina 40
5.3. Teleasistencia 58
6. Lineamientos de Tecnologías de Información y Comunicaciones en Telesalud 63
7. Metodología para la Elaboración del Programa Nacional de Telesalud 72
8. Participantes de la Elaboración del Documento 73
9. Bibliografía 75

PRIMERA PARTE:
ANTECEDENTES Y CONTEXTO

INTRODUCCIÓN

En Chile, dadas las características geográficas, donde la distancia y las barreras de acceso son un factor crítico para la atención de la población beneficiaria, la incorporación de tecnologías de la información y de la comunicación se hace imprescindible.

En el mundo actual los cambios socioeconómicos y demográficos plantean a los sistemas sanitarios que estos incorporen nuevas tecnologías en los procesos de atención, que permitan responder a la demanda de atención sanitaria, envejecimiento de la población o aumento de la movilidad de los ciudadanos, entre otros.

El Subsecretario de Redes Asistenciales, según lo establece el DFL Nº1 del Ministerio de Salud en su artículo 8, "tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles"

Las condicionantes de salud de la población en Chile, como el envejecimiento o las enfermedades crónicas no transmisibles, entre otras, requieren tratamiento permanente y de larga data, lo que se asocia a mayores costos en tecnologías médicas y plantean nuevos desafíos para el sector salud, con la finalidad de dar respuesta y poder disminuir brechas de inequidad existentes.

La Telesalud, como estrategia de salud, ha sido incluida en los lineamientos de la OMS, en su 58ª Asamblea Mundial de la Salud[1], en la que insta a los Estados Miembros a que se planteen la elaboración de un plan estratégico a largo plazo, para concebir e implantar servicios de cibersalud en los distintos ámbitos del sector de la salud; en este contexto, nuestro país asume el reto de mejorar los indicadores y condiciones de salud de la población en el próximo decenio 2011 - 2020 [2]. En el **Programa de Gobierno 2014-2018** [3], se plantean las falencias que afectan la atención de salud de la población, entre éstas, el déficit en especialidades médicas, infraestructura y gestión, proponiendo avanzar en todas estas áreas para cubrir las necesidades existentes.

La Telesalud representa una estrategia innovadora que permite optimizar el recurso humano especializado, complementando acciones y soluciones que permiten que la población beneficiaria experimente una mejora sustancial en el acceso a la atención por el equipo de salud, convirtiéndose en una estrategia para abordar las brechas de acceso y oportunidad de atención, dado que permite acceder a atención médica y de otros profesionales de la salud, para aquellas poblaciones alejadas o que presentan problemas de oferta de especialistas.

En la actualidad, se observa una creciente demanda por atenciones de salud por parte de la población beneficiaria del sector, y por consiguiente, una gran presión asistencial para los establecimientos del país, en especial en aquellas zonas de mayor concentración poblacional. Este incremento de demanda se aprecia por el aumento de Garantías no cumplidas, señaladas en el Informe de glosa 6 de lista de espera no GES y garantías de oportunidad GES [4].

En este sentido, la Telesalud desarrollada como un proceso clínico, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud y apoyada por las Tecnologías de la Información se convierte en una estrategia que permite disminuir brechas de atención y cuidados para las personas, siendo uno de los objetivos relevantes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales "Mejorar el Modelo de Gestión en Red en los Servicios de Salud, con énfasis en la estandarización del Proceso de Diseño y Rediseño de Redes, a través de herramientas, normativa para las redes de Alta Complejidad, Garantías Explícitas

en Salud y Régimen General de Garantías, con el fin de aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud"[1].

La Telesalud apunta a mejorar el acceso y oportunidad a estas prestaciones de salud, debe ser desarrollada bajo la lógica del Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), definidas por la OPS como "una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve"[2]. [5]

En función de dar cuenta de lo anterior, en nuestro país se han desarrollado diversas estrategias de telemedicina en las redes asistenciales, desde el año 2005. Los avances en esta materia hacen necesario contar con un marco conceptual global y lineamientos, lo que se ha traducido en la elaboración del Programa Nacional de Telesalud que se detalla en el presente documento. Este consta de dos partes, la primera orientada a entregar la contextualización, antecedentes e historia del uso de las tecnologías en salud junto con describir el modelo de atención que es la base de este Programa. La segunda parte, entrega las definiciones y lineamientos que debe seguir cualquier estrategia de Telesalud implementada en las Redes Asistenciales.

[1] Página web http://web.minsal.cl/mision-y-funciones-2/

[2] Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, OPS, 2010. Página 9.

1. Marco Teórico Conceptual

Actualmente, en el mundo existen más de 400 definiciones de telemedicina, algunas de ellas diferencian este término de Telesalud, pero para otras son sinónimos. En virtud de ello, parece necesario identificar algunas definiciones que permitan entender los conceptos, aunque para nuestro país este Programa construya otros.

La Telesalud corresponde al sistema que hace uso de las tecnologías de la información y comunicación para proporcionar servicios de salud, atención médica e información, independientemente de la distancia, teniendo foco en la prevención. Así también, la Telesalud es una herramienta para la difusión de información sobre el cuidado y prevención de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, respiratorias, y por supuesto, las epidemias. [6]

Por su parte, la telemedicina es una de las ramas más destacadas, conocidas y usadas de la Telesalud, pues de acuerdo con la Asociación Estadounidense de Telemedicina (American Telemedicine Association, ATA), "La telemedicina es el intercambio de información médica entre dos actores que no están ubicados en el mismo espacio, que pueden ser médico/paciente, o médico/médico; a través de comunicaciones electrónicas, a través de algún medio de comunicación electrónico, con el objeto de mejorar el estado de salud de un paciente. Incluye una variedad cada vez mayor de aplicaciones y servicios que utilizan videoconferencias, correo electrónico, teléfonos inteligentes, comunicaciones inalámbricas y otras formas de tecnología de las telecomunicaciones"[3]. [6]

Entonces, básicamente, la Telesalud es el sistema de salud como tal, que hace uso de las tecnologías de la información y comunicaciones (TICS), y que tiene un carácter mayormente preventivo.[6]

Importante es mencionar que la Telesalud también incorpora a la educación, la capacitación, la administración e investigación.[7]

Según la Organización Mundial de la Salud define telemedicina como: "Suministro de servicios de atención sanitaria en los que la distancia constituye un factor crítico, realizado por profesionales que apelan a tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para: la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven"[4] [8] Y "La distribución de servicios de salud, en el que la distancia es un factor crítico, donde los profesionales de la salud usan información y tecnología de comunicaciones para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades o daños, investigación y evaluación; y para la educación continuada de los proveedores de salud pública, todo ello en interés del desarrollo de la salud del individuo y su comunidad"[5]. [9]

El Plan de Telemedicina del INSALUD España del año 2000[8] recoge el siguiente significado: "La Telemedicina es más que una herramienta tecnológica o asistencial. Por encima de ellas, la Telemedicina es un instrumento de cambio organizativo, que obliga a las instituciones a pensar de otra manera, soslayando las diferencias establecidas entre los niveles asistenciales y fomentando la integración de la información que se tiene de los pacientes y la cooperación entre los profesionales. Es, además, un elemento de gestión que contribuye a la mejora de la eficacia y eficiencia de la atención prestada y a la optimización de los recursos disponibles."[6] [8]

---

[3] Blog mediconecta; http://www.mediconecta.com/blogtelesalud/es-lo-mismo-que-telesalud-que-telemedicina/

[4] "Plan de Telemedicina del INSALUD". 2000. Página 21.

[5] Andrés Herrera, "Telemedicina. Una herramienta poco explotada". Revista Obstetricia y Ginecología. Hospital Dr. Luis Tisne, 2006. Página 233.

[6] "Plan de Telemedicina del INSALUD". 2000. Página 16.

Por otra parte, se define telemedicina clínica como "la obtención de información acerca del estado de salud de un paciente mediante la tecnología de telecomunicaciones y computadores, entre proveedores separados geográficamente o entre proveedores y pacientes, con el objeto de evaluación, diagnóstico, tratamiento o educación"[7] [10].

Sin embargo, no debemos considerar la telemedicina únicamente como mera trasmisión de información y comunicación sanitaria entre pacientes y médicos separados en el espacio. Es, además, un medio de comunicación, formación y consulta entre profesionales de la salud, tanto del ámbito hospitalario como de atención primaria, y permite una mejor atención integral del paciente y formación continua de los profesionales de salud[10].

La Telemedicina, por tanto, tiene como objetivo suministrar servicios de salud destinados a mantener el bienestar de la sociedad o mejorar su estado de salud general. Como servicio, comprende no sólo una prestación asistencial a los pacientes, sino también facilitar los procesos administrativos y suministrar información sanitaria. De esta forma, los usuarios de un sistema de Telemedicina pueden ser tanto los profesionales sanitarios (personal médico, de enfermería, administrativos, entre otros) como los pacientes y ciudadanos en general. [8]

La literatura internacional identifica que los principales servicios de telemedicina son:

- **Servicios de asistencia remota:** pueden referirse, tanto a las teleconsultas de seguimiento, diagnóstico o tratamiento a distancia del paciente, como a los servicios de telemonitorización de pacientes -a menudo crónicos-, que incluyen en muchas ocasiones registros de parámetros biológicos.
- **Servicios de gestión administrativa de las personas usuarias:** incluyen, tanto la solicitud de exámenes, como los aspectos relacionados con la facturación por la prestación de servicios.
- **La formación a distancia** para profesionales, tiene como objetivo suministrar pautas y evidencias sobre salud que faciliten la educación continua de los profesionales de salud.
- **La evaluación y la investigación colaborativa en red:** el uso de las TICS para compartir y difundir buenas prácticas, así como crear conocimiento a través de las acciones y reacciones de sus miembros.

La aplicación de la telemedicina es mayoritariamente de carácter clínico (diagnóstico, tratamiento, supervisión y consulta de segunda opinión, entre otros), pudiendo emplearse en casi cualquier disciplina médica: radiología, cardiología, encefalografía, neurofisiología, dermatología, patología, oncología, oftalmología, pediatría, psiquiatría, terapia intensiva/UCI, trauma, medicina de urgencia, cirugía, rehabilitación, asistencia a domicilio, entre otros. Sin embargo, la telemedicina puede extenderse también a otros ámbitos, dando origen al términos más globales utilizados en el mundo, por ejemplo, cibesarlud o e-salud que consiste "en el apoyo que la utilización costo eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud"[8].[11]

[7] Joseba Rabanales Sotosa, Ignacio Párraga Martínez, Jesús López-Torres Hidalgo, Fernando Andrés Pretela, y Beatriz Navarro Bravo, "Tecnologías de la Información y las Comunicaciones: Telemedicina", REV CLÍN MED FAM, vol. 4 (1), pp. 42-48, 2011. Página 42

[8] Organización Panamericana de la SALUD, "Estrategia y plan de acción sobre esalud". 51a CONSEJO DIRECTIVO, 2011. Página 1.

La Telemedicina se puede realizar en 2 modalidades[12]:

a. En tiempo real o modo sincrónico
b. En tiempo diferido o modo asincrónico, o, como también se conoce, el modo de almacenar y enviar.

La modalidad sincrónica se basa en la interacción en tiempo real y en vivo, que permite la comunicación en directo del médico tratante u otro profesional, paciente y especialista, siendo este último quién entregará orientaciones diagnósticas y/o terapéuticas al médico tratante. Se distingue modalidad sincrónica programada y de urgencia. En esta modalidad el paciente puede o no estar presente.

La modalidad asincrónica permite el almacenamiento y transferencia de datos e imágenes fijas (store and forward) en "diferido", los que son enviados a un profesional especialista junto a la historia clínica del paciente, para que éste emita una orientación diagnóstica y terapéutica. En esta modalidad no existe interacción personal directa entre el especialista y el paciente.

Para la modalidad sincrónica se requiere tener establecidas agendas conjuntas y disponibilidad simultánea de los agentes que estén interviniendo en la sesión. Se utiliza el modo asincrónico en aquellos casos en los que el diagnóstico o la consulta de la información enviada no implican una situación de emergencia, y se puede diferir su consulta en minutos y horas, utilizando medios de transmisión de la información. [10]

2. Antecedentes Históricos

Si bien en la literatura internacional se reconoce el inicio de la Telesalud desde los años1926, relacionados con el cuidado en casa y el uso de las telecomunicaciones, no es hasta el año1935, en Italia, donde se describe la asistencia médica remota a la tripulación de navíos en mar, por medio del International Radio Medical Centre (CIRM), el cual provee por radio asistencia médica a los navíos y a otras embarcaciones.[13]

En 1959, el Centro Médico de la Universidad de Nebraska da inicio al uso del circuito cerrado de televisión (CCTV) de dos vías para la enseñanza y el tratamiento en psiquiatría. A mediados de los años sesenta, se estableció el servicio de circuito cerrado de televisión entre el departamento de radiología y el área de emergencias del hospital general de Washington.[13]

Uno de sus inicios más reconocidos en la historia es en los años 60, cuando se comienza a realizar seguimiento de los signos vitales a los astronautas en sus viajes espaciales, por la Agencia Espacial Norteamericana (NASA). La década de los 70 se caracteriza por su dependencia de la radio y la televisión como medios de difusión de la información. [14]

Es en la década de los años 90 cuando se producen los avances más significativos de su uso, este tiempo se caracteriza por el desarrollo de la digitalización de la información, la integración de las redes de telecomunicación y los ordenadores a través de protocolos que permitieron la transmisión conjunta e integrada de sonido, imagen y datos a alta velocidad.[14]

El actual periodo, la "era del Internet", tiene como característica una mayor integración entre las redes de telecomunicación y los ordenadores, a través de protocolos estandarizados y abiertos que permiten una más amplia y más rápida accesibilidad con una tecnología más barata. [15]

En sus inicios, se usó la telemedicina para poder llegar a espacios poblacionales de difícil acceso o geográficamente aislados y poder así, mejorar la accesibilidad. Hoy se piensa en una herramienta que permite mejorar no solo la accesibilidad y la oportunidad de la atención, sino mejorar la eficiencia y la eficacia. Pero, además se reconoce como un medio para la formación, trasferencia técnica y el apoyo en la toma de decisiones de profesionales de la salud a distancia.

En Chile comienza a desarrollarse, desde aproximadamente el año 1993, siendo sus principales hitos:[16]

1993: Proyecto Piloto Universidad Católica/Hospital Dr. Sótero del Río, desarrollándose Investigación en dos áreas:

a. La comparación de diagnóstico tradicional v/s telediagnóstico y
b. El desarrollo de métodos óptimos de colaboración a distancia (educación)

1998: La Clínica Las Condes establece conexión con la Isla Juan Fernández vía email y modem.

2003: Comienza Proyecto Argonauta que busca llevar la telemedicina en la Antártica

2004: Ministerio de Salud implementa servicio de Tele-electrocardiología a nivel nacional

2005: Ministerio de Salud crea el Centro de Asistencia Remota en Salud en la Región Metropolitana[9]

2007: Ministerio de Salud crea Departamento de Asistencia Remota en Salud donde se amplía a nivel nacional Salud Responde[10]

2009: Entra en operaciones Programa Galileo de Telemedicina Cardiovascular integrada para los Servicios de Salud de Talcahuano y Arauco

2009: Ministerio de Salud comienza la implementación de Teledermatología.

2012: Ministerio de Salud implementa Teleradiología y Teleasistencia a través de Dispositivos móviles.

2017: Ministerio de Salud crea Red de Referencia de Telemedicina en Ataque Cerebro Vascular (ACV) en el Servicio de Salud Metropolitano Sur, luego de que en el año 2016 se realizara la Primera Teletrombolisis en ACV con el Hospital El Pino[11].

[9] Resolución Exenta N°940, "Crease el Centro de Asistencia Remota de Salud" 2005.

[10] Resolución Exenta N°445 "Crea Departamento de Asistencia Remota de Salud" 2007.

[11] Resolución Exenta N°1200, "Crea la Red de Referencia de Telemedicina en Ataque Cerebro Vascular (ACV)" 2017.

3. Estado de la Telesalud en Chile

Si bien se han mencionado anteriormente algunos de los principales hitos, los Servicios de Salud han desarrollado variadas estrategias enfocadas fundamentalmente a Telemedicina, con un mayor desarrollo en la implementación de Procesos Clínicos y/o de Tecnologías, por tanto, existe un valioso conocimiento necesario de compartir.

A continuación, se resumen las principales estrategias implementadas en nuestro país desde el año 2005 a diciembre de 2017:

3.1. Tele Informes

Tele Electrocardiograma	
Año inicio	2005
Descripción	Estrategia que permite a aquellos pacientes que consultan en una Unidad de Emergencia de Atención Primaria (SAPU) por dolor torácico acceder a un Electrocardiograma y a su informe respectivo a través de una central de informes. De esta manera en 20 minutos se confirma o descarta un Infarto Agudo al Miocardio. Se encuentra implementada en los SAPUs de todo el país. Actualmente funcionando en 452 establecimientos.
Producción	Desde su implementación a diciembre de 2017 se han realizado más de 847.000 informes. Entre el 1 ° de enero y el 31 de diciembre se han realizado más de 147.550 informes de Electrocardiograma

Tele Radiología	
Año inicio	2012
Descripción	Estrategia que surge ante la necesidad de cubrir brechas existentes entre las horas Radiólogos contratadas y la demanda de informes radiológicos, necesarios en la atención entregada por Unidades de Emergencia y Unidades de Paciente Crítico, otorgando cobertura en horario no institucional (posterior a las 14 o 16 horas según establecimiento) en días hábiles y 24 horas en fin de semana y festivos. Esta estrategia realiza compra de servicios de informes radiológicos y del servicio de Interoperabilidad y Transmisión de Imágenes a través de Licitación Pública, incorporando en forma progresiva establecimientos de distintas regiones del país.
Producción	Desde su implementación a diciembre de 2017 se han realizado 737.498 informes radiológicos en 34 establecimientos.

Tele Oftalmología	
Año inicio	2013
Descripción	Estrategia implementada en las Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas (UAPOs). Consiste en la realización de un screening para detectar Retinopatía Diabética a través de examen de Fondo de Ojo, que es informado por un Oftalmólogo, a través de una plataforma. Funciona en 29 Servicios de Salud. En el año 2013 se implementa en 14 UAPOs, en 2014 en 19 unidades, 2015 en 24 unidades, 2016 en 58 unidades y 2017 en 9 UAPOs. En total se encuentra funcionando en 124 UAPOs.
Producción	Desde su implementación al 31 de diciembre de 2017 se han realizado más de 300.000 informes de Fondo de Ojo. Entre el 1 ° de enero y el 31 de diciembre del 2017 se han realizado más de 107.516 informes.

3.2 Teleconsultas en Atención Ambulatoria, de Hospitalización y Urgencia

Tele Dermatología	
Año inicio	2009
Descripción	Estrategia que facilita el acceso a atención dermatológica desde Atención Primaria de Salud. Consiste en el envío de antecedentes clínicos y fotografías por parte de un médico de atención primaria a un especialista dermatólogo, quien evalúa antecedentes y entrega orientación diagnóstica e indicaciones. Se encuentra implementada en 29 Servicios de Salud del país.
Producción	Desde el año 2010 a diciembre de 2017 se han realizado 79.801 teleconsultas

Teleconsulta (otras Especialidades)	
Año inicio	2012
Descripción	Estrategia que cconsiste en el contacto a distancia entre médicos en etapa de formación, desde Hospitales de Baja Complejidad o Atención Primaria urbana y rural, con especialistas de Hospitales de Mediana o Alta Complejidad. Comenzó en 2012 orientada al proceso de hospitalización, no obstante, desde el año 2014 su focalización se centra en la atención de pacientes en lista de espera para una consulta nueva de especialidad. Actualmente la Tele consulta se encuentra implementada en 28 Servicios de Salud, en especialidades como Neurología, Psiquiatría, Medicina interna, Cirugía, Nefrología, Cardiología.
Producción	Desde su implementación a noviembre de 2017 se han realizado 107.705 Tele consultas, en atención mayoritariamente ambulatoria.

Teleconsulta en pacientes que requieren Tratamiento Anticoagulante Oral	
Año inicio	2014
Descripción	Es una estrategia de Teleconsulta en la especialidad de Medicina Interna, para aquellos pacientes que se encuentran con tratamiento anticoagulante oral y requieren control permanente para dosificación de medicamentos. La estrategia consiste en que el paciente acude al Hospital cercano a su domicilio, en donde el médico tratante realiza exámenes cuyos resultados son analizados por el médico internista de un Hospital de mayor complejidad. Este profesional revisa los exámenes y realiza evaluación del paciente apoyado por equipo de telemedicina, entregando al médico tratante indicaciones respecto a la terapia del paciente. La estrategia comenzó a funcionar el año 2014 entre el Hospital de Curacaví y Hospital San Juan de Dios. Los Hospitales San José de Melipilla, de Peñaflor y San Juan de Dios de Santiago desarrollan el Servicio de Control del Tratamiento Anticoagulante Oral (TACO) en las comunas de María Pinto, Alhué y Curacaví. También se incorpora el Hospital de Talagante que atiende pacientes de las Comunas de Isla de Maipo y El Monte.
Producción	Desde año 2014 a diciembre de 2017, se han realizado más de 13.000 atenciones.

3.3 Telemedicina en Red de Alta Complejidad y Redes Ges

Comenzó en el año 2012 con las siguientes Redes Complejas:

Telenefrología	
Año inicio	2012
Descripción	Estrategia orientada a la evaluación de pacientes con alto riesgo cardiovascular, ingresados en Programa de Salud Cardiovascular. Tiene como objetivo brindar atención oportuna para detectar precozmente la enfermedad renal a través del envío de antecedentes clínicos del paciente, desde el médico de atención primaria al especialista, quien realiza evaluación y entrega orientación diagnóstica e indicaciones de manejo y/o tratamiento. Actualmente se encuentra funcionando en los siguientes Servicios de Salud: Talcahuano, Concepción, Arauco, Ñuble, O'Higgins, Metropolitano Sur Oriente, Metropolitano Norte, Reloncaví, Metropolitano Occidente, Valdivia, Araucanía Sur y Osorno.
Producción	La producción se encuentra incluida en Teleconsulta (otras especialidades)

Neuropsiquiatría Infantil	
Año inicio	2014
Descripción	Estrategia que consiste en la evaluación, a través de videoconferencia móvil, de niños y adolescentes con requerimiento de atención por Neurosiquiatra. El hospital San Borja Arriarán del Servicio de Salud Metropolitano Central, cuenta con especialistas y sub especialistas, quienes realizan evaluaciones de casos presentados por 11 hospitales a lo largo del país. Esto ha permitido una atención oportuna de los pacientes, evitando traslados desde lugares alejados.
Producción	Desde el año 2014 a diciembre de 2017 se han realizado 58 atenciones.

Telemedicina en Cáncer	
Año inicio	2016
Descripción	En el año 2016 y en la línea de trabajo de la red oncológica, se incorpora la estrategia de telemedicina con el fin de favorecer el acceso oportuno de la población a la atención oncológica. En este contexto, se elabora un Plan de telemedicina en cáncer, y que considera la implementación de estrategia de telemedicina en la Red de Oncología nacional en 4 líneas: Comité Oncológico, Patología Oral, Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor, Tele consulta Oncológica. El comité oncológico tiene por objetivo la evaluación multiespecialidad de pacientes para la definición de terapia de tratamiento. Los especialistas que participan provienen de distintos establecimientos de la Red, por lo que realizar la evaluación por telemedicina asegura la participación de los profesionales evitando su ausencia por lejanía geográfica o la realización de más de un comité. La situación actual es: • Implementación de comité en Macroregión Sur, Extremo Sur y Metropolitana. • Apoyo de desarrollo de Comité Oncológico a Macroregión Metropolitana, Centro Sur y Centro Norte. • Implementación de Comité Oncológico de Sarcoma PINDA a nivel nacional. • Implementación Comité de Radioterapia entre H. Clínico Regional Valdivia y Osorno-Puerto Montt. • Implementación Comité Radioterapia entre Instituto Nacional del Cáncer y H. Clínico Herminda Martín - H. Víctor Ríos Ruíz. La estrategia de Patología Oral está dirigida a la detección precoz del cáncer oral. Consiste en el envió de antecedentes clínicos y fotografías de cavidad bucal desde el profesional odontólogo de atención primaria y un odontólogo especialista en patología oral de un establecimiento de mayor complejidad a través de una plataforma tecnológica. El especialista evalúa los antecedentes y entrega orientación diagnostica e indicaciones de manejo y/o tratamiento. Se implementa el año 2017 como un piloto en 3 Servicios de Salud: Concepción, Ñuble y Arauco. La estrategia de cuidados paliativos y alivio del dolor está orientada a mejorar la comunicación y, por ende, el manejo del paciente entre las unidades de cuidados paliativos y los equipos de los establecimientos de atención primaria. Consiste en la realización de reuniones clínicas a través de sistema de videoconferencia, en que se analizan casos y se establecen acciones de manejo de los mismos. • Actualmente funciona en la Red de los Servicios de Salud de Talcahuano, Concepción, Araucanía Norte y Viña del Mar. La estrategia de Teleconsulta Oncológica se orienta a la evaluación de pacientes por especialista utilizando tecnologías de información. De esta manera, se evita el traslado del paciente para la confirmación diagnóstica o seguimiento. Actualmente se encuentra en proceso de desarrollo la teleconsulta en la especialidad de hematología intensiva.
Producción	Durante al año 2017 se han realizado 2.427 evaluaciones en comité oncológico, 285 consultas en patología oral y 44 evaluaciones en Cuidados Paliativos.

Telemedicina para Terapia de Oxigenación Extracorpórea (ECMO) Adulto	
Año inicio:	2016
Descripción	La estrategia está orientada a la evaluación del paciente que se encuentra en la Unidad de Paciente Crítico y que requiere postular a terapia de ECMO a realizarse en otro establecimiento de su propia Red o de una Red Macroregional. Esta evaluación se realiza utilizando equipos de videoconferencia que permiten la visualización del paciente y monitoreo de sus parámetros clínicos. Actualmente se encuentra implementada en el Hospital del Tórax y su Red de derivación, que considera a los Hospitales de Rancagua, San Fernando, Coyhaique, Castro y San Camilo de San Felipe. La segunda Red que se encuentra implementada corresponde al Hospital Sótero del Río y su Red de derivación, que corresponde a los Hospitales Padre Hurtado, La Florida, Gustavo Fricke, Quillota, Quilpué, Carlos Van Buren, El Pino y Complejo Asistencial Barros Luco.
Producción	No se han registrado atenciones

Telemedicina en Ataque Cerebro Vascular (ACV)	
Año inicio	2016
Descripción	La estrategia consiste en contar con un equipo de neurólogos en turno en un establecimiento que realicen apoyo a médicos de Unidades de Emergencia de otros establecimientos (que no cuenten con neurólogos de Urgencia) en el diagnóstico de ACV en fase aguda y la realización de Trombólisis, de acuerdo a indicación, por medio de Tecnologías de Información y Comunicaciones. La situación actual es que mediante Resolución Exenta Nº1.200 del 16 de octubre de 2017, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales se crea la Red de Referencia de Telemedicina en ACV en el Servicio de Salud Metropolitano Sur. Esta Red actualmente con su equipo de neurólogos evalúa pacientes de las Unidades de Emergencia del Hospital el Pino, Talagante y Copiapó.
Producción	Entre enero y diciembre de 2017 se realizaron 293 tele consultas y 14 tele trombólisis

Telemedicina en la Red VIH	
Año inicio	2016
Descripción	La estrategia de Telemedicina en la Red VIH busca optimizar el manejo de pacientes portadores de VIH/SIDA con complicaciones clínicas y/o dificultades con esquema terapéutico que siguen su tratamiento en los Centros de Atención de Especialidad del país. Los profesionales reciben asesoría de un equipo de expertos del Hospital Lucio Cordova (HLC), a través de tecnologías de información, lo que les permite comunicarse mediante videoconferencias en las que se plantean orientaciones de manejo y tratamiento.
Producción	No se han realizado evaluaciones individuales, sino reuniones clínicas

Telemedicina en la Red de Cardiopatías Congénitas Operables	
Año inicio	2017
Descripción	Consiste en la realización de Comités Cardiológicos en Cardiopatías congénitas operables, a través de tecnologías de videoconferencia, en que profesionales de un Hospital derivador evalúan a su paciente conjuntamente con especialistas del Hospital de referencia, con el fin de determinar plan de acción o de seguimiento, sin necesidad de traslado del paciente o previo a éste. Esta estrategia se encuentra implementada en el Hospital Roberto del Rio del Servicio de Salud Metropolitano Norte, el que evalúa pacientes presentados por los establecimientos de mayor complejidad de los Servicios de Salud Arica, Atacama, Coquimbo, Valparaíso San Antonio, Metropolitano Central, Metropolitano Sur y O'Higgins.
Producción	Durante el año 2017 se han realizado 17 evaluaciones en Comité

Telemedicina en la Red Neuro quirúrgica Macroregión Centro Norte y Servicio de Salud Atacama	
Año inicio	2017
Descripción	Estrategia basada en la resolución de Patologías Complejas Neuroquirúrgicas entre un establecimiento de menor complejidad y uno de mayor complejidad definido por la Red. Los médicos profesionales apoyados por tecnologías de la información y comunicaciones evalúan antecedentes clínicos e imágenes radiológicas, y en base a ello, se define plan de tratamiento que puede incluir traslado del paciente o manejo en hospital de origen. Actualmente, el Hospital Carlos Van Buren realiza evaluación de pacientes por telemedicina a los Hospitales de la Macroregión: Hospital de Copiapó, Vallenar, La Serena, Gustavo Fricke, San Camilo y Los Andes).
Producción	No se registran atenciones

Telemedicina en la Red de Gran Quemado	
Año inicio	2017
Descripción	Esta estrategia está basada en potenciar y fortalecer la atención del paciente Gran Quemado GES. Contempla tres líneas de trabajo: Rediseño de la Red, Formación y Capacitación, y Telemedicina. La línea de trabajo de Telemedicina está orientada a la evaluación de pacientes Gran Quemado entre un Hospital derivador y un Hospital definido por la Red como referente para la resolución del problema de salud. Esta evaluación se realiza mediante el envío de antecedentes clínicos y fotografías al especialista a través de una Plataforma. La evaluación de pacientes por telemedicina permite mejorar la pertinencia en la derivación y optimizar el manejo del paciente previo a su traslado. Actualmente, el Hospital de Referencia Nacional es el Hospital Asistencia Pública, del Servicio de Salud Metropolitano Central, el cual evalúa por telemedicina a, los pacientes referidos de todo el país.
Producción	Durante el año 2017 se evalúa pertinencia de derivación de 113 pacientes

3.4 Teleasistencia en la Red de Salud

Salud Responde	
Año inicio	2005
Descripción	Esta estrategia ofrece a la Ciudadanía un servicio permanente de entrega de información, orientación, educación, asistencia, apoyo y contención en materias de salud, a todos los habitantes del país, por medio de una atención oportuna, equitativa y de calidad, a la que se accede telefónicamente durante las 24 horas del día, los 365 días del año.
Producción	Desde su inicio hasta diciembre de 2017 se han realizado más de 6 millones de Teleasistencias.

4. Modelos de Atención

4.1. Redes Integradas de Servicios de Salud

La fragmentación en los Servicios de Salud es entendida como una de las causas del bajo nivel de desempeño de los servicios y sistemas de salud. En ese sentido, la fragmentación puede generar por sí misma, o con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos[5]. Es por ello, que surge el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuyo propósito es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la APS, con prestaciones de salud más accesibles, equitativas, eficientes y oportunas, que a su vez permitan la continuidad de la atención, definiendo esta como "el grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud"[12] [5].

4.1.1. Atributos esenciales de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Las Redes integradas de Servicios de Salud aconseja que se requieren 14 atributos esenciales para su adecuado funcionamiento (agrupados en 4 ámbitos de abordaje) [17] [18]:

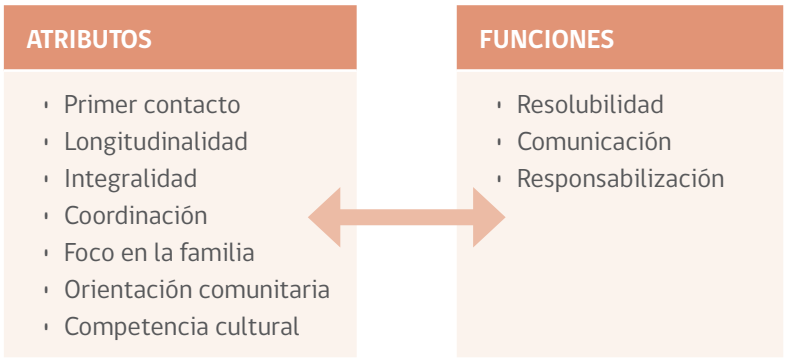
[12] OPS, Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. OPS, 2010. Página 9.

MODELO ASISTENCIAL	1	Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud que determinan la oferta de servicios de salud.
	2	Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
	3	Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
	4	Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.
	5	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
	6	Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.
GOBERNANZA Y ESTRATEGIAS	7	Un sistema de gobernanza único para toda la red.
	8	Participación social amplia.
	9	Acción intersectorial y abordaje de las determinantes de la salud y la equidad en salud.
ORGANIZACIÓN Y GESTION	10	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
	11	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
	12	Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
	13	Gestión basada en resultados.
ASIGANCION E INCENTIVOS	14	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

Fuente: OPS, 2010.

La estructura operacional, de acuerdo a las Redes de Atención de Salud (RAS), está compuesta por cinco componentes [19]:

1. Atención Primaria de Salud. Es el centro de comunicación de las redes de atención de salud y es el nodo intercambiador en el cual se coordinan los flujos y los contraflujos del sistema de atención de salud. No es verdad que la APS sea menos compleja, es quien debe atender más del 85% de los problemas de salud; junto a acciones relacionadas a los cambios de comportamientos y estilos de vida en relación a la salud: cese del hábito de fumar, adopción de comportamientos de alimentación saludable y de actividades físicas, etc. El cambio de los sistemas fragmentados para las RAS sólo podrá ocurrir, consecuentemente, si está apoyado en una APS sólida y de calidad.



2. Puntos de Atención Secundarios y Terciarios. Ambos puntos de atención son nodos de redes en los que se ofertan determinados servicios especializados, generados mediante una función de producción singular. Ellos se diferencian por sus respectivas densidades tecnológicas, siendo los puntos de atención terciaria más densos tecnológicamente que los secundarios y, por esa razón, tienden a ser más concentrados espacialmente. Sin embargo, no hay entre ellos relaciones de principalidad o subordinación, ya que todos son igualmente importantes para alcanzar los objetivos en la atención de necesidades de la población.

Además, se apoyan las acciones de salud demandadas por una comunidad, englobando intervenciones racionales de los flujos y contraflujos de informaciones, productos y personas en las RAS, permitiendo un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia de las personas e intercambios eficientes de productos e informaciones, en todos los puntos de atención de salud y sistemas de apoyo en esas redes [19].

3. El sistema de gobernanza. Es el ordenamiento organizativo uni o pluri-institucional que permite la gestión (niveles macro-meso-micro) de todos los componentes de la red, de manera que produzca un excedente cooperativo entre los actores sociales en situación, aumente la interdependencia entre ellos y obtenga buenos resultados sanitarios y económicos para la población adscrita. La gobernanza tiene el objetivo de crear una misión y una visión en las organizaciones, definir objetivos y metas que deben ser cumplidos a corto, mediano y largo plazo para cumplir con la misión y con la visión, articular las políticas institucionales para el cumplimento de los objetivos y metas y desarrollar la capacidad de gestión necesaria para planificar, monitorear y evaluar el desempeño de los Directivos y de la organización[19].

4. Los Sistemas de Apoyo. Son los lugares institucionales de las redes en donde se prestan servicios comunes a todos los centros de atención de salud [20]. Dentro de estos sistemas se encuentran:

- Sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico
- Sistema de asistencia farmacéutica
- Sistemas de información en salud.

5. Los sistemas logísticos. Son soluciones fuertemente ancladas en las tecnologías de información, entre ellas la telemedicina, que garantizan una organización racional de los flujos y contraflujos de informaciones, productos y personas en el modelo, permitiendo un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia de las personas e intercambios eficientes para la atención de las personas.

4.2. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

La política pública en salud en nuestro país, a partir de la reforma del año 2005, ha impulsado como su eje central el desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario, el que se entiende como "un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer – incluido el intersector – y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales"[13] [20].

Este Modelo prioriza actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y resuelve las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado y autodeterminación. La integralidad debe entenderse, desde, al menos, dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de salud de las personas. Esta mirada integral implica tener en cuenta el enfoque de curso de vida, el que provee un marco conceptual que permite comprender cómo los determinantes de la salud interactúan e impactan, tanto positiva como negativamente en la salud de las personas a lo largo de la vida, acumulando el daño y generando riesgos que contribuyen a determinar la presencia de una enfermedad.

Este Modelo es transversal a todo el sistema de atención y considera la Atención Primaria de Salud como eje central para alcanzar las mejores condiciones de salud de la población.

[13] MINSAL, "Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los Servicios de Salud: planificación, implementación y evaluación." 2012. Página 12 -13.

5. Marco Legal

En chile no existe una legislación específica sobre Telesalud, no obstante, haremos referencia a documentos Internacionales que plantean la adopción y ejecución, por parte de los Estados miembros, de políticas de Telesalud o cibersalud, como estrategia para mejorar la salud de los Estados. Asimismo, mencionaremos aquel marco legal que sustenta la ejecución de este Programa de Telesalud, haciendo una breve mención de la normativa relacionada con los temas de Telesalud.

5.1. Marco Legislativo Internacional

Si bien las Resoluciones dictadas por la Organización Mundial de la Salud, no son obligatorias para los Estados miembros, se trata de acuerdos que estos se comprometen a cumplir, y en virtud de ese compromiso es que se desarrollan estrategias, planes y programas.

Con la prevención anterior, podemos mencionar la que la Organización Mundial de la Salud, en el año 2005 acordó la Resolución WHA.58.28, adoptada en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, la cual indica lo siguiente:

"Tomando nota de la influencia beneficiosa que podría tener el progreso de las tecnologías de información y comunicación en la prestación de atención sanitaria, la salud pública, la investigación y las actividades relacionadas con la salud para los países tanto de ingresos bajos como de ingresos altos; Consciente de que los avances en las tecnologías de información y comunicación han generado expectativas en materia de salud; Respetando los derechos humanos, las consideraciones éticas y los principios de equidad, y habida cuenta de las diferencias ligadas a la cultura, la educación, el idioma, el lugar geográfico, la capacidad física y mental, la edad y el sexo; Reconociendo que una estrategia de cibersalud de la OMS sentaría las bases para las actividades de la OMS en esa esfera; Recordando la resolución WHA51.9, referente a la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet; Subrayando que la cibersalud consiste en el apoyo que la utilización costo eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud".

"Insta a los miembros a:

1. *Que se planteen la elaboración de un plan estratégico a largo plazo para concebir e implantar servicios de cibersalud en los distintos ámbitos del sector de la salud, incluida la administración sanitaria, dotados de las infraestructuras y el marco jurídico apropiados, y a que alienten las alianzas públicas y privadas;*
2. *Que desarrollen infraestructuras para aplicar a la salud las tecnologías de información y comunicación como se considere apropiado, y promuevan el disfrute universal, equitativo y a precio asequible de los beneficios que de ahí se deriven, y sigan colaborando con organismos de telecomunicación de la información y otros asociados con el fin de reducir los costos y de que la cibersalud dé buenos resultados;*
3. *Que, en el terreno de las tecnologías de información y comunicación, forjen relaciones de colaboración más estrechas con los sectores privado y asociativo, con el fin de promover los servicios de salud públicos y de utilizar los servicios de cibersalud de la OMS y de otras organizaciones de salud, y a que soliciten su apoyo en la esfera de la cibersalud;*

4. *Que procuren que las comunidades, en particular los grupos vulnerables, gocen de servicios de cibersalud adaptados a sus necesidades;*
5. *Que fomenten la colaboración multisectorial para definir criterios y normas de cibersalud basados en datos contrastados y evaluar las actividades de cibersalud, con el fin de intercambiar conocimientos sobre modelos rentables y, de ese modo, asegurar la disponibilidad de normas en materia de calidad, seguridad y ética, y el respeto de los principios de confidencialidad de la información, privacidad, equidad e igualdad;*
6. *Que establezcan redes y centros nacionales de excelencia que trabajen sobre la cibersalud, y en particular sobre prácticas ejemplares, coordinación de políticas y apoyo técnico para la prestación de asistencia sanitaria, mejora de los servicios, información al ciudadano, desarrollo de los medios de acción y vigilancia".*

De acuerdo a lo planteado por la OMS, la Telesalud o cibersalud es una estrategia reconocida y válida para otorgar prestaciones de salud a las comunidades. El desafío es desarrollar los procesos, infraestructura, convenios de colaboración y normativa para su implementación.

5.2. Marco Legislativo Nacional

En relación a las normas jurídicas que permiten y sustentan el desarrollo del Programa de Telesalud podemos mencionar como primer fundamente a la Constitución Política de Chile, en su Artículo 19, numeral 9º, esta asegura a todas las personas el derecho a la protección de la salud y establece como deber del Estado proteger el libre e igualitario acceso a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Por otra parte, el Artículo 3º de la Ley Nº 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado establece que: *"La Administración del Estado está al servicio de la persona humana; su finalidad es promover el bien común atendiendo las necesidades públicas en forma continua y permanente y fomentando el desarrollo del país a través del ejercicio de las atribuciones que le confiere la Constitución y la Ley, y de la aprobación, ejecución y control de Políticas, Planes, Programas y Acciones de alcance nacional, regional y comunal".*

Las normas mencionadas constituyen una obligación para el Estado y es por ello que se deben realizar acciones para asegurar el acceso a la atención de salud, tanto si estas acciones se realizan de manera convencional, como si se deben implementar nuevas estrategias.

El Artículo 1º, DFL Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763, de 1979 y de las leyes Nº 18.933 y Nº 18.469, refuerza lo indicado en la Constitución Política y establece la responsabilidad del Ministerio de Salud de garantizar tal derecho, así como coordinar, controlar, y cuando corresponda, ejecutar tales acciones.

De acuerdo a lo anterior, en nuestro país se implementarán estrategias de Telesalud en el marco de la normativa vigente y asociadas a los procesos clínico-asistenciales definidos, cumpliendo con los estándares de la atención presencial.

En relación a la aplicabilidad de la modalidad de telemedicina en las prestaciones de salud asociadas al Auge-Ges y no GES, y sobre la responsabilidad médico legal asociada a dicha prestación, la División Jurídica de Minsal ha informado, mediante Memorándums A15 Nº04995, de 31 de diciembre de 2013 y Memorándum A 15 Nº0223, de 03 de septiembre de 2015, lo siguiente:

En síntesis, ambos documentos indican que:

- "Bajo la modalidad de telemedicina es posible incorporar aquel conjunto de procedimientos de asistencia médica que se ejecutan materialmente a distancia, utilizando diferentes medios de comunicación y tecnologías de imagen, con la finalidad de colaborar en la atención de salud y que van desde evaluación de antecedentes y exámenes clínicos hasta la asistencia técnica en labores médicas de cualquier índole, tales como procedimientos invasivos y no invasivos, que se desarrollan a distancia y bajo la supervisión profesional específica".
- "La Telemedicina forma parte de procedimientos profesionales de colaboración que contribuyen a la atención de salud de las personas y que se concatena con otros procedimientos y actuaciones profesionales y técnicas que ejecutan los profesionales, técnicos y administrativos, en salud. En este caso, la labor de asistencia desarrollada mediante telemedicina por un profesional ad-hoc, según sea el caso, se entrega a un equipo de salud responsable de la atención presencial de una persona, para la formulación de la debida atención que incluye el diagnóstico y tratamiento del caso".
- "En materia de responsabilidad profesional es posible advertir que ella se configura sobre la base de las actuaciones que cada profesional ejecuta en la atención de salud y debe ser analizada en cada caso dependiendo de la forma en que ella se desarrolle. En este contexto es necesario recalcar que junto con el paciente que se trate siempre deberá existir un equipo médico que lo evalúe de manera presencial y desarrolle las labores propias del acto médico, incorporando en ello aquellas ritualidades que las leyes exigen, tanto respecto de la información, como del consentimiento previo (por ejemplo aquellas contenidas en la Ley Nº 20.584) y ejecutando las acciones de diagnóstico, pronostico y tratamiento; siendo el procedimiento de telemedicina un apoyo técnico que se presta de manera colaborativa, en función de otorgar la mejor resolutividad de la prestación de salud posible y acorde a las necesidades del referido paciente".
- "En comprensión del déficit de profesionales médicos especialistas en zonas alejadas del país y considerando los principios de servicialidad de la administración (Artículo 1º de la Constitución de la República) y las normas de la Ley 18.575, que señalan que los organismos del Estado deben satisfacer las necesidades de la población de modo regular y continuo, debiendo para ello organizar los medios de que cada entidad dispone para lograr la debida ejecución de sus funciones y hacerlo de manera eficiente y eficaz (aplica Dictamen Nº 83399 de 2013, Contraloría General de la República) los servicios y entidades del sector puedan proveer prestaciones de especialista mediante telemedicina, las que incluyan el diagnóstico y tratamiento de las personas, siempre y cuando dicha asistencialidad se preste en colaboración a un equipo médico que acoge, evalúa y trata de manera presencial a los pacientes sujetos a esta modalidad"

Teniendo presente lo señalado hasta el momento, se destacan las siguientes ideas14:

1. La Ley Nº20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, establece respecto del consentimiento informado, en su artículo 14, que este se requiere para toda atención de salud y generalmente se efectuará en forma verbal. Sin perjuicio de lo anterior, el consentimiento del paciente deberá constar por escrito en el caso de "intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado".

[14] Ordinario 2C Nº247 del 29.01.2018 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales

2. Las atenciones de Telemedicina en Consulta de Especialidad ya sea Ambulatoria, de Hospitalización o de Urgencia, no constituyen un procedimiento invasivo ni que conlleve riesgo relevante para la salud. Tampoco lo constituyen los informes de procedimientos o exámenes realizados por Telemedicina. En este contexto, no es necesario contar con un registro firmado de tal consentimiento, entendiéndose que, en el acto de atención médica, el profesional explica al paciente el proceso de atención a desarrollar mediante telemedicina y la continuidad de atención asociada a la misma.

   Además de lo anterior debe considerarse que las prestaciones a desarrollar por Telemedicina deben estar definidas en la Cartera de Servicios de establecimiento y Mapa de Derivación, lo que debe ser informado a la Comunidad.

   Las Tecnologías de Información y Comunicaciones a utilizar como soporte de las prestaciones en Telemedicina deben cumplir con las de Seguridad de la Información emanadas desde Minsal y con lo establecido en la Ley Nº 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la Ley Nº 19.628 sobre protección de la vida privada. En este punto, mencionar que si se cumple lo establecido no se requiere un registro escrito de consentimiento informado para tomar fotografías en el contexto de una atención médica, ni para grabar una atención de telemedicina realizada por Red de Videoconferencia Minsal, en contexto de atención critica o de urgencia y que se requiera respaldar para efectos de posibles auditorías futuras.

   En ese sentido, el artículo 5, literal c) de la referida ley Nº 20.584, señala en relación al derecho a un trato digno, que los prestadores deberán "Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud. En especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso. En todo caso, para la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones para usos o fines periodísticos o publicitarios se requerirá autorización escrita del paciente o de su representante legal". De tal forma, es posible concluir que, aquellas grabaciones o toma de fotografías con fines distintos a los periodísticos o publicitarios, no requieren de autorización expresa del paciente, no obstante, el resguardo de sus derechos.

3. Las atenciones de Telemedicina que involucren procedimientos invasivos, por ejemplo: realización de Teletrombolisis en Ataque Cerebro Vascular u otras similares deberán contar con un Consentimiento Informado con registro firmado, no obstante, se deberá considerar lo establecido en el Artículo 15 de la Ley de Derechos y Deberes, respecto a la manifestación de voluntad en situaciones determinadas.

4. En relación con el cumplimiento de la Circular C 37 Nº 06 de fecha 18 de Julio de 2017, que restringe el uso de dispositivos de comunicación personal móvil en la atención de pacientes, ésta tiene como propósito evitar la distracción del personal técnico y profesional durante la atención de un paciente y evitar la contaminación por agentes virales y bacterianos. En el caso de la atención por telemedicina, el uso de estos dispositivos está intrínsecamente relacionado con proceso clínico asistencial destinado a apoyar el diagnóstico o tratamiento del paciente, por tanto, en este caso su uso no se considera un elemento distractor, sino una herramienta de apoyo a la gestión clínica. Su uso deberá cumplir con las normas de precauciones estándares vigentes.

6. Aspectos Éticos

El impacto de la incorporación de nuevas tecnologías en salud, al ser una acción que es parte de la provisión de servicios de salud, debe estar ligado a la ética como cualquier tipo de atención que se brinda a las personas. En este sentido, si bien la telemedicina tiene variados beneficios, como el mejorar el acceso, también hay muchos problemas éticos y legales que se plantean con su utilización. En especial, al no ser una consulta presencial con interacción personal, la telemedicina altera la modalidad tradicional de la relación médico paciente.[21]

La literatura internacional define los siguientes principios de la ética que se deben considerar para una atención mediante telemedicina: [21]

Relación médica – paciente	Sin dejar de lado los beneficios respecto a la mejor comunicación y atención del paciente, debemos señalar posibles factores que pueden cambiar esta relación. Fundamentalmente están asociados a la despersonalización o interacción indirecta con los pacientes, las diferencias en el proceso de consulta, y la imposibilidad de realizar por parte del médico consultado una consulta médica completa, por ejemplo por la falta de examen físico.[22] Este aspecto se subsana si en la interacción el paciente es presentado al especialista por un médico tratante que realice el examen físico y de continuidad de atención
Responsabilidad del médico[21]	El médico queda en libertad y completa independencia de decidir si utiliza o recomienda la telemedicina para su paciente. La decisión debe basarse en el beneficio de la persona. Cuando se utiliza la telemedicina directamente con la persona, el medico asume la responsabilidad del caso en cuestión. Esto incluye el diagnóstico, opinión, tratamiento e intervenciones médicas directas. El médico que pide la opinión a otro colega es responsable del tratamiento y de otras decisiones y recomendaciones entregadas al paciente. Es esencial que el médico que no tiene contacto directo con el paciente (médico que realiza la telemedicina) pueda participar en procedimientos de seguimiento, si es necesario. Cuando personas que no son médicos participen en la telemedicina, el médico debe asegurarse que la formación y la competencia de estos otros profesionales de la salud sean adecuadas a fin de garantizar una utilización apropiada de la telemedicina.
Rol del paciente[21]	Es obligación del médico asegurar que el paciente ha recibido una información apropiada, clara y se asegure del entendimiento de los procedimientos e indicaciones necesarias, además asegurarse que es físicamente capaz y que se da cuenta de la importancia de su rol en el proceso. El mismo principio se debe aplicar a un miembro de la familia o a otra persona que ayude al paciente a utilizar la telemedicina.
Consentimiento y confidencialidad del paciente[21]	Las reglas del consentimiento y confidencialidad del usuario también se aplican a las situaciones de telemedicina. La información de la persona puede traspasada al médico o a otro profesional de la salud y debe ser pertinente al problema en cuestión. Debido a los riesgos de filtración de información inherentes a ciertos tipos de comunicación electrónica el medico tiene la obligación de asegurar que se hayan aplicado todos los protocolos de seguridad establecidos para el traspaso de la información.

Calidad de atención y seguridad	El médico que utiliza la telemedicina es responsable de la calidad de la atención que recibe el paciente y no debe optar por la consulta mediante telemedicina a menos que considere que es la mejor opción disponible. Para esta decisión el médico debe tomar en cuenta la calidad, el acceso y el costo. Se deben usar regularmente medidas de evaluación de la calidad, a fin de asegurar el mejor diagnóstico y tratamiento posible mediante telemedicina. El médico no debe utilizar la telemedicina sin asegurarse de que el equipamiento necesario para el procedimiento sea de un nivel de calidad suficientemente alto, que funcione en forma adecuada y que cumpla con las normas reconocidas. Se debe disponer de sistemas de soporte en caso de emergencia. Se deben utilizar controles de calidad y procedimientos de calibración para vigilar la precisión y calidad de la información recolectada y transmitida. Para todas las comunicaciones mediante telemedicina se debe contar con un protocolo establecido que incluya los asuntos relacionados con las medidas apropiadas que se deben tomar en caso de falla del equipo o si un paciente tiene problemas durante la utilización de la telemedicina.
Calidad de la información	El médico que ejerce la medicina a distancia sin ver al paciente debe evaluar cuidadosamente la información que recibe. El médico sólo puede dar opiniones y recomendaciones médicas o tomar decisiones médicas, si la calidad y la cantidad de información recibida es suficiente y pertinente para el caso en cuestión.
Autorización y competencias para utilizar la telemedicina	La telemedicina ofrece la oportunidad de aumentar el uso eficaz de los recursos humanos médicos, incluso a través de las fronteras nacionales. El médico que utiliza la telemedicina debe estar autorizado a ejercer la medicina en el país o Estado donde reside y debe ser competente en su especialidad. Cuando utilice la telemedicina directamente con un paciente ubicado en otro país o Estado, el médico debe estar autorizado a ejercer en dicho lugar o debe ser un servicio aprobado internacionalmente.
Historial clínico del paciente	Todos los médicos que utilicen la telemedicina deben mantener historiales clínicos adecuados de los pacientes y todos los aspectos de cada caso deben estar documentados debidamente. Se debe registrar el método de identificación del paciente y también la cantidad y calidad de información recibida. Se deben registrar adecuadamente los hallazgos, recomendaciones y servicios de telemedicina utilizados y se debe hacer todo lo posible para asegurar la durabilidad y la exactitud de la información almacenada. El experto que es consultado a través de la telemedicina debe mantener un historial clínico detallado de las opiniones que entrega y también de la información en que se basaron. Los métodos electrónicos de almacenamiento y transmisión de la información del paciente, solo pueden ser utilizados cuando se hayan tomado medidas suficientes para proteger la confidencialidad y la seguridad de la información registrada o intercambiada. Se debe contar con registro clínico electrónico que idealmente interopere con otros sistemas de informacion
Formación en telemedicina	La telemedicina es un campo prometedor para el ejercicio de la medicina y la formación en este campo debe ser parte de la educación médica básica y continua. Se deben ofrecer oportunidades a todos los médicos y otros profesionales de la salud interesados en la telemedicina.

La Telemedicina se concibe como una opción del profesional médico siempre que su utilización se justifique en razón de un mejor interés del paciente y en el uso racional de los recursos sanitarios.

La Asociación Médica Mundial expresa que en general la telemedicina no debe afectar adversamente la relación individual médico-paciente. Cuando es utilizada de manera correcta, la telemedicina tiene el potencial de mejorar esta relación a través de más oportunidades para comunicarse. Como en todos los campos de la medicina, la relación médico-paciente debe basarse en el respeto mutuo, la independencia de opinión del médico, la autonomía del paciente y la confidencialidad profesional. [22]

7. Ventajas y desventajas de la Telemedicina [10] [8]

Son múltiples los beneficios que las distintas aplicaciones de la Telemedicina pueden aportar tanto a las instituciones sanitarias como a los pacientes, profesionales del sector y ciudadanos en general:

7.1. Ventajas

Para los usuarios	▪ Diagnósticos y tratamientos más rápidos. ▪ Reducción del número de exámenes complementarios. ▪ Atención integral desde el primer momento. ▪ Evita la incomodidad de desplazamientos para pacientes y familiares. ▪ Disminuye el gasto bolsillo ▪ Aumentar el conocimiento sanitario de la población y fomentar el autocuidado.
Para los médicos de atención primaria	▪ Nuevas posibilidades de efectuar consultas con especialistas. ▪ Posibilidad de evitar inconvenientes desplazamientos. ▪ Más elementos de juicio a la hora de adoptar decisiones. ▪ Mejora la calidad de las imágenes para poder diagnosticar. ▪ Mejora de los circuitos de trasmisión de información, evitando la pérdida de informes. ▪ Transferencia de conocimientos y experiencia de manejo de diversas patologías, mejorando la capacidad resolutiva y la pertinencia en la derivación
Para equipos de atención	▪ Proveer apoyo científico y tecnológico a los profesionales ▪ Facilitar la concepción integral del paciente. ▪ Facilitar la formación continua de los profesionales y gestionar el conocimiento generado por los mismos.
Para los hospitales	▪ Reducción del peligro de pérdida de imágenes. ▪ Diagnósticos y tratamientos más rápidos y precisos. ▪ Mejor y más rápida comunicación entre distintos servicios. ▪ Eliminar el duplicado de información. ▪ Más eficacia de los equipos y servicios. ▪ Mayor economía en los gastos derivados del transporte. ▪ Optimizar procesos administrativos, por simplificación de los circuitos de petición, reducción de errores administrativos, etc.
Para el sistema sanitario	▪ Mejor utilización y aprovechamiento de los recursos. ▪ Análisis científicos y estadísticos más fáciles. ▪ Mejor gestión de la salud pública. ▪ Recursos adicionales para la enseñanza. ▪ Fomentar la equidad llevando la atención a las áreas aisladas ▪ Favorecer la universalidad del acceso a la asistencia sanitaria ▪ Apoyar al desarrollo de un nuevo modelo sanitario, centrado en el paciente ▪ Aumento de la eficiencia del sistema mediante la optimización de los recursos asistenciales, la mejora de la gestión de la demanda, la reducción de las estancias hospitalarias y la disminución de las repeticiones de actos médicos y exploraciones, así como de los desplazamientos. ▪ Aumentar la accesibilidad de la información a todos los niveles asistenciales
Para el Medio Ambiente	▪ Reducción de la huella de Carbono disminuyendo el uso de papelería

7.2. Desventajas de la Telemedicina

1. Menor exactitud de ciertas imágenes trasmitidas con telemedicina en relación con las imágenes originales, si las TICs no son las adecuadas.
2. Riesgos ligados con la seguridad y la confidencialidad en la relación médico-paciente mediante interfaces.
3. Aumento de la demanda a los especialistas, pudiéndose llegar a no poder satisfacer el elevado volumen asistencial de pacientes.
4. Los programas utilizados en telemedicina deben compararse con otras opciones alternativas, asegurándose que además de ofrecer servicios de gran rapidez son a su vez servicios viables.
5. Riesgo de pérdida de datos e imágenes debido a la compresión de dichos datos para aumentar la velocidad de transmisión.
6. La tecnología e infraestructura deben estar lo suficientemente desarrolladas para soportar la implantación de la telemedicina a gran escala.
7. La implementación de los sistemas de telemedicina depende de una adecuada infraestructura de telecomunicaciones.

SEGUNDA PARTE:
PROGRAMA NACIONAL DE TELESALUD

1. Fundamentación del Programa

Esta fundamentación se sustenta en el documento consolidado de la Jornada Nacional de Telemedicina Valdivia [16] y del trabajo de construcción colectiva de la jornada de la mesa de expertos del día 22 de junio del 2017.

Existe consenso construido colectivamente, a partir de la I Jornada de Telemedicina, en la necesidad de contar con una Política de Telemedicina, que finalmente avanzó hacia un Programa Nacional de Telesalud, que otorgue un marco conceptual y lineamientos técnicos, estratégicos, administrativos, organizacionales y financieros para el desarrollo y funcionamiento óptimo de las estrategias de Telesalud que ya se encuentran instaladas en las Redes de Salud de Chile.

En función de lo anterior, se han evidenciado una serie de variables que influyen en el proceso de atención y la calidad de este, que en el actual desarrollo de la Telesalud requieren ser abordados por un Programa, el que aportará en los siguientes ámbitos:

- Disminución de las barreras de acceso, mejorando la oportunidad y la continuidad en la atención de la población usuaria, para la satisfacción de sus necesidades de salud.
- Disminución de las desigualdades de desarrollo de Telesalud existentes en el país.
- Permitirá disminuir el impacto del déficit de especialistas en zonas que presentan brechas en el país.
- Permitirá optimizar los recursos existentes en la Red, impactando positivamente en el gasto bolsillo[15] de la población.
- Favorecerá la transferencia técnica desde los equipos de salud entre los distintos niveles de atención, facilitando la formación y educación continua.
- El contar con definiciones organizacionales del programa facilitará su desarrollo e implementación en lugares donde aún no está instalado.
- Permitirá mejorar la cobertura de comunicaciones, la conectividad y su calidad, y el equipamiento requerido para acciones de Telesalud.
- Contribuirá a esclarecer el marco jurídico, ético y normativo existente en Chile, para la aplicación de Telesalud y sentará las bases para una futura norma técnica.
- Permitirá el desarrollo y estandarización de sistemas de información integrados a la red de salud, para contar con fuentes de información y registros.
- Facilitará la validación de las redes de telemedicina existentes y su complementariedad con las redes geográficas.
- Al definir sus aspectos organizacionales permitirá que el programa se desarrolle y mantenga en el tiempo independiente de los cambios políticos que ocurren en el país.
- Facilitará la estandarización de procesos de Telesalud adaptados a la realidad local.
- Favorecerá la interrelación entre profesionales para la promoción de buenas prácticas profesionales.

---

[15] **Gasto bolsillo:** OMS: Todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud, Honorarios médicos, Compras de medicamentos, Facturas de hospital, Medicina alternativa y tradicional. Se debe deducir el reembolso realizado por un seguro

El gasto de bolsillo incluye: Medicamentos, Insumos médicos, Lentes ópticos, Aparatos ortopédicos y terapéuticos, Consulta médica, Intervención médica en operaciones, Honorarios de otros profesionales, Servicio dental, Análisis y servicios de laboratorio y rayos, Servicio de hospitalización, Servicio de emergencia móvil, y otros.

- Permitirá la actualización de registros de información en sitios oficiales establecidos por MINSAL.
- Permitirá definir las competencias técnicas del recurso humano, sus funciones y perfil acorde a las acciones a desarrollar en los distintos componentes del programa.
- Facilitará desarrollar acciones en pos de mejorar y fortalecer la información de la ciudadanía respecto al acceso y derechos de atención.
- Permitirá definir la infraestructura necesaria para la implementación desde los establecimientos.
- Facilita la gestión del cambio en la implementación de los componentes de Telesalud.

2. Definición

Telesalud en Chile:

Es una Estrategia basada en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en el contexto de las Redes Integradas de Servicios de Salud, y que mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, facilita la provisión de servicios a distancia desde el ámbito de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, centrado en la persona en su contexto sociocultural y a lo largo de su curso de vida, con el propósito de mantener un óptimo estado de salud y la continuidad de cuidados de la población, mejorando así la equidad en el acceso, el ejercicio de derechos, la oportunidad y la calidad de la atención mediante sus tres componentes: Teleeducación, Telemedicina y Teleasistencia.

De acuerdo a esta definición de la Telesalud se destacan algunas características:

- Favorece una comunicación efectiva y oportuna entre los equipos de salud y las comunidades atendidas.
- Cuenta con un robusto sistema de telecomunicaciones (conectividad) acorde a las características geográficas del país.
- Se desarrolla en todos los niveles de atención en salud mejorando la comunicación entre los distintos equipos clínicos.
- Permite el contacto y cuidado de personas que están geográficamente distantes con distintas barreras de acceso para resolver sus necesidades de salud.
- Incorpora la mirada macro regional, para su implementación y funcionamiento; sin perder de vista las determinantes sociales, y necesidades locales en cada territorio.
- Es un aporte para entrega de atenciones resolutivas
- Es una estrategia de apoyo permanente en el desarrollo, mantención y fortalecimiento de competencias en el equipo.

3. Principios del Programa

- **Equidad**
  Concepto relacionado a la igualdad y justicia, donde la entrega de servicios hacia las personas, familias y comunidades, sean acordes a sus determinantes socioculturales considerando los desequilibrios de necesidades entre los usuarios.

- **Persona como sujeto de derechos**
  Considera a las personas en el ejercicio pleno de sus derechos, derecho al acceso a la salud y el cumplimiento de normativas legales vigentes en la atención de las personas

- **Integralidad e integración**
  La atención de salud considera a la persona usuaria en su totalidad, no de manera fragmentada.

- **Pertinencia cultural**
  La atención en salud debe adaptarse y flexibilizar de acuerdo al contexto intercultural al que pertenece la persona, considerando su lenguaje, cosmovisión y espiritualidad.

- **Justicia**
  Se deben abordar y superar las desigualdades sociales, sobre todo las que tienen un gran impacto en la salud, tales como la pobreza, la exclusión social, el desempleo o el nivel educativo

- **Calidad**
  La atención de salud debe ser de acuerdo a estándares de calidad, que incluya las dimensiones de esta como oportunidad, eficiencia con la finalidad de lograr la satisfacción de necesidades y expectativas de los usuarios.

4. Objetivos

Objetivo General:

Generar las condiciones técnicas, tecnológicas, administrativas, organizacionales y financieras para desarrollar los tres componentes de la Telesalud en los Servicios de Salud, y de esta forma contribuir a mejorar el acceso y equidad en salud integral de las personas, y al cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

Objetivos específicos:

a. Fomentar el conocimiento sobre el marco ético y normativo en la práctica de Telesalud en Chile.

b. Definir Teleeducación, sus objetivos, acciones, funciones y estrategias para el desarrollo en la red de salud.

c. Definir Telemedicina sus objetivos, acciones, funciones y estrategias para el desarrollo en la Red de Salud.

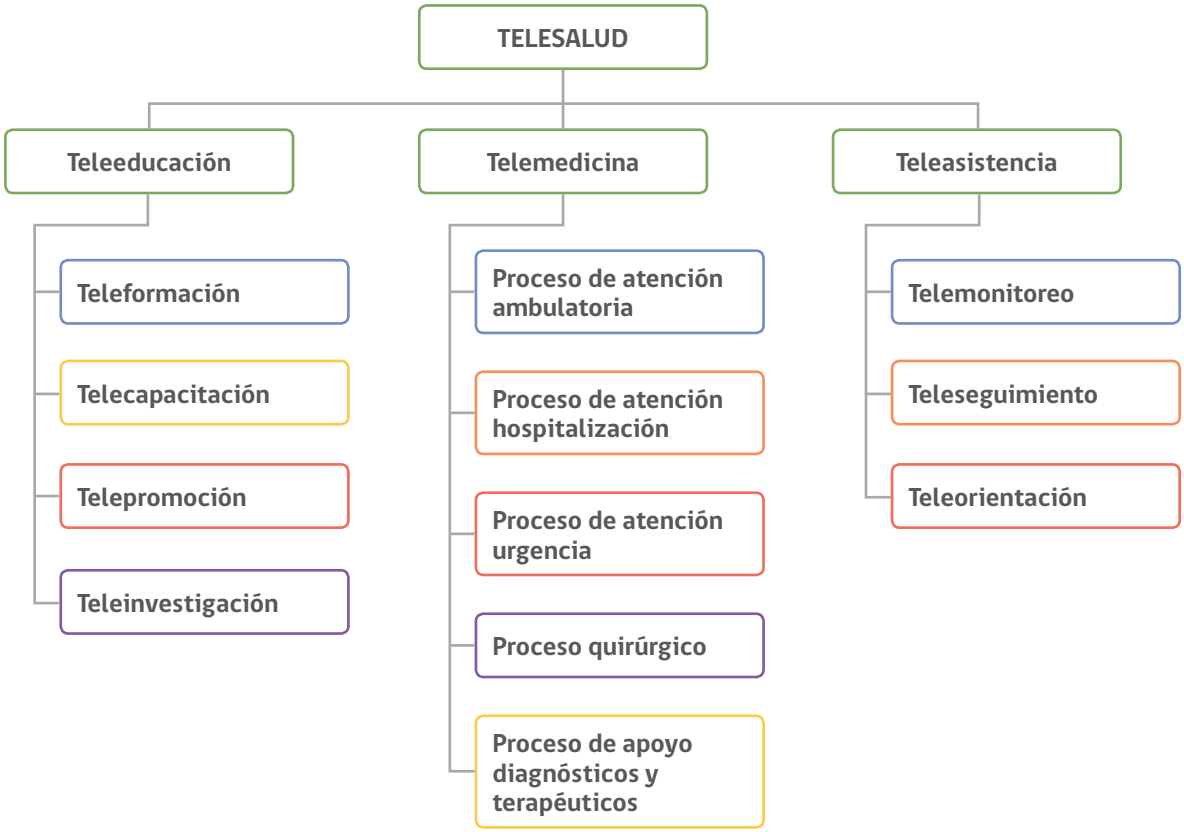
d. Definir Teleasistencia sus objetivos, acciones, funciones y estrategias para el desarrollo en la red de salud.

e. Establecer la infraestructura del Programa de Telesalud a través de la definición, selección, incorporación y el uso de sistemas de apoyo, vinculadas a las tecnologías de la información y comunicaciones para responder a las necesidades de atención de la población.

f. Definir los recursos humanos necesarios y su competencia técnica para el desarrollo de la Telesalud.
g. Definir acciones para desarrollar formación y capacitación del recurso humano que soporte y brinde los servicios de Telesalud.
h. Establecer los mecanismos financieros que sustenten su desarrollo y su mantención financiera.
i. Establecer un plan de monitoreo que permita evaluar el funcionamiento del programa.
j. Definir criterios de calidad para evaluar la implementación del programa.
k. Desarrollar acciones en pos de mejorar y fortalecer la información de la ciudadanía respecto al acceso y derechos de atención.

5. Líneas de Acción

La Telesalud de acuerdo a sus componentes se grafica de la siguiente manera:



5.1. Teleeducación

Es un 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.

Características:

- Amplía los conocimientos de los usuarios tanto internos como externos y de la propia comunidad.
- Favorece el acceso a una gran cantidad de información validada.
- Promueve la integración entre profesionales.
- Promueve la integración de la academia, y el intersector.

5.1.1. Objetivos

Objetivo General:

Proporcionar una forma de aprendizaje continuo, aplicado a procesos educativos que integren los diversos componentes y actores, mediante el uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones, favoreciendo el traspaso o generación de conocimientos sin restricciones de espacio, tiempo, ni distancia.

Objetivos Específicos:

a. Contribuir a los procesos formativos tradicionales, promoviendo la educación continua, con apoyo de TICs.
b. Aumentar capacidades de difusión del conocimiento y aprendizaje, favoreciendo la accesibilidad y oportunidad tanto a usuarios internos como externos con barreras de acceso.
c. Favorecer la integración entre el saber popular y los conocimientos técnicos en Salud.
d. Aumentar las capacidades de organización y gestión en salud enfocadas en la persona y su comunidad, basado en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario
e. Mejorar capacidad resolutiva de todos los integrantes del equipo de salud
f. Facilitar procesos educativos y formativos que integren el ámbito comunitario e intersectorial.
g. Apoyar procesos de investigación en salud

5.1.2. Componentes de Teleeducación

1. Teleformación

Método de autoaprendizaje con reconocimiento académico que permite cursar algún tipo de estudios a través de Internet, sin tener ninguna limitación horaria, ni de localización, generando mayor expertiz en los usuarios.

Las temáticas entregadas mediante Teleformación deben ser levantadas de acuerdo a los requerimientos o necesidades de la Comunidad, Intersector, Centros Asistenciales, Directivos y Técnicos y que estén en concordancia con los contenidos descritos en las mallas curriculares de los establecimientos Educacionales (Universidades, Institutos, Centros de Formación, etc.).

La utilización de la Teleeducación en el ámbito docente asistencial permitirá la incorporación de sólidos conocimientos técnicos, utilizando herramientas informáticas que permitirán mejorar el aprendizaje relacionado con la Salud Pública actual. Por otro lado, fortalecerá la comunicación entre los distintos Niveles de Atención mejorando la resolutividad y la gestión en salud. Para el desarrollo del proceso formativo se pueden utilizar todas las modalidades existentes para su aplicación, favoreciendo el desarrollo de educación clínica a distancia y foros en salud.

Para incorporar la Teleeducación en el ámbito docente asistencial es fundamental integrar a la Academia de manera formal en la implementación, puesta en marcha, ejecución y evaluación del proceso. La academia contribuirá a la sistematización de los procesos clínicos y contribuirá a la generación de espacios reflexivos, Jornadas Médicas de retroalimentación y traspaso de buenas prácticas laborales en esta área.

Es fundamental contar con Convenios Docentes Asistenciales que se encuentren ajustados a las normativas ministeriales vigentes.

En dicho Convenio se debe explicitar la incorporación de la Teleformación como una estrategia emergente con los beneficios descritos previamente.

2. Telecapacitación

Método de aprendizaje a distancia que permite incorporar o re afirmar conocimientos en un determinado grupo, basado en un Programa previamente diseñado de acuerdo a los requerimientos levantados.

La capacitación debe ser congruente con los planes, programas, guías y normas de salud vigentes.

En este contexto la incorporación de la Telecapacitación favorece las actividades de capacitación o aprendizaje diseñadas para el equipo de salud, donde las herramientas informáticas y tecnológicas se ponen a disposición del proceso de aprendizaje.

Las actividades de aprendizaje se pueden enfocar en la adquisición de conocimientos teóricos o bien relacionados con la práctica clínica, utilizando fuentes de información basados en la evidencia.

A. Consideraciones generales:

Para llevar a cabo el proceso de Educación continua de los equipos de Salud se deben considerar los siguientes aspectos:

- Diagnóstico realizado en base a un levantamiento de información de las necesidades de capacitación de cada equipo local.
- Nivel de conocimiento de cada equipo de salud en el uso de herramientas tecnológicas.
- Disponibilidad de herramientas TICs que faciliten el proceso de formación (internet, correo electrónico, foro electrónico, video conferencia, plataformas virtuales entre otros)
- Modalidad de entrega de conocimientos (sincrónica o asincrónica).
- Entrega de contenidos de acuerdo al grupo de profesionales que se quiera capacitar (Médicos, Matronas, Nutricionistas, Terapeutas, Psicólogos u otros) basados en los Programas Ministeriales existentes.
- Evaluación de contenidos una vez finalizado el proceso, de la metodología de formación utilizada y análisis de indicadores de impacto.

B. Contenidos básicos de los Programas de Telecapacitación de los Equipos de Salud

1. Introducción
   Permitirá contextualizar o describir el alcance del Programa.
2. Objetivos
   Claros y precisos dando cuenta de la finalidad del proceso formativo.
3. Metodología del Programa de Capacitación
   Describir los mecanismos o procedimientos que se emplearán para lograr los objetivos. Se definen los siguientes aspectos:

- Modalidad de entrega de los contenidos
- Duración del Programa
- Proceso de evaluaciones
- Universo a considerar
- Número de horas involucradas
- Herramienta tecnológica a utilizar

4. Definiciones
   Desarrollo de conceptos claves que permitirán un mejor entendimiento de los contenidos del Programa.
5. Responsabilidades
   Se describirán las responsabilidades de todos los involucrados en el proceso de Capacitación (Profesionales del Equipo de Salud, Tutores o Guías, Entidad organizadora, establecimiento de Salud, otros)
6. Cursos de capacitación programados
   Se identificarán los Cursos o Capacitaciones de acuerdo a los requerimientos locales de cada nivel de atención, cuya realización será apoyada con herramientas tecnológicas.
7. Contenidos
   Corresponden a las diversas temáticas que se desarrollarán durante el transcurso de un Curso o Capacitación.
   La orientación de los contenidos dependerá del tipo de profesional a capacitar y se podrán abordar temas de índole clínico, técnico, administrativo, TICS, etc.
8. Cronograma de actividades
   Se debe confeccionar un calendario que señale las fechas tanto de la entrega de los contenidos como del proceso de evaluación.
9. Indicadores
   Instrumentos de evaluación que permiten medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa los niveles de avance o aprendizaje del grupo formado o capacitado.
10. Anexos
    Complementos del Programa de Formación que facilitan su ejecución.

3. Telepromoción

Método de aprendizaje que permite la adquisición de conocimientos en la comunidad, facilitando las acciones preventivas que se desarrollen al interior de la población.

Se debe considerar el nivel de alfabetización digital para el desarrollo de actividades teleeducativas con la comunidad, con énfasis en poblaciones específicas como por ejemplo en los adultos mayores, migrantes, refugiados, pueblos originarios u otros. Para ello, se debe incorporar los enfoques de inclusión desde su diseño, desarrollo de los contenidos y metodología de aprendizaje.

La Teleeducación dirigida a la Comunidad incluirá Jornadas de Capacitación y/o aprendizaje a distancia guiadas por profesionales de distintos ámbitos, utilizando las tecnologías necesarias para desarrollar comunicaciones interactivas o unidireccionales, directas o diferidas, colectivas o individuales.

3.1. Educación en Salud Comunitaria

La Educación para la Salud es un proceso de formación, que busca que el individuo sea consciente sobre su propia salud a través de la adquisición de conocimientos y los hábitos básicos para su autocuidado y la promoción de la salud.

Existe suficiente evidencia de la necesidad de que las prácticas de promoción de la salud trasciendan la tecnología educativa y se acerquen a la cotidianidad y a la realidad social en la cual se desarrollan las personas, y a su vez se posibilite el compartir de saberes y experiencias, permitan el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y desarrollar habilidades como la capacidad de organización y gestión, con la finalidad de tener individuos y comunidades empoderadas en su autocuidado y corresponsables en sus procesos de salud.

Dado que los patrones de morbimortalidad actuales en las sociedades industrializadas se relacionan estrechamente con los comportamientos y estilos de vida de las personas, la Educación Comunitaria en Salud se convierte en una poderosa herramienta que se releva en el quehacer en Atención Primaria de Salud, nivel de atención que ocupa estratégicamente el lugar más cercano a la comunidad en el territorio.

3.2. Uso de las TICS en la Educación en Salud Comunitaria

La contribución de las TICs en salud va aún más allá del intercambio de datos para diagnosticar y prevenir enfermedades o del acercamiento de la atención especializada a zonas aisladas, permitiendo también el diálogo cultural entre alternativas de salud, así como el debate y la movilización social en torno a la conciencia de una salud pública global en un mundo cada día más globalizado.

El tipo de iniciativas en Educación en salud Comunitaria que son parte de la Teleducación incluyen:

- Sistemas de e-learning y canales de televisión interactivos para ciclos formativos en salud dirigidos a la comunidad;
- Creación de espacios colaborativos y participación en redes sociales relacionados con programas específicos de promoción, prevención y atención;
- Desarrollo de portales informativos en Internet que orienten a los usuarios para prevenir enfermedades y crear redes entre la población objetivo;
- Utilización de medios de radiodifusión y televisión en campañas de promoción de la salud;
- La mejora de la efectividad de los sistemas de comunicación existentes y el desarrollo de puntos de acceso comunitarios para la información de salud, por ejemplo, telecentros, apoyo a agentes comunitarios de salud a través de telefonía celular, entre otros.

La promoción a través de las TICs ha de tener presente las desigualdades sociales existentes en el acceso a las mismas y en la capacitación para su uso entre comunidades y sectores de la población con el fin de lograr la inclusión social.

Se fomenta el uso de las TICS para potenciar el asociacionismo juvenil, reforzar las redes existentes y el voluntariado social para avanzar en la estabilidad, transparencia y fortalecimiento institucional impulsando una implicación activa en la vida pública.

3.3. Contenidos y Metodología de la Educación en Salud Comunitaria con uso de TICs

Entre los diversos espacios que posibilitan la Educación en Salud está la familia, la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad en general.

En la planificación de iniciativas de Educación en Salud con uso de TICs, se debe considerar, a lo menos las siguientes etapas:

- Efectuar diagnóstico de necesidades de aprendizaje determinando quiénes serán los participantes, cuáles son sus expectativas, recursos, necesidades y cuáles son sus temas generativos. Es necesario que los Equipos de Salud co-construyan con las personas usuarias una temática que idealmente contenga las necesidades de las personas y que a la vez de respuesta a los problemas que se deben abordar desde el sector salud.
- Evaluar la oportunidad y pertinencia del uso de las TICs, conforme a factores como nivel de alfabetización de los participantes, factibilidad y accesibilidad en el uso de medios digitales, masividad de la convocatoria, entre otros.
- Planificar metodologías de educación participativas, contemplando etapas de definición de objetivos, responsables, plazos, ejecución, y evaluación de forma conjunta entre facilitadores y participantes.
- Certificación de los participantes, especialmente en aquellos casos que se refieran a formación de agentes comunitarios en salud.

Algunos ámbitos que pueden abordarse mediante la Educación en Salud con uso de TICs son los siguientes:

- Promoción de hábitos y estilos de vida saludables en todo el ciclo de vida
- Prevención de riesgos psicosociales y salud mental
- Oferta de servicios y redes comunitarias
- Apoyo a cuidadores y familiares de pacientes crónicos
- Formación de monitores y voluntariado en salud
- Formación en Ciudadanía en Salud
- Escuelas de Salud para la Ciudadanía

4. Teleinvestigación

Corresponde al uso de las TICs para acceder a información o documentación de un periodo determinado, permitiendo su análisis retrospectivo o prospectivo.

Este ámbito de aplicación de la Teleeducación permitirá a los clínicos acceder a información de procesos epidemiológicos y de investigación, generando evidencia local de los procesos clínicos a investigar. En este contexto la utilización de las TICs cumple un rol fundamental, ya que, a través de recursos informáticos estadísticos, el clínico podrá acceder a procesos de recopilación y sistematización de la información, facilitando el desarrollo del proceso investigativo, reduciendo los tiempos de recopilación de información y permitiendo su posterior difusión.

La Telesalud como estrategia formal, permite acceder a una gran cantidad de usuarios, que más allá de las atenciones generadas en el contexto de la aplicación de la Telemedicina, favorece el acceso a información de un determinado grupo o población de un área definida.

Teniendo claro el objetivo del proceso investigativo, se procede a identificar la población a estudiar de acuerdo a variables tales como grupo etario, sexo, ruralidad, entre otros, para posteriormente desplegar recursos informáticos que permitirán recopilar la información, ya sea de manera cuantitativa o cualitativa utilizando encuestas en línea, Foros y otras herramientas que generen información, tomando en cuenta que deben estar validadas en la metodología investigativa vigente.

La aplicación de las encuestas en línea se enfocará en poblaciones y subpoblaciones de acuerdo a variables sociodemográficas y de temáticas de salud a investigar, por ejemplo: encuesta aplicada a

la población escolar adolescente para visualizar riesgos de consumo de sustancias; encuestas indagando las variables cualitativas de adherencia al tratamiento en usuarios diabéticos de atención primaria, etc.

Con la información recopilada y posteriormente sistematizada se generarán las conclusiones finales, con lo que se puede proceder a difundir el material investigativo a través de las distintas modalidades de entrega de contenidos, compartiendo resultados y experiencias con evidencia clínica.

Los contenidos generados con el material investigativo se podrán entregar hacia los interesados de manera sincrónica o asincrónica.

5. Teleducación para facilitar los procesos de capacitación en Telemedicina y Teleasistencia

Los procesos de formación y aprendizaje planificados con apoyo de TICs, constituyen una relevante herramienta que puede utilizarse para apoyar procesos de capacitación y/o actualización de profesionales en componentes de Telemedicina y Teleasistencia.

La aplicación de estrategias de Teleeducación permite abordar y solucionar las principales barreras existentes en las Redes de Salud que tienen que ver con la alta rotación profesional, accesibilidad y oportunidad de capacitación.

Para el desarrollo del proceso formativo se utilizarán herramientas tecnológicas que permitirán entregar contenidos en formatos presenciales o e-learning.

Para llevar a cabo los procesos de capacitación en Telemedicina y Teleasistencia se deben considerar los siguientes aspectos:

- Identificar el grupo objetivo
- Definir centros participantes
- Nivel de conocimiento de los profesionales de salud en el uso de herramientas tecnológicas
- Disponibilidad de herramientas TICs que faciliten el proceso de formación (internet, correo electrónico, foro electrónico, video conferencia, plataformas virtuales etc.)
- Modalidad de entrega de conocimientos (sincrónica o asincrónica)
- Infraestructura adecuada en el caso de la recepción de conocimientos por vía sincrónica
- Contenidos de acuerdo al objetivo que el grupo defina
- Programación de la entrega de contenidos aplicados a los usuarios internos de los distintos niveles de atención
- Evaluación de la asimilación de contenidos una vez finalizado el proceso, de la metodología de formación utilizada y análisis de indicadores de impacto

Lo procesos formativos en Telemedicina y Teleasistencia van dirigidos a los profesionales y administrativos que participan activamente en la implementación de las estrategias o se están iniciando en el ámbito de la utilización de herramientas tecnológicas para el apoyo de diversos procesos clínico asistenciales, o bien, a los profesionales y técnicos que requieren reforzamiento y/o actualización de los conocimientos en éste ámbito.

Contenidos:

Éstos deberán abordar áreas de interés de los profesionales involucrados en el proceso formativo, tanto para Telemedicina como Teleasistencia

1. Concepto de Telesalud
2. Descripción del Proceso Clínico Asistencial que incorporará Telemedicina o Teleasistencia

3. Oferta de servicios
4. Herramientas tecnológicas e infraestructura
5. Aspectos éticos y legales
6. Registro de la información
7. Seguridad de la información
8. Aspectos financieros

Entrega de contenidos:

Éstos serán posibles con un escenario tecnológico que entregue las condiciones necesarias para la transmisión de información, lo que involucra Redes de comunicación eficientes (internet, Wifi), habilitantes tecnológicas funcionales (Puntos de Red, Servidores) y equipamiento adecuado.

Formatos de entrega de contenidos:

La entrega de información, ya sea, sincrónica o asincrónica, permitirá que los profesionales que participan del Proceso Formativo puedan acceder a un auto aprendizaje, a Tutorías, a Cursos en Red, acceso a clases grabadas, Laboratorios de simulación, Bibliotecas virtuales, Portales web, etc.

5.2. Telemedicina

Es una estrategia que entrega prestaciones de salud a distancia con interacción entre profesionales de la salud quienes logran comunicación a través del uso de tecnologías de la información y comunicación, obteniéndose un planteamiento u orientación diagnóstica y terapéutica, que busca garantizar la equidad y oportunidad de la atención de salud a comunidades que presentan brechas de acceso, en el marco de una Red de Integrada de Servicios de Salud.

Los ámbitos de aplicación de Telemedicina corresponden a los siguientes Procesos:

- Proceso de Atención Abierta: Atención Primaria Salud – Atención Ambulatoria de Especialidades
- Proceso de Atención en Hospitalización: Atención de Hospitalización
- Proceso Atención de Urgencia: Atención en APS y Unidad Emergencia Hospitalaria
- Proceso Quirúrgico: Cirugía Mayor Ambulatoria-Cirugía de Mayor Complejidad
- Proceso Apoyo Diagnostico y Terapéutico: Procedimientos, Exámenes, Análisis muestras

Objetivo General:

Otorgar atención y cuidados con el uso de estrategias de telemedicina para la entrega de prestaciones de salud médicas y no médicas a distancia con acceso oportuno y estándares de calidad a la atención en salud que refuerce además el trabajo en red, estableciendo vínculos permanentes que aseguren la continuidad de atención de las personas.

Objetivos Específicos:

a. Permitir el acceso a la atención de salud en áreas geográficas aisladas o de difícil acceso
b. Disminuir tiempos de espera de las personas para acceder a atenciones en salud
c. Favorecer asesoría permanente entre profesionales de la Red Asistencial.
d. Mejorar la pertinencia en la referencia y resolutividad
e. Fortalecer la coordinación de los diferentes componentes de la Red de Salud local

f. Facilitar procesos formativos que integren el ámbito comunitario e intersectorial.

g. Apoyar procesos de investigación en salud

Cartera de Servicios por proceso de atención

En cada uno de los Procesos Clínicos se puede desarrollar la siguiente Cartera de Servicios de Telemedicina.

En cada una de estas prestaciones que se realice de manera sincrónica el paciente puede o no estar presente.

1. **Proceso Atención Abierta: Atención Primaria Salud – Atención Ambulatoria de Especialidades**
   - Teleconsulta médica morbilidad en APS
   - Teleconsulta médica de especialidad, nueva y control
   - Teleconsulta profesional no médico
   - Teleconsultoría en Salud Mental
   - Teleconsulta ambulatoria en especialidad odontológica
   - Teleconsulta Multiespecialidad
2. **Proceso Atención Cerrada: Proceso Hospitalización**
   - Teleconsulta médica de especialidad a paciente hospitalizado
   - Teleconsulta profesional no médico a paciente hospitalizado
3. **Proceso Atención de Urgencia: APS-Unidad de Emergencia Hospitalaria**
   - Teleconsulta médica en atención de urgencia
   - Teleconsulta profesional no médico en atención de urgencia
4. **Proceso Quirúrgico**
   - Teleintervención Quirúrgica
5. **Proceso Apoyo Diagnóstico -Terapéutico**
   - Teleinforme
   - Teleprocedimiento

El Ministerio de Salud, mediante Resolución Exenta Nº 721 del 05 de agosto de 2015, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, aprobó los siguientes "Procesos Clínicos de Apoyo a la Gestión de la Red Asistencial":

1. Modelo General de Proceso- Atención Primaria
2. Modelo General de Proceso- Atención Ambulatoria de Especialidades
3. Modelo General de Proceso- Proceso Gestión de Hospitalización
4. Modelo General de Proceso- Proceso de Urgencia
5. Modelo General de Proceso- Proceso Quirúrgico
6. Modelo General de Proceso- Dispensación de Medicamentos
7. Modelo General de Proceso- Proceso Gestión de Citaciones
8. Modelo General de Proceso- Proceso Gestión de Indicaciones
9. Modelo General de Proceso- Proceso Gestión de Información Clínica del paciente
10. Modelo General de Proceso- Proceso Donación de Órganos, Sangre y Tejidos

A continuación, se describen los Procesos Clínicos en los que se incorpora la Cartera de Servicios de Telemedicina y su respectiva definición:

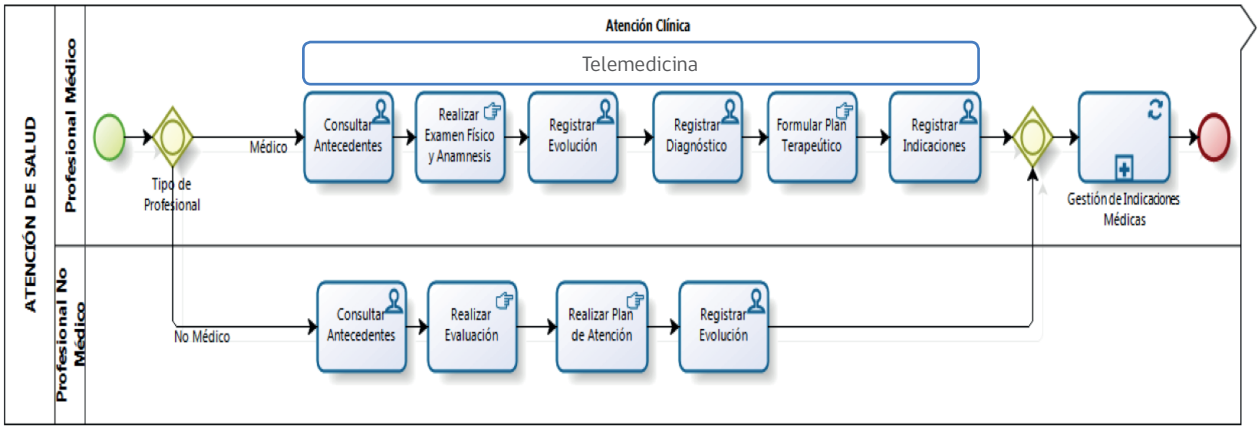
1. Atención Primaria

La Atención Primaria es el primer nivel de la organización del sistema de Salud, es el que entrega mayor cobertura poblacional y menor complejidad. Corresponde a la red de establecimientos de atención ambulatoria constituido por centros de salud, urbanos y rurales; las postas rurales de salud y las estaciones médico-rurales. Es la puerta de entrada al Sistema Público de Salud y tiene por objetivo resolver los principales problemas de la comunidad, integrando acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

1.1. Atención Clínica en APS

Es el proceso clínico que ejecuta el profesional médico o no médico, inicia con consultar y revisar los antecedentes del usuario, realizar el examen físico y anamnesis, luego se registra la evolución, diagnostico, plan terapéutico y se registran finalmente las indicaciones en la ficha clínica. En el caso de ser un profesional no médico, también se inicia con la revisión de los antecedentes de la persona usuaria, se realiza la evaluación, el plan de atención y se registra la evolución.

FIGURA Nº 1. ATENCIÓN CLÍNICA EN APS



Este proceso, que se visualiza en la figura Nº 1 puede ser realizado mediante Telemedicina, en el caso por ejemplo de las postas de salud rural donde el Técnico Paramédico presenta casos de consulta de morbilidad al médico tratante del establecimiento de Atención Primaria o a un profesional no médico. Para ello deberá contar con la tecnología adecuada para facilitar la evaluación del paciente, orientación diagnostica o Plan de Intervención.

Teleconsulta Médica de Morbilidad en APS:

Es la atención profesional otorgada por el médico, que incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnostica con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla. La entrega de esta prestación se realiza a distancia mediante la participación de un profesional no médico y un profesional médico, quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de esa interacción un planteamiento diagnóstico y terapéutico

2. Atención Ambulatoria de Especialidades

Esta atención se ubica en los niveles superiores del sistema, es responsable de otorgar la atención de especialistas necesaria para el tratamiento de problemas de salud no abordables desde la APS. El acceso de la persona usuaria a este nivel de atención y su cartera de prestaciones (presenciales y por telemedicina) estará dado por la generación de una solicitud de interconsulta proveniente desde la APS, desde el mismo nivel de especialidad o desde el Servicio de Urgencia Hospitalario.

Todas las derivaciones generadas son ingresadas a lista de espera y se realizan de acuerdo a protocolos clínicos vigentes de Referencia y Contrarreferencia. En base a lo anterior, todas las derivaciones deberán ser revisadas en el nivel secundario de especialidades, validadas y priorizadas, ya que de no corresponder serán remitidas a la Atención Primaria de Salud.

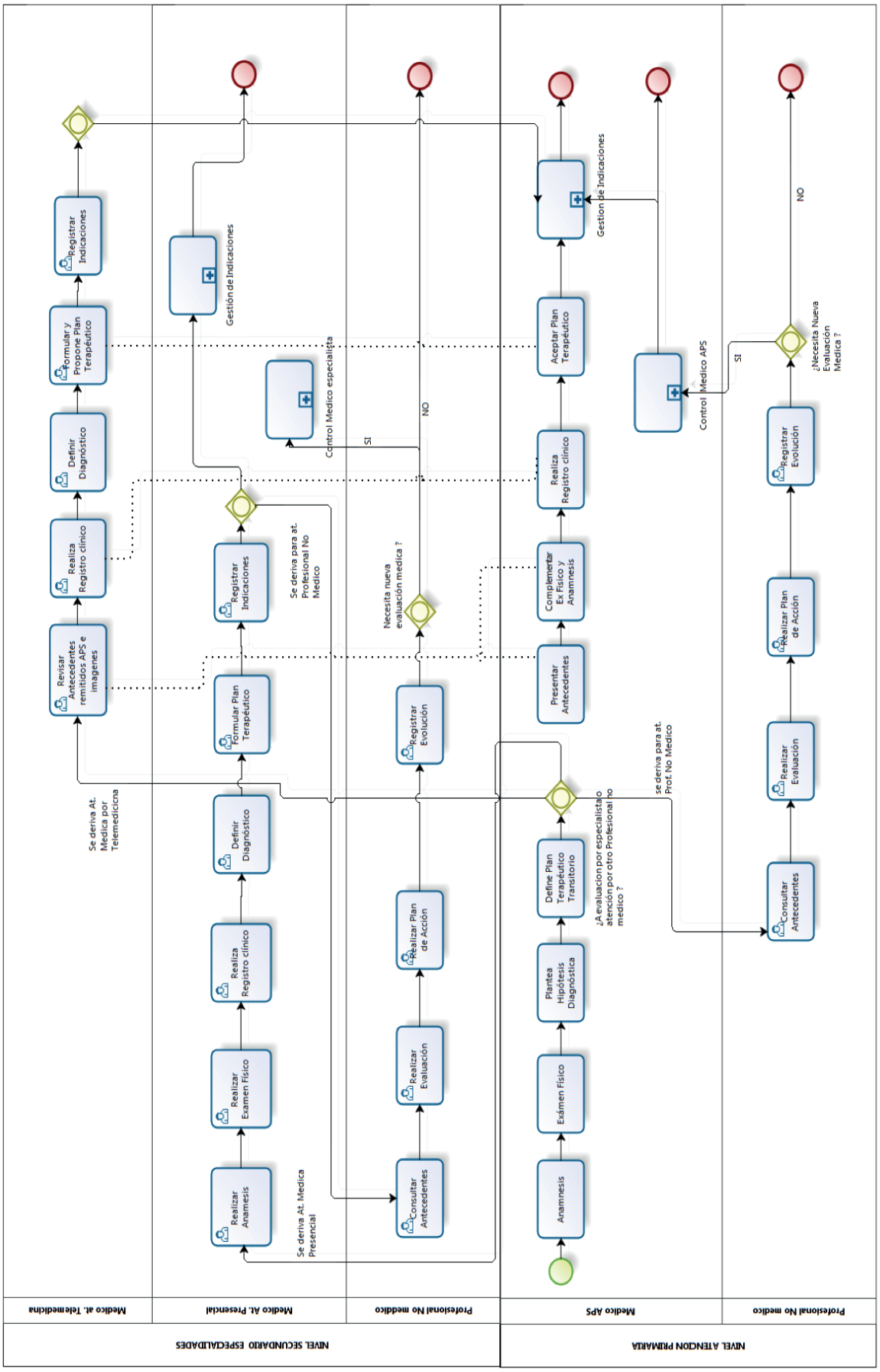
2.1. Evaluación Clínica

Es el proceso en el cual la persona usuaria recibe la atención directa de un profesional de salud. Considera la realización de la anamnesis (recopilación de antecedentes clínicos personales, familiares y sociales) la identificación del motivo de consulta, la sintomatología, la realización del examen físico, la definición de un diagnóstico clínico o sospecha diagnostica y el Plan de tratamiento. Todo lo anterior, con el debido registro en la ficha clínica del paciente y la emisión de la documentación que asegure la gestión de indicaciones establecida.

En el caso de una consulta otorgada a través de Telemedicina, el médico especialista debe tener la factibilidad de acceder a toda la información clínica de la persona, que le permita entregar una orientación diagnostica o plan de tratamiento acorde a las necesidades de salud de la persona, considerando a su vez que este puede o no estar presente al momento de la evaluación, es el médico del establecimiento de origen quién debe disponer de toda la información requerida al momento de la atención. El registro clínico de ambos médicos debe resguardarse en la Ficha Clínica tanto del establecimiento de origen como de destino, incluyendo las indicaciones de exámenes, derivaciones a otras especialidades, notificaciones o prescripciones.

La gestión de las indicaciones entregadas por el médico especialista, en el marco de protocolos de coordinación pre establecidas, serán resueltas por el establecimiento de origen o de destino según se haya definido con mirada de Red. Lo anterior se visualiza en la figura Nº2.

FIGURA N°2. EVALUACIÓN CLÍNICA DE ESPECIALIDAD



Teleconsulta Médica de Especialidad Ambulatoria:

Corresponde a la atención profesional otorgada por el médico especialista a un paciente, en un lugar destinado para esos fines. Esta prestación que se realiza ambulatoriamente incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnostica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla. La entrega de esta prestación se realiza a distancia mediante la participación de dos profesionales médicos, quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de esa interacción un planteamiento diagnóstico y terapéutico

Teleconsulta Médica de Especialidad Ambulatoria Nueva:

Corresponde a la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, realizada por médico especialista, la que puede o no dar resolución al problema de salud y es independiente de atenciones anteriores que se hayan otorgado al usuario en la misma especialidad, pero por otras causas. La entrega de esta prestación se realiza a distancia mediante la participación de dos profesionales médicos, quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de esa interacción un planteamiento diagnóstico y terapéutico.

Teleconsulta Médica de Especialidad Ambulatoria Control:

Corresponde a la atención de seguimiento del proceso iniciado por un primer episodio de enfermedad, realizada por médico especialista, en forma ambulatoria y en un lugar destinado para estos fines. La entrega de esta prestación se realiza a distancia mediante la participación de dos profesionales médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de esa interacción un planteamiento diagnóstico y terapéutico.

Teleconsulta Profesional no Médico:

Es la atención otorgada por un profesional, de manera ambulatoria y definida de la siguiente manera:

- Consulta de Enfermero/a: Es la atención proporcionada por el profesional que comprende: Evaluación, diagnóstico de enfermería, determinación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo al plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad.
- Consulta de Matrón/a: Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología ginecológica (morbilidad ginecológica).
- Consulta Nutricionista: Es la atención dietética y dietoterapeutica proporcionada por el (la) profesional nutricionista, a pacientes que presenten alguna alteración de tipo fisiopatológico o nutricional, para modificar o reforzar su alimentación y nutrición. Se incluyen en ella la atención a pacientes con patologías crónicas y/o estado nutricional alterado (Celíacos, Cardiovasculares u otras).
- Consulta de Psicólogo(a): Es la atención individual proporcionada por psicólogo, a las personas que requieren de apoyo emocional, o presentan alto riesgo de enfermedad o trastorno de salud mental.
-

- Consulta de Fonoaudiólogo(a): Es la atención otorgada a personas producto de la existencia de un proceso mórbido o de la detección y necesidad de evaluación, incluye técnicas y procedimientos propios de su profesión.
- Consulta de Terapeuta Ocupacional: Es la atención proporcionada a un paciente con el propósito de apoyar su recuperación o rehabilitación, utilizando técnicas y procedimientos propios de su profesión.
- Consulta de Tecnólogo Médico con mención en oftalmología: Es la atención individual proporcionada a un paciente que es derivado y que presenta alguna alteración oftalmológica (Cataratas, Retinopatías, Vicios de Refracción, etc.).
- Consulta de Asistente Social: Es la atención mediante la cual, el (la) profesional establece un diagnóstico de la situación socio familiar con vistas a favorecer el contacto y la relación de este sistema familiar con los servicios médicos, orientar en la solución de problemas sociales, coordinar las ayudas y subsidios y otros recursos legales a través de la acción intersectorial.
- La entrega de las prestaciones se realiza a distancia mediante la participación de dos profesionales no médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de esa interacción un planteamiento diagnóstico y terapéutico o Plan de Intervención.

Teleconsultoría en Salud Mental:

Es una actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud de atención primaria, en aquellos establecimientos en que no se cuenta con especialista, con la finalidad de potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas entre ambos niveles de atención y garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales. [23]

Esta actividad es efectiva cuando [23]:

- No hay suficiente claridad en el diagnóstico del usuario.
- El usuario no responde adecuadamente a los objetivos esperados del Plan de Tratamiento Integral (PTI).
- Se requiere evaluar la pertinencia y priorización de la derivación al nivel de especialidad.
- El usuario ha sido contra-referido desde el nivel especializado y este equipo y/o el equipo de atención primaria consideran necesario abordar en profundidad la situación y su manejo para mejorar la continuidad de su cuidado.

La entrega de la prestación se realiza a distancia mediante la participación de los profesionales, quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de esa interacción un planteamiento diagnóstico y terapéutico o Plan de Intervención.[23]

Teleconsulta Ambulatoria en Especialidad Odontológica:

Corresponde a las atenciones entregadas por especialistas odontólogos en el nivel secundario de atención, pudiendo ser consultas nuevas o de control.

Consulta nueva de especialidad: Corresponde a la primera evaluación del paciente derivado a la consulta de especialidad, donde se evaluará el caso de manera ambulatoria y se emitirá una orientación diagnostica al odontólogo tratante, pudiendo indicar tratamiento en el origen, atención presencial o

control posterior. La entrega de esta prestación se realiza a distancia mediante el uso de Tecnologías de Información y Comunicación.

Control de especialidad: Corresponde a la consulta de especialidad indicada por el especialista odontólogo para evaluar ambulatoriamente el problema de salud diagnosticado en la consulta nueva de especialidad. La entrega de esta prestación se realiza a distancia mediante el uso de Tecnologías de Información y Comunicación.

Teleconsulta Médica Multiespecialidad:

Corresponde a la evaluación multidisciplinaria en conjunto de especialistas y sub-especialistas que, de manera sistemática, evalúan antecedentes clínicos y en conjunto plantean un plan terapéutico según protocolos vigentes, facilitando la toma de decisiones en situaciones complejas al reunir en una sesión a los especialistas claves de patologías determinadas. La entrega de esta prestación se realiza a distancia mediante la participación de profesionales médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de esa interacción un planteamiento Diagnostico y terapéutico

3. Proceso Gestión de Hospitalización

Esta atención abarca los procesos más importantes llevados a cabo durante la hospitalización de las personas usuarias. El proceso se inicia con la admisión, donde se registran los antecedentes, se valida la existencia de ficha clínica previa, si existe se adjunta al ingreso de la persona. Una vez finalizada la admisión, la persona recibe atención, donde es evaluado por el médico, quien procede a dejar indicaciones de acuerdo a los hallazgos clínicos encontrados a través de la anamnesis y examen físico. La gestión de estas indicaciones estará a cargo de la enfermera quien las ejecutará o coordinará de acuerdo al tipo de indicación requerida.

El proceso de atención de hospitalización culmina cuando la persona es egresada del hospital, para lo cual el médico debe realizar el alta clínica, registrando los hechos más relevantes de la hospitalización y diagnósticos de ingreso y egreso, por otra parte, el ámbito administrativo realiza también un proceso de alta recopilando la información medico estadística requerida según norma.

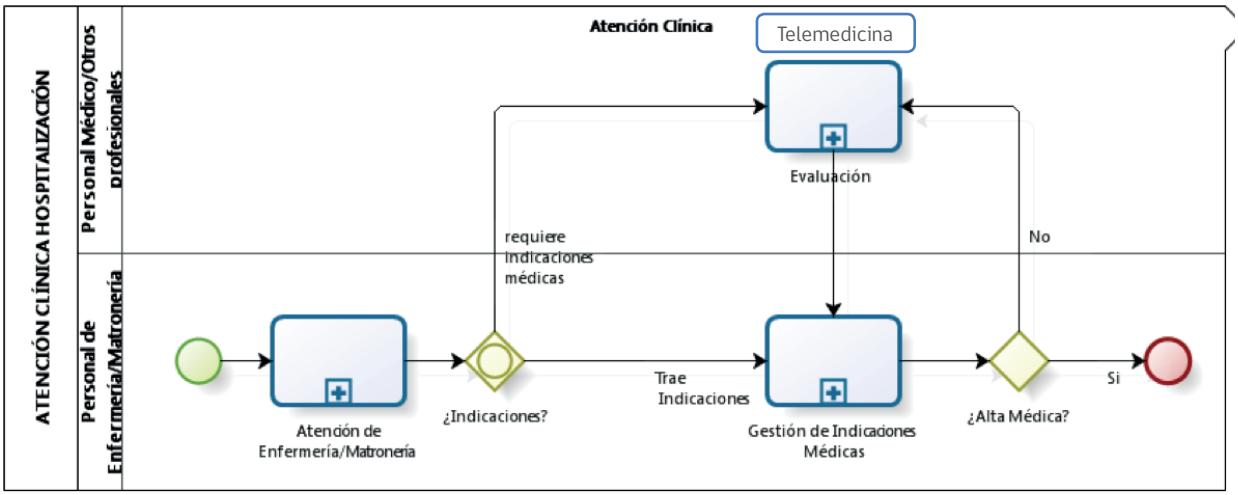
3.1. Atención Clínica de Hospitalización

Es el proceso clínico en el cual se ingresa a la persona usuaria en la unidad de hospitalización de destino, a fin de otorgarle las atenciones clínicas necesarias por parte del equipo de salud. El proceso comienza con el ingreso de enfermería, si requiere indicación médica continua con la atención por parte del médico en el sub proceso de "Evaluación Clínica" y/o la "Gestión de indicaciones". Lo anterior representado en la figura Nº3.

En el primer caso se realizan todas las actividades que tienen que ver con la evolución de la persona (Registrar antecedentes, realizar examen físico, anamnesis, registrar evolución, diagnostico formular plan de tratamiento y registrar indicaciones). A su vez, si la persona ingresa con indicaciones médica, éstas se realizan a través proceso de "Gestión de indicaciones", el cual consiste en ejecutar dichas indicaciones.

Si la evolución del usuario es satisfactoria, el medico podrá generar el egreso, en caso contrario, la persona permanecerá en la unidad que le corresponde de acuerdo a su nivel de gravedad, siendo evaluado y/o trasladado hasta lograr una condición de alta clínica.

FIGURA N°3. ATENCIÓN CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN



3.2. Evaluación Clínica

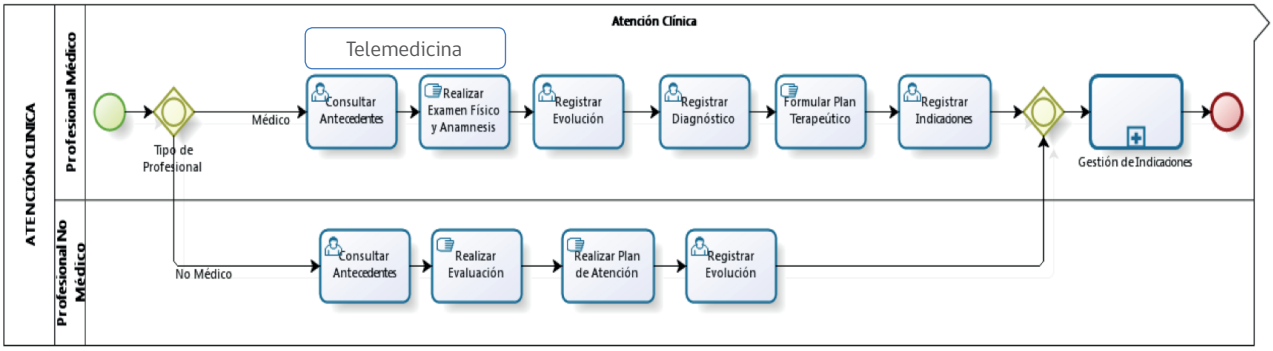
Proceso en el cual la persona recibe la atención directa de un profesional de salud sea esta presencial o por telemedicina. Considera la realización de la anamnesis (recopilación de antecedentes clínicos personales, familiares y sociales si corresponde) la identificación del motivo de consulta, la sintomatología, la realización del examen físico, la definición de un diagnóstico clínico o sospecha diagnostica y el plan terapéutico

En el caso de una evaluación otorgada a través de Telemedicina, el médico especialista debe tener la factibilidad de acceder a toda la información clínica de la persona que le permita entregar una orientación diagnostica o plan de tratamiento, considerando que el usuario puede o no estar presente al momento de la evaluación, es el médico del establecimiento de origen quién debe disponer de toda la información requerida.

El registro clínico de ambos médicos debe resguardarse en la Ficha Clínica tanto del establecimiento de Origen como de destino, incluyendo las indicaciones de exámenes, derivaciones a otras especialidades, notificaciones o prescripciones.

La gestión de las indicaciones entregadas por el médico especialista, en el marco de protocolos coordinación pre establecidas, serán resueltas por el establecimiento de origen o de destino según se haya definido con mirada de red. Lo anterior se puede visualizar en la figura N°4.

FIGURA N°4. EVALUACIÓN CLÍNICA



Teleconsulta Médica de Especialidad a paciente Hospitalizado:

Corresponde a la atención profesional otorgada por el médico especialista, a un paciente en un lugar destinado para esos fines. Esta prestación realizada en un evento de hospitalización incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnostica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopía, medición de peso y talla. La entrega de esta prestación se realiza a distancia mediante la participación de dos profesionales médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de ese vínculo un planteamiento diagnóstico y terapéutico.

Teleconsulta Profesional no Médico a paciente hospitalizado:

Es la atención otorgada por un profesional no médico, durante un proceso de hospitalización y definidas de la siguiente manera:

- Consulta de Enfermera (a): Es la atención proporcionada por el profesional que comprende: Evaluación, diagnóstico de enfermería, determinación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo al plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad.
- Consulta de Matrón (a): Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología ginecológica (morbilidad ginecológica).
- Consulta Nutricionista: Es la atención dietética y dietoterapéutica proporcionada por la (el) profesional Nutricionista, a pacientes que presenten alguna alteración de tipo fisiopatológico o nutricional, para modificar o reforzar su alimentación y nutrición. Se incluyen en ella la atención a pacientes con patologías crónicas y/o estado nutricional alterado (Celíacos, Cardiovasculares u otras).
- Consulta de Psicólogo(a): Es la atención individual proporcionada por Psicólogo(a), a las personas que requieren de apoyo emocional, o presentan alto riesgo de enfermedad o trastorno de salud mental.
- Consulta de Fonoaudiólogo(a): Es la atención otorgada a personas que son derivadas, como producto de la existencia de un proceso mórbido o de la detección y necesidad de evaluación, incluye técnicas y procedimientos propios de su profesión.
- Consulta de Terapeuta Ocupacional: Es la atención proporcionada, a un paciente derivado por profesional Médico, con el propósito de apoyar su recuperación o rehabilitación, utilizando técnicas y procedimientos propios de su profesión.
- Consulta de Tecnólogo Médico: Es la atención individual proporcionada a un paciente que es derivado y que presenta alguna alteración oftalmológica (Cataratas, Retinopatías, Vicios de Refracción, etc.).
- Consulta de Asistente Social: Es la atención mediante la cual, la Asistente Social establece un diagnóstico de la situación socio familiar con vistas a favorecer el contacto y la relación de este sistema familiar con los servicios médicos, orientar en la solución de problemas sociales, coordinar las ayudas y subsidios y otros recursos legales a través de la acción intersectorial.

La entrega de las prestaciones se realiza a distancia mediante la participación de dos profesionales no médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de esa interacción un planteamiento diagnóstico y terapéutico o Plan de Intervención.

4. Proceso de Urgencia

La atención de Urgencia considera los principales procesos llevados a cabo en la atención de salud de un usuario consultante en la Unidad de Emergencia Hospitalaria.

El proceso se inicia con la Admisión de la persona realizada por un administrativo al ingreso en la Unidad de Emergencia Hospitalaria. Posteriormente, el usuario será llamado por un técnico paramédico o enfermero desde el sector del Selector de Demanda, donde se realizará su categorización determinando el grado de urgencia que presenta la persona para priorizar su atención. Según dicha categorización el equipo de salud deberá generar las coordinaciones necesarias para lograr que la persona reciba la atención clínica adecuada en un tiempo acorde a su nivel de severidad.

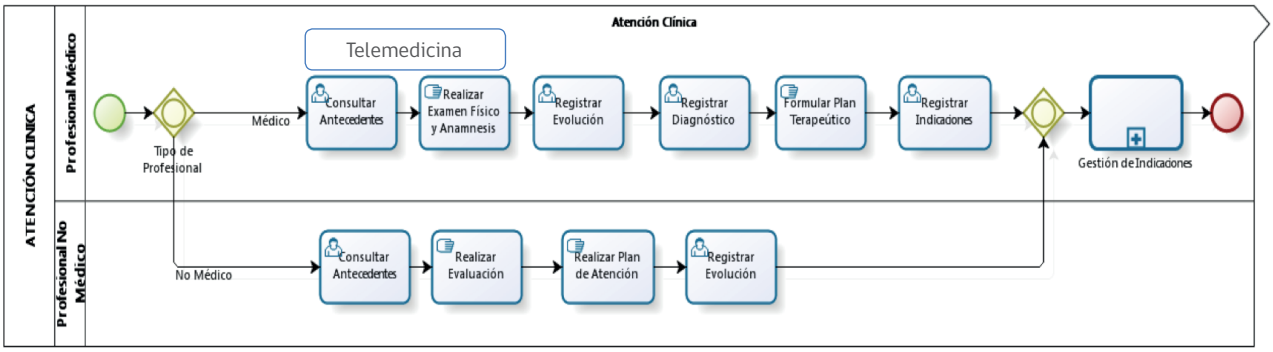
Una vez que el paciente es evaluado por un médico u otro profesional de la salud, se decide el plan de acción a seguir con el usuario. Dependiendo de los resultados de la evaluación clínica realizada, el plan podría incluir la realización de exámenes para apoyo diagnóstico, la administración de terapias farmacológicas o no farmacológicas, la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, la hospitalización o su traslado al pabellón para una cirugía.

Una vez finalizado el plan de acción y cumplidos los objetivos de éste, la persona podrá retirarse de la Unidad quedando constancia en el Dato de Atención de Urgencia (DAU) del registro de todas las prestaciones otorgadas, los insumos utilizados, las indicaciones al alta y el estado del paciente.

4.1. Evaluación Clínica en Urgencia

Proceso en el cual la persona usuaria recibe la atención directa de un profesional de salud de manera presencial o por Telemedicina. El proceso comienza con la asignación de box y un nuevo control de signos vitales por parte del personal de enfermería. Continua con la atención otorgada por el médico que incluye la realización de la anamnesis (recopilación de antecedentes clínicos personales, familiares y sociales si corresponde) la identificación del motivo de consulta, la sintomatología, la realización del examen físico, la definición de un diagnóstico clínico o sospecha diagnostica y el plan terapéutico Todo lo anterior, se registra en la ficha clínica y se emite la documentación que asegure la gestión de indicaciones establecida. Una vez aplicadas las indicaciones médicas se realiza nuevamente la evaluación por parte del personal médico quien registrará la evolución y las definiciones de nuevas indicaciones o el alta del usuario, tal como se aprecia en la figura Nº 5.

FIGURA Nº5. EVALUACIÓN CLÍNICA



Teleconsulta Médica de Urgencia

Es la atención integral de Emergencia/Urgencia médica otorgada en forma oportuna y adecuada a un paciente ambulatorio que concurre espontáneamente o es derivado desde otro centro de atención al Servicio de Urgencia (ya sean atención abierta o cerrada). La entrega de esta prestación se realiza

a distancia mediante la participación de dos profesionales médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación.

Teleconsulta Profesional no Médico en atención de urgencia

Es la atención otorgada por un profesional, durante un proceso de atención de urgencia y definidas de la siguiente manera:

- Consulta de Enfermera(o): Es la atención proporcionada por el profesional que comprende: Evaluación, diagnóstico de enfermería, determinación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo al plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad.
- Consulta de Matrón(a): Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología ginecológica (morbilidad ginecológica).
- Consulta de Asistente Social: Es la atención mediante la cual, la Asistente Social establece un diagnóstico de la situación socio familiar con vistas a favorecer el contacto y la relación de este sistema familiar con los servicios médicos, orientar en la solución de problemas sociales, coordinar las ayudas y subsidios y otros recursos legales a través de la acción intersectorial.

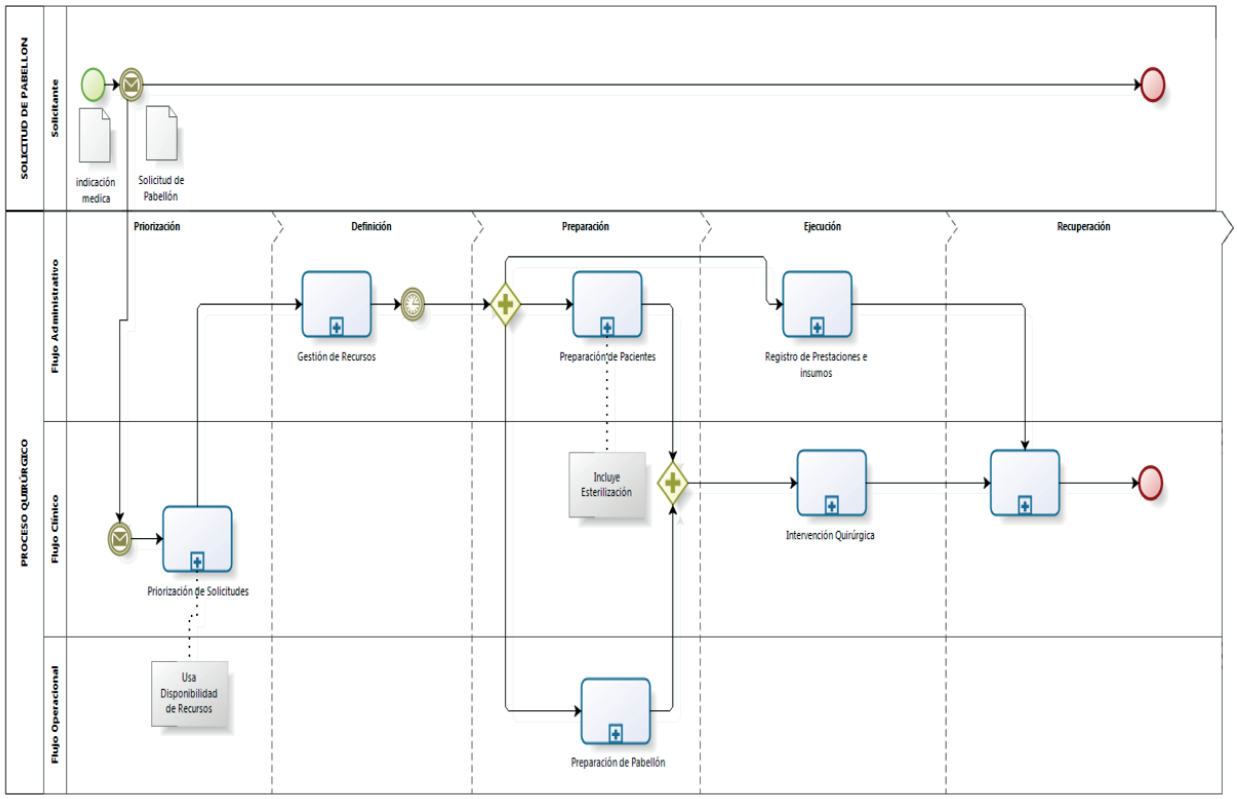
La entrega de las prestaciones se realiza a distancia mediante la participación de dos profesionales no médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de esa interacción un planteamiento diagnóstico y terapéutico o Plan de Intervención.

5. Proceso Quirúrgico

El Proceso Quirúrgico comprende el conjunto de aquellas actividades asistenciales y no asistenciales centradas en el paciente con una indicación quirúrgica, destinadas a la resolución integral del procedimiento indicado, garantizando la continuidad asistencial, calidad y seguridad clínica, confidencialidad, e información durante el mismo.

Dentro de la globalidad del Proceso Quirúrgico, los sub-procesos que limitan la velocidad de ejecución son, en primer lugar, la propia Atención Quirúrgica, seguido por el proceso Pre-quirúrgico. Mejorarlo permitirá optimizar el uso del recurso pabellón dando respuesta oportuna al paciente que requiere de ser intervenido. Lo anterior se observa en la figura Nº6

FIGURA N°6. PROCESO QUIRÚRGICO



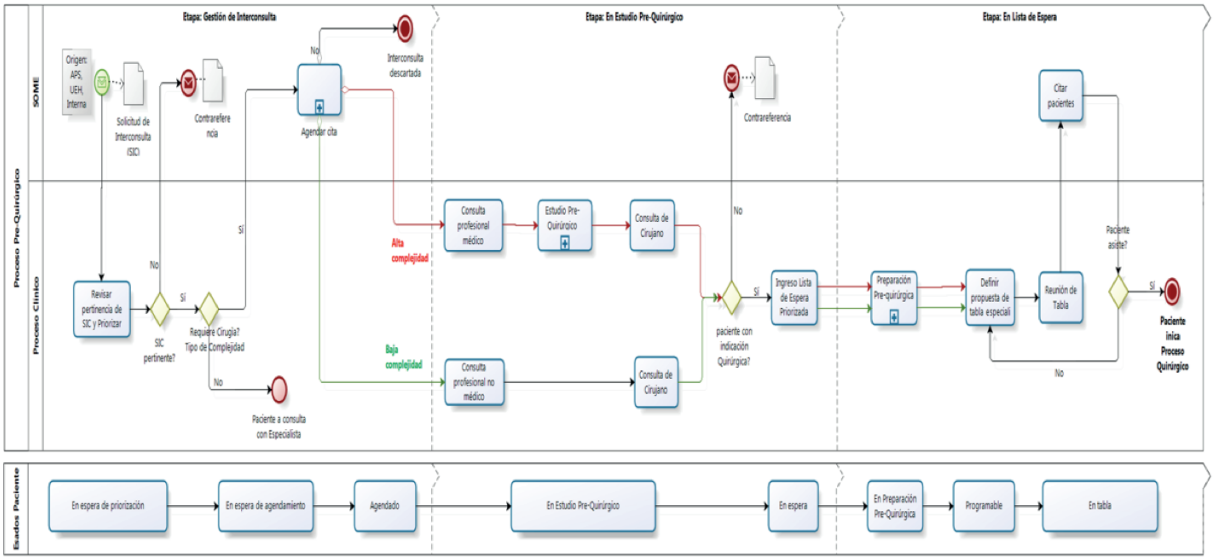
El Proceso Quirúrgico completo está compuesto por:

Sub proceso pre-quirúrgico corresponde a la etapa que inicia desde que el cirujano indica la cirugía, se realizan los exámenes, pases preoperatorios y finaliza, de corresponder con la evaluación pre-. Aquí debe definirse también si la cirugía será realizada en forma ambulatoria o con el paciente hospitalizado, dada la complejidad de la cirugía propiamente tal y/o de la complejidad de antecedentes mórbidos u otros que tenga el paciente.

En esta etapa cobran relevancia la coordinación interna del establecimiento ambulatorio y las unidades de apoyo para darle agilidad y oportunidad al proceso, con el objetivo de disminuir pérdidas de cirugías por mala programación, no priorizadas o suspensiones evitables.

La evaluación del paciente por Especialista Cirujano podrá realizarse por telemedicina, constituyéndose esta prestación en una Teleconsulta de especialidad.

FIGURA Nº7. PROCESO PRE QUIRÚRGICO

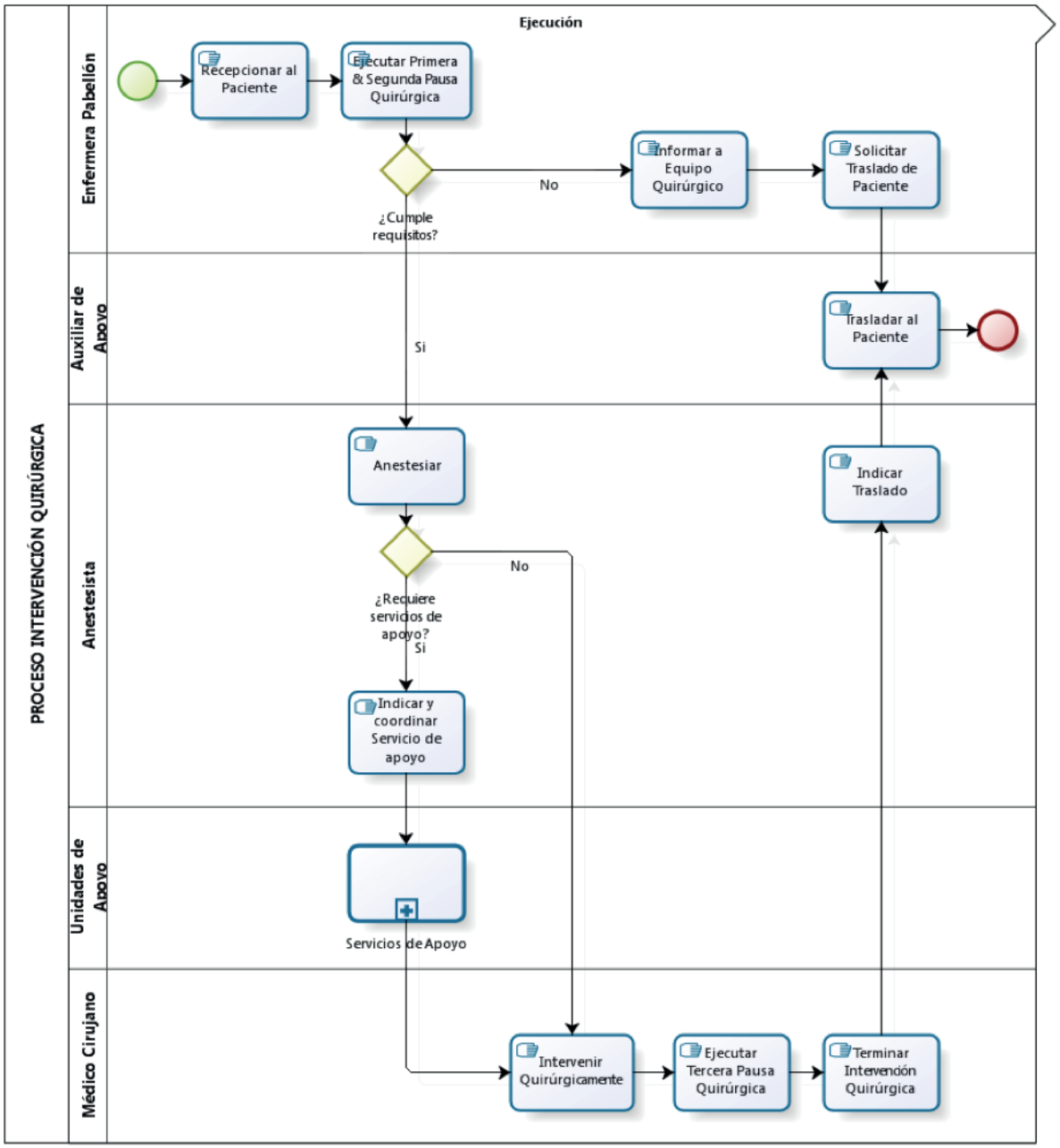


El Sub proceso quirúrgico:

Es el de mayor complejidad y riesgo, cabe mencionar que la actividad quirúrgica se desarrolla en un espacio conocido como quirófano. Es el centro del quehacer, es cuando finalmente se espera que resuelva la necesidad de cirugía que tiene el paciente, por lo que debemos cuidar la calidad y seguridad de la prestación realizada. Para que la cirugía pueda llevarse a cabo se requiere que el paciente que ha quedado agendado en la tabla quirúrgica del día, sea admitido en pabellón, acogido, evaluadas las condiciones y documentos requeridos, trasladado a quirófano, el cual dispondrá de los recursos necesarios previamente chequeados, para que el cirujano y el equipo clínico necesario procedan a realizar la cirugía indicada, ya sea en forma electiva o de urgencia.

El subproceso quirúrgico tiene distintas fases y distintos actores, se inicia con una indicación médica que se genera a nivel de los servicios de urgencia o a nivel de complejidad secundaria o terciaria incluye una serie de proceso y subproceso, donde se trata de optimizar el recurso físico, medico e insumos para ofrecer a los pacientes de la red atención quirúrgica oportuna.

FIGURA 8. SUBPROCESO QUIRÚRGICO



El Sub proceso postoperatorio y post anestésico:

Es el proceso que comienza una vez finalizada la cirugía, tiene el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas del paciente directamente después de ésta .El despertar de la anestesia varía según el tipo de intervención, por lo que los períodos postoperatorios exigen cuidados especiales ,que a su vez pueden subdividirse en postoperatorio inmediato y mediato .El postoperatorio inmediato se inicia una vez concluida la intervención: abarca aproximadamente las seis horas siguientes. El paciente es conducido a la sala de recuperación posquirúrgica, donde el equipo especializado controla sus signos vitales de forma continua.

5.1. Preparación del Usuario

Este proceso se divide en dos etapas que ocurren simultáneamente, la primera referida a la **"Preparación de la persona usuaria"** y la segunda asociada a la **"Preparación de Pabellón"**.

La etapa de preparación del usuario consiste principalmente en contactar a la persona, para luego entregar las indicaciones pre quirúrgicas, acogerlo, llevar a cabo la evaluación pre anestésica y finalmente una vez realizado lo anterior trasladarlo al pabellón en cual será intervenido.

La Preparación de Pabellón, es el proceso de apoyo, en el cual se chequea que el pabellón contemple las condiciones necesarias a nivel de infraestructura, insumos específicos, recurso humano asignado para la cirugía. De esta manera, si todo está en óptimas condiciones se informa para poder iniciar la intervención.

5.2. Intervención quirúrgica

Es el proceso clínico correspondiente al conjunto de actividades secuencialmente ejecutadas por el equipo quirúrgico y personal de pabellón. Considera la recepción de la persona, la ejecución de la primera y segunda pausa quirúrgica, la administración de anestesia al paciente y la realización de la intervención quirúrgica propiamente tal. Luego del acto quirúrgico se lleva a cabo la tercera pausa quirúrgica, para finalizar la intervención, se procede indicar y gestionar el traslado del usuario a cargo del médico anestesista, tal como se observa en la figura Nº 8.

Es importante destacar que la ejecución de todas las pausas quirúrgicas se debe realizar, ya que tienen por objetivo realizar los controles de seguridad esenciales a la persona usuaria.

De acuerdo a los requerimientos de la cirugía, podrá el equipo Quirúrgico recibir o entregar apoyo a otro Establecimiento a través de Telemedicina, ya sea con fines formativos o terapéuticos.

Consideraciones en los Procesos Asistenciales:

Las prestaciones realizadas por telemedicina deben siempre ser otorgadas bajo el marco de un proceso asistencial definido, por tanto, deberá cumplir con los mismos requisitos técnicos y administrativos de una atención presencial, excepto que mediante telemedicina el proceso es soportado por tecnologías de información y comunicaciones.

Se debe considerar que la actividad de telemedicina debe ser programada en los establecimientos tanto de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria y contar con agenda de oferta de acuerdo a rendimientos establecidos. Todo lo anterior de acuerdo a las orientaciones para la planificación y programación en Red que cada año emanan del Ministerio de Salud16.

Tele Intervención Quirúrgica: Corresponde al conjunto de actividades referentes a la intervención quirúrgica y que son ejecutadas por el equipo quirúrgico o por el personal de pabellón, según corresponda. Estas actividades podrán realizarse a través de Tecnologías de Información y Comunicación, en el caso de intervenciones quirúrgicas en que se requiera la participación asesora de otro profesional durante la cirugía.

[16] http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/Orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red-2018.pdf

6. Proceso Gestión de Indicaciones:

El proceso de gestión de indicaciones, es el conjunto de actividades de coordinación que tiene como objetivo el análisis, planificación y ejecución de las indicaciones prescritas por un profesional un médico u otro profesional a cargo de un paciente.

Se inicia a partir de la indicación, la cual es recepcionada por el personal de enfermería que realiza la trascripción de ésta y establece el plan de operacionalización que considera análisis del alcance, planificación de las acciones, coordinar realización, ejecutar directamente lo que le corresponda por competencia técnica o gestionar la derivación de aquellas a realizar por otro servicio de apoyo y/o de especialidad, según corresponda.

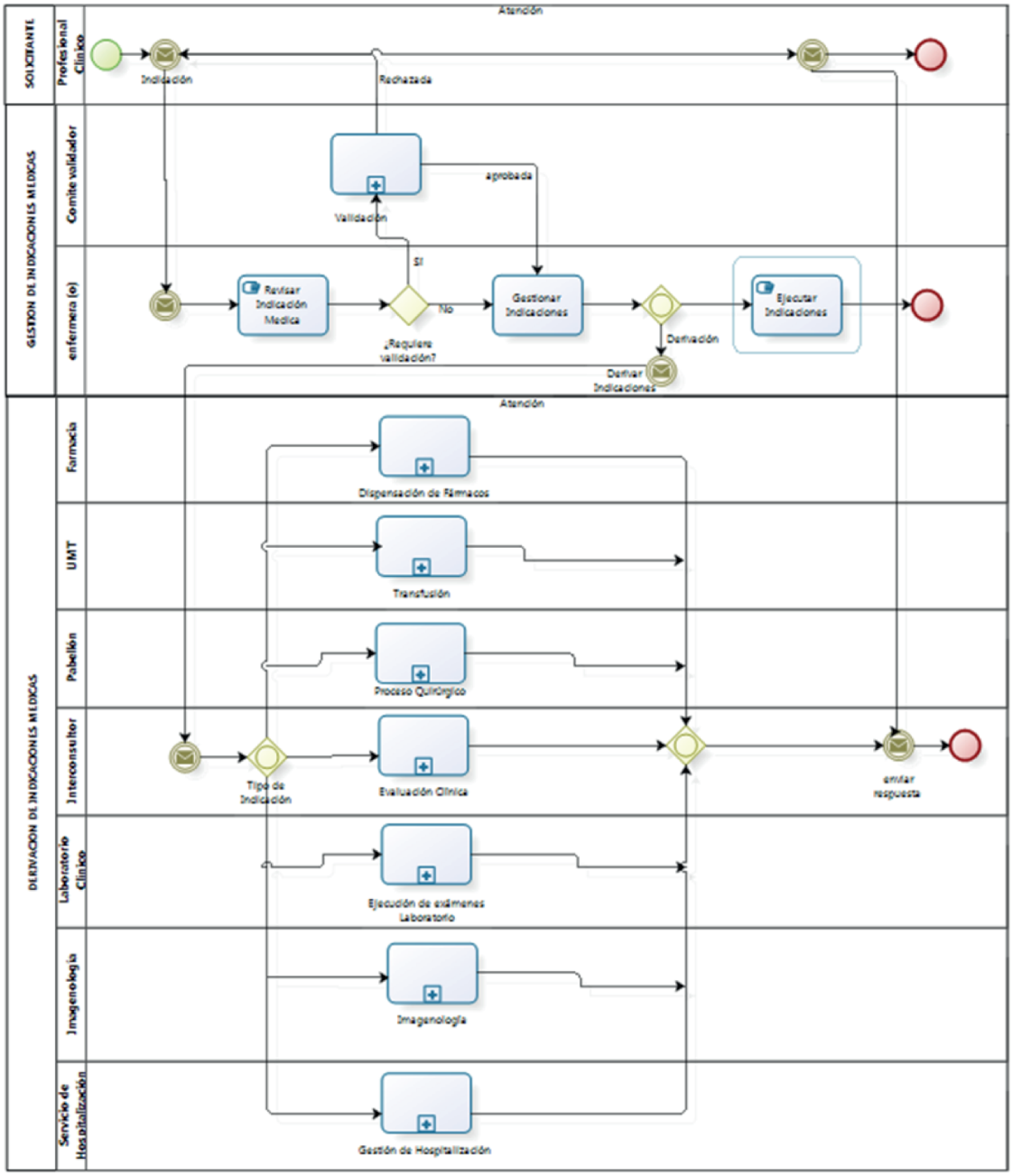
Respecto a las indicaciones posibles desde un profesional médico se establecen los siguientes dentro de este proceso:

- Terapias farmacológicas y no farmacológicas.
- Intervención Quirúrgica.
- Evaluación Clínica médica y de otros profesionales.
- Exámenes de Laboratorio, Imagenología, Anatomía Patológica y otros exámenes
- Procedimientos médicos: Diagnósticos y terapéuticos (intervencionales y no intervencionales)
- Procedimientos otros profesionales: Diagnósticos y terapéuticos.
- Hospitalización (domiciliaria, corta estadía, en servicio clínico, etc.)
- Rehabilitación.
- Plan de Enfermería (tipo de reposo, monitoreo, aislamiento, etc.)
- Régimen alimenticio.
- Traslado de pacientes.

Dependiendo de la indicación, el proceso de coordinación de la ejecución de lo indicado puede variar. Sin embargo, cada indicación da origen a su vez a la ejecución de un conjunto de actividades para conseguir el resultado deseado. Todas las actividades de coordinación para la realización de lo indicado forman parte del proceso de Gestión de Indicaciones. A su vez, la ejecución de los distintos tipos de indicaciones conforma un proceso en sí mismo, por ejemplo, para realizar un examen de laboratorio, además de la coordinación con el servicio correspondiente, se requerirá que éste lleve a cabo un conjunto de actividades debidamente coordinadas entre sí desde la recepción de la solicitud, pasando por la toma de la muestra y el procesamiento de la misma, hasta conseguir un informe de resultados que será debidamente validado por los especialistas del servicio de laboratorio, antes de ser enviado como respuesta al médico que lo indicara.

En la Figura Nº 9 se muestra el flujo del proceso

FIGURA Nº9. PROCESO GESTIÓN DE INDICACIONES



Algunos exámenes y procedimientos podrán realizarse a través de tecnologías de información y comunicaciones, de acuerdo a las siguientes definiciones:

Tele Informe: Es el informe médico elaborado a partir de procedimientos diagnósticos realizados en establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria.

Teleprocedimiento:

Corresponde a las prestaciones de salud que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos y/o terapéuticos que implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del

paciente. La entrega de esta prestación será guiada a distancia mediante la participación de dos profesionales médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente, generándose de ese vínculo una orientación diagnostica.

5.3. TELE ASISTENCIA

La Tele asistencia es una estrategia que permite vincular a las personas con la red de salud, coordinando los recursos y dispositivos disponibles. Involucra acciones directas y bidireccionales, entre una persona fuera de un establecimiento de salud y un equipo y/o un aplicativo, los cuales interactúan mediante tecnologías de información y comunicación en salud (TICs) en pro de mantención, control y mejoría de la salud individual.

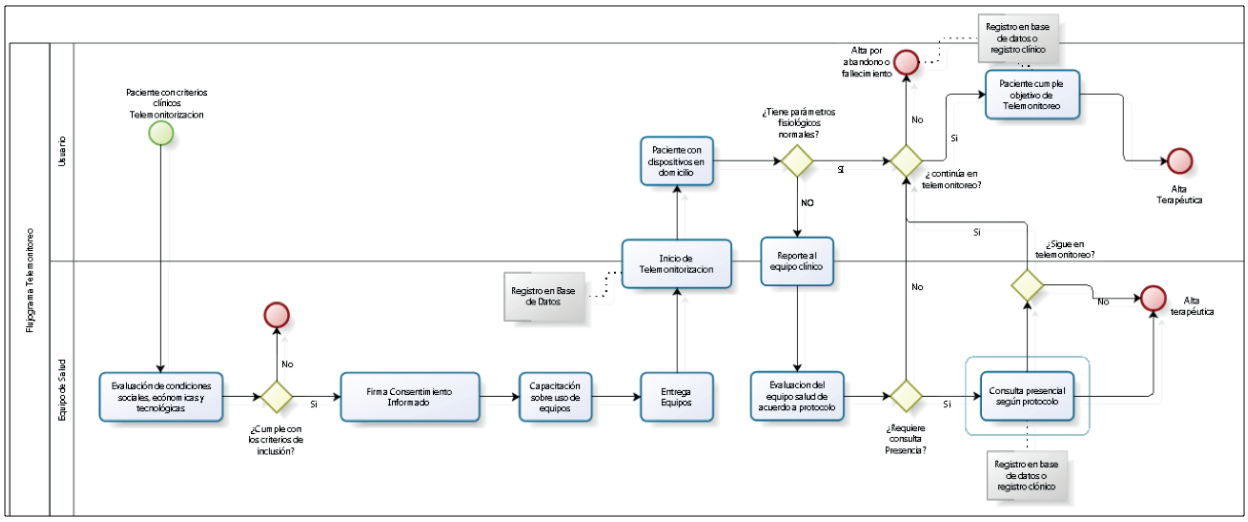
Tiene tres ámbitos de acción: Telemonitoreo, Teleseguimiento y Teleorientación.

1. Ámbitos de acción

Tele monitoreo: Es un ámbito de la tele asistencia que mide y evalúa a distancia parámetros fisiológicos y/o biométricos de personas que presentan algún problema de salud mediante dispositivos instalados para tal efecto. La modalidad de respuesta del equipo de salud podrá ser inmediata o diferida y será gatillada por alteraciones en los parámetros monitorizados definidos según protocolo.

Lo anterior se aprecia en la figura nº10

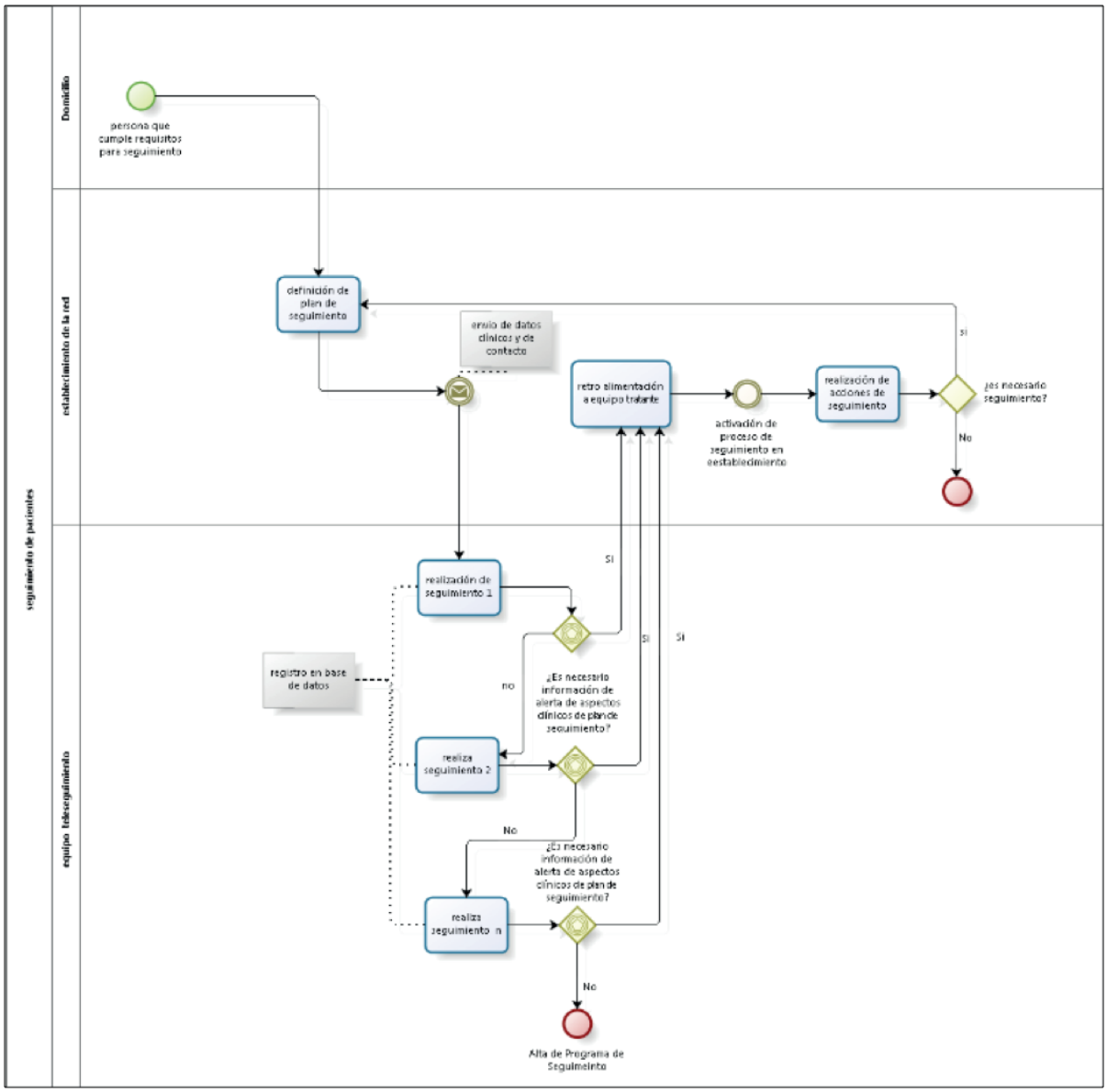
FIGURA Nº10. FLUJO PROCESO TELEMONITOREO



Tele seguimiento: Es un ámbito de la tele asistencia en el cual el equipo de salud contacta a distancia a una persona con un problema de salud para pesquisar precozmente riesgos y prevenir complicaciones con el fin de dar continuidad a los cuidados. Las personas ingresadas a programa de tele seguimiento serán contactadas por su establecimiento con una periodicidad definida, bajo modalidad sincrónica y serán evaluados según protocolo.

Lo anterior se aprecia en la figura Nº11

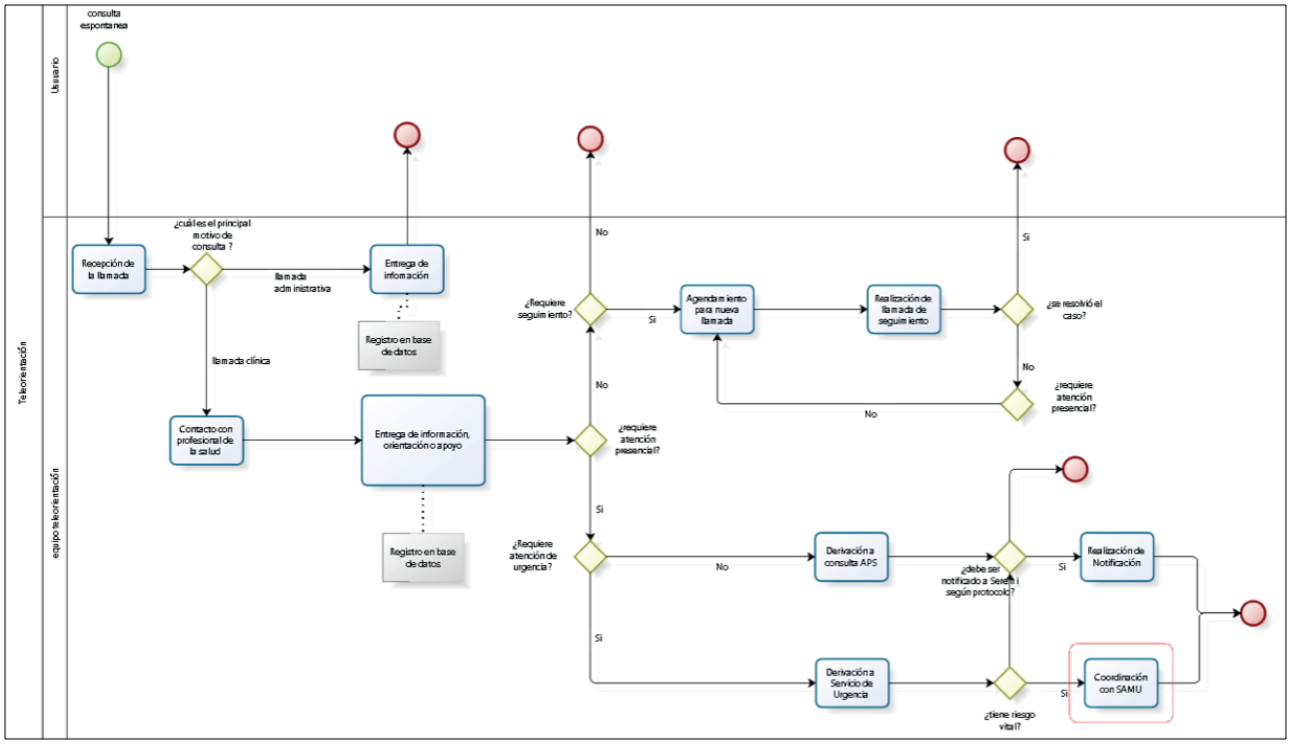
FIGURA Nº11. FLUJO DE PROCESO TELESEGUIMIENTO



Tele orientación: Es un ámbito de la tele asistencia en la que se entrega información solicitada por una persona que busca resolver dudas e inquietudes en materias de salud para la toma de decisiones. Esta tele orientación será otorgada por equipo multidisciplinario o un aplicativo desarrollado y validado para tal efecto (basados en algoritmos decisionales), quienes coordinarán el despliegue de recursos cuando sea pertinente.

Lo anterior se aprecia en la figura Nº12

FIGURA Nº12. FLUJO PROCESO TELEORIENTACIÓN



2. Objetivo General:

Contribuir al acceso, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud de las personas / usuario mediante el uso de herramientas de tecnologías e información, favoreciendo el autocuidado y toma de decisiones.

3. Objetivos específicos:

a. Favorecer el autocuidado mediante el control de parámetros fisiológicos y/o biométricos de personas con una condición de salud específica

b. Detectar precozmente signos de alerta en personas teleasistidas, evitando hospitalizaciones y /o consultas no pertinentes.

c. Realizar acciones que promuevan la coordinación oportuna entre los distintos canales de la red asistencial.

d. Desarrollar herramientas para el autocuidado de la persona, a través del refuerzo de acciones por parte del equipo de cabecera.

e. Favorecer la continuidad de los procesos asistenciales.

f. Facilitar el acceso oportuno de los usuarios a la atención en salud.

g. Disminuir las descompensaciones de personas con patologías crónicas.

h. Orientar a las personas en materias de salud, vinculándolos con la Red Asistencial

4. Lineamientos generales para su desarrollo

Infraestructura y Tecnología	Manejo de registros y reportes de atención: **Custodia de la información** • Cada contacto con el paciente debe generar un registro de atención. Este registro debe ser consignado en la ficha clínica en los casos de tele monitoreo y tele seguimiento. En el caso de tele orientación deberá integrarse a la ficha clínica cuando sea pertinente de acuerdo al proyecto y/o programa implementado.
Trazabilidad de los datos:	Debe ser posible realizar el seguimiento y rescate de la información mediante sistemas de reportes y/o registros de las acciones realizadas en las diferentes etapas del proceso. Considera: • Interoperabilidad Debe asegurarse la interoperabilidad entre los terminales involucrados, permitiendo la coordinación y continuidad de la atención entre niveles asistenciales. • Se debe contar con un sistema de soporte tecnológico para la mantención de los sistemas y/o resolución de incidencias. • Se deben definir los requisitos de los terminales involucrados. Esto considera desde características del domicilio, conectividad, red de apoyo, entre otros.
Recursos Humanos	• Se debe definir al inicio de cada proyecto los roles y responsabilidades que tendrá cada uno de los actores involucrados. • Se debe contar con la descripción de los perfiles que deberán cumplir cada uno de los actores involucrados para asegurar el correcto desarrollo del proyecto o programa. • Los encargados del proyecto deberán gestionar las capacitaciones necesarias para la correcta operacionalización del proyecto y/o programa

5. Consideraciones para implementación de la estrategia

a. Definir un modelo de atención que al menos contenga población objetivo, metodología, descripción de procesos, flujos de procesos, actividades, responsables y evaluación de calidad.

b. Se debe contar con Protocolos de atención los que deben ser estandarizados y validados por el equipo tratante y aprobados mediante resolución exenta.

c. Se debe disponer de flujos de procesos claros y transparentes con encargados de las diferentes etapas, acordes al proyecto y/o programa en ejecución.

6. Sistema de Información y Registro

En Chile se han implementado distintas estrategias que buscan establecer registros exhaustivos y oportunos de información y consolidar un modelo robusto, que sustente los distintos sistemas que capturan, mantienen y producen información de salud.

Para establecer el sistema de información para el Programa Nacional de Telesalud, se propone implementar un Modelo, basado en el alineamiento estratégico de la información.

Se entiende por Sistema de Información a un conjunto de elementos que abarcan el diseño de información, los estándares de datos, el soporte tecnológico y procesos de trabajo, orientados a recopilar, almacenar, procesar y analizar datos para generar información relevante para la toma de decisiones.

En el marco de la redefinición de telemedicina como Programa Nacional de Telesalud con sus tres componentes: Telemedicina, Teleasistencia y Teleeducación, es importante que cuente con la implementación de un sistema de información que permita monitorear todos los aspectos relevantes de este programa, tanto a nivel de proceso de atención, como los resultados esperados.

Propósito:

Establecer un modelo para la generación de información estandarizada y de calidad que garantice la definición, captura, validación, análisis, publicación y diseminación de información de Telesalud, para la adecuada toma de decisiones y generación de políticas públicas.

Objetivo General:

Aplicar procesos estandarizados de producción de información y estadísticas de salud que van desde validación periódica de calidad e integridad de datos, mecanismos para corrección de errores, consolidación de múltiples fuentes, producción y reporte de indicadores, validación de información a través de análisis de tendencias y diseminación de la información generada a los diversos grupos de interés.

Objetivos Específicos:

a. Definir las variables a recopilar desde los diferentes niveles de atención de salud, de acuerdo a los componentes del programa y los indicadores intermedios y finales de monitoreo definidos.
b. Definir los estándares de datos (definición sintáctica y semántica) de acuerdo a las variables e indicadores definidos previamente.
c. Establecer un estándar de registro para los datos definidos previamente. Este proceso implica exploración de las fuentes existentes y su eventual adecuación a los nuevos requerimientos de datos y creación de registros nuevos.
d. Estandarizar los procesos de recopilación, almacenamiento y procesamiento de datos, basados en procesos formales y estandarizados de gestión de información, con foco en la calidad de los datos (oportunidad, completitud y consistencia).
e. Definir los procesos de producción y canales de comunicación de la información generada.

Considerando la definición de Telesalud17 TICs, el alcance respecto a captura, registro, recopilación y almacenamiento de datos es toda la Red, exigiendo con esto una metodología estandarizada en todo el proceso de gestión de la información.

[17] Según definición pagina 28.

El modelo de alineamiento estratégico de la información se inicia con la identificación de las necesidades de información del programa de Telesalud, en sus componentes, su relación con los procesos de atención y los resultados esperados del programa, y finaliza con la publicación de la información relevante, en un ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.

En función de lo anterior, frente a la implementación de una estrategia se deberán realizar las siguientes actividades que deberán regirse por el marco normativo de estándares de datos y/o funcionalidades para los Registros Clínicos Electrónicos bajo la Norma 820 y estrategia SIDRA respectivamente:

1. Identificar las fuentes de información disponibles a la fecha que capturan datos de los componentes de Telesalud, y que deben ser revisadas por los equipos técnicos.
   - Registro Estadístico Mensual (REM) Serie A, BS
   - Registro Estadístico Mensual Semestral de Atención de Salud (REMSAS)
   - Repositorio Nacional de lista de espera
   - Registro Clínico Electrónico
   - Sistema de seguimiento de garantías GES
   - Otras fuentes de datos
2. Explorar los Registros Clínicos Electrónicos como fuente primaria de datos.
3. Establecer un cronograma de trabajo con los equipos técnicos, con definición de primeros pasos:
   a. Estandarizar la Información necesaria/conjunto mínimo básico de datos (CMBD).
   b. Resguardar la captura de datos (independiente del uso de la información).
   c. Estandarizar medidas para el monitoreo y evaluación de inputs, procesos y resultados, ej. evitar crear formularios que deben ser reportes.
   d. Validar los datos desde su origen.

Toda la información generada por atenciones de Telesalud forman parte de la ficha clínica del paciente, por lo que debe guardarse por un periodo de 15 años, según Articulo 13 de la Ley Nº 20.584

6. Lineamientos de Tecnologías de Información y Comunicaciones en Telesalud

Las TICs se presentan como una oportunidad para potenciar el alcance y accesibilidad de la salud a las personas, ya sea por medio de aplicaciones existentes o nuevos desarrollos que permitan la participación de todos los servicios de salud bajo el modelo de RISS.

Dado el escenario actual, en el cual el desarrollo de múltiples estrategias de Telesalud ha ido en aumento junto al incremento de plataformas para la captura de datos, se ha generado la necesidad de contar un marco de referencia que sirva para realizar un estudio de pre factibilidad cada vez que se requiera implementar una estrategia de Telesalud.

Por otro lado, es importante señalar que estas estrategias deben considerar la interoperabilidad con otros sistemas de información, como lo son los registros clínicos electrónicos y el acto de remitir datos a sistemas de repositorio de información.

Objetivo

Sentar las bases metodológicas dentro del ámbito TICs que considere todo Proyecto de Telesalud a implementar en un Establecimiento o Red Asistencial.

Alcance

Los estándares técnicos y funcionales de la información y seguridad, que permitan el ordenamiento de las tecnologías que se incorporen al Programa de Telesalud deberán aplicarse a proyectos tanto en el ámbito del desarrollo propio de plataformas, como las de adquisición comercial en un establecimiento, Servicio de Salud o Ministerio de Salud.

7.1. Lineamientos para estrategias de Telesalud

A continuación, se describen los lineamientos establecidos para levantar una estrategia de Telesalud, considerando que el resultado de este levantamiento debe quedar expresamente detallado en un informe para su evaluación tanto en el respectivo establecimiento como en MINSAL.

Como para todo proyecto, se consideran 3 pilares fundamentales para su evaluación y posterior ejecución: Alcance, Tiempo y Costos. Además de otros que son atingentes a este tipo de proyectos.

a. Alcance

Este es fundamental dentro del análisis de factibilidad y levantamiento de un proyecto, define las tareas y acciones que deben ser ejecutadas para entregar el producto o servicio resultante, es decir, son las tareas requeridas para llegar a completar los objetivos del proyecto.

Como este es un proyecto que se implementará en un establecimiento de salud o red asistencial es de suma importancia que en este punto también se defina:

- Proceso asistencial en el cual se inserta
- Flujo del proceso

b. Tiempo

En este punto se debe levantar una carta Gantt o cronograma con la planificación de las actividades del proyecto TICs.

c. Costos

Se debe elaborar un plan de costos, valorizando los componentes del proyecto para la inversión, implementación y operación.

d. Interoperabilidad:

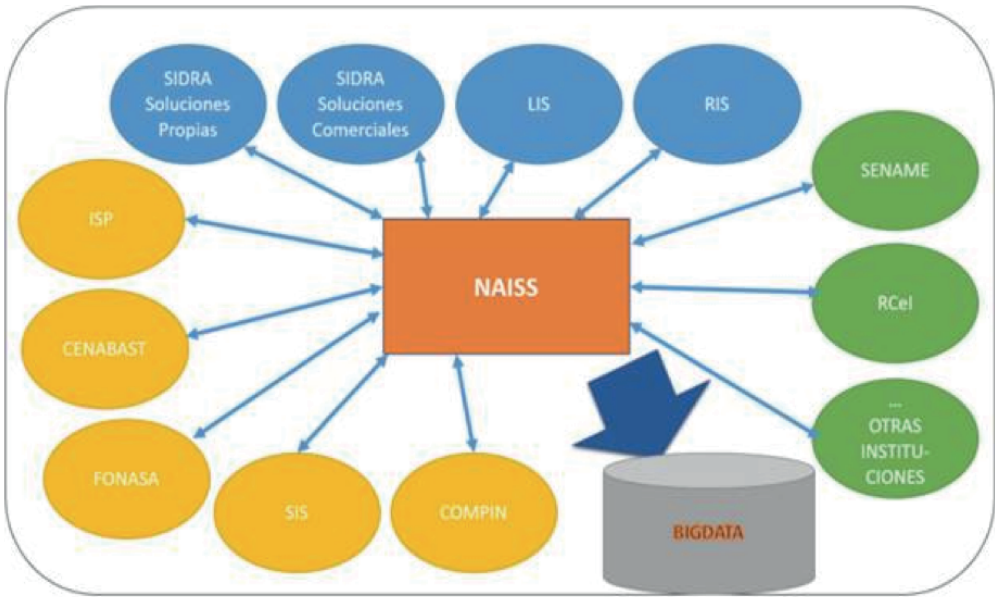
El Ministerio de Salud ha definido una herramienta tecnológica de apoyo a la estrategia de impacto sanitario de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para lo cual, ha implementado una plataforma convergente con alcance sectorial en la cual alojará, entre otras, las soluciones de Telesalud, facilitando la interoperabilidad del ecosistema TICs sectorial.

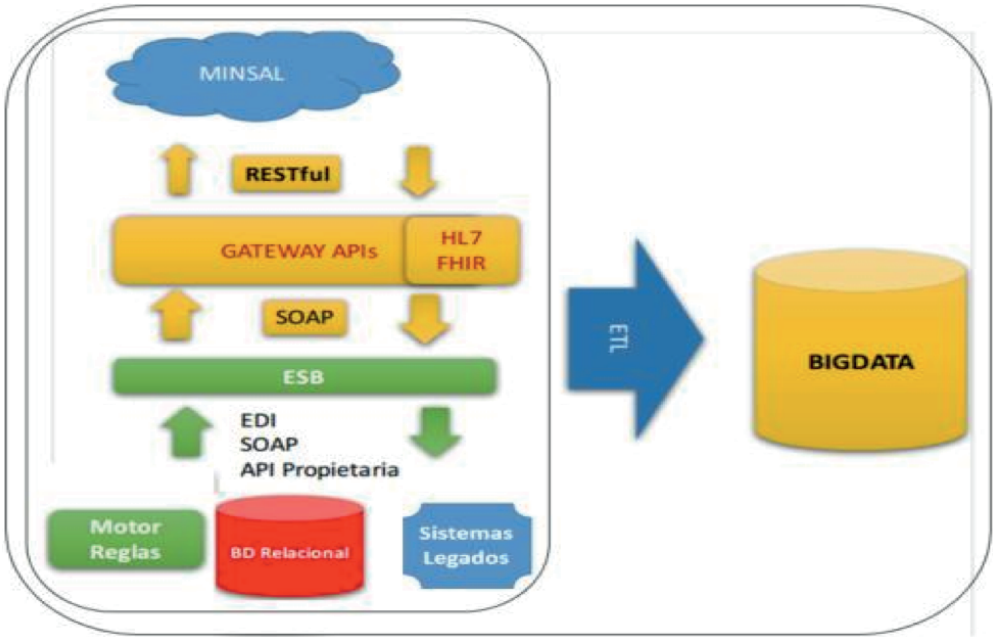
Por otro lado, esta plataforma considera el Núcleo de Activos de Información Sectorial de Salud (NAISS), la que tendrá disponibilidad de información de alto valor (activos de información sectoriales) en forma simple, segura y confiable, mediante la publicación de Application Programming Interface (APIs), para que sean consumidas por los sistemas que operan en el Sector Salud y de esta forma lograr la interoperabilidad de la información del sector salud, entre ellos los Sistemas de Telesalud, para apoyar la continuidad del cuidado y la toma de decisiones en la atención directa.

Se espera que un subconjunto de la información generada a través de la interoperabilidad en las redes asistenciales sea sostenido y respaldado en la infraestructura convergente provista por MINSAL, la que concentra la información en un datacenter primario, ubicado en Santiago y con infraestructura distribuida geográficamente en los establecimientos hospitalarios a nivel nacional.

En el diagrama siguiente, se presenta una mirada de alto nivel de los macro componentes de la arquitectura de NAISS, que dispone MINSAL para la interoperabilidad, donde se identifica un Gateway (puerta de enlace) para la publicación de APIs, bajo estándar HL7 (Health Level Seven), además de un bus empresarial, motor de reglas, una base de datos transaccional, un ETL (Extract, Transform and Load) y un BigData con capacidades de analítica.

Los componentes que se deben considerar dentro del diseño arquitectónico de la solución (componentes e integraciones) se detallan en la siguiente imagen y están disponibles dentro de la arquitectura de Minsal NAISS:





Estos componentes son principalmente las fuentes con las cuales el sistema deberá interoperar, los que se encuentran disponibles como productos de software que son parte de la arquitectura NAISS:

- Certificador Previsional: Permite la consulta de los datos previsionales registrados en Fonasa.
- Base de Datos de Personas: Reúne información demográfica de las personas que se atienden en la Red Asistencial de Salud, así como sus prestadores, cubriendo casi la totalidad de la población.
- Semánticos: Estándares terminológicos en sus diferentes ámbitos.
- Sistemas de la estrategia SIDRA: Sistemas de Registro Clínico Electrónico APS, HIS y Unidad de Memoria.
- Base de Datos de Prestadores: Información de identificación de prestadores de salud institucionales e individuales tanto públicos como privados.
- Salud Responde: Equipo interno de Minsal a cargo de:
  - Monitoreo de pacientes sin control periódico.
  - Orientación de pacientes a preguntas realizadas.
  - Aplicación de encuestas a pacientes y cuidadores.

En este sentido el sistema debe, como mínimo:

- Soportar interoperabilidad con otros sistemas, es decir:
  - Permitir la integración de diversas aplicaciones y plataformas de manera simple y administrada, generando los elementos de gobernabilidad para asegurar un intercambio de datos confiable.
  - Integrarse con un motor de inteligencia de negocio, de su propia definición, provisión e implementación.
  - Brindar una solución orientada tanto al consumo de servicios de información como a la habilitación de servicios para su consumo.
  - Permitir la disponibilidad de las funcionalidades para proveer/consumir los servicios a través del Núcleo de Activos de Información Sectorial de Salud (NAISS).
  - Disponer de mecanismos para generar un intercambio de información con el registro clínico electrónico.

e. Componentes

e.1) Habilitantes.

- Infraestructura:

  Según el tipo de proyectos de Telesalud que se requiera implementar dependerá la infraestructura a utilizar, sin embargo, la naturaleza del proyecto definirá los componentes a utilizar.

  Por lo tanto, los lineamientos consideran la reutilización de los componentes existente, tales como la red de comunicaciones, equipamiento computacional, sistemas de información, entre otros.

  Lo importante en esta línea es que la infraestructura pueda responder a los proyectos de Telesalud en cuanto a capacidad, velocidad, integridad y disponibilidad.

- Dispositivos y/o equipos:

  En esta línea, los dispositivos o equipos a utilizar en Telesalud deben poseer certificaciones de la industria de salud, tales como FDA (Food and Drogs Administration), además los equipos o dispositivos deben ser validados por los equipos de tecnología como también del ámbito clínico, que son quienes los utilizarán.

  Los equipos o dispositivos adquiridos o arrendados deben soportar la naturaleza de la telemedicina a utilizar, por ejemplo, si el equipo es un ultrasonido, debe cumplir con la línea base de líneas por segundo que cualquier equipo pueda entregar en forma directa al equipo clínico.

- Operaciones (ej: soporte, Mesa de ayuda, etc.)

  Toda solución de Telesalud, debe considerar tanto la ayuda al usuario, como el acompañamiento para asegurar el éxito de la operación del sistema, y para ello debe considerarse, a lo menos, los siguientes componentes:

1. Modelo de Mesa de Ayuda (Niveles de Soporte)
Al igual que otros sistemas, se requiere de una plataforma de Mesa de Ayuda (MDA) que permita dar asistencia a los profesionales que participarán del proyecto de Telesalud.

2. Gestión de una Mesa de Ayuda

La función de la Mesa de Ayuda es proveer a los usuarios un punto único de contacto mediante el cual se resuelvan y/o canalicen sus necesidades relativas al uso de recursos y servicios de Telesalud.

Dentro de los objetivos de una MDA se encuentran:

a. Atender todas las llamadas recibidas
b. Resolver, en gran medida, en línea todas las necesidades de los usuarios.
c. Seguimiento de los casos derivados, de acuerdo a complejidad

Algunas de las funciones de una MDA corresponden a:

a. Atención de usuarios
b. Políticas de uso del sistema
c. Capacitación y orientación sobre el sistema
d. Reportería

Niveles de una MDA:

a. Primer Nivel de Soporte: Este rol representa el primer punto de contacto con el usuario. Está conformado por personal a cargo de resolver solicitudes simples, procedimentales y/o funcionales del sistema.
b. Segundo Nivel de Soporte: Este corresponde a los grupos de técnicos encargados de resolver solicitudes que requieren un mayor grado de especialidad. Está conformado por personal más especializado del equipo de tecnologías como del equipo clínico.
c. Supervisión: Con el propósito de administrar el servicio, se entiende a la figura del supervisor, como el que se encargará de velar y controlar el cumplimiento de los estándares de tiempos de solución predefinidos para todos los llamados recibidos, seguimiento y control del correcto cumplimiento de los estándares de tiempos de solución para todos los reportes de problema.
d. Soporte en Local: Este al igual que el primer nivel representa el punto de contacto con el usuario. Este nivel está representado por equipos TICS locales que serán apoyo en la resolución de

problemas técnicos en los establecimientos de salud. Adicionalmente, podrán ser puntos de alcance a la MDA realizando funciones más allá del usuario, como, por ejemplo, fallas de impresión, comunicaciones, caídas del sistema etc.

e. Comunicaciones

El Ministerio de Salud ha impulsado desde el 2005 una carretera de comunicaciones que permite la interconexión de todos sus establecimientos administrativos y asistenciales, por lo tanto, cualquier proyecto de Telesalud debe utilizar como base esta carretera de comunicaciones.

Para determinar el uso, la solución de Telesalud debe considerar un análisis del ancho de banda a utilizar, seguridad, cálculo de tráfico de red y, acceso tanto dentro de la red como desde otras redes como internet.

Todo proyecto de Telesalud en esta área debe ser visado por los equipos de tecnología, por cuanto el uso de la red considera a todos los establecimientos, y el mal uso o uso indiscriminado podría afectar al resto de los usuarios o establecimientos que utilizan dicha red.

Las comunicaciones, tanto alámbricas como inalámbricas, deben soportar los protocolos de red establecidos en la red de comunicaciones o normados por el Ministerio de Salud, y éstos no deben afectar o provocar interferencias en los actuales usos de la red de comunicaciones.

3. Plataforma de registro

Si entendemos como registros clínicos a todas las acciones que se deben realizar para dar una atención clínica, debemos recurrir a los lineamientos de la estrategia SIDRA que apuntan en dicha dirección y velan por el correcto uso de estos registros.

Con la Estrategia SIDRA (Sistemas de Información de la Red Asistencial) se espera institucionalizar la informatización de los procesos clínicos y administrativos de los establecimientos de salud, homologando su operación y sistematizando la información relevante en una ficha clínica electrónica para los diferentes niveles de atención.

Se plantea disponer de información clínica relevante, que facilite el cumplimiento del modelo de Redes Integradas de Servicios Salud (RISS) y que constituya una herramienta para el fortalecimiento del modelo de atención integral en salud, orientado a una atención eficiente, eficaz y oportuna, centrado en las personas y que facilite la coordinación de la red asistencial para la continuidad del cuidado.

Para lo anterior, se aspira a lograr la integración entre registros clínicos electrónicos y otras fuentes de información existentes en la red pública de salud, de manera de facilitar la continuidad del cuidado en los distintos niveles de atención.

Se deben considerar las siguientes Normas y leyes:

- Decreto Exento Nº 643, de 2016 que sustituye Norma Técnica sobre Estándares de Información de Salud de la Subsecretaria de Salud Publica
- Decreto N° 81, Aprueba Norma Técnica para los Órganos de la Administración del Estado sobre interoperabilidad de documentos electrónicos, promulgada el 03 de junio de 2004 y modificada el 27 febrero de 2014.
- Ley Nº19.628, sobre protección de la vida privada
- Ley Nº20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

Se debe velar por el correcto uso de datos de acuerdo a normativas vigentes

Por otro lado, en este punto se debe considerar la definición de un Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD) para la plataforma de registro de la estrategia de Telesalud en cuestión, el cual capture las variables necesarias para el registro de los datos administrativos y clínicos que se producen en las diferentes etapas del proceso de atención en una Red Asistencial.

También se debe tener en cuenta que es un conjunto restringido de datos que deben servir para el máximo de finalidades posibles y que son de utilización compartida entre equipos profesionales, órganos de gestión y de planificación, grupos de investigación, entre otros.

Al realizar la definición del CMBD se debe considerar lo siguiente:

CMBD de entrada

CMBD de Salida

Información complementaria (Ej: Imágenes, exámenes de laboratorio, etc.)

La información clínica generada a partir de estrategias de Telesalud deberá quedar almacenada de acuerdo a la normativa vigente sobre información clínica.

4. Software o aplicación

Las tecnologías de información avanzan rápidamente y de diversas formas, por lo tanto, las aplicaciones o software de Telesalud deben dar cumplimiento a las políticas ministeriales en estas materias, además requiere la capacidad de interoperar con el medio ambiente tecnológico existente en cada Servicio de Salud.

Las aplicaciones o softwares deben contar con la validación de los equipos de tecnologías existentes en cada establecimiento o Servicio de Salud, soportar las políticas de seguridad de la información, tratamiento de información sensible, movilidad del sistema en relación a lograr integrar con otras fuentes de datos, utilizando estándares de la industria de salud, tales como HL7 v2 o superior, Dicom (Digital Imaging and Communication in Medicine), Loinc (Logical Observation Identifiers Names and Codes), entre otros, y de preferencia adoptar o soportar IHE (Integrating the Healthcare Enterprise).

Las soluciones de Telesalud, deben integrarse con los registros clínicos existentes en los establecimientos de salud y resguardar información según las políticas de información del Ministerio de Salud.

7.2. Lineamientos sobre acceso y confidencialidad de los datos sensibles

La privacidad de la información y el manejo de datos personales es muy importante para el Ministerio de Salud. El marco jurídico bajo el cual se rige, lo obliga a tratar la información con licitud, lealtad, responsabilidad, rendición de cuentas y proporcionalidad. Todo esto de acuerdo a la Ley Nº 19.628 sobre protección a la vida privada y la Ley Nº 20.584 de derechos y deberes de los pacientes.

Por esta razón, se toman las precauciones para resguardar la información, utilizando mecanismos de seguridad informática de protección de la información completos y eficaces.[18]

[18] www.minsal.cl/seguridad_de_la_informacion

Política General de Seguridad Sectorial, Resolución exenta Nº1481 del 24.11.2017 aplicada a todos los Servicios de Salud.

Inciso tercero del artículo 16, del DFL Nº1 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº2.763 de 1979 y Nº18.469, que establece que los organismos deben sujetarse en el ejercicio de sus actividades a las Políticas,

Normas y Planes del Ministerio de Salud

En este contexto, por el sólo hecho de desarrollar o adquirir una plataforma para una estrategia de Telesalud, el Servicio de Salud o establecimiento debe asegurar dar cumplimiento a las Políticas y Procedimientos vigentes de Seguridad de la Información del Ministerio de Salud[19], las que se presumen conocidas por las Redes Asistenciales.

Asimismo, el proveedor deberá dar cumplimiento a la normativa vigente en materia de documentos electrónicos: Ley Nº19.799 (sobre documentos electrónicos, firma electrónica y servicios de certificación de dicha firma) y su normativa complementaria, especialmente el Decreto Supremo N°83, publicado el 12 de enero de 2005, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba norma técnica para los órganos de la Administración del Estado sobre seguridad y confidencialidad de los documentos electrónicos, el Decreto Supremo Nº 181, de 2002, del Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción, que aprueba Reglamento de la ley Nº 19.799 sobre documentos electrónicos, firma electrónica y servicios de certificación de dicha firma.

También deberá dar cumplimiento a la normativa del Sector Salud: DFL Nº 1, de 2005, Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763, de 1979 y de las leyes Nº 18.933 y Nº 18.469, DFL Nº 725, de 1968, del Ministerio de Salud, Código Sanitario, Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud y Ley N° 19.628, referida a Protección de la vida Privada.

Toda aquella normativa que no haya sido señalada en este documento es igualmente aplicable a las materias indicadas, así como la eventual modificación de las mencionadas.

Las Instituciones deberán adoptar todas las medidas necesarias, establecidas en la normativa vigente y conducentes para proteger la Confidencialidad de la Información, Seguridad de Acceso y Confidencialidad de Datos Sensibles, y evitar la divulgación y uso indebido de la información que la implementación de la Estrategia de Telesalud conlleva.

Sobre Prestación de Servicios en MINSAL para desarrollar o adquirir una plataforma para una estrategia de Telesalud

El servicio provisto debe cumplir en todo momento con la legislación vigente del Decreto Supremo N° 83, publicado el 12 de enero de 2005 en el Diario Oficial; la Ley N°20.584, referida a Deberes y Derechos que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su Atención de Salud; y la Ley N° 19.628, referida a Protección de la vida privada y que regula el tratamiento de Datos de Carácter Personal. Para efectos de esta última ley se entenderá que es co-responsable del tratamiento de los datos. Así como con las disposiciones de la política y procedimientos de seguridad de la información de MINSAL que se encuentren vigentes.

Los siguientes puntos establecen lineamientos generales que se recogen de los estándares Ministeriales de Seguridad y buenas prácticas de la norma ISO 27001, para dar cumplimiento de la Ley 19.628 sobre Protección de la Vida Privada, que deben cumplirse para las estrategias de Telesalud:

1. Captura y almacenamiento de fotografías para el diagnóstico de patologías a distancia:
    - Todas las fotografías que se utilicen para el diagnóstico y seguimiento de la evolución de patologías de pacientes que están siendo atendidos a través de una estrategia de Telesalud, deben ser:

[19] www.minsal.cl/seguridad_de_la_informacion

- Capturadas a través de las cámaras fotográficas adquiridas por el establecimiento dentro de la estrategia y sólo destinadas para tales efectos, quedando prohibido su uso para otros motivos.
- Almacenadas en la plataforma destinada para la estrategia, la cual debe cumplir con las normas de seguridad establecidas por el Ministerio de Salud en la materia (http://web.minsal.cl/seguridad_de_la_informacion/).

- Queda absolutamente prohibido obtener imágenes a través del uso de dispositivos personales, como smartphone. En el caso de que las imágenes deban ser obtenidas a través de este tipo de dispositivo u otro, deberá ser sólo en el caso de que la cámara se encuentre en mal estado o emergencias plenamente justificadas y, se deberán eliminar inmediatamente del dispositivo una vez sean estas almacenadas en la plataforma respectiva.
- Se debe considerar que son de uso exclusivo para el fin indicado. Toda mala utilización, divulgación y/o copia se encuentra estrictamente prohibido en virtud de la legislación vigente.

2. Respecto a Telemedicina sincrónica:

a. La telemedicina sincrónica se debe realizar a través del "sistema de VC institucional", en las siguientes modalidades:
   - VC
   - Sala virtual
   - Licencia Polycom instalada en equipo institucional

b. Para los casos en que no se cuente con conexión a la red Ministerial se podrán utilizar otras aplicaciones desde internet (como Zoom, Skype, Telegram, etc.), previamente validadas con los equipos TICS del establecimiento y creadas con cuentas de correos ministeriales. No se permite el uso de estas aplicaciones con el uso de cuentas personales o genéricas de conocimiento público.
   En el caso de uso de estas herramientas (Zoom, Skype, Telegram) no se podrá mencionar antecedentes personales del paciente que permitan su identificación, ej, rut, nombres, domicilio.

c. En los casos en que la atención vaya a ser grabada, se debe informar al paciente acerca del hecho de que será grabado y del propósito de lo anterior, conforme a lo establecido en la Ley N°20.584, no requiriéndose registro escrito de la autorización de la grabación.

3. Almacenamiento en nube y envío de información sensible:

a. En los casos de utilizar nubes para el almacenamiento de datos e imágenes, éstas deben estar dentro de las que se comercializan a través de Mercado Público
b. Revisar los Servicios de nube de Mercado Público20, donde los organismos públicos podrán contratar servicios de Cloud Computing así como, Hosting, Housing, enlaces de datos e internet, y servicios complementarios de Data Center.
c. Las Políticas de Seguridad de Minsal, restringen el uso de nubes privadas de datos, para el manejo de información sensible que contenga información de diagnóstico asociada a Rut.

[20] https://www.mercadopublico.cl/portal/CloudDataCenter/que_es.html;

Lo señalado en la letra anterior tiene como fundamento las declaraciones de seguridad de estas nubes privadas, señalan que estas se apropian de la información contenida en ellas y ante posible incidente de fuga de información no es posible individualizar responsable, dado que habitualmente se utiliza una cuenta personal de la nube compartida en varios usuarios. En este contexto, se recomienda utilizar métodos de encriptación de los archivos expuestos, además disponer de un sitio alojado en un servidor que contenga seguridad de accesos para el respaldo y trabajo de archivos.

En el caso que no se cuente con Registro Clínico Electrónico ni con una plataforma de Telemedicina y se requiera enviar información sensible de un paciente para una atención, se debe considerar que se puede utilizar un archivo bloqueado y su contraseña debe ser entregada telefónicamente, enviando y recibiendo el documento en correos institucionales.

7. Metodología para la Elaboración del Programa Nacional de Telesalud

Este Programa fue elaborado a través de un proceso de participacion colectiva con actores relevantes de las Redes Asistenciales, a través de metodología que recoge los aportes de las personas involucradas en el proceso.

Este proceso de elaboración consto de cuatro fases, que se describen a continuación:

Fase I: Revisión Bibliográfica

La finalidad de esta fase fue construir una propuesta de marco teórico conceptual, que contenga antecedentes, estado de la telesalud en el Mundo y en Chile, el marco legal, entre otros.

Para ello, se realizó una revisión de bibliografía que permite la elaboración de la primera parte del documento.

Fase II: Conformación de una mesa de trabajo.

Con representantes de las Redes Asistenciales y de Minsal se constituyen cinco mesas de trabajo. Estas mesas de trabajo se reunieron de manera presencial en los meses de junio, julio y agosto de 2017. En estas instancias se contó con la participación de alrededor de 50 personas.

Posteriormente se continuo un intenso trabajo vía correos electronicos y videoconferencias, lo que sumo 4 meses de trabajo aproximadamente.

Todo este proceso de trabajo colectivo llevo a la consolidación de la segunda parte del documento.

Fase III: Revisión y validación del Documento

Para esta fase se publicó el documento en Consulta Pública a través de la página web del Ministerio de salud en el siguiente link http://web.minsal.cl/consultas-publicas-vigentes/ , desde el 26 de enero hasta el 7 de febrero de 2018. Además se adjuntó una pauta de revision con la finalidad de que quienes analicen el documento sistematicen sus observaciones a través de esta.

La publicación fue difundida a los participantes de las mesas de trabajo, a las Divisiones del Ministerio de Salud y la Red de salud general a través de Directores y Subdirectores de Gestion Asistencial y Referentes de Telemedicina de los 29 servicios de salud del país.

Etapa IV: Edición del documento

Este proceso estuvo a cargo del equipo editor, incorporando las observaciones de lo trabajado de manera grupal, como así también lo recibido de la consulta pública obteniendo un documento final.

Este documento final revisado y editado, se envía a la División Jurídica para su respectiva Resolución y Oficialización, y la distribución del documento.

8. Participantes de la Elaboración del Documento

Editoras

Sra. (ita) Patricia Narváez, Profesional Salud Mental. Depto. Procesos Clínicos integrados División de Gestión de la Red Asistencial. Minsal

Sra. (ita) Natalia Méndez, Profesional Referente Metodológica. División de Gestión de la Red Asistencial. Minsal

Sra. (ita) Marcela Cortes, Profesional Unidad de Telemedicina. Depto. Procesos Clínicos Integrados. División de Gestión de la Red Asistencial. Minsal

Participantes de las Mesas de trabajo

A continuación, las personas que, durante los meses de junio, julio y agosto de 2017 conformaron las Mesas de Trabajo para la elaboración participativa del Programa Nacional de Telesalud.

Redes Asistenciales

- Sra. (ita) Teresa Velastin, Profesional Unidad de Participación Servicio de Salud Viña del Mar Quillota
- Sra. (ita) Dangela Giusti, Profesional referente de Telemedicina. Servicio de Salud Talcahuano
- Sra. (ita) Joanna Sandoval, Profesional referente de Telemedicina. Servicio de Salud Ñuble
- Dr. Patricio Rubio, Profesional Odontólogo Hospital Guillermo Gran Benavente. Servicio de Salud Concepción
- Dra. Maria Lidia Valenzuela, Jefa UPC Cardiovascular Hospital Roberto del rio. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Sra. (ita) Carla Moran, Profesional referente de Telemedicina. Servicio de Salud Concepción
- Dr. Enrique Quintana, Profesional Nefrólogo Hospital Padre Hurtado. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
- Dr. Guillermo Concha, Cirujano Infantil Hospital Regional de Rancagua. Servicio de Salud O'Higgins
- Sr. Heriberto Erazo, Jefe Depto. Tecnologías de Información y Comunicaciones. Servicio de Salud Metropolitano Occidente
- Sr. Luis Romero, Jefe Depto. Tecnologías de Información y Comunicaciones. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
- Sr. Gerardo Vergara, Jefe Unidad de Teleprocesos Hospital Las Higueras. Servicio de Salud Talcahuano
- Sr. Javier Medina, Jefe Depto. Tecnologías de Información y Comunicaciones. Servicio de Salud Chiloé
- Sra. (ita) Elizabeth Sepulveda, Profesional Unidad de Participación Servicio de Salud Metropolitano Central
- Sr. Sebastian Urzua, Profesional Referente Telemedicina Servicio de Salud Metropolitano Central
- Sra. (ita) Angela Roco, Profesional referente de Telemedicina. Servicio de Salud Metropolitano Occidente
- Dr. Cesar Merino, Jefe Depto. Articulación de Redes. Servicio de Salud Concepción

- Dra. Rayen Gac, Profesional referente de Telemedicina. Servicio de Salud Viña del Mar Quillota
- Dr. Benjamín Tellez, Profesional Hospital de Día. Servicio de Salud Valdivia
- Sr. Pablo Solís Profesional Unidad de Participación. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
- Sra. (ita) Sandra Ugalde, Profesional referente de Telemedicina. Servicio de Salud O'Higgins
- Sr. Cristian Molina, Profesional referente Telemedicina. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
- Sra. (ita) Adriana Guzmán, Profesional referente de Telemedicina. Servicio de Salud Chiloé
- Sra. (ita) Patricia Vega, Profesional Depto. Coordinación de Red Asistencial. Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Ministerio de Salud

- Sra.(ita) Eliana Varas, Profesional. División de Atención Primaria
- Sra. (ita) Susana Romero, Profesional. Depto. Procesos Clínicos Integrados. DIGERA
- Sra. (ita) Ana Maria Ortiz, Profesional. Unidad Salud Mental. Depto. Procesos Clínicos Integrados. DIGERA
- Sra. (ita) Karina Trujillo, Profesional. Depto. Gestión Servicios de Salud. DIGERA
- Sra. (ita) Susana Fuentealba, Profesional Depto. Ges y Redes de Alta Complejidad. DIGERA
- Dr. Irving Santos, Profesional Neurólogo Asesor. Depto. de Enfermedades no Transmisibles. DIPRECE
- Sra.(ita) Marcela García Huidobro, Profesional División de Tecnologías de Información y Comunicaciones
- Sra. (ita) Elisa Aguayo, Profesional. Depto. de Información y Estadísticas en Salud. DEIS
- Sra. (ita) Estefanía Jara, Profesional. Depto. de Información y Estadísticas en Salud. DEIS
- Sra. (ita) Maria Jose Letelier, Encargada Unidad Técnica en Salud. Depto. Asistencia Remota en Salud
- Sra. (ita) Victoria Carvallo, Profesional. Depto. Asistencia Remota en Salud
- Sra. (ita) Michelina Hernández, Profesional. Depto. Ges y Redes de Alta Complejidad. DIGERA
- Dra. Catherina Moll, Profesional Depto. de Enfermedades no Transmisibles. DIPRECE
- Sr. Jorge Herrera. Coordinador TICs Sectorial. División de Tecnologías de Información y Comunicaciones
- Sr. Christian Igor, Profesional. Unidad de Telemedicina Depto. Procesos Clínicos Integrados. DIGERA.
- Sra.(ita) Carmen Anglés, Profesional. Unidad de Telemedicina Depto. Procesos Clínicos Integrados. DIGERA.
- Sra.(ita) Macarena Barria, Profesional. Unidad de Telemedicina Depto. Procesos Clínicos Integrados. DIGERA
- Sra.(ita) Paloma Cordova, Profesional. Unidad de Telemedicina Depto. Procesos Clínicos Integrados. DIGERA
- Sr. Juan Pablo Olmos, Profesional. Unidad de Telemedicina Depto. Procesos Clínicos Integrados. DIGERA.

10. BIBLIOGRAFÍA

[1] OMS, "58a Asamblea Mundial de la Salud". 16-may-2005.

[2] Ministerio de Salud, "Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos Sanitarios de la década 2011-2020". .

[3] "Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2014-2018". 2013.

[4] Subsecretaria de Redes Asistenciales, "Glosa 06. Lista de espera No ges y garantías de oportunidad ges retrasadas". 2017.

[5] OPS, Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. OPS, 2010.

[6] Luis Barrios, "¿Es lo mismo telesalud que telemedicina?" 2015.

[7] Asociación mexicana de telesalud, "¿Qué es Telesalud?" .

[8] Andrés Herrera, "Telemedicina. Una herramienta poco explotada". Revista Obstetricia y Ginecología. Hospital Dr. Luis Tisne, 2006.

[9] Ministerio de Sanidad y Consumo y Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria de INSALUD, Subdirección General de informática de INSALUD, Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de la Información del Ministerio de Sanidad y Consumo, "Plan de Telemedicina del INSALUD". 2000.

[10] Joseba Rabanales Sotosa, Ignacio Párraga Martíneza, Jesús López-Torres Hidalgoa, Fernando Andrés Pretela, y Beatriz Navarro Bravoa, "Tecnologías de la Información y las Comunicaciones: Telemedicina", REV CLÍN MED FAM, vol. 4 (1), pp. 42-48, 2011.

[11] Organizacion Panamericana de la SALUD, "Estrategia y plan de acción sobre esalud". 51a CONSEJO DIRECTIVO, 2011.

[12] Carlos Martínez-Ramos, "Telemedicina. Aspectos Generales." 2009.

[13] O. CEPAL, "Desarrollo de la Telesalud en América Latina; Aspectos conceptuales y estado Actual". 2013.

[14] Organización Panamericana de la SALUD, "Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina". 2016.

[15] OMS y OPS, "Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina". 2016.

[16] MINISTERIO DE SALUD, "I JORNADA NACIONAL DE TELEMEDICINA: 'Consenso de Valdivia en el contexto de RISS'". 2015.

[17] OPS, Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2010.

[18] Ministerio de Salud, "Co-construcción de bienestar, calidad de vida y derechos en salud. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Avances y desafíos de su implementación en Chile." 2017.

[19] Eugênio Vilaça Mendes, "Las Redes de Atención de Salud". OPS, 2013.

[20] MINSAL, "Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los Servicios de Salud: planificación, implementación y evaluación." 2012.

[21] Asociación médica mundial, "Declaración de la asociación médica mundial sobre las responsabilidades y normas éticas en la utilización de la telemedicina". Centro de documentación de bioética, Universidad de Navarra, 2002.

[22] Ministerio de Salud pública, Uruguay y Programa Salud-uy, "Guía Jurídica; Telemedicina". 2015.

[23] Ministerio de Salud, Subsecretaría de redes Asistenciales, División de Gestión de Redes Asistenciales, y Unidad de Salud Mental, "Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental". 2016.