

Implementación de la estrategia de atención médica domiciliaria por COVID-19 en Bogotá, marzo de 2020 a diciembre de 2021

Jhohan Andrés Sánchez Moreno,
Ángela María Roa Saldaña,
Edizabet Ramírez Rodríguez,
Lina María Pineda Pulgarín,
Diana Constanza Rodríguez Posso,
Andrés José Álvarez Villegas,
Diana Patricia Martínez Yate,
Esther Liliana Cuevas Ortiz

1. Introducción

Debido a la emergencia sanitaria ocasionada por COVID-19, en la ciudad de Bogotá se hizo necesario establecer estrategias que permitieran la identificación, control y seguimiento de los casos sospechosos o confirmados de la enfermedad, con el fin de reducir las cadenas de contagio y optimizar la red prestadora de servicios de salud y el uso de los vehículos de emergencia (ambulancias).

Una de las estrategias adoptadas fue la atención médica domiciliaria (AMED), que surgió como un acuerdo de gestión del riesgo compartido entre la Secretaría Distrital de Salud (SDS), las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Distrito. Esta investigación presenta el desarrollo de la estrategia y los principales resultados de su implementación.

Referente conceptual

Durante la pandemia, se establecieron diversas estrategias de respuesta global, que orientaron

la reorganización y la ampliación progresiva de la capacidad de los servicios de salud; se destacaron la reorganización y el robustecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y el fortalecimiento de la atención domiciliaria con o sin telesalud (1). Estas estrategias se reforzaron a través de la Atención Primaria en Salud (APS) que, de acuerdo con experiencias en países como China y Cuba, contribuyeron a la detección temprana de casos, su aislamiento, seguimiento y testeo; el tratamiento temprano de casos leves y moderados confirmados; la gestión de la atención de contactos estrechos; la identificación y manejo de pacientes asintomáticos; el cerco sanitario de brotes y la comunicación de riesgos en instituciones de atención de salud, barrios, veredas o centros poblados, espacios públicos, instituciones educativas, residencias de adultos mayores y sitios de trabajo y de reclusión; la referencia a otros niveles de complejidad de los pacientes graves y en riesgo de pasar a estado crítico; la educación en las medidas de higiene, el uso de materiales de protección personal y la preservación de la distancia social entre personas, familias y comunidades; así como la asistencia social a núcleos de personas vulnerables, a través de la acción intersectorial/transectorial (2).

La Atención Domiciliaria corresponde a un conjunto de intervenciones que aportan gran valor en el aspecto preventivo y de promoción de la salud de las personas; tradicionalmente, con un enfoque biomédico, la AMED se ha centrado en la enfermedad y sus factores de riesgo, con el fin de disminuir el consumo de recursos del sistema de salud (3).

2. Metodología

Se realizó un estudio descriptivo con los datos de las atenciones realizadas, a través de la estrategia AMED, registrados en el Sistema de

Información de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (SIDCRUE) de Bogotá. Para este análisis, se tuvieron en cuenta el número de solicitudes, las características sociodemográficas de la población atendida y el tipo de atención.

3. Resultados

Se describe la estrategia, junto con los criterios más representativos para su operación y los principales resultados de la coordinación de la estrategia por parte del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), como la caracterización demográfica y la distribución en la ciudad. Desde el inicio de la estrategia, el 6 de marzo de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2021, se atendieron 2405141 consultas, el 15.15 % (364523 consultas) de las cuales fue presencial. En total, se tomaron 811945 muestras de PCR para COVID.

Respecto al perfil demográfico, el 57 % corresponde al género femenino y el 43 %, al masculino; por ciclo vital de la población, el 66 % corresponde a adulto, 17 % a juventud, 8 % a adolescencia y el 9 % a infancia y primera infancia. Por otra parte, las localidades que presentaron un mayor número de atenciones fueron: Suba, Engativá, Kennedy, Bosa y Ciudad Bolívar.

Aportes a la política

Con fundamento en que la Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia costo/efectiva con suficiencia, equidad, eficiencia y sostenibilidad, se puso a disposición de la ciudadanía un modelo de atención domiciliar que acercó los servicios a la población e hizo más fácil y eficiente el tránsito de los usuarios, a través

de los distintos niveles de servicio; e integró las intervenciones individuales, colectivas y de vigilancia en salud pública en un entorno familiar que favoreció la calidez, calidad, oportunidad y contención de la propagación del virus en la comunidad.

Lo anterior, en armonía con el Plan de desarrollo distrital 2020-2024: un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI, que concibe la APS como una estrategia integral en la que cooperan el gobierno, las instituciones y la población en la materialización del derecho fundamental a la salud.

4. Discusión

La articulación realizada desde la Alcaldía Mayor con la Secretaría Distrital de Salud (SDS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), permitió la puesta en marcha del programa AMED que está diseñado para que el paciente, desde su entorno familiar, tenga una recuperación con manejo integral, lo cual elimina las barreras en la atención y fortalece la gestión compartida del riesgo.

Conclusión

En el Distrito Capital, la estrategia de AMED permitió dar respuesta a la pandemia por SARS-CoV-2 con enfoque de Atención Primaria en Salud, favoreció la cercanía de los equipos de salud en los domicilios para la valoración, la toma de muestra y el seguimiento de las personas con sospecha o infección, leve o moderada y, a su vez, generó un uso más eficiente del servicio de ambulancias que coordina el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), de Bogotá.

Declaración ética

Se trató de una investigación sin riesgo, según la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud, “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. En su artículo 11, una investigación se define *sin riesgo para la población* ya que “son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no realizan ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recomendaciones para la reorganización y ampliación progresiva de los servicios de salud para la respuesta a la pandemia de COVID-19. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-para-reorganizacion-ampliacion-progresiva-servicios-salud-para-respuesta>
2. Vega Romero R. Atención primaria en salud y COVID-19. Hacia Promoc Salud. 2020 jul.-dic.;25(2):17-19. Disponible en: <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/haciala-promociondelasalud/article/view/2355>. DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.2.3
3. Martínez-Riera JR, Nieto E. Atención domiciliar y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma [Home care and COVID-19. Before, in and after the state of alarm]. Enferm Clin. 2021 febr.;31:S24-S28. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1130862120302990?token=394E5584EB0-021DD6B2514B031DB5EE38517F809A8993BF496F59A9442DA06109C5182CCAADD1BD2BFD00C3738D71620&originRegion=us-east-1&originCreation=20221211220042>. DOI: 10.1016/j.enfcli.2020.05.003

Foto: <https://bogota.gov.co/>

#SALVAMOSVIDAS