



Global Clinical Journal

Conectando y desarrollando nuestra comunidad médica para servir mejor a las personas



**Salud virtual:
Más allá de los
muros de las
clínicas**

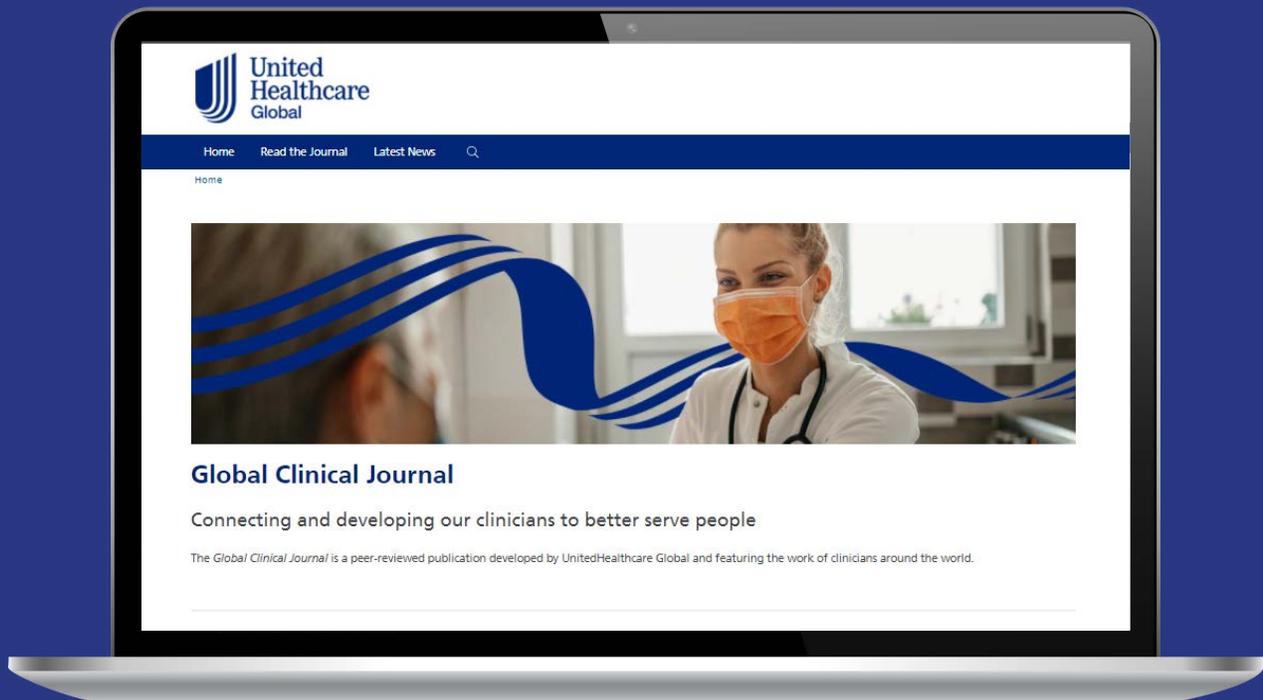
Volumen 4, enero de 2022 : Edición en español

**United
Healthcare®
Global**



¿Desea conocer más sobre el Global Clinical Journal?

Visite www.uhcglobalclinicaljournal.com



El sitio web de *Global Clinical Journal* le da vida a la publicación. Sumérjase en los artículos, consulte ediciones anteriores, conozca sobre los autores, el director de medicina y mucho más.

Escanee el código QR con la cámara su teléfono inteligente o visite www.uhcglobalclinicaljournal.com



Mensaje del Director Médico

Salud virtual: Más allá de los muros de las clínicas contiene artículos que muestran los enormes avances que estamos logrando hoy para acercar el cuidado de la salud a las personas a las que servimos. Pero este no es el final del camino. Tras leer esta obra, le desafío a pensar: “¿Hacia dónde vamos ahora?” Si realmente queremos transformar la atención sanitaria y poner la salud en primer lugar para el paciente, debemos seguir esforzándonos por pensar de forma aún más amplia. Desafíemos los límites de lo que creemos posible: innovar y crear superando las limitaciones de los muros de la clínica e ir más allá de los modelos tradicionales.

Hemos presenciado y experimentado desafíos sin precedentes debido a la pandemia de la COVID-19. Estos no sólo han puesto a prueba nuestra determinación, nuestro enfoque y conocimiento científico, sino también la integridad y sostenibilidad del modelo global de cuidado de la salud. Los recursos se han extendido al límite en hospitales inundados de pacientes críticos. Muchas personas con enfermedades agudas o crónicas evitaron buscar cuidado en persona, o les era demasiado difícil acceder a los centros de atención. Debido a estos retos, nos hemos visto obligados a

repensar cómo simplificar el acceso eficiente a una atención centrada en la persona, basada en la calidad y eficiencia en los costos, en todo el proceso asistencial.

No nos sorprende ver un enorme crecimiento en las ofertas de salud virtual en nuestras empresas, con mercados que amplían las capacidades existentes e implementan nuevos e innovadores enfoques para la prestación virtual de la atención.

Los cambios que hemos visto en la atención sanitaria debido a la pandemia- culminan en una mejor experiencia para todos. Muchos consumidores de la nueva era prefieren el acceso sin esfuerzo y sin problemas. Muchos proveedores también prefieren tener menos limitaciones físicas. Ambos públicos desean participar en un entorno cómodo y quieren solicitar por una parte y prestar por otra, la atención necesaria rápidamente.

Si la pandemia por COVID-19 nos ha enseñado algo, es que anteriormente construimos modelos de cuidado de la salud dentro de limitaciones geográficas. Permitimos que los paisajes y las fronteras dictaran quién tenía acceso a la atención.

Nuestros modelos asistenciales deben adaptarse para satisfacer las necesidades de las personas que se desplazan por el mundo. Además, con el aumento de las opciones de salud virtual, el cuidado ya no puede limitarse a los que más saben de tecnología. Los adultos de edad avanzada, discapacitados y poblaciones vulnerables deben poder acceder a una atención de manera virtual.

Estamos al borde de dar un salto de transformación que tocará el núcleo del objetivo cuádruple. Podemos crear modelos de cuidado de la salud que simplifiquen el acceso, mejoren la experiencia del paciente y del proveedor, disminuyan el costo total del cuidado y mejoren los resultados de salud. Podemos, debemos y tenemos que hacerlo.



Bernie Elliott, M.D.
Director Médico
UnitedHealthcare Global



Índice

Reanudación de cirugías con evaluación preanestésica a través de telemedicina	4
Programa de apoyo telefónico para madres con SARS-CoV-2-positivo después del parto y el alta hospitalaria de Clínica Dávila, Chile.	6
Telerehabilitación: Rehabilitación de pacientes durante la pandemia de COVID-19	8
Agilidad y colaboración: Implementación de la telemedicina de Amil	10
Administración de casos de pacientes complejos y de alto riesgo mediante herramientas de salud virtual	12
Publicaciones recientes seleccionadas	14
Rápida transformación de la salud digital durante la crisis de la COVID-19 y el futuro	15
Aplicación Todos por Um: Orientación para que los pacientes accedan al cuidado adecuado y aumentar así la sostenibilidad del sistema de salud	18
Teleterapia: Un enfoque más humano en tiempos de pandemia	20
Experiencia del paciente con el uso de los servicios de teleconsulta en la Clínica San Felipe	22
Dr. Colmédica: Mejora de la aplicación y el sitio web de telemedicina de Colmédica	24
COVID-19: De la educación en salud a la telemedicina: Informe de la experiencia.	26
Aceleración del alcance de teleconsulta en la red de proveedores SANNA en Perú durante la pandemia de la COVID-19.	28

Reanudación de cirugías con evaluación preanestésica a través de telemedicina

Introducción

Después de la primera ola de la pandemia de COVID-19 en Brasil, el Next Hospital Butantã, ubicado en São Paulo, se enfrentó al desafío de reanudar la actividad quirúrgica, manteniendo al mismo tiempo la capacidad de apoyo al ingreso de pacientes con COVID-19. Los procesos tuvieron que rediseñarse para crear cirugías seguras, utilizando protocolos que fueran apropiados al nuevo perfil epidemiológico quirúrgico. La reanudación de los procedimientos quirúrgicos se limitó a los procedimientos con bajo riesgo de aerosoles que no requerían el ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI). Después de trazar los procedimientos quirúrgicos apropiados y los procesos relacionados, identificamos la telemedicina como una oportunidad para reducir los viajes y el hacinamiento relacionados con las valoraciones preanestésicas (VPA) de forma presencial. Los anestesiólogos con factores personales de alto riesgo para la transmisión de la COVID-19 (por ejemplo, edad superior a 65 años o embarazo) se asignaron para trabajar en el equipo de telemedicina, en donde se capacitaron para adquirir las habilidades necesarias para trabajar en un entorno de salud virtual. Estas habilidades eran fundamentales para realizar las evaluaciones preanestésicas utilizando telemedicina en lugar de hacerlo en forma presencial.

La plataforma de interoperabilidad y transformación digital llamada "Minerva"¹ plataforma de digitalización contratada por Americas Serviços Médicos, se usó para coordinar todo este proceso digital. Esta plataforma cuenta con la certificación ISO 13485 (Organización Internacional de Normalización, ISO)² en requisitos para sistemas de control de calidad para dispositivos médicos y servicios relacionados, así como la certificación ISO 27001 para la seguridad de los datos. Además, Minerva también cumple con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud³ (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA), el Reglamento General de Protección de Datos⁴ (General Data Protection Regulation, GDPR) y otras leyes mundiales de protección de datos, como la Ley General de Protección de Datos de Brasil (Lei Geral de Proteção de Dados, LGPD).^{4,5} Como parte de la implementación del proyecto, los médicos recibieron capacitación en cuidado de la salud digital y certificados digitales individuales (e-CPF) para emitir recetas, informes y órdenes de examen, según lo requerido por la ley vigente.

Objetivos

Los principales objetivos del proyecto fueron:

1. Reanudar la actividad quirúrgica gradualmente, con el propósito de realizar el 30% de la cantidad de cirugías electivas realizadas durante el mismo período del año anterior, evitando al mismo tiempo la infección cruzada de COVID-19 en todos los pacientes.
2. Implementar un sistema de telemedicina para la evaluación preanestésica que garantice la seguridad de la información y

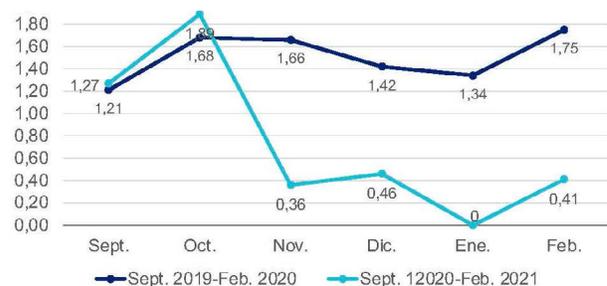
facilite el cuidado del paciente.

3. Como parte de la evaluación preanestésica, identificar proactivamente los síntomas respiratorios que podrían indicar una posible infección con el patógeno SARS-CoV-2 antes de realizar el procedimiento quirúrgico y referir al paciente para que reciba el cuidado médico apropiado.
4. Evitar viajes innecesarios y aglomeraciones durante una pandemia.

Resultados

Durante la implementación de la Evaluación Preanestésica Virtual (EPA) de septiembre de 2020 a febrero de 2021, realizamos un total de 1,560 cirugías electivas. En ese mismo periodo, se realizaron 1,608 evaluaciones preanestésicas, de las cuales 1,511 (94,0%) se llevaron a cabo con la plataforma de telemedicina Minerva. Aunque 455 (30,1%) se completaron exclusivamente utilizando la plataforma, la mayoría de estas (69,9%) también requirieron el uso de teléfonos móviles y otros canales de comunicación. Se esperaba encontrar varios beneficios del modelo de telemedicina y uno de los principales efectos se observó en las tasas de suspensión quirúrgica. La suspensión quirúrgica se define como la cancelación de un procedimiento quirúrgico planificado después de que el paciente ingrese en el hospital para el procedimiento quirúrgico programado.

Figura 1: Tasa de suspensión quirúrgica (%)



Noventa y siete de los 1,608 pacientes en total no fueron evaluados mediante telemedicina, principalmente debido a la dificultad que presentaba el paciente para usar la herramienta. También se cancelaron 25 cirugías (antes del ingreso hospitalario y por lo tanto no incluidas en nuestro total de 1,560) como resultado de las respuestas al cuestionario de selección, que se centraron en los síntomas respiratorios y los signos vitales medidos. Estos procesos fueron 100% efectivos en la prevención de la contaminación cruzada de SARS-CoV-2.

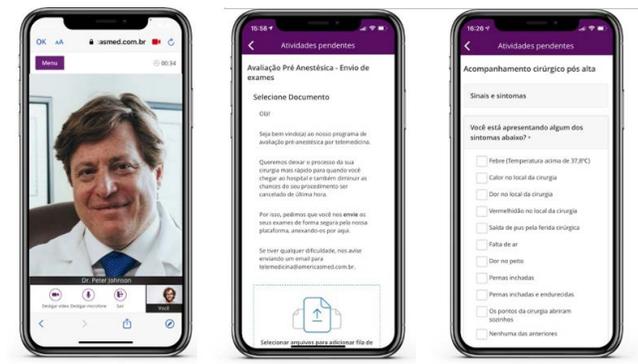
Más de 1,500 pacientes se sometieron a procedimientos quirúrgicos bajo los nuevos y más eficientes procesos virtuales de preingreso, que incluían teleconsultas y órdenes electrónicas de exámenes.

Nuestro modelo de evaluación virtual previa al ingreso dio como resultado un flujo de comunicación mejorado, ahorro de tiempo para pacientes y médicos, menos personas que transitaban por el entorno hospitalario y menos emisiones de dióxido de carbono debido a la disminución de los viajes.

Los anestesiólogos vulnerables también fueron protegidos de la exposición innecesaria al COVID-19.

Desde su implementación, nuestro modelo quirúrgico de salud virtual ha mejorado aún más. Además de la evaluación preanestésica a través de telemedicina, los resultados de las pruebas anatomopatológicas se envían directamente al paciente por correo electrónico cifrado y el mapa de procesos quirúrgicos de rutina (parte del proceso quirúrgico seguro) se realiza mediante teleconferencia con la herramienta Microsoft Teams. Además, el seguimiento quirúrgico posterior al alta, previamente realizado mediante llamada telefónica, ahora se automatiza a través de un cuestionario enviado al paciente que usa la plataforma Minerva (Figura 2).

Figura 2: Interfaz de teléfono inteligente de la plataforma Minerva: teleconsulta, archivo adjunto y seguimiento quirúrgico posterior al alta



Lecciones aprendidas

Los cambios necesarios para reanudar el cuidado quirúrgico durante la primera ola de la pandemia nos dejan varias lecciones.

- Tenemos mayor capacidad para identificar oportunidades de mejora cuando trabajamos en equipo.
- Debemos estar abiertos a formas de trabajo nuevas y diferentes para poder mejorar.
- El compromiso del equipo ayuda a adaptarse a los cambios.
- Los socios tecnológicos deben participar como aliados en el desarrollo y revisión de los procesos/protocolos de cuidado.
- Los protocolos se pueden ampliar y adaptar a diferentes actividades.

- Se debe alentar y apoyar a las personas mediante el proceso de gestión del cambio, especialmente durante una pandemia.
- La capacidad de realizar ajustes en tiempo real en la plataforma de telemedicina fue fundamental para la maduración de procesos y la generación de confianza entre médicos y pacientes.
- Existe una oportunidad para que la empresa replique y escale el modelo de evaluación preanestésica digital para integrar aún más los modelos de cuidado quirúrgico de pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados. Así se apoyaría la evaluación oportuna de pacientes que llevan a cabo otros especialistas durante el proceso de evaluación preanestésica y se facilitarían las derivaciones y las referencias cruzadas entre los equipos clínicos y quirúrgicos.

Conclusión

Las evaluaciones preanestésicas realizadas mediante telemedicina demostraron ser eficientes y eficaces. Mantuvimos a nuestros profesionales vulnerables en un entorno seguro, evitamos los viajes y el hacinamiento de los pacientes y contamos con medios de control para mantener seguros los procesos quirúrgicos.

1. Go Beyond Transformation with the Minerva Platform. MPHRX. <https://www.mphrx.com/>. Publicado el 5 de abril de 2021. Consultado el 12 de abril de 2021.
2. International Organization for Standardization. (2018). Occupational health and safety management systems—Requirements with guidance for use (ISO Standard No. 45001:2018).
3. The Health Insurance Portability and Accountability Act. (2004). (HIPAA). Washington, D.C.: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration.
4. General Data Protection Regulation (2018). (GDPR). Strasbourg, FR, European Parliament and of the Council.
5. Brazilian General Data Protection Law (2018). (LGPD) Brasília, BR, Federal Senate.

Autores

Antonio Eduardo Giriboni Monteiro, M.D., MSc, Director Electo, Hospital Butantã, São Paulo, Brasil

Carolina Isilda Teles Torres R.N., Gerente de Enfermería, Hospital Next Butantã, São Paulo, Brasil

Daniela Akemi BSc, Gerente de Calidad, UnitedHealth Group Brasil, São Paulo, Brasil

Tiago Frigini MD, Gerente Médico de Telemedicina, Américas Serviços Médicos; São Paulo, Brasil

Programa de apoyo telefónico para madres con SARS-CoV-2-positivo después del parto y el alta hospitalaria de Clínica Dávila, Chile

Introducción

La pandemia de la COVID-19 en Chile^{1,2} ha sido más mortal para la población de edad avanzada y los pacientes con enfermedades crónicas.³ Como es bien sabido hoy, los síntomas y el cuadro clínico de COVID-19 varían ampliamente. En algunos casos, la enfermedad es muy grave, causando la muerte, mientras que en otros el paciente puede ser asintomático.⁴

Las mujeres embarazadas también corren el riesgo de contraer la infección por COVID-19. La transmisión vertical o cruzada de la enfermedad al feto es una posibilidad, pero no es común, por ese motivo la mayoría de recién nacidos infectados entran en contacto con la enfermedad por transmisión horizontal.⁵

Los informes de recién nacidos infectados son poco frecuentes⁶ sin embargo, durante las primeras etapas de la pandemia no se conocía la evolución clínica de la infección por COVID-19 en recién nacidos. Este grado de incertidumbre es la razón por la que consideramos de vital importancia determinar el estado clínico de nuestros recién nacidos tras el parto y controlar su progreso después del alta hospitalaria.

Objetivo

Nuestro objetivo fue informar los resultados de un programa de apoyo telefónico diseñado para el seguimiento ambulatorio de recién nacidos con pruebas positivas de reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa (reverse transcription polymerase chain reaction, RT-PCR) para detección de SARS-CoV-2.

Proceso

Un neonatólogo, enfermero o kinesiólogo contactó por teléfono a los padres o cuidadores del recién nacido cada dos o cuatro días después del alta hospitalaria hasta que el recién nacido cumpliera al menos 14 días. Se hicieron preguntas estandarizadas sobre la salud general del recién nacido y su alimentación. Se registraron las respuestas para proporcionar orientación sobre el cuidado del recién nacido. Los casos emergentes fueron remitidos al servicio de urgencias.

Entre el 19 de marzo de 2020 y el 28 de febrero de 2021, un total de 4,429 recién nacidos (newborns, NB) fueron registrados como nacidos en el hospital. De esta cantidad, 128 tenían madres con resultado positivo para SARS-CoV-2. Solo cuatro de estas madres, o el 3,1%, presentaron síntomas.

Los recién nacidos de madres con resultado positivo para SARS-CoV-2 variaban entre 32 y 41 semanas de edad gestacional (gestational age, GA), con un promedio de 39 semanas antes del parto. En el grupo de SARS-CoV-2 con resultado positivo, solo 12 recién nacidos nacieron antes de cumplir 37 semanas de edad gestacional.

El peso al nacer osciló entre 1,965 y 4,870 gramos, con una mediana de 3,327 gramos y un promedio de 3,306 gramos, +/- 473 gramos. 50 de los recién nacidos eran mujeres (39%).

A partir del 7 de abril de 2020, se realizó una prueba de detección clínica mediante RT-PCR para SARS-CoV-2 al ingreso de todas las mujeres embarazadas. Antes de esa fecha, la RT-PCR solo se realizaba en mujeres embarazadas con síntomas o registros de contacto cercano con personas que arrojaron resultado positivo para SARS-CoV-2 o presentaron síntomas de COVID-19.

Todos los recién nacidos de madres con resultado positivo para SARS-CoV-2 recibieron su primera RT-PCR para SARS-CoV-2 dentro de las seis horas posteriores al nacimiento, y una segunda prueba 24 horas después del parto. Solo dos recién nacidos arrojaron RT-PCR con resultados positivos, a partir de muestras tomadas en las primeras 24 horas de vida. Ambos recién nacidos tuvieron una evolución asintomática.

El programa de apoyo telefónico continuó, como mínimo, durante los primeros 14 días de vida del recién nacido en 117 (91%) de los 128 recién nacidos inscritos en el programa. En el caso de 11 de los recién nacidos era imposible establecer contacto por teléfono y, por lo tanto, no podían continuar participando.

Tres bebés fueron hospitalizados debido a condiciones clínicas no relacionadas con el COVID-19. Noventa y siete bebés fueron dados de alta al cuidado de la madre, seis al cuidado paterno y 22 al un cuidador sano que no era ninguno de los padres ni había estado en contacto cercano con una persona con resultado positivo para COVID-19.

Las modalidades de nutrición fueron las siguientes: 68 recién nacidos fueron amamantados, 18 fueron alimentados solamente con fórmula y 19 fueron alimentados con fórmula y leche materna. Se desconocía la modalidad nutricional en 12 casos de los recién nacidos.

Durante el período de seguimiento, un bebé presentó anomalías respiratorias a los 12 días de edad y fue remitido a servicios de emergencia donde se confirmó que tenía COVID-19. La madre del bebé tenía un caso asintomático de COVID-19 durante el nacimiento y el bebé quedó bajo el resguardo de un cuidador sano tras ser derivado a los servicios de emergencia. Todos los demás recién nacidos tuvieron una evolución asintomática.

Lecciones aprendidas

La pandemia dificultó la prestación de cuidado neonatal de forma presencial después de la hospitalización, así como el asesoramiento para los cuidadores. El programa de apoyo telefónico fue muy bien recibido por los cuidadores de bebés recién nacidos.

Este programa permitió la identificación temprana de un recién nacido infectado y facilitó la rápida referencia.

Las estrategias de apoyo telefónico también resultaron ser particularmente útiles para conectar a los recién nacidos y a sus cuidadores con la asistencia médica oportuna durante un período en el que el acceso al cuidado presencial era limitado y restringido. El contacto telefónico también nos permitió supervisar y reforzar con éxito las medidas adecuadas para prevenir el contagio del COVID-19 con el fin de reducir la infección cruzada entre la madre y su descendencia.

Conclusión

El programa de apoyo telefónico para recién nacidos de madres con resultado PCR (+) para SARS-CoV-2 ofrece un enfoque práctico para el monitoreo, la intervención oportuna y la referencia rápida de bebés con síntomas compatibles con COVID-19.

1. Epidemiological situation report COVID 19; MINSAL, CHILE.
2. World Health Organization (2020) Coronavirus disease 2019 (COVID 19). Situation Reports. 10 de marzo de 2020.
3. Fei Zhou MD; Ting Yu MD, Ronghui Du MD; et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with Covid 19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet, The, 2020; 03-28; Vol. 395, Núm, 10229, pág. 1054-1062.
4. Hassan Ashktorab, Antonio Pizuorno; Gholamreza Oskroch, et al. Covid 19 in Latin America: symptoms, morbidities and gastrointestinal manifestations. Gastroenterology 2021-02-01, vol 1160; núm.3; página. 938-940.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Coronavirus (COVID 19) Infections in Pregnancy. Versión 6-Publicado el viernes 3 de abril de 2020.
6. Chen Y; Peng H; Wang L; et al. Infants born to mothers with a New Coronavirus (Covid 19). Frontiers in Pediatrics 2020; 8(104) doi:10.3389/fped.2020.00104

Autores

Antonio Ríos, M.D., neonatólogo pediatra, Clínica Dávila,
antonio.rios@davila.cl

Giovanna Loguercio, M.D., neonatóloga pediatra, Clínica Dávila

Paulette Rompeltien, R.N., enfermera de seguimiento, Clínica Dávila

Elena Vallejos, R.N., enfermera de seguimiento, Clínica Dávila

Romina Ecchio, P.T., kinesiólogo de seguimiento, Clínica Dávila

Cherie Gutiérrez, M.D., directora de Gestión clínica, Clínica Dávila

Manuel Becerra, M.D., jefe de la unidad de neonatología,
Clínica Dávila

La pandemia dificultó la prestación de cuidado neonatal de forma presencial después de la hospitalización, así como el asesoramiento para los cuidadores. El programa de apoyo telefónico fue muy bien recibido por los cuidadores de bebés recién nacidos. Este programa permitió la identificación temprana de un recién nacido infectado y facilitó la rápida referencia.

Telerehabilitación: Rehabilitación de pacientes durante la pandemia de COVID-19

Introducción

Los pacientes en los programas tradicionales de rehabilitación ambulatoria deben viajar dos o tres veces a la semana al centro de rehabilitación. Esta frecuencia representa una barrera importante para el cumplimiento del programa y suele ser el factor que impulsa el incumplimiento por parte del paciente.

La tecnología está haciendo lo posible por superar este obstáculo a través de la telemedicina. Los servicios de rehabilitación que no requieren visitas presenciales ofrecen a los pacientes mayor acceso. Los programas de telesalud, ya utilizados con cierta frecuencia en muchos países, se incorporaron por necesidad tras la pandemia por COVID-19. Los proveedores comenzaron a considerar la telerehabilitación como alternativa para ofrecer servicios de rehabilitación a los pacientes de forma segura en un formato sin contacto que estimularía el cumplimiento.

Un meta-análisis publicado por Rawstorn, et. Al. en 2016 demostró la eficacia de los programas de telerehabilitación en niveles de actividad física en aumento, cumplimiento del ejercicio y protección contra factores de riesgo cardiovascular.¹ Revisiones sistemáticas publicadas entre 2010 y 2018 también han demostrado que la telerehabilitación mejora los factores de riesgo cardiovascular, la calidad de vida reportada y disminuye los eventos adversos.^{2,3,4,5,6}

Proceso

En el Hospital Samaritano Paulista de UnitedHealth Group en São Paulo, Brasil, la pandemia de la COVID-19 obligó a suspender la rehabilitación cardiovascular presencial a mediados de marzo de 2020. Poco después, comenzamos a ofrecer servicios de telerehabilitación para pacientes que participan en el programa de rehabilitación cardiovascular. Los pacientes fueron inicialmente sometidos a pruebas para confirmar si cumplían los requisitos para iniciar el programa de telerehabilitación antes del alta hospitalaria, mediante la realización de evaluaciones médicas y funcionales. Se consideraron como contraindicaciones para el inicio temprano del programa las siguientes: infarto de miocardio extenso y complicado, pacientes en recuperación de ataques cardíacos y pacientes con cicatrización quirúrgica deficiente o infectada.

Los pacientes que cumplían los requisitos recibieron orientación y se sometieron a sesiones presenciales de capacitación antes del alta para familiarizarlos con el programa de manera que pudieran continuar la terapia en casa mediante telerehabilitación.

Objetivo

Nuestro objetivo principal era proporcionar continuidad de rehabilitación para que los pacientes mejoren o mantengan su salud cardiovascular. Además, queríamos conservar la experiencia de implementar un programa de telerehabilitación en nuestra institución.

Cada sesión de telerehabilitación constaba de cuatro pasos:

1. Calentamiento
2. Ejercicios funcionales y de resistencia de intensidad ligera a

3. Enfriamiento
4. Estiramiento

El programa tuvo sesiones de terapia de 40 minutos dos veces por semana, durante aproximadamente seis semanas (12 sesiones). Todos los pacientes fueron monitoreados a través de un monitor de frecuencia cardíaca, oxímetro de pulso, monitor de presión arterial, puntuación de la escala de Borg de esfuerzo percibido (Rating of Perceived Exertion, RPE) y prueba de habla.

Resultados

Un total de 32 pacientes inscritos en el programa de telerehabilitación. Noventa y cuatro por ciento de ellos completaron su rehabilitación. Veinticinco (78.1%) de los pacientes eran varones, siete (21.9%) mujeres y la edad media (desviación estándar) del grupo era de 60.3 (± 10) años.

La cohorte de pacientes arrojó mejores resultados de desempeño al comparar las puntuaciones previas y posteriores a la telerehabilitación. En primer lugar, en los resultados de la “prueba de marcha estacionaria de dos minutos”, en donde las personas sometidas a la prueba marchan lo más rápido posible en el mismo lugar durante dos minutos mientras levantan las rodillas a una altura intermedia entre su rótula y la cresta ilíaca, estando de pie. El rendimiento de la prueba se define como el número de pasos del lado derecho a la altura del criterio que se completa en dos minutos.⁷ El desempeño en la “prueba de marcha estacionaria de dos minutos” aumentó de 82.8 a 96.6 el número total de pasos entre la etapa previa y la posterior a la telerehabilitación, respectivamente (Figura 1).

Figura 1: Desempeño anterior y posterior a la telerehabilitación de pacientes evaluados mediante la “prueba de marcha estacionaria de dos minutos”



La “prueba de levantarse y sentarse durante 30 segundos” consiste en contar manualmente el número de ciclos de estar sentado a estar de pie que se realizan durante los 30 segundos de prueba. Esta es una de las pruebas clínicas de evaluación funcional más importantes, ya que mide la resistencia corporal inferior y la relaciona con las actividades diarias más exigentes (por ejemplo, subir escaleras, levantarse de una silla o bañera o levantarse de una posición horizontal).⁸ Los pacientes en la prueba de “levantarse y sentarse” también aumentaron número total de ciclos de 14.0 a 16.4 el (Figura 2). Además, reportaron mejoría en el bienestar.

Figura 2: Desempeño anterior y posterior a la telerehabilitación de pacientes evaluados mediante la “prueba de levantarse y sentarse durante 30 segundos”



Lecciones aprendidas

Nuestra lección principal es que resulta esencial ser creativo e innovador en la búsqueda de soluciones novedosas cuando se enfrentan nuevos desafíos.

Nos enfrentamos a dos desafíos principales: Monitoreo de los signos vitales y la intensidad del ejercicio durante las sesiones de entrenamiento y recursos tecnológicos inadecuados en los hogares de la mayoría de los pacientes.

Aprendimos a reconocer mejor las situaciones en las que era necesaria la supervisión de forma presencial. Así fue posible determinar cuándo era apropiado realizar la transición a la telerehabilitación de forma segura.

Esta experiencia nos dio una mayor visión del potencial y las posibilidades de los programas de telerehabilitación. Este programa debería incorporarse a las capacidades de salud pública como una herramienta para que un mayor número de participantes accedan a los programas de rehabilitación y se mejore el cumplimiento de la terapia.

Conclusiones

A pesar de las dificultades iniciales en el uso de la plataforma digital, tuvimos buena continuidad por parte de los pacientes en el programa de telerehabilitación. Consideramos la telerehabilitación como una alternativa eficiente para los pacientes que no pueden asistir a centros de rehabilitación de forma presencial.

La curva de aprendizaje para el uso del recurso digital mostró una rápida mejora en términos de automonitoreo de los pacientes y conocimiento de señales de advertencia y ayudó a los participantes a incluir los ejercicios en sus rutinas diarias. El equipo de cuidado de la salud, a su vez, maduró con el tiempo y aprovechó su experiencia para ofrecer el programa a grupos adicionales de pacientes, incluyendo a los que se recuperan de la infección por COVID-19.

1. Rawstorn JC, Gant N, Direito A et al. Telehealth exercise-based cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Heart*. 2016;102:1183-1192.

2. Piotrowicz E, Baranowski R, Bilinska M, Stepnowska M, Piotrowska M, Wójcik A, Korewicki J, Chojnowska L, Malek LA, Klopotoski M, Piotrowski W, Piotrowicz R. A new model of home-based telemonitored cardiac rehabilitation in patients with heart failure: effectiveness, quality of life, and adherence. *Eur J Heart Fail*. 2010 Feb;12(2):164-71.

3. Clark RA, Conway A, Poulsen V, Keech W, Tirimacco R, Tideman P. Alternative models of cardiac rehabilitation: a systematic review. *Eur J Prev Cardiol*. 2015 Jan; 22(1):35-74.

4. Frederix I, Vanhees L, Dendale P, et al. A review of telerehabilitation for cardiac patients. *J Telemed Telecare*. 2015;21:45-53.

5. Huang K, Liu W, He D, Huang B, Xiao D, Peng Y, He Y, Hu H, Chen M, Huang D. Telehealth interventions versus center-based cardiac rehabilitation of coronary artery disease: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2015 Aug;22(8):959-71.

6. Cristo D, Nascimento NP, Dias AS, Sachetti A. Telerehabilitation for Cardiac Patients: Systematic Review. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2018;31(4):443-450.

7. Bohannon, Richard W. PT, DPT, EdD, NCS; Crouch, Rebecca H. PT, DPT, CCS. Two-Minute Step Test of Exercise Capacity: Systematic Review of Procedures, Performance, and Clinimetric Properties, *Journal of Geriatric Physical Therapy*: April/June 2019 - Volume 42 - Issue 2 - p 105-112)

8. Millor N., Lecumberri P., Gómez M., Martínez-Ramírez A., Izquierdo M. An evaluation of the 30-s chair stand test in older adults: Frailty detection based on kinematic parameters from a single inertial unit. *J. Neuroeng. Rehabil*. 2013;10:86. doi: 10.1186/1743-0003-10-86.

Autores

Luana Talita Diniz Ferreira PT, MSc, PhD, centro de rehabilitación, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Américas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil, luana.ferreira@samaritanopaulista.com.br

Patricia Canteruccio Pontes Vianna M.D., centro de rehabilitación, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Américas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil

Tiago Frigini M.D., telemedicina, Grupo Américas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil

Vanessa Chaves Barreto Ferreira de Lima PT, PhD, centros de cuidado médico, Grupo Américas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil

Dr. Pedro Gabriel Melo de Barros e Silva, PhD, centro de rehabilitación, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Américas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil

Aneas Antonio Rocco M.D., centro de rehabilitación, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Américas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil

Colaboradores: Bianca Sprovieri Moraes, PT, Centro de Rehabilitación, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Américas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Datos recopilados; Gabriela Macoppi Carreiro, PT, Centro de Rehabilitación, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Américas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Datos recopilados; Raquel Yuri Mori, PE, Centro de Rehabilitación, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Américas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Datos recopilados; Renata Leão Silva Pinheiro, PT, Centro de Rehabilitación, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Américas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Datos recopilados; Thaís Pellegrino Miranda, PT, Centro de Rehabilitación, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Américas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Datos recopilados; Amanda Barbuio Teixeira M.D., Centro de Rehabilitación, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Américas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Datos recopilados; Viviane Aparecida Fernandes, Gerente de Cuidado, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Américas Serviços Médicos; Apoyo Administrativo, Brasil Valter Furlan, Director Técnico, Hospital Samaritano Paulista, Grupo Américas Serviços Médicos, UnitedHealth Group Brasil - Apoyo administrativo.

Agilidad y colaboración: Implementación de la telemedicina de Amil

Introducción

En enero de 2020, el equipo clínico de Amil comenzó a anticipar los posibles desafíos que podría traer la pandemia por COVID-19. Se hizo necesario tomar decisiones rápidamente y comunicarse de manera clara y responsable, garantizando la calidad y seguridad en la prestación del cuidado de la salud a clientes y colaboradores. En la etapa inicial de este escenario se hizo evidente que los servicios de cuidado virtual serían cruciales.

Amil ya tenía implementadas algunas soluciones de cuidado, pero debido a la importancia de las relaciones cara a cara, hubo resistencia ante el lanzamiento de la telemedicina en Brasil. Las entidades reguladoras y la sociedad no pudieron llegar a un consenso sobre cómo se podía practicar esta forma de cuidado con seguridad y calidad.^{1,2} La pandemia aceleró la aplicación de las restricciones como una forma de reducir el impacto del aumento en el acceso a la salud impulsado por la pandemia.³

En marzo de 2020, los desafíos planteados por la pandemia en el acceso a los sistemas de salud no permitían el privilegio de ir más despacio para explorar e implementar la solución ideal. El equipo de Amil tuvo que responder al desafío con audacia e ingenio. En el plazo de una semana, a principios de abril, se organizó un servicio virtual de cuidado de urgencia, integrado por un equipo de enfermeros, médicos de familia y psicólogos. Esto se logró reformulando “Amil Ligue Saúde”, una línea telefónica gratuita de asistencia de enfermería que funciona las 24 horas, 7 días a la semana. El servicio telefónico de cuidado virtual se convirtió en una puerta de acceso para acceder al cuidado remoto urgente y de baja complejidad.

Los profesionales de la salud y los médicos de cuidado primario contratados, que no pudieron ver a los pacientes de forma presencial debido a las restricciones de bloqueo sanitario, se capacitaron desde sus hogares. Esta solución contribuyó a mitigar el desperdicio de recursos humanos y financieros durante una crisis humanitaria provocada por la pandemia.

En julio, se lanzó la plataforma Amil para consultas virtuales con capacidades de video. Las teleconsultas se iniciaron utilizando esta plataforma que también se integró con los servicios de salud de Amil. Se accedió a la plataforma a través de la aplicación de teléfono inteligente para clientes de Amil, un centro digital de información y utilidades de planes de salud para clientes de Amil. Se integraron los horarios de los proveedores, los registros médicos electrónicos de los pacientes y los sistemas operativos de la empresa, preservando al mismo tiempo la seguridad de los datos, la transparencia de los procesos y el intercambio de información en tiempo real.

La implementación de las capacidades de telemedicina por parte de Amil tiene el potencial de ampliar las posibilidades de nuevos productos y facilitar nuevas integraciones entre servicios, dispositivos, redes y sistemas. También permite optimizar el uso de herramientas analíticas para mejorar la salud de la población y aumentar la eficiencia del cuidado.

En aras de la innovación, la telemedicina puede ser una herramienta

fundamental para la transformación digital de un modelo integrado de cuidado de la salud que promueva un equilibrio responsable en el uso de los recursos y contribuya a un sistema de salud mejor para todos.

Objetivo

El objetivo a corto plazo del proyecto era ofrecer un servicio de salud alternativo oportuno, accesible, seguro y de calidad a través de consultas virtuales para más de 3.5 millones de clientes de Amil. Los objetivos a mediano plazo fueron:

- promover el cambio en los comportamientos de búsqueda de la salud para reducir las visitas innecesarias y costosas a la sala de emergencias por problemas de salud de baja complejidad y
- aprovechar otras iniciativas de salud digital en Amil que mejoran la experiencia del proveedor sin poner en peligro la seguridad del paciente.

Resultados

Se capacitó a un equipo de profesionales de la salud para proporcionar a los pacientes cuidado y educación en salud sobre los síntomas de COVID-19, la prevención del contagio y las pautas de mejores prácticas en el uso de telemedicina. Cuando se indica clínicamente, el personal de enfermería de evaluación y clasificación de necesidades médicas vía telefónica, derivaba al paciente a consulta con un médico a través de una videollamada por teléfono inteligente. El tiempo de espera para consultar con el médico variaba de unos minutos a unas pocas horas. Los pacientes con alteraciones graves de salud mental como problema principal también fueron derivados a consulta con un psicólogo a partir del protocolo de enfermería para la evaluación y clasificación de necesidades médicas. El volumen de llamadas se multiplicó 20 veces después del primer mes, con un promedio de 1,850 llamadas al día y ascendiendo a un promedio de 2,877 llamadas al día en mayo.

A finales de abril, Amil ofrecía visitas virtuales de cuidado tanto electivo como urgente vía telefónica. Las visitas virtuales electivas incluyeron la mayoría de las especialidades médicas y apoyaron consultas con otros proveedores aliados de cuidado de la salud y las terapias de grupo. Así se logró una continuidad eficiente del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, al tiempo que se mantenía el acceso al cuidado de urgencia de baja complejidad. En el primer año de funcionamiento, el servicio de telemedicina de Amil logró 1 millón de consultas (Figura 1).

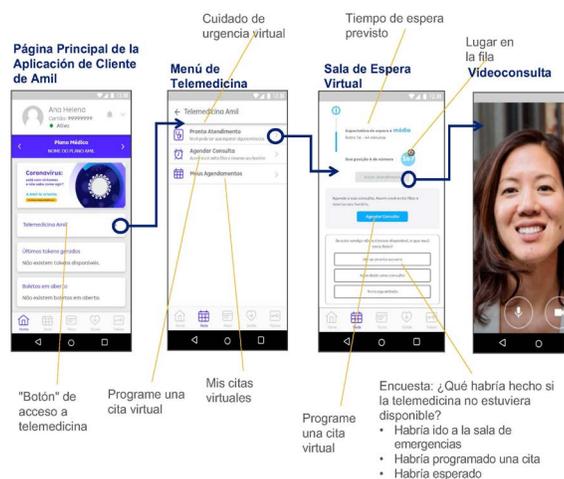
Figura 1: Volúmenes de Telemedicina de Amil



La medición de la satisfacción del cliente se implementó en octubre utilizando el índice de recomendación (Net Promoter Score, NPS). Los datos indican que los resultados del NPS en telemedicina urgente dependían de los tiempos de espera más largos del médico (medidos por la velocidad promedio para responder a cada llamada) y de la facilidad de uso de la plataforma.⁴

La implementación gradual a partir de los recursos existentes y la creación de tecnologías más nuevas y elaboradas fue un enfoque ágil, que permitió un inicio rápido. En un plazo de cuatro meses, el acceso a la telemedicina estaba disponible en la aplicación del teléfono inteligente del cliente de Amil (Figura 2).

Figura 2: Vista de la Aplicación de Cliente de Amil



El cuidado de urgencia mediante telemedicina se ha convertido en un sustituto seguro y eficiente de algunas visitas de baja complejidad a la sala de emergencias, sin aumentar la utilización (Figura 3).

En comparación, la tasa total de visitas a sala de emergencias más las visitas virtuales de cuidado de urgencia de 2020 (109 de cuidado de urgencia en total por cada 1,000 miembros en promedio) o de 2021 (120 visitas de cuidado de urgencia en total por cada 1,000 miembros en promedio) no han superado la tasa de visitas presenciales a sala de emergencias del período de 2019 anterior a la pandemia (162 a sala de emergencias por cada 1,000 en promedio), lo que sugiere que el cuidado de urgencia mediante telemedicina de Amil puede sustituir de manera satisfactoria algunas de las asistencias a la sala de emergencias, contribuyendo a la reducción de visitas innecesarias y costosas por problemas de salud de baja complejidad.

Lecciones aprendidas

- El trabajo en equipo y la intensa colaboración entre las áreas funcionales y empresariales son fundamentales.
- El desarrollo tecnológico exige creatividad, audacia, tenacidad, resistencia y paciencia.

Figura 3: Visitas a la Sala de Emergencias por cada 1,000 Miembros



- El analfabetismo digital y los problemas de conectividad pueden ser una barrera para el cuidado virtual de calidad.
- Las decisiones normativas sobre los límites de la telemedicina deben garantizar la seguridad del paciente, la calidad del cuidado y un acceso simplificado al cuidado de la salud seguro y cómodo.

Conclusión

El programa de telemedicina de Amil se implementó utilizando un enfoque progresivo mediante un desarrollo tecnológico continuo. En menos de cuatro meses, se ha convertido en una plataforma única para el cuidado médico integrado y con soporte de calidad a través de videollamadas, a la que se accede a través de un teléfono inteligente, disponible las 24 horas, 7 días a la semana, para los 3.6 millones de clientes de Amil.

Esta solución está impulsando la transformación digital de nuestro modelo de cuidado de la salud. Los avances obtenidos con esta innovación disruptiva incluyen la monitorización remota de enfermedades crónicas y pacientes domiciliarios, el fomento del bienestar y el aprovechamiento de nuevas asociaciones. El servicio de telemedicina de Amil también está ayudando a optimizar el uso de herramientas analíticas para mejorar la salud de la población y aumentar la eficiencia del cuidado.

1. Federal Medicine Council resolution authorizing telemedicine. Publicada el 9 de febrero de 2019. Revocada el 22 de febrero de 2019. <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>

2. Tadeu, Erivelto. Cercada por resistências, telemedicina tenta avançar. Valor Econômico. 26 de septiembre de 2019. Disponible en <https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/cercada-por-resistencias-telemedicina-tenta-avancar/>

3. Decreto Presidencial (Ley 13,989 del 15 de abril de 2020) que autoriza el uso de la telemedicina durante la crisis causada por el coronavirus (SARS-CoV-2). Disponible en portugués en http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm

4. Estudio interno de UnitedHealth Group Brasil para telemedicina de Amil. Agosto de 2021.

Autores

Caroline Villa Martignoni Rebicki, M.D., MCISc., Gerente de Telemedicina, Amil, Brasil, caroline.rebicki@amil.com.br

Fernando Moisés José Pedro, M.D., MBA, Director Ejecutivo de Valor Total del Cuidado, Amil, Brasil

Nulvio Lermen Junior, M.D., MSc., Director de Sistemas y Servicios de Salud, Amil, Brasil

Camila de Souza Lobo Botti, M.D., MBA. Directora de Tecnología e Información Clínica, Amil, Brasil

Administración de casos de pacientes complejos y de alto riesgo mediante herramientas de salud virtual

Introducción

Debido a la creciente carga de enfermedades crónicas, la gestión de las condiciones a largo plazo es un desafío importante de sostenibilidad para los sistemas de cuidado de la salud. La situación se ve agravada por una utilización excesiva de los recursos de los pacientes complejos y de alto riesgo, que a menudo se caracteriza por un cuidado fragmentado, no coordinado y discontinuo. Debido al aumento de las necesidades médicas, los pacientes de alto riesgo y complejos también programan visitas más frecuentes a la sala de emergencias y más admisiones hospitalarias en comparación con los pacientes de menor riesgo y menos complejos. El resultado fue un aumento de los costos médicos, sin traducirse en una mejor calidad del cuidado del paciente.^{1,2,3}

Los sistemas de cuidado de la salud están desarrollando estrategias para proporcionar servicios de alta complejidad y centrados en el paciente, con el fin de aumentar la calidad del cuidado y reducir los costos médicos. Una de las estrategias incluye la incorporación de modelos virtuales de salud para manejar esta población como parte de los programas generales de administración de casos. Los programas eficaces de administración de casos (case management programs, CMP) utilizan un enfoque de cuidado integral para pacientes complejos y generan un impacto positivo: mejora de la salud de las personas, coordinación del cuidado y los resultados clínicos.^{1,2,3} Los programas eficaces de administración de casos también contribuyen a la sostenibilidad del sistema, con el potencial de reducir las visitas a las salas de emergencia, los ingresos hospitalarios y, en última instancia, el costo del cuidado. Al incluir opciones de telemedicina en los programas de administración de casos, mejoramos el acceso para los pacientes y superamos las barreras del cuidado.⁴

En 2019, el 12% de las hospitalizaciones de miembros de Amil se debieron a diagnósticos compatibles con las condiciones crónicas de salud incluidas en la base de datos de Amil. Así se contribuyó a reducir costos adicionales que se pueden evitar.⁵

Teniendo en cuenta estos desafíos de calidad y costo, se identificó la oportunidad de implementar un programa para la administración de casos complejos al tiempo que se introdujeron opciones de salud virtual. En colaboración con un proveedor externo, formamos un equipo dedicado de enfermeros de administración de casos de salud virtual para acompañar y coordinar los viajes de los pacientes inscritos, guiándolos a través de la red de Amil y ofreciendo un cuidado integral dependiendo de la complejidad y los riesgos de los pacientes.

La población de pacientes incluía 5,000 miembros con un perfil de referencia de alta utilización de los servicios de salud, alto costo médico, múltiples enfermedades crónicas y falta de coordinación del cuidado de la salud.

Las principales intervenciones del programa incluyeron: visitas periódicas de teleenfermería para monitorear las condiciones

de salud, visitas a domicilio de médicos y enfermeros, visitas de médicos y enfermeros de alta hospitalaria para facilitar un cuidado de transición y una alta seguros, un centro de llamadas de 24 horas para la asistencia al paciente, y programación y orientación de navegación para pacientes dentro de la red de Amil.

Objetivos

- Mejorar la calidad del cuidado del paciente.
- Implementar la coordinación del cuidado de la salud en una red preferida.
- Asegurar la continuidad del tratamiento para enfermedades más allá de la COVID-19, considerando los problemas de aislamiento y encierro, especialmente para personas de edad avanzada.
- Optimizar el viaje de los pacientes y la experiencia de acceso a los servicios de salud.
- Proporcionar el cuidado adecuado en los entornos adecuados.
- Evitar visitas a la sala de emergencias y admisiones hospitalarias innecesarias.
- Reducir costos médicos.

Resultados

Datos demográficos de pacientes para administración de casos: el 75% son mayores de 60 años y el 64% son mujeres. La localización geográfica predominante es el estado de São Paulo (70%), seguido por Río de Janeiro (14%). Las cinco enfermedades crónicas más prevalentes son: hipertensión arterial sistémica (46%); enfermedades relacionadas con la oncología (25%); diabetes mellitus (24%), trastornos de salud mental (17%) y 15% de dislipidemia (15%) (Figura 1).

Reducción de costos prevenibles, días en cama y por miembro y por mes (per member per month, PMPM): Un estudio comparativo de economía del cuidado de la salud (health care economics, HCE) analizó 12 meses del programa, comparando la participación previa y posterior del paciente. El período previo del programa tuvo lugar desde julio de 2018 a junio de 2019 y el período posterior entre julio de 2019 y junio de 2020. Los miembros con menos de 100 días de participación en el programa y los atípicos fueron excluidos del estudio. Se identificaron valores atípicos durante el análisis de datos, representando a beneficiarios con costos muy diferentes, ya fueran muy altos o muy bajos, en comparación con el grupo.

El ajuste del quince por ciento para COVID-19 se incluyó en las cantidades pagadas en abril, mayo y junio de 2020 debido a la reducción de costos observada durante la pandemia de la COVID-19, con el fin de igualar los costos. El estudio mostró una reducción del 25.6% en el costo médico total después de la participación en el programa. Las reducciones en la admisión de pacientes hospitalizados presentaron el mayor impacto (- 47.9%).

Los datos comparativos mostraron una reducción de días en cama de 2,06/K año hasta la fecha (year to date, YTD) en promedio con una reducción de tendencia de -32% año tras año (year over year, YoY) (Figura 2, octubre de 2020). La reducción de ingresos a sala de emergencias fue de 817/K año hasta la fecha en promedio, con una reducción de tendencia de -38% año tras año (Figura 3, octubre de 2020).

Lecciones aprendidas

- El trabajo en equipo y la colaboración entre áreas es esencial.
- El acceso digital a los servicios de cuidado de la salud empoderó a nuestros pacientes, amplió el acceso al cuidado de la salud y contribuyó a aumentar su compromiso con la salud, sin poner en peligro la calidad y la seguridad.
- Mediante la capacitación específica en telemedicina, es posible integrar el conocimiento técnico y el cuidado humanizado.
- La integración con los equipos de administración de pacientes hospitalizados fue crucial para el cuidado de transición.
- La orientación de pacientes hacia el entorno de cuidado de la salud adecuado mitiga los indicadores inapropiados de sala de emergencias y de ingresos de paciente hospitalizado.
- Los profesionales de la salud obtienen información adicional a partir de datos sobre la administración de pacientes crónicos complejos.

Figura 1: Prevalencia de condiciones crónicas de los pacientes inscritos



Figura 2: Reducción de días en cama

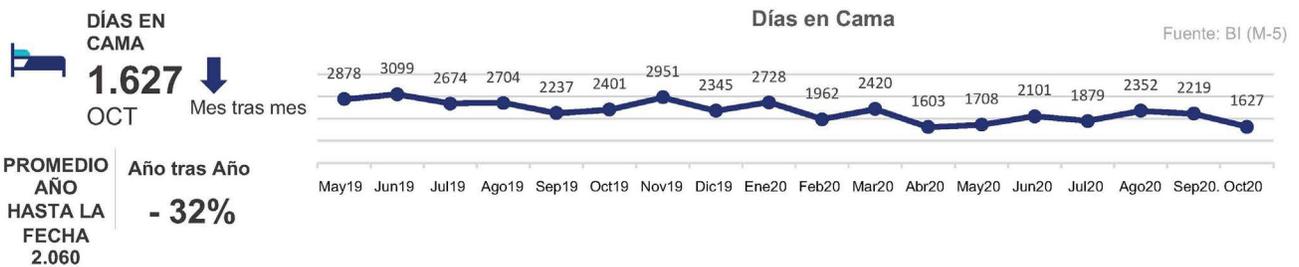
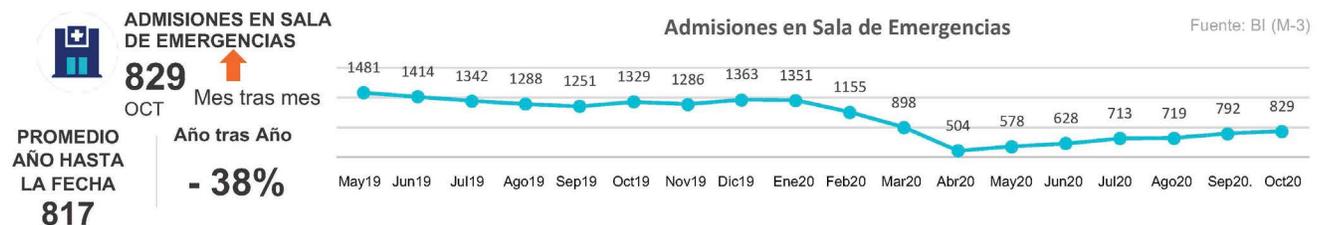


Figura 3: Reducción de visitas a sala de emergencias



Administración de casos de pacientes complejos y de alto riesgo mediante herramientas de salud virtual, *continuación*

Conclusión

Un programa de administración de casos para pacientes crónicos complejos con componentes de salud virtual es una solución innovadora con el potencial de generar un impacto significativo en el sistema de salud de Amil. La introducción de la telemedicina permitió realizar las teleconsultas de enfermeros y médicos, redujo las limitaciones geográficas, amplió el acceso al cuidado y estableció relaciones diligentes y de apoyo entre el paciente y el proveedor. A pesar de las dificultades en el acceso a la tecnología y a los desafíos normativos, la adopción de la telemedicina ayudó a mejorar el cuidado de pacientes complejos con enfermedades crónicas y a superar las barreras socioeconómicas, geográficas y relacionadas con el clima.

Ha permitido ofrecer un cuidado coordinado, continuo y personalizado para pacientes con enfermedades crónicas, que se presta mediante diferentes métodos de cuidado. Aunque todavía se están evaluando resultados completos y la viabilidad a largo plazo, la telemedicina ha demostrado ser, hasta el momento, una herramienta tecnológica prometedora. Los resultados obtenidos hasta ahora muestran que esta transformación abre las puertas a nuevas posibilidades para administrar de mejor manera la calidad y el costo del cuidado.

Teniendo en cuenta los resultados positivos del programa y las herramientas virtuales de salud disponibles, Amil está ahora ampliando el número de pacientes objetivo que se van a inscribir en nuestro programa de administración de casos. Utilizando los mismos criterios de perfil, se estima que 60,000 pacientes se inscribirán en 2021. Esta es una excelente oportunidad para optimizar los hospitales y la red acreditada de Amil y Americas, abordando las brechas en la continuidad del cuidado.

1. Lukersmith, S., Millington, M., & Salvador-Carulla L. (2016). What is Case Management? A Scoping and Mapping Review. *International Journal of Integrated Care*. 2016;16(4):2. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2477>
2. Ross, S., Curry, N., & Goodwin, N. (2011). Case management. What it is and how it can best be implemented. *The King's Fund*. Noviembre de 2011
3. Tortajada, S., Giménez-Campos, M. S., Villar-López, J., Faubel-Cava, R., Donat-Castelló, L., Valdivieso-Martínez, B., Soriano-Melchor, E., Bahamontes-Mulió, A., & García-Gómez, J. M. (2017). Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care. *Int J Integr Care*. 2017 Abr-Jun; 17(2). <https://www.cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>
4. United Health Group Brazil, HealthCare Economics (HCE). Study of Amil's System chronic health conditions in 2019. Agosto de 2020.
5. Shea, S., Weinstock, R. S., Teresi, J. A., Palmas, W., Starren, J., Cimino, J. J., Lai, Albert M. & Eimicke, J. P. (2009). A randomized trial comparing telemedicine case management with usual care in older, ethnically diverse, medically underserved patients with diabetes mellitus: 5-year results of the IDEATel study. *England: Elsevier B.V. Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 2009-07, Vol.16 (4), p.446-456.

Autores

Fernanda De Conto, R.N., Gerente de Operaciones de Administración de Casos, Amil, Brasil, fernanda.conto@amil.com.br

Nulvio Lermen Junior, MD,
Director de Administración de Sistemas de Salud, Amil, Brasil

Carlos Daniel Moutinho Junior, MD,
Director de Administración Clínica, Amil, Brasil

Camila de Souza Botti, MD, Gerente de Administración e Información Clínica de Tecnologías, Amil, Brasil

Publicaciones recientes seleccionadas

Se recomienda leer los siguientes artículos para ampliar sus conocimientos sobre el COVID-19 y otros desarrollos clínicos.

1. [“Virtual health care in the era of COVID-19”](#) Webster, P., *The Lancet*, abril 11 de 2020.
2. [“Intubation Practices and Adverse Peri-intubation Events in Critically Ill Patients From 29 Countries”](#) Russotto, V., Myatra, S. N., Laffey, J. G., Tassistro, E., Antolini, L., Bauer, P., ... & INTUBE Study Investigators. *JAMA*, marzo 23 de 2021.
3. [“Sequelae in Adults at 6 Months After COVID-19 Infection”](#) Logue, J. K., Franko, N. M., McCulloch, D. J., McDonald, D., Magedson, A., Wolf, C. R., & Chu, H. Y., *JAMA network open*, febrero 1 de 2021.
4. [“Streaming from a Diagnostic and Therapeutic Endoscopy Room: It Is Possible at Low Cost”](#) García, C. N., Arango, L., Valdivieso, E., Ponce, M., Castillo, C., Barrientos, C., ... & Ortiz, P., *Gastroenterology*. Junio de 2021.
5. [“Management of the Difficult Airway”](#) Heidegger, T., *The New England Journal of Medicine*. Mayo 13 de 2021.
6. [“Postinfectious Interstitial Pneumonia After COVID-19 Infection”](#) Salcedo, R. M., Flores, R. G., Medina, C. A., Mogollón, R. J., & Madariaga, M. G., *Infectious Diseases in Clinical Practice*, mayo 29 de 2021.

Rápida transformación de la salud digital durante la crisis de la COVID-19 y el futuro

Introducción

La respuesta ante la COVID-19 y su posterior giro hacia un ecosistema de cuidado virtual cambiaron el tejido de la prestación de cuidado de la salud. Ahora, las organizaciones de cuidado de la salud se enfrentan al desafío de crear un modelo de prestación de cuidado de la salud hacia el progreso que integre soluciones digitales de salud en servicios presenciales. El objetivo es crear un sistema de prestación más inteligente que, al mismo tiempo, aumente el valor para los pacientes, los proveedores de cuidado de la salud y el negocio.

En respuesta a la pandemia y en consideración de las necesidades posteriores a la COVID-19, Optum adoptó un enfoque holístico para desplegar la telesalud, que representaba las necesidades variables de la prestación de cuidado local, pero que podría escalar. La iniciativa requirió una coordinación estratégica entre países y empresas para implementar rápidamente soluciones digitales de salud para poder mantener las operaciones clínicas.

En asociación con Optum Advisory Services, Optum lanzó el equipo de respuesta digital (Digital Response Team, DRT) para desarrollar una estrategia de telesalud que integre las ofertas de video de telesalud, la administración de cuidado de casos agudos y crónicos basándose en aplicaciones y los equipos de monitoreo digital de enfermería para satisfacer las diversas necesidades clínicas de cada práctica individual. Estas medidas establecen el estándar para un enfoque de mejores prácticas para la ejecución de programas de salud digital: Más de 10,000 proveedores transmitiendo en vivo en plataformas de visita mediante video en un plazo de dos meses y una infraestructura de implementación ágil que sienta las bases para un progreso rápido y continuo.

Objetivo

El objetivo del equipo de respuesta digital a corto plazo consistía en mantener las operaciones clínicas para atender las necesidades de nuestros pacientes durante la pandemia. El objetivo a más largo plazo era aprender de esa respuesta para reinventar la forma en que se ofrece el cuidado primario. Los equipos de implementación y estrategia digital de Optum desplegaron rápidamente servicios de telesalud con un modelo operativo y organizativo que permitió aumentar el acceso remoto de millones de pacientes.

Este trabajo:

1. Estableció las mejores prácticas de coordinación a nivel nacional a través de UnitedHealth Group utilizando equipos

multidisciplinarios que permitieron compartir rápidamente conocimientos y experiencia

2. Implementó un enfoque ágil que utiliza un diseño centrado en el ser humano en el proceso de desarrollo de productos y acelera los ciclos de “prueba, implementación e iteración” para lograr resultados óptimos en una rápida sucesión
3. Diseñó un riguroso proceso de revisión para evaluar el progreso con respecto a los objetivos establecidos y desarrolló un marco de valor para determinar los beneficios de las herramientas digitales de salud
4. Aprovechó el diseño de servicios para ayudar a los médicos y colaboradores de equipo operativos a superar una rápida curva de aprendizaje, acelerar la implementación y fomentar la adopción
5. Desarrolló un modelo operativo de salud digital que sirve de base para poner en funcionamiento la innovación en salud de forma eficiente, supera la ambigüedad y continúa fomentando un rápido progreso.

Resultados

Figura 1: Red de Optum en los Estados Unidos

48K

Médicos empleados y contratados

10.5K+

Los médicos se unieron a la plataforma de telesalud a principios de 2020

1.3M

En 2020 se completaron visitas virtuales adicionales como parte de una respuesta rápida

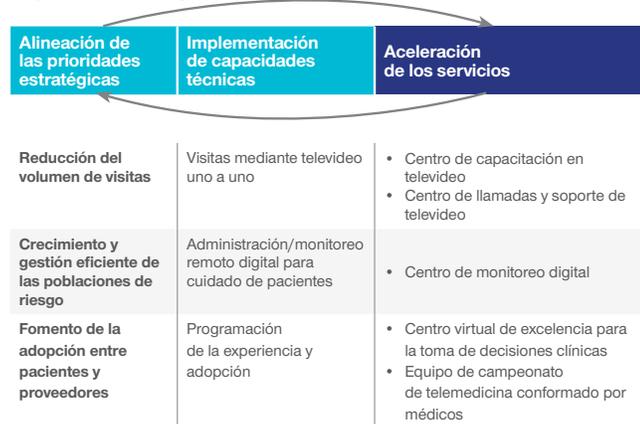


Optum conforma una familia en todo el país, con más de 56,000 médicos dedicados que promueven el cuidado para pacientes ambulatorios de alta calidad y dirigido por los médicos en tres áreas: cuidado primario, cuidado especializado y cuidado posterior de casos agudos. Su presencia continúa creciendo en los Estados Unidos (Figura 1).

Rápida transformación de la salud digital durante la crisis de la COVID-19 y el futuro, *continuación*

Dada la experiencia que existe en la preparación e implementación digital, Optum estaba listo para acelerar las iniciativas digitales en una respuesta rápida ante la crisis por COVID-19. A mediados de marzo de 2020, se formó el Equipo de Respuesta Digital, que no solo se centraba en el despliegue de herramientas y servicios digitales, sino también en los “catalizadores” para obtener resultados rápidos (Figura 2).

Figura 2: La aceleración de servicios permite una rápida implementación y adopción



La creación e inversión en servicios de aceleración con propósito, junto con el modelo operativo y la toma de decisiones basada en el diseño que se describen en la sección de “Lecciones Aprendidas”, dieron como resultado lo siguiente:

- En 12 semanas, más de 10,000 médicos se unieron a las plataformas de visitas por televideo (antes de la COVID-19, menos de 1,000 médicos transmitían en vivo en las plataformas de visitas por televideo).
 - Como resultado, en 2020 se completaron más de 1.3 millones de visitas mediante video, que conformaron más del 25% del total de visitas de abril a mayo de 2020 (en comparación con menos del 1% del total de visitas realizadas mediante video en 2019).
- En tres semanas, se creó el centro de llamadas y soporte de telemedicina Optum para gestionar la incorporación de 1,000 médicos a la semana en las plataformas de visitas mediante video (el mismo número de visitas presenciales desarrolladas por los servicios de prestación de cuidado médico de Optum en el año anterior).
 - Los proveedores y compañeros de equipo de Optum accedieron y visualizaron más de 5,000 veces los cursos de capacitación personalizados en cinco plataformas de visita virtual y herramientas de administración de cuidados basadas en aplicaciones.
- En seis semanas, se construyó un centro digital de monitoreo de enfermería de Optum para iniciar la monitorización remota de pacientes con COVID-19. El centro ya está en funcionamiento en todas las organizaciones de prestación de servicios para la salud en Washington.

- Se inició el monitoreo remoto para hacer seguimiento a los síntomas de COVID-19 en 58,000 pacientes, en donde 4,000 pacientes se observaron de forma remota y activa, y se agregó el monitoreo remoto de pacientes con enfermedades crónicas adicional al monitoreo de COVID-19 (Figura 3).

Figura 3: Servicios de escala y aceleración rápida en la práctica

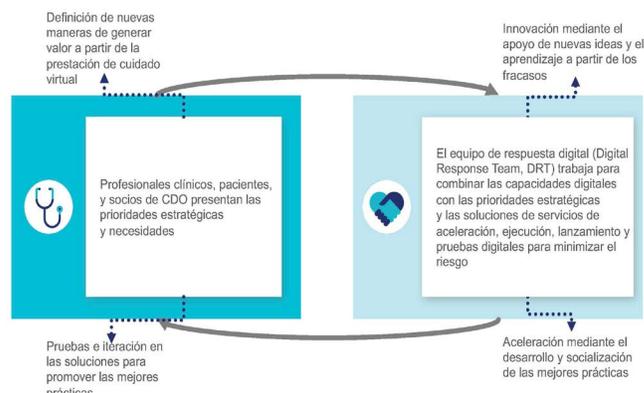


Lecciones aprendidas

El éxito se debió a un modelo operativo organizacional que facilitó de forma concreta la coordinación entre empresas y la coordinación entre organizaciones nacionales y locales, el intercambio de recursos y la metodología de pensamiento de diseño para una rápida toma de decisiones. Esto permitió que la diversidad de ideas, el rápido intercambio de conocimientos y la experiencia empresarial surgieran y se desplegaran rápidamente. El equipo de liderazgo se empeñó en desarrollar un enfoque de diseño que se aplicó a través de las modalidades digitales, un enfoque que arrojó resultados diferenciados y que ahora se materializa en el centro de salud digital de Optum.

En primer lugar, el equipo de respuesta digital desarrolló asociaciones con las organizaciones locales de prestación de servicios para la salud (Care Delivery Organization, CDO) de Optum, con el fin de establecer una alianza para lograr el progreso a partir del diseño: la capacidad de probar, iterar, diseñar y escalar (Figura 4).

Figura 4: El Modelo de Alianza del Equipo de Respuesta Digital



Este enfoque operativo basado en el diseño incluía:

- Evaluaciones de proveedores internos y externos sobre sus capacidades para satisfacer las necesidades estratégicas y empresariales, junto con una rápida implementación
- Pruebas e implantación simultánea de diversos productos y servicios en diferentes mercados
- Desarrollo, aprendizaje e iteración de soluciones de servicios (los “catalizadores”) y estrategias de implementación
- Consolidación de un conjunto preferido de proveedores y servicios a partir de aprendizajes acelerados
- Operaciones más potentes y adopción del conjunto preferido con el equipo de respuesta digital y los servicios de aceleración
- Selección de mejores prácticas y rápida ampliación

En segundo lugar, este enfoque empleó un modelo operativo organizacional que superaba los obstáculos empresariales típicos, facilitaba la colaboración de los responsables idóneos de la toma de decisiones para progresar en este sentido y adoptaba la diversidad, el conocimiento empresarial y el uso compartido de recursos del equipo en el área clínica, de operaciones y de tecnología (figuras 5 y 6).

En tercer lugar, con el fin de mantener un progreso e innovación acelerados, esta estructura sirvió de base para el nuevo centro de salud digital de Optum, un servicio en crecimiento al que UnitedHealth Group puede acceder en todo el mundo.

Conclusión

Optum logró desarrollar una base para permitir una rápida transformación digital y ahora está acelerando el progreso mediante mayor inversión en el centro de salud digital. El centro de salud digital se enfoca en la innovación aplicada que aporta valor mediante la transformación del cuidado de la salud que es posible gracias a la tecnología. Nuestra confianza en el valor de la salud digital y su reciente descubrimiento alimentan nuestra labor interempresarial para rediseñar el modelo de prestación de cuidado hacia un modelo combinado de cuidado virtual con servicios de cuidado presencial. El cuidado virtual y las herramientas digitales de salud ya no son una novedad, sino una necesidad para lograr un modelo eficaz de cuidado basado en el valor, que mejore la salud, reduzca el costo total del cuidado, aborde la escasez de personal clínico y tenga como objetivo mejorar la experiencia general del paciente.

Autores

Sonia Samagh, M.D., MBA, Estados Unidos

John Kontor, M.D., SVP, Servicios de Tecnología de Proveedores, Optum, Estados Unidos

Garry Choy, M.D., MBA, SVP y Director Médico Adjunto, Sistemas Clínicos, UnitedHealth Group, Estados Unidos

Kristi Henderson, DNP, NP-C, FAAN, FAEN, SVP, Centro de Salud Digital e Innovación, Optum, Estados Unidos

Figura 5: Modelo Operativo para una Implementación Rápida Basada en el Diseño

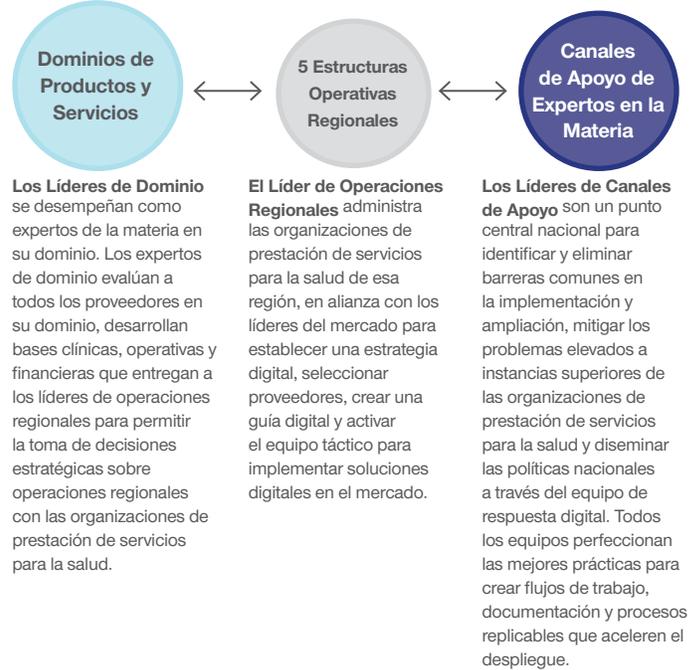
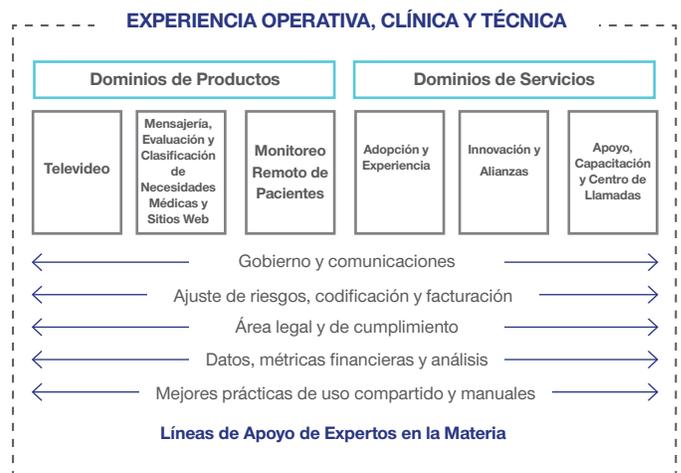


Figura 6: Estructura Organizativa y Modelo de "Equipo Conformado por Equipos"



Aplicación Todos por Um: Orientación para que los pacientes accedan al cuidado adecuado y aumentar así la sostenibilidad del sistema de salud

Problema: La prestación de servicios de cuidado de la salud en el momento y entorno adecuados es esencial para garantizar la calidad del cuidado y la sostenibilidad del sistema de salud. Esta situación se comprobó, en especial, durante la pandemia por COVID-19, que limitó los recursos de salud en todo el mundo. Cuando sea clínicamente recomendable, ampliar el acceso de los pacientes al cuidado de calidad en la comodidad de sus hogares puede ayudar a evitar visitas innecesarias al hospital. A su vez, el tratamiento de los pacientes por medios virtuales, cuando es apropiado, garantiza que los hospitales proporcionen cuidado hospitalario oportuno a quienes más lo necesitan.

En el entorno de la pandemia y en el futuro, los proveedores atención sanitaria necesitan herramientas digitales fáciles de usar que conecten a los pacientes con los servicios adecuados para sus necesidades de cuidado. La nueva aplicación *Todos por Um* (Todos para Uno) de Lusíadas Saúde satisface esta necesidad, ya que médicos altamente calificados pueden proporcionar una evaluación remota de los síntomas y orientación sobre el entorno adecuado de cuidado.

Programa: Lusíadas Saúde, una empresa prestación de cuidado de la salud en Portugal, creó la aplicación para la evaluación de síntomas de COVID-19 denominada *Todos por Um* en tan solo siete días, en colaboración con el desarrollador de aplicaciones Outsystems. La aplicación utiliza inteligencia artificial y el enfoque más reciente basado en la evidencia para realizar una primera evaluación de los síntomas de un usuario, basándose en dicho enfoque.

Tras llevar al paciente a través de una serie de preguntas, la aplicación recopila información y aplica un algoritmo, proporcionando al usuario una puntuación de riesgo en uno de estos tres colores:

- El verde indica al usuario que debe continuar supervisando los síntomas y tomar las medidas de seguridad adecuadas.
- El amarillo aconseja al usuario hablar con un profesional clínico mediante la función de chat de la aplicación.
- El rojo recomienda al usuario ir inmediatamente al hospital.

*Podemos concluir que existe una necesidad urgente de obtener herramientas de navegación para el cuidado que respondan las preguntas de salud y dirijan a los pacientes a la opción de cuidado adecuada según sus necesidades. De la población que utiliza la aplicación, se calcula que **más del 25% no recibiría el cuidado adecuado mediante las centrales clínicas existentes de atención vía telefónica.***

Si el paciente está asignado a la categoría amarilla, todos los profesionales de la salud inscritos en la aplicación como proveedores recibirán una notificación. Cuando un proveedor hace clic en “Aceptar” en la notificación, asume la responsabilidad de observar el proceso del paciente y proporcionar recomendaciones clínicas.

Tras la aceptación del proveedor, se abre automáticamente una sesión de chat con el paciente y el proveedor puede evaluar sus necesidades. Este proceso de correspondencia entre paciente y proveedor es similar al modo en que las aplicaciones de uso compartido de vehículos conectan las solicitudes del usuario con los conductores.

La aplicación *Todos por Um* es gratuita tanto para los proveedores como para los pacientes. Cualquier profesional de la salud en Portugal puede participar voluntariamente presentando su licencia para que sea verificada por los consejos médicos y de enfermería nacionales. Al utilizar esta aplicación, los proveedores tienen la oportunidad de llegar a más pacientes y evitar visitas innecesarias a hospitales y clínicas. Es importante recordarles a los usuarios que la aplicación es una herramienta complementaria, no es un sustituto para el cuidado médico regular ni para el cuidado médico de emergencia.

Dos factores críticos impulsaron el éxito de este proyecto: la colaboración interdisciplinaria y las actualizaciones con los miembros del proyecto que se

realizaban seis veces al día.

Resultados: La aplicación *Todos por Um* ayuda a los proveedores a llegar a los pacientes en casa y, cuando sea clínicamente recomendable, dirigirlos al lugar de cuidado adecuado cuando se experimente hacinamiento y reducción de recursos. En septiembre de 2020, más de 100,000 usuarios del público portugués recibieron orientación sobre la aplicación. Desde abril de 2021, más de 3,800 profesionales de la salud respondieron más de 398,000 solicitudes. De estos casos, 1,900 se refirieron a un centro prestación de cuidado para la salud por necesidad clínica (fuente: análisis interno de la aplicación).

A partir del elevado número de consultas de los usuarios, podemos concluir que existe una necesidad urgente de obtener herramientas de navegación para el cuidado que respondan las preguntas de salud y dirijan a los pacientes a la opción de cuidado adecuada según sus necesidades. De la población que utiliza la aplicación, se calcula que más del 25% no recibiría el cuidado adecuado mediante las centrales clínicas existentes de atención vía telefónica.^{1,2} Los pacientes que no obtienen respuestas a través las líneas telefónicas podrían considerar ir a un hospital o clínica para recibir cuidado de forma presencial, aumentando así los costos, contribuyendo al hacinamiento y disminuyendo la eficiencia y sostenibilidad del sistema. Además de sobrecargar el sistema de salud, los ingresos innecesarios también desplazan a los pacientes que cumplen efectivamente los requisitos para ingresar al hospital.

En mayo de 2020, la Fundación Gulbenkian reconoció a la aplicación *Todos por Um* como una de las mejores soluciones portuguesas en la lucha contra el COVID-19, otorgándole un premio nacional de sostenibilidad y una subvención de la organización. La aplicación también obtuvo una mención de honor nacional de Journal de Negócios como una de las soluciones más sostenibles del 2020.³

Autores: Sofia Couto da Rocha, M.D., MSc, MBA, Directora de Transformación, Lusiadas Saúde, Portugal; Eduarda Reis, M.D., Jefe del Equipo Médico, Lusiadas Saúde, Portugal; Wal Chevrand, Pharm.D, MSc, CCEP-I, Directora de Producción de Lisbon Cluster, Lusiadas Saúde, Portugal; Susana Fonseca, MSc, Gerente de Mercadeo y Comunicaciones, Lusiadas Saúde, Portugal; Catarina Marques, MSc, Directora de Proyectos, Sostenibilidad, Lusiadas Saúde, Portugal; Sofia Fernandes, MSc, Directora de Desarrollo de Talentos, Lusiadas Saúde, Portugal; Vasco Antunes Pereira, J.D., MBA, Presidente Ejecutivo, Lusiadas Saúde, Portugal

1. Campos A., Barros R. Coronavírus: Linha SNS24 não atendeu um quarto das chamadas em dia de pico da procura. PÚBLICO. <https://www.publico.pt/2020/03/05/sociedade/noticia/linha-sns-24-nao-atendeu-quarto-chamadas-dia-pico-procura-1906518>. Publicado el 5 de marzo de 2020. Consultado el 29 de abril de 2021.

2. Tsf. Linha SNS 24 não atendeu 54% das chamadas. TSF Rádio Notícias. <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/linha-sns-24-nao-atendeu-54-das-chamadas-11910219.html>. Publicado el 10 de marzo de 2020. Consultado el 29 de abril de 2021.

3. Fernandes FS. The Weight of Digital in the Fight Against COVID-19. Business Journal. <https://www.jornaldenegocios.pt/negocios-iniciativas/saude-sustentavel/detalhe/o-peso-do-digital-no-combate-a-covid-19>. Publicado el 12 de noviembre de 2020. Consultado el 29 de abril de 2021.

Teleterapia: Un enfoque más humano en tiempos de pandemia

Problema: La disponibilidad y acceso en los servicios clínicos son fundamentales para la prestación oportuna y eficaz del cuidado de la salud, así como para la identificación de las barreras para acceder a ellos.¹

La pandemia por COVID-19 generó, en la mayoría de los países, barreras en la disponibilidad y acceso a los servicios. Las medidas de control del contagio en los equipos de salud y en la población con condiciones existentes, así como la reorganización de los servicios para responder a los casos de coronavirus, dieron lugar a una reducción del acceso para los pacientes, ausencia o restricción del cuidado en patologías no relacionadas con COVID-19, aumento de las listas de espera, cierre de servicios y limitaciones de tratamiento.²

Las restricciones disminuyeron aún más la prestación de servicios de salud mental en el mundo. Cada año una de cada cinco personas desarrolla un problema de salud mental,³ y muy pocas reciben tratamiento.⁴ Este grupo también tiene un mayor riesgo de fallecer antes que las personas con otras enfermedades.⁵ Durante la pandemia por COVID-19, el 93% de los países reportaron la interrupción de uno o más servicios de salud mental, y casi el 60% de todos los servicios de psicoterapia y terapia se interrumpieron parcialmente.⁶

La prestación de cuidado de la salud mental para grupos en mayor riesgo de enfermedad o muerte en el contexto de una pandemia era una prioridad en Clínica Dávila, en Santiago de Chile. Se creó un programa piloto basado en la telemedicina para facilitar un mejor acceso.

Programa:

Objetivos

1. Proporcionar apoyo de salud mental a los pacientes, sus familias y, en segundo lugar, al equipo que participa en su tratamiento, ya que la salud mental del equipo también juega un papel en los resultados clínicos de los pacientes.
2. Proporcionar apoyo emocional al equipo de cuidado y a las familias de los pacientes en momentos de alto estrés, como un fallecimiento.
3. Prevenir patologías y recaídas en casos de diagnóstico previo de condiciones psiquiátricas.
4. Tratar el estrés agudo después de hospitalizaciones prolongadas.

Protocolo

1. Evaluación de las necesidades por parte de las respectivas unidades.
2. Referencia inmediata al programa.
3. Diagnóstico e intervención psiquiátrica con el paciente y la familia.
4. Intervención psicológica con el paciente y la familia.
5. Intervenciones en el sitio con equipos de cuidado: Apoyo en el cuidado, apoyo en la comunicación con las familias, identificación conjunta de los casos y referencia oportuna.
6. Referencia oportuna y efectiva a la red.
7. Seguimiento de los casos después el alta.
8. Evaluación de pacientes tres y seis meses después de la participación en el programa para evaluar el nivel de satisfacción.
9. El cuidado es proporcionado por un psiquiatra y un psicólogo por teléfono o videollamada.

El protocolo se aplica en:

1. Unidad de cuidados intensivos (UCI)
2. Unidad de tratamiento intermedio (UTI)*
3. Unidad de trasplante
4. Unidad de cuidados paliativos

* *Pacientes que requieren monitoreo y vigilancia a un nivel menor de complejidad que las UCI, pero mayor que las unidades tradicionales para pacientes hospitalizados. Las UTI se definen según el tipo de cuidado que prestan, el nivel de especialización del personal y el tipo de equipo asociado.*

Participantes: Los pacientes cumplen los requisitos de participación en el programa si son asignados a una de las cuatro unidades anteriores, tienen habilidades de comunicación oral (básicas o totales) y, preferiblemente, se les recomienda el apoyo psicoterapéutico familiar. Los pacientes hospitalizados son referidos por sus médicos tratantes.

Criterios de participación:

- Pacientes con enfermedades autoinmunes
- Pacientes en riesgo al recibir cuidado de forma presencial
- Pacientes hospitalizados, dependiendo de las condiciones físicas de salud

Resultados: Según lo observado en los países desarrollados,^{7,8,9} la telemedicina fue una herramienta esencial para prestar cuidado de salud mental en las zonas en que este servicio no solía estar disponible (como las unidades de cuidados intensivos) o en aquellas de difícil acceso debido a las restricciones durante la pandemia, por ejemplo, la prestación de apoyo psicológico para cuidados paliativos.

El cuidado de la salud del comportamiento se adaptó a las necesidades de los pacientes en el contexto de la pandemia, creando un enfoque en el que no se requería el uso de equipo de protección personal, pero que permitía el reconocimiento de rostros y gestos, parte esencial en una relación terapéutica. Además, este enfoque también protege a los grupos especialmente vulnerables.¹⁰

De los más de 1,000 pacientes que tratados en los últimos seis meses, aproximadamente el 30% recibió tratamiento con telemedicina a través de este programa de apoyo.

Autores: Eugenia Escorza Dinamarca, M.D., psiquiatra, coordinadora de psiquiatría y salud mental, Clínica Dávila, Santiago, Chile, eugenia.escorza@davila.cl; Lucy Poffald Angulo, licenciada en psicología, unidad de enlace, cuidados paliativos, Clínica Dávila, Santiago, Chile

1. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ.* 1978;56(2):295-303.
2. World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context Interim guidance Junio 1 de 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>. Consultado el 12 de marzo de 2021.
3. Steel Z, Marnane C, Iranpour C et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis. 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014; 43: 476-93.
4. The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry.* 2018; 5 (3): 237-86.
5. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J y Pennix W. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illness. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 453-62.
6. World Health Organization. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of rapid assessment. <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>. Consultado el 12 de marzo de 2021.
7. Reay R, Looi J and Keightley P. Telehealth mental health services during COVID-19: summary of evidence and clinical practice. *Australas Psychiatry.* 2020 Oct; 28(5):514-516. doi: 10.1177/1039856220943032. Epub 2020 Jul 28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32722963/>
8. Wang Y, Duan Z, Ma Z. et al. Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Transl Psychiatry* 10, 263 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00950-y>
9. Zhou X, Snoswell C, Harding L, Bambling M, Edirippulige S, Bai X and Smith A. The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19.
10. Drissi N, Ouhbi S, Marques G, de la Torre I, Ghogho M, and Idriss M. A Systematic Literature Review on e-Mental Health Solutions to Assist Health Care Workers During COVID-19 Telemedicine and e-Health.

Experiencia del paciente con el uso de los servicios de teleconsulta en la Clínica San Felipe

Problema: En marzo de 2020, la pandemia por COVID-19 obstaculizó las actividades económicas en el Perú y dio lugar al cese completo del cuidado de pacientes ambulatorios dentro del sistema de salud público y privado. La Clínica San Felipe ha basado históricamente su interacción con el consumidor y el paciente en la prestación de servicios personalizados y de cuidado de forma presencial. En vista de ello, la pandemia atrapó al hospital en una situación que planteaba importantes desafíos en sus operaciones.

Incluso después de transcurrido el período inicial de cuarentena, sabíamos que habría desafíos y dificultades para mantener la sostenibilidad del modelo tradicional de cuidado en modalidad presencial. Era necesario cambiar el paradigma del cuidado para pacientes ambulatorios. Como resultado, el equipo implementó rápidamente un servicio de teleconsulta. Esta iniciativa fue inicialmente recibida con gran incertidumbre. En Perú, tanto los pacientes como los médicos estaban acostumbrados a la interacción personal y carecían de confianza en los canales digitales. La incertidumbre se vio agravada por los constantes cambios en las normas de salud y las nuevas normas sobre el cuidado mediante telemedicina en el Perú, lo que constituyó un desafío complejo para nuestra institución.

Programa: La implementación del servicio de teleconsulta incluyó dos requisitos críticos. En primer lugar, estaría dirigido a nuestros pacientes asegurados a través de una póliza contratada por sus empleadores (EPS). El servicio de teleconsulta estaría disponible para aproximadamente el 60% de nuestros pacientes ambulatorios. En segundo lugar, la consulta médica virtual solo podía generarse a través de la aplicación de citas de la clínica, con un período mínimo de programación con ocho horas de antelación.

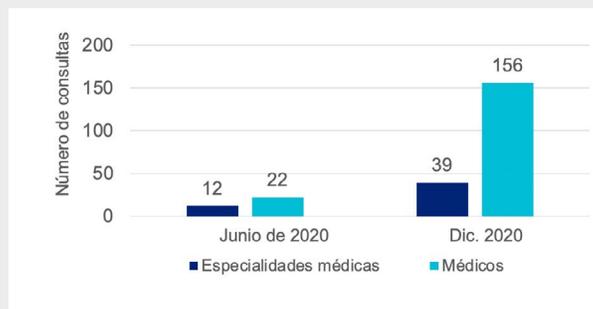
El 22 de junio de 2020, tras dos meses y medio de trabajo de planificación y desarrollo, se inició la primera fase del servicio de teleconsulta. Esta fase sirvió para identificar oportunidades de mejora en el servicio, que fueron estudiadas e implementadas a partir de septiembre de 2020.

Resultados: En el primer día del programa, nos involucramos con 117 pacientes y recibimos retroalimentación positiva. El número de pacientes atendidos aumentó durante los ocho días restantes del mes de junio. De junio a diciembre de 2020, atendimos 6,436 pacientes a través de teleconsulta. El proceso de aprendizaje y mejora continua tuvo un impacto positivo en la recepción del servicio tanto por parte de los pacientes como del personal médico. En la actualidad ofrecemos 39 especialidades médicas y tenemos un nivel de satisfacción del paciente del 76%, que está muy cerca de la satisfacción histórica del 83% en consulta presencial (Figura 1).

Los siguientes componentes de nuestro modelo de teleconsulta tuvieron un impacto positivo en la experiencia del paciente con nuestro servicio:

- Programación proactiva de citas de estudios por imágenes.
- Asignación de un técnico de farmacia exclusivamente responsable de la programación del surtido y recogida de pedidos generados por teleconsulta.
- Implementación de un asistente ejecutivo para apoyar el área de cuidado virtual mediante la gestión y respuesta de preguntas, observaciones y/o desafíos que los usuarios de teleconsultas reportan.
- La modificación de funcionalidades para contar con una interfaz fácil de usar.
- Mejora en los tiempos de espera para la entrega de medicamentos.
- Disponibilidad de opciones de programación de citas basadas en la web y en aplicaciones.

Figura 1: Crecimiento de las especialidades ofrecidas y número de médicos que trabajan en teleconsulta



- Reducción del plazo de programación de ocho a cuatro horas antes de la consulta.

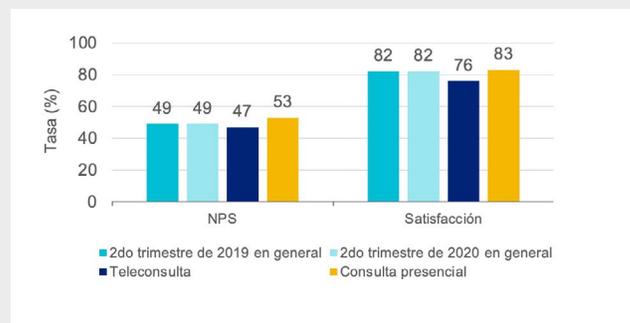
En conclusión, podemos afirmar que las consultas virtuales y las consultas presenciales ofrecen la misma calidad de servicio, son aceptadas por pacientes y médicos y pueden continuar funcionando en lo sucesivo de manera sostenible. Esta afirmación se evidencia en los niveles comparables de satisfacción entre la consulta presencial y la teleconsulta definidos por la calificación NPS y el autoinforme de satisfacción (Figura 2). Los datos también indican que el servicio de teleconsulta está creciendo en cuanto al volumen de estas y en el número de médicos que solicitan unirse al servicio.

Referencias: Comprehensive System of the Clínica San Felipe – SIC, <https://uhcgm.eu.qualtrics.com/reporting-dashboard/>

Autores: Tatiana Aguilar, Jefa de la Plataforma de Atención al Usuario, Clínica San Felipe, Perú, taguilar@clinicasanfelipe.com; Paula Ponce de León Lovatón, M.D., MBA, HCQM, Presidenta Ejecutiva y Directora Médica, SANNA Healthcare Network, Clínica San Felipe, Perú

Miembros del equipo: Rocío Antón, ejecutiva de plataforma de servicio al usuario, Clínica San Felipe, Perú; Ana Vásquez, ejecutiva de plataforma de atención al usuario, Clínica San Felipe, Perú

Figura 2: Comparación entre la calificación NPS y el grado de satisfacción entre la teleconsulta y el cuidado presencial de 2019 a 2020



Dr. Colmédica: Mejora de la aplicación y el sitio web de telemedicina de Colmédica

En respuesta a las cambiantes necesidades de la pandemia de la COVID-19,¹ Centros Médicos Colmédica fortaleció los servicios de cuidado a domicilio e implementó la telemedicina para mejorar el acceso al cuidado, la disponibilidad y continuidad, y facilitar el seguimiento de pacientes con enfermedades agudas y crónicas.

Diseñamos la aplicación y el sitio web Dr. Colmedica para llevar el servicio médico a los hogares de los pacientes. Desde su lanzamiento en abril de 2020, la aplicación permite realizar llamadas de videoconferencia, programar citas y acceder a las historias clínicas de los pacientes a través de Mi Salud, nuestra plataforma de registros médicos.

Dr. Colmédica es compatible con todos los sistemas operativos de teléfono móvil en el mercado actual y también está optimizado su uso en ordenadores de escritorio mediante Google Chrome. Los pacientes pueden programar citas y hacer pagos ya sea a través de la aplicación o del sitio web de Dr. Colmédica. Para mejorar la experiencia de los usuarios, el servicio de telemedicina se integró en la aplicación Colmedica en septiembre de 2021, lo que permitió a los pacientes acceder a todos los servicios en un solo lugar. A los efectos de este estudio, llevado a cabo entre abril de 2020 y febrero de 2021, el término utilizado para referirnos al servicio de telemedicina es Dr. Colmédica, que ya no está disponible como aplicación y sitio web independiente.

Lecciones aprendidas en la implementación: Claves del éxito

La capacitación eficaz y una comunicación efectiva fueron fundamentales para garantizar el acceso médico a través de esta modalidad: hablar con nuestros médicos y usuarios en un lenguaje claro y escuchar sus comentarios durante el proceso de implementación permitió realizar mejoras más rápidas y enseñar de mejor manera.

Después de la capacitación, los profesionales se enfrentaron a diversos desafíos porque estaban utilizando un nuevo formato de prestación de cuidado en el que no existe contacto personal entre el médico y el paciente y que no permite efectuar un examen físico directo. Los pacientes se enfrentaron a desafíos similares al usar esta nueva modalidad para recibir cuidado: se necesitaban tutoriales y mensajes a través de todos los canales para enseñar a los usuarios cómo acceder a la aplicación, determinar la calidad de Internet, identificar el tipo adecuado de teléfono inteligente, resolver problemas de conectividad y acceder a los resultados de exámenes y pruebas anteriores para respaldar la consulta de telesalud. Estos desafíos de proveedores y pacientes con frecuencia incrementaron los tiempos de consulta.

El equipo de implementación atendió y respondió a estos desafíos realizando las mejoras adecuadas. Algunos ejemplos de mejoras incluyen la introducción de capacidades que permitieron cargar fotografías de las lesiones para facilitar la evaluación previa a la consulta por parte del médico, la creación de un servicio de ayuda para pacientes y médicos, la implementación de una plataforma de teleconsulta más estable, y el desarrollo de instrucciones basadas en las pautas de práctica clínica aceptadas que se desarrollaron internamente en Colmédica para el servicio de telemedicina.

En este momento, el equipo de desarrollo de la aplicación está trabajando en el desarrollo de una sala de espera virtual para pacientes cuando el médico asignado a la consulta se retrase por estar en otra llamada. El equipo también está trabajando para crear acceso al servicio de ayuda a través de un canal virtual. Actualmente, el acceso al servicio de ayuda solo está disponible por teléfono.

¿El resultado? Atender a más de 185,000 pacientes en el primer año

Desde abril de 2020, hemos prestado más de 388,500 servicios, 185,000 (48%) de estos a través de telemedicina. Más de 24 especialidades médicas están disponibles a través de esta modalidad (Figura 2).

Figura 1: Código QR de la aplicación Dr. Colmédica

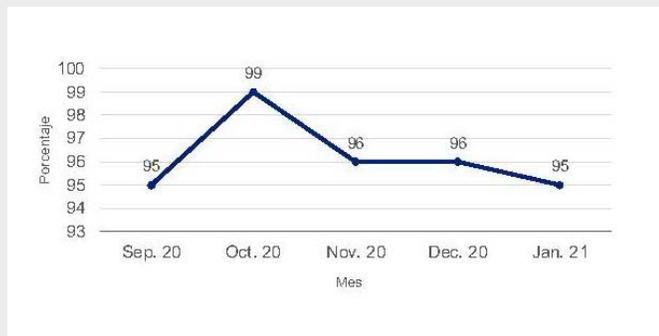


Figura 2: Porcentaje de Participación de Visitas de Telemedicina



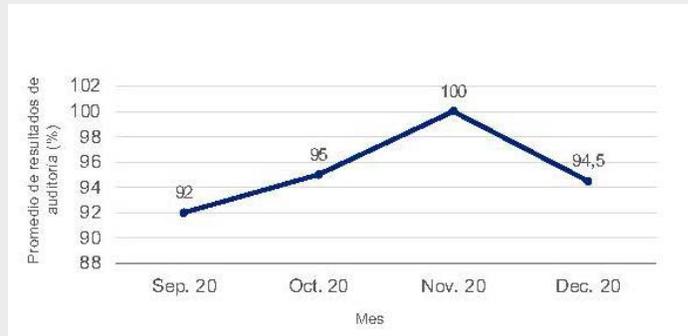
* Fuente de datos global basada en datos internos

Figura 3: Porcentaje de citas de seguimiento que se evitaron después de la visita virtual inicial



*Global

Figura 4: Resultados de la auditoría de calidad del cuidado prestado mediante telemedicina



*Bases de la auditoría

Para supervisar la efectividad de las visitas de telemedicina, se realizó una auditoría usando una muestra de visitas realizadas en repetidas ocasiones en un plazo de 45 días a partir de la evaluación inicial de diagnósticos relacionados. También se auditaron los pacientes que repitieron una visita utilizando la modalidad presencial (sala de urgencias, visita domiciliaria, visita presencial en el consultorio), generando los siguientes resultados. El análisis de datos indica que solo el 4% de los pacientes tratados inicialmente mediante telemedicina solicitaron una cita presencial para el mismo problema en el periodo de 45 días siguientes a la visita inicial (Figura 3).

La auditoría de la calidad del cuidado que mide la relevancia, el registro en la historia clínica y la racionalidad fue superior al 94.1% en promedio (Figura 4).

La aplicación y el sitio web Dr. Colmedica demostraron ser herramientas importantes para llegar a los pacientes que necesitan cuidado para enfermedades crónicas y seguimiento de casos agudos en esta época en que el distanciamiento social es vital para controlar la propagación de la COVID-19. Nos complace ver que la gran mayoría de pacientes y profesionales clínicos están satisfechos con el cuidado que reciben y prestan mediante la aplicación. También somos conscientes de la necesidad de mejora continua de la experiencia y de resolución de los problemas de la aplicación; seguiremos optimizando esta herramienta para mejorar el acceso y la facilidad de uso.

Autores: Edgar Humberto Cortés, M.D., MHA, Director de Centros Médicos para Pacientes Ambulatorios de Colmédica, Centros Médicos Colmédica, Colombia, edgarc@colmedica.com; Irina Caro, M.D., Master en Gestión de Riesgos, Subdirectora de Centros Médicos para Pacientes Ambulatorios de Colmédica, Centros Médicos Colmédica, Colombia; Hilda Constanza Tovar, M.D., MPH, Jefa de Calidad y Seguridad de los Centros Médicos para Pacientes Ambulatorios de Colmédica, Centros Médicos Colmédica, Colombia

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - Marzo 11 de 2020. World Health Organization. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>. Consultado el 19 de abril de 2021.

COVID-19: De la educación en salud a la telemedicina: Informe de la experiencia

Problema: En 2020, reconocimos la necesidad de transformar nuestros modelos de cuidado de salud existentes para combatir la pandemia por COVID-19. La forma en que se ofrecía el cuidado de la salud debía adaptarse para garantizar la calidad y facilitar el acceso de los pacientes en un momento difícil. Los desafíos generados por la pandemia y el cumplimiento de las pautas de distanciamiento social de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aceleraron nuestros esfuerzos para prestar cuidado a través de plataformas virtuales seguras y eficaces.

Programa: Academia da Saúde, la Academia de Salud de Amil, hace parte de la oficina de educación corporativa de UnitedHealth Group Brasil. Nuestros educadores de enfermería atienden a todos los colaboradores de las unidades de pacientes ambulatorios de Amil Brasil, brindando educación clínica actualizada y basada en evidencias. Nuestra meta es fomentar una cultura de aprendizaje con un enfoque en el cuidado de calidad.

En marzo de 2020, cuando nos acercamos al punto máximo de la primera ola de la pandemia en Brasil, el equipo de la Academia de Salud recibió la noticia de que tendríamos que salir de nuestras oficinas y volver a casa, sin fecha de regreso programada. A medida que comenzó la rutina de “oficina en casa”, nuestra misión de proporcionar educación clínica oportuna y basada en la evidencia tuvo más relevancia que nunca. Tuvimos que ajustarnos rápidamente a estas nuevas circunstancias y centrarnos en mejorar el aprendizaje digital. De esta forma, podríamos ayudar a los médicos y pacientes que ahora se apoyaban en la prestación de cuidado por medios digitales.

Se iniciaron rápidamente programas de telemedicina para responder a la pandemia. Los educadores de enfermería de la Academia de Salud de Amil se centraron en ayudar a los equipos de cuidado para que aprendieran a gestionar la admisión remota de pacientes.

Nuestro primer grupo de trabajo de la Academia de Salud de Amil, conformado por educadores de enfermería capacitados para formar en mejores prácticas de telemedicina y de servicio a distancia, comenzó a trabajar junto con los enfermeros de Amil Ligue Saúde (la Línea de Salud de Amil). Los enfermeros de la Línea de Salud estaban llevando a cabo la evaluación y clasificación de necesidades médicas y proporcionando orientación a los pacientes con signos y síntomas de COVID-19 de manera virtual. Debido al aumento de la demanda, también se implementó la evaluación y clasificación de necesidades médicas mediante telemedicina de emergencia con un flujo de procedimiento que comenzaba con la evaluación inicial por parte de los enfermeros y luego, si era necesario, una referencia a una visita virtual con un médico.

Además del aumento de la demanda de servicios de Amil Ligue Saúde y de telemedicina de emergencia, la pandemia (y el distanciamiento social) aumentaron los niveles de ansiedad de muchas personas. Altos números de miembros y colaboradores de Amil comenzaron a buscar no solo cuidado de la salud sino también apoyo psicológico. Esta necesidad de cuidado psicológico llevó al lanzamiento de una tercera área que requería el apoyo de los capacitadores de enfermería de la Academia de Salud de Amil: el programa de telepsicología.

Los enfermeros son esenciales para este nuevo ecosistema de cuidado virtual. Se necesitaron muchos pasos para asegurar un proceso de admisión adecuado, proporcionar una comunicación clara y objetiva, mostrar respeto por las condiciones de los pacientes y realizar un análisis centrado en las necesidades actuales de cada individuo.

Como cada necesidad urgente de educación clínica era clara, los educadores de enfermería de la Academia de Salud de Amil estaban allí para capacitar y apoyar a los médicos. Nuestro primer encargo fue capacitar en el uso de un sistema de evaluación y clasificación de necesidades médicas mediante telemedicina para síntomas de COVID-19. Después apoyamos a un equipo de telemedicina de emergencia. A continuación, a nuestros educadores de enfermería se les asignó la tarea de apoyar a los enfermeros encargados de la evaluación y clasificación de necesidades médicas para cuidado psicológico. Cada uno de estos programas atiende a miles de pacientes al mes y continúa proporcionando consultas hasta el día de hoy.

Nuestro crecimiento profesional y personal durante este período fue inconmensurable. Tuvimos que aprender nuevas habilidades para enseñarlas y esto implicaba salir de nuestras zonas de confort. Bajo presión, nos enfrentamos al desafío de entender el mundo de la telemedicina en un entorno que cambia rápidamente y superar sus retos, al tiempo que ofrecemos empatía y compasión a nuestros pacientes.

La telemedicina de Amil nos demostró que incluso en las situaciones más difíciles, podemos ofrecer cuidado personalizado, humano y de alta calidad a nuestros pacientes, incluso cuando estamos a distancia. A pesar de los innumerables desafíos, nos queda en el recuerdo una gran cantidad de historias que inspiran y el sentimiento de haber estado a la altura de las circunstancias.

Resultados: El manejo remoto de los pacientes requiere habilidades para escuchar de manera calificada, empática y cuidadosa. En este contexto, el cuidado de la salud tuvo que adaptarse a la “nueva normalidad” generada por la pandemia de la COVID-19. La telemedicina era la respuesta a esa necesidad, proporcionando con excelencia el servicio virtual a clientes y colaboradores. Los educadores de enfermería de la Academia de Salud de Amil jugaron un papel clave, capacitando a los médicos que llevarían a cabo entre 30,000 y 70,000 encuentros con pacientes al mes mediante telemedicina.

177 colaboradores que trabajaban en telemedicina tomaron la capacitación de Amil Ligue Saúde. Al final de la capacitación, cada colaborador evaluó su experiencia de aprendizaje, respondiendo a la siguiente pregunta: "En una escala de 0 (menos satisfecho) a 10 (más satisfecho), ¿cuál es su grado de satisfacción con respecto a la capacitación?" Un total de 77 encuestados, o el 43%, le dieron a la capacitación una puntuación de 10 (Figura 1).

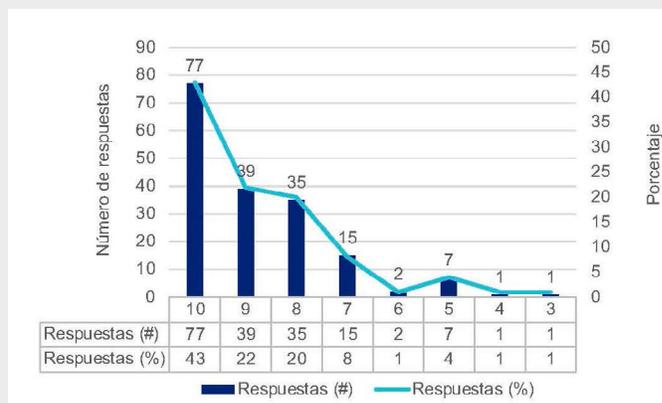
Nuestra experiencia con Amil Ligue Saúde en el desarrollo de la telemedicina fue un periodo de resiliencia y gratificación. Pudimos ofrecer un excelente servicio apoyándonos en las piedras angulares del cuidado primario: acceso, integración, perspectiva longitudinal y coordinación del cuidado.

Continuamos colaborando a través del proceso educativo, proporcionando las herramientas necesarias y apoyando a todos los profesionales involucrados en los servicios de telemedicina.

Autores: Danielle Machado Lopes, R.N., UnitedHealth Group Brasil, danilopes@amil.com.br; Maria Augusta da Silva Reis, R.N., UnitedHealth Group Brasil, mreis04@amil.com.br; Priscila de Oliveira Machado, R.N., UnitedHealth Group Brasil, pomachado@amil.com.br

Este trabajo es el resultado del esfuerzo de todo el equipo de la Academia de Salud de Amil.

Figura 1: Resultados de la Evaluación de Satisfacción en Capacitación de Amil Ligue Saúde



Fuente: Plataforma de aprendizaje virtual

Aceleración del alcance de teleconsulta en la red de proveedores SANNA en Perú durante la pandemia de la COVID-19

Problema: En noviembre de 2019, la red de proveedores de SANNA en Perú comenzó a ofrecer teleconsulta para pacientes ambulatorios a través de nuestra aplicación Doctor Online y SANNA. De conformidad con las restricciones legales establecidas, los médicos generales de teleconsulta solo podían hacer recomendaciones y guiar a los pacientes hacia la opción de cuidado adecuado. El volumen promedio durante este período fue muy bajo, con aproximadamente 50 visitas al mes (datos internos).

Sin embargo, en el contexto de la pandemia, se convirtió en una prioridad mejorar el servicio de teleconsulta. El principal reto consistía en desarrollar un sistema ágil que pudiera satisfacer las necesidades emocionales y físicas del paciente.

Programa: Al inicio de la pandemia por COVID-19 en marzo de 2020, el gobierno peruano declaró el estado de emergencia y ordenó el cierre de todos los centros y consultorios de proveedores de cuidado primario. Esta decisión también condujo a un cambio en la legislación, ampliando los tipos de servicios de telesalud permitidos en el país.

La necesidad de un software de teleconsulta ágil y eficiente se convirtió en una prioridad inmediata para proporcionar servicios a nuestros pacientes, tanto para visitas con médicos generales como con especialistas. SANNA necesitaba nuestra tecnología de aplicaciones y sitios web para mejorar, responder y gestionar rápidamente el aumento del volumen de pacientes hospitalizados. Para agilizar el registro digital de pacientes, desarrollamos un software patentado, adaptable y eficiente llamado Jitsi. También comenzamos a utilizar WhatsApp corporativo para ofrecer soporte administrativo y establecer la comunicación con el paciente.

En febrero de 2021, durante los cuatro meses siguientes al cambio en la legislación, ampliamos nuestros servicios de telesalud a más de 18,000 consultas en total a través de nuestra red de proveedores (5,758 consultas) (Figura 1) y la división de pacientes ambulatorios (12,599 consultas) (Figura 2). Gradualmente, el servicio se amplió para incluir la entrega a domicilio de medicamentos con receta, la programación de diagnóstico por imagen y la telesalud para otras especialidades como pediatría, dermatología, neumología, endocrinología y otras áreas relacionadas con el manejo de condiciones crónicas.

Resultados: La pandemia nos permitió superar los puntos de vista negativos en el aspecto histórico y cultural de la teleconsulta y nos motivó a ampliar rápidamente nuestra aplicación existente y a lanzar nuevas y diversas soluciones digitales. También agregamos recientemente talleres prenatales virtuales, y esperamos que el programa continúe creciendo con la adición de más beneficios y servicios para nuestros pacientes.

Autores: Italo Camposano M.D., MBA, ING, Director de Información, SANNA Healthcare Network, Perú; Paula Ponce de León Lovatón, M.D., MBA, HCQM, Presidenta Ejecutiva y Directora Médica, SANNA Healthcare Network, Clínica San Felipe, Perú

Figura 1: Número de servicios de teleconsulta en la red de proveedores de SANNA (Dr. Online)

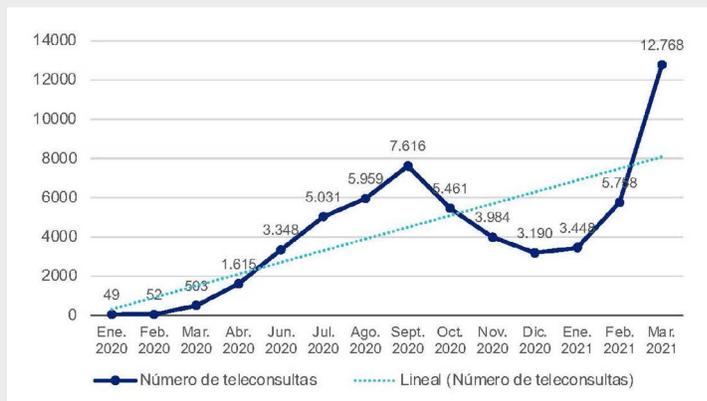
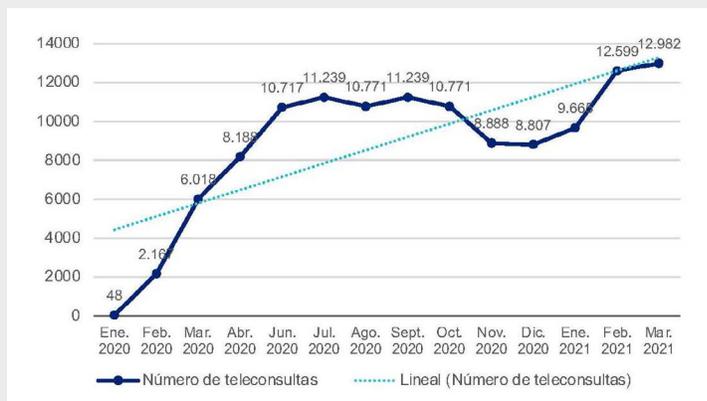


Figura 2: Número de servicios de teleconsulta en la división de pacientes ambulatorios de SANNA (hospitales y centros para pacientes ambulatorios)



Comité Asesor de Global Clinical Journal

Charles Souleyman Al Odeh, M.D., MSc, MBA

Director Médico
UnitedHealth Group Brasil
Brasil
datospersonales@
clinicadelcountry.com

Filipe Basto, M.D., MHA

Director clínico,
Hospital Lusíadas Porto
Lusíadas Saúde
Portugal
carlos.goncalves.basto
@lusiadas.pt

Claudia Boada, M.D., MHA

Directora de Salud
Administrada
Colmédica/Aliansalud
Colombia
claudialb@colmedica.com

Melissa Crawford, RN, MSN, CNL

Directora de proyectos
Context Health Communication
Estados Unidos
melicrawford@gmail.com

Bernie Elliott, M.D.

Director Médico
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
bernie.elliott@uhcglobal.com

Pedro Garcia Aspillaga, M.D., MBA

Director Médico
Isapre Banmédica/Vida Tres
Chile
pgarcia@banmedica.cl

Kristen Hellmer

Directora de Comunicaciones
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
kristen_hellmer@uhc.com

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA

Vicepresidente (retirado),
Global Clinical Programs
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos

Lais Perazo, M.D., MBA

Director Médico
Americas Serviços Médicos
Brasil
lperazo@uhgbrasil.com.br

Ana Ramos Rojas, M.D., MHM

Directora Médica
Pacífico
Perú
cumplimientosalud@pacifico.
com.pe

Eduarda Reis, M.D.

Director Médico
Lusíadas Saúde
Portugal
eduarda.reis@luisadas.pt

Melinda D. Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC

Vicepresidenta de Calidad
Clínica y Seguridad del
Paciente
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
melinda_sawyer
@uhcglobal.com

Phil Sharples, M.D., MBBS, MRCGP, DRCOG, DOccMed, DTM

Director Médico Sénior
UnitedHealthcare
Global Solutions
Reino Unido
phil.sharples@uhcglobal.com

Taissa Sotto Mayor, M.D., MBA, FISQua

Director de calidad (anterior)
UnitedHealth Group Brasil
Brasil

Ali Tews

Vicepresidenta de Global
Clinical Programs
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
alison.tews@uhcglobal.com

Cristian Ugarte

Palacios, M.D.
Director Médico
Empresas Banmédica -
Prestación de Cuidado de la
Salud
Chile
cugarte@
empresasbanmedica.com

David Velásquez

Echeverri, M.D.
Director Médico
Colmédica/Aliansalud
Colombia
DavidV@colmedica.com

Margaret-Mary Wilson, M.D., MBA, MRCP, FNMCP

Director Médico
UnitedHealth Group
Estados Unidos
margaret.wilson
@uhcglobal.com

Olivia Young

Consultora de Comunicaciones
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
olivia.young@uhc.com

Comité Editorial

Bernie Elliott, M.D.

Director Médico
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
bernie.elliott@uhcglobal.com

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA

Vicepresidente (retirado),
Global Clinical Programs
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos

Melinda D. Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC

Vicepresidenta de Calidad
Clínica y Seguridad del Paciente
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
melinda_sawyer@uhcglobal.com

Taissa Sotto Mayor, M.D., MBA, FISQua

Director de Calidad (anterior)
UnitedHealth Group Brasil
Brasil

Margaret-Mary Wilson, M.D., MBA, MRCP, FNMCP

Director Médico
UnitedHealth Group
Estados Unidos
margaret.wilson@uhcglobal.com

Cartas al editor:

Envíe sus comentarios,
sugerencias y consultas
sobre la presentación de artículos a:
globalclinical@uhcglobal.com

Información de propiedad exclusiva de
UnitedHealth Group. Se prohíbe su distribución
o reproducción sin el permiso expreso de
UnitedHealth Group.

