

RESUMEN DE INFORME

EVALUACIÓN DE LOS DÉFICITS DE DIAGNÓSTICO Y LAS SOLUCIONES SANITARIAS DIGITALES PERTINENTES

RESUMEN DE RESULTADOS DE PERÚ, INDIA, NIGERIA Y UGANDA

DESCRIPCIÓN GENERAL Y METODOLOGÍA

Este informe, el primero de su tipo, jerarquiza los déficits de diagnóstico en cuatro países distintos – Perú, India, Nigeria y Uganda– e identifica soluciones sanitarias digitales, tanto nuevas como existentes, que pueden subsanar dichos déficits para mejorar la prestación de servicios sanitarios.

La evaluación se realizó mediante investigación primaria y secundaria en Perú, India, Nigeria y Uganda. El estudio incluyó quinientas encuestas por teléfono móvil, realizadas mediante el canal de respuesta de voz interactiva (RVI), a pacientes de India y Perú, y 63 entrevistas con expertos globales y de cada país en representación de grupos defensores de los pacientes, el Estado, asociados en la implementación, asesores en salud pública, financistas, expertos en salud digital y proveedores de soluciones digitales. Se complementó a estas con una revisión de datos secundarios de documentos de salud pública y panoramas de soluciones sanitarias digitales. Para tener en cuenta: el alcance y los resultados previstos de esta evaluación son de carácter amplio y general; cualquier tema específico puede analizarse con más detalle, según sea el interés.

Esta evaluación se llevó a cabo entre marzo y julio de 2020, coincidentemente con la pandemia de COVID-19, la cual fue el telón de fondo de las respuestas de las partes interesadas.

Este informe se propone adoptar una PERSPECTIVA CENTRADA EN EL PACIENTE, con resultados enmarcados por los siguientes elementos distintivos:

01 Un enfoque de recorrido del paciente, definido a partir del momento en el que se busca información sanitaria y atención temprana (es decir, antes de que el paciente acceda a un punto de atención, lo que aquí se denomina ‘pre-PDA’ [pre-Punto de atención]), hasta la detección y evaluación clínica, diagnóstico correcto, conexión con el tratamiento y monitoreo del tratamiento en un Punto de atención (PDA).

02 El análisis de las primeras etapas del recorrido del paciente se refleja en:

- La inclusión de las etapas pre-PDA, lo que permite que la evaluación adopte un enfoque más amplio en la comprensión de la prestación de servicios de diagnóstico, en comparación con la definición tradicional de cascada de atención.
- El alcance de las etapas de PDA está enfocado en los niveles del sistema sanitario con los que el paciente interactúa primero y que prestan los servicios de atención primaria de la salud (APS).

CONTEXTO DE LOS PAÍSES SELECCIONADOS

Se seleccionó a Perú, India, Nigeria y Uganda para reflejar sus diversas clasificaciones de ingresos, demografías, características socioeconómicas, culturas, geografías y estructuras de los sistemas sanitarios. Además, comprenden niveles bajos a moderados de madurez en salud digital, según evaluaciones de los países extraídas del [Índice de salud digital global \(Global Digital Health Index\)](#) y el [Índice de preparación para la conectividad \(Network Readiness Index\)](#).¹

Los cuatro países representan patrones epidemiológicos variados. Las enfermedades no transmisibles (ENT) impulsan las tasas de mortalidad y morbilidad en Perú e India, causando el 70 % y el 63 % de las muertes y el 66 % y

el 56 % de los años de vida ajustados por discapacidad, respectivamente. Para tener en cuenta: la tuberculosis (TB) sigue siendo una gran preocupación en ambos países, con tasas altas de TB resistente a múltiples medicamentos. Las enfermedades infecciosas (SIDA, malaria y TB) y las afecciones relacionadas con la salud materna, neonatal e infantil (SMNI) dominan la carga de enfermedades en Nigeria y Uganda. De manera similar a otros países africanos subsaharianos, la morbilidad y la mortalidad por ENT se han elevado en Nigeria y Uganda, lo que impulsa un aumento en los años de vida ajustados por discapacidad relacionados del 42 % y el 54 % respectivamente, y causaron casi un tercio de las muertes de 2017 en ambos países.²

DÉFICITS DE ALTA PRIORIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS ENFERMEDADES

A pesar de las diferencias en las configuraciones de la carga de enfermedades de los cuatro países seleccionados, surgieron similitudes en los déficits de más alta prioridad centrados en enfermedades con necesidades de diagnóstico desatendidas:

01 Se reconoce la creciente carga de ENT pero se la mantiene en gran medida desatendida, por lo que se necesita un cambio dinámico en el enfoque de los recursos estatales y de los asociados. A pesar de que las ENT representan una necesidad sanitaria grave y en aumento, la provisión de fondos y las intervenciones programáticas siguen priorizando las ‘tres grandes’ enfermedades infecciosas (SIDA, malaria, TB) y afecciones relacionadas con la SMNI. Esto ha dejado un déficit cada vez mayor en el fortalecimiento del continuo de la atención de las ENT principales con incidencia y mortalidad crecientes, específicamente enfermedades cardiovasculares, afecciones respiratorias crónicas y cánceres.² Se hizo hincapié en diagnosticar y gestionar de manera temprana la hipertensión y la diabetes como una clave para mejorar los resultados de las enfermedades cardiovasculares. En los cuatro países, se observan obstáculos fundamentales para la respuesta a las ENT en la forma de un bajo conocimiento de las enfermedades, una falta de medidas de detección preventiva y rutinaria y una disponibilidad discontinua de servicios de diagnóstico básicos en el nivel de APS.

02 Para enfrentar las amenazas crecientes de la resistencia antimicrobiana (RAM) y de brotes de enfermedades, se debe acelerar el progreso hacia el establecimiento de un sistema nacional de supervisión rutinaria e integrada de enfermedades. En India, se señaló a la supervisión rutinaria de enfermedades como un déficit de alta prioridad general; en Perú, Nigeria y Uganda, los sistemas nacionales existentes pueden fortalecerse mediante una inclusión más fuerte del monitoreo de ENT y la RAM. Se consideró al desarrollo de una red integrada de diagnóstico que llegue a los establecimientos del ‘tramo final’ como un elemento fundamental para posibilitar informes de supervisión rutinaria y una intervención programática oportuna. La COVID-19 ha profundizado los problemas para rastrear y hacer un seguimiento del riesgo, diagnóstico y estado del caso de los pacientes de manera efectiva en tiempo real, independientemente del tipo de prestador de atención sanitaria al que accedan.

03 La consecución del objetivo de eliminación de la TB para el año 2035 se ve considerablemente entorpecida por una detección temprana insuficiente de casos faltantes³ en el nivel de la comunidad y la APS. En 2018, India y Nigeria solos representaron el 37 % de los tres millones de casos faltantes de TB del mundo.⁴ Los expertos señalaron que los déficits clave para el incremento de los diagnósticos son una mayor concientización de la enfermedad y de la resistencia a los medicamentos, junto con la necesidad de soluciones de diagnóstico simples en los PDA en el nivel de establecimientos de APS.

1 Publica el Índice de preparación para la conectividad de 2019 la Alianza Mundial de Tecnología y Servicios Informáticos (World Information Technology and Services Alliance, WITSA), y previamente lo facilitaba el Foro Económico Mundial (The World Economic Forum). HealthEnabled y un consorcio de asociados de salud globales facilitan el Índice de salud digital global.

2 [Country Profiles: Peru, India, Nigeria, Uganda, Measuring what matters, Institute for Health Metrics and Evaluation \(IHME\), 2017.](#)

3 La diferencia entre la cantidad de casos nuevos informados y la cantidad estimada de casos incidentes.

4 [Informe mundial sobre la tuberculosis, WHO, 2019.](#)

PRE-PDA: DÉFICITS DE ALTA PRIORIDAD EN EL RECORRIDO DEL PACIENTE

Se identificaron déficits considerables en las etapas pre-PDA del recorrido del paciente: búsqueda de información sanitaria y búsqueda de atención temprana. Esto tiene un impacto negativo en la demanda, la confianza y el compromiso de los pacientes hacia los servicios de diagnóstico del sistema sanitario, lo cual tiene consecuencias en los resultados sanitarios a largo plazo.

Los déficits en etapas tempranas identificados incluyen el bajo conocimiento de las enfermedades de alta carga y sus síntomas y un acceso limitado a información exacta, oportuna y confiable que los oriente respecto a cuándo y dónde buscar atención. Los pacientes tienen dificultades para reconocer los síntomas y buscar un diagnóstico temprano.

Las etapas pre-PDA representan déficits fundamentales en el recorrido general del paciente, lo cual incide especialmente en las ENT, la RAM, los brotes y las enfermedades infecciosas persistentes como la TB.

- Los déficits en las etapas pre-PDA del recorrido del paciente son más críticos en el contexto de las ENT, ya que pueden tener las mayores repercusiones en los resultados de los pacientes. Los pacientes priorizan el diagnóstico cuando aparecen los síntomas, pero las ENT suelen ser asintomáticas en sus etapas tempranas y los pacientes se presentan en una etapa tardía, con un riesgo considerablemente más alto de resultados adversos para la salud junto con un costo potencialmente catastrófico.
- La detección, gestión y monitoreo apropiados de los casos de enfermedades de alta carga se ven restringidos cuando las etapas tempranas del recorrido del paciente contienen déficits. Por ejemplo, en el campo de la TB, la falta de mecanismos sólidos para divulgar rápidamente información sanitaria focalizada no permite empoderar a los pacientes para que hagan preguntas, identifiquen síntomas y procuren detección y diagnóstico.

Los pacientes que buscan información sanitaria tienen pocas fuentes que sean confiables y estén bien equipadas para brindar dicha información, especialmente en zonas rurales. Si bien los trabajadores sanitarios comunitarios (TSC) están bien preparados para brindar información sanitaria, suelen contar con recursos insuficientes y estar sobrecargados, lo que limita su impacto. A pesar de que los pacientes señalaron que los familiares, amigos, sanadores tradicionales, líderes religiosos y prestadores locales o informales son confiables y accesibles, no siempre representan fuentes confiables de asesoramiento sanitario.

La calidad percibida, accesibilidad y asequibilidad de los servicios sanitarios son los factores clave que los pacientes tienen en cuenta al momento de buscar atención. En los cuatro países, los pacientes buscan atención primaria principal y primeramente en el sector privado, a causa de la baja calidad percibida de los servicios sanitarios públicos. Sin embargo, el estándar de atención se mantiene variable en el sector privado y los gastos en salud en efectivo requeridos, que van del 28 % en Perú al 77 % en Nigeria del gasto actual en salud, disuade a los pacientes de buscar atención temprana o continuada.

5 [World Development Indicators Open Data](#), The World Bank, 2017



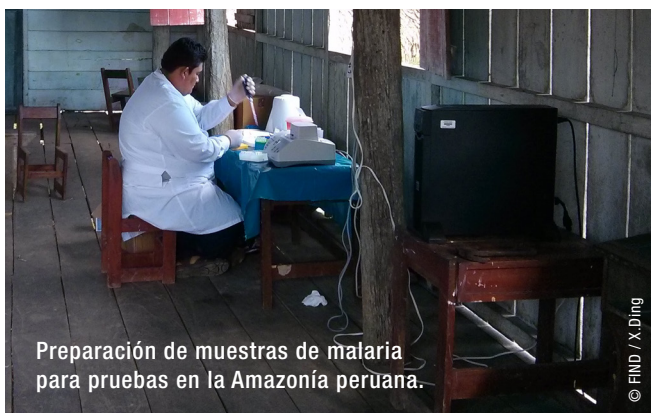
Agentes de extensión sanitaria capacitan a representantes de la comunidad que actúan como defensores de la salud, compartiendo información y actuando como un puente entre la comunidad y el sistema sanitario.

PDA: DÉFICITS DE ALTA PRIORIDAD EN EL RECORRIDO DEL PACIENTE

Los déficits clave identificados en las etapas de PDA del recorrido del paciente se atribuyeron en su mayor parte a las dificultades del sistema sanitario en cuanto a capacidad, gobernanza y gestión y uso de los datos. En general, se consideró que acercar más la detección y el diagnóstico al paciente, especialmente en zonas rurales, era la necesidad de más alta prioridad para ampliar el acceso a los servicios de diagnóstico.

La falta de acceso a servicios de pruebas de alta calidad en los establecimientos de APS, especialmente en zonas rurales, afecta la exactitud del diagnóstico, la satisfacción del paciente y la retención de pacientes.

- La prestación local de servicios de pruebas en los cuatro países seleccionados se ve dificultada por deficiencias de infraestructura física y alimentación de energía; negligencia por parte de los Estados en desarrollar su capacidad de diagnóstico en forma de infraestructura de laboratorios y suficiente personal de laboratorio y de la cadena de suministros; disponibilidad insuficiente de productos básicos y equipos esenciales para el diagnóstico; escasez de profesionales sanitarios (PS); subutilización de las herramientas de diagnóstico en los PDA; sistemas de derivación deficientes; y largos tiempos de espera para la recolección de muestras y resultados de pruebas.



- Donde hay servicios disponibles, los pacientes a menudo expresaron una baja confianza en la capacidad de los PS para brindar diagnósticos y pasos siguientes claros. Esto es motivado por una capacitación inadecuada de los PS, un cumplimiento deficiente de los protocolos de pruebas por parte de los PS y una calidad subóptima de las pruebas o los equipos de diagnóstico.
- Estos déficits afectan desproporcionadamente a las comunidades rurales, donde los PS están sobrecargados, los establecimientos sanitarios están sobreexigidos y los laboratorios de calidad asegurada son pocos y lejanos entre sí. Por ejemplo, en India y Uganda, entre el 70 y el 75 % de la población reside en zonas rurales, pero solamente el 30 % de la fuerza laboral sanitaria atiende a la comunidad rural.

En India y Perú especialmente, un sistema sanitario fragmentado, tanto entre los sectores público y privado como dentro de cada uno de ellos, y una prestación de servicios compartimentada ponen en riesgo la continuidad de la atención.

- Las visitas múltiples a centros sanitarios o laboratorios atravesando terrenos difíciles, historiales médicos incompletos o extraviados y la falta de comunicación entre prestadores aumentan la probabilidad de demoras en las pruebas, repetición innecesaria de pruebas y pacientes que se autoexcluyen o vuelven a recurrir a autopruebas o autotratamiento sin la competencia necesaria. Con el afán de resolver rápidamente sus problemas de salud o minimizar costos, los pacientes pueden saltarse la detección y el diagnóstico para acceder directamente al tratamiento.
- La ausencia de un estándar de atención y de una clara red de derivación entre establecimientos y laboratorios del sector público y privado suele ser la causa de diagnósticos inexactos y una conexión deficiente o inexistente con el tratamiento y monitoreo apropiados.

En todos estos países hay un incipiente reconocimiento del valor de la detección preventiva en la APS y de la necesidad de implementar pruebas de detección y diagnósticos de amplio espectro como punto de partida del recorrido de diagnóstico.

- La APS ha sido diseñada prácticamente para brindar servicios intensivos y centrados en enfermedades –por ejemplo, pruebas de enfermedades infecciosas y servicios para SMNI– en lugar de prestar un paquete de servicios rutinarios y centrados en el paciente. Esta transición es importante para abordar la cambiante carga de enfermedades y priorizar la detección de ENT y los servicios de derivación.

La gestión y el uso de datos diagnósticos en beneficio del paciente SE VEN LIMITADOS POR LOS SIGUIENTES DÉFICITS DE ALTA PRIORIDAD:

La falta de interoperabilidad entre diversos dispositivos, sistemas y aplicaciones de diagnóstico es el déficit de más alta prioridad identificado para posibilitar un entorno que permita una utilización más efectiva de los datos, y es el obstáculo clave para el establecimiento de redes conectadas de diagnóstico. En todos los países seleccionados, se enfatizó la dificultad para integrar sistemas entre programas y prestadores, la cual se debe principalmente a la ausencia de estándares de interoperabilidad comunes y leyes de privacidad de datos adecuadas y a la fragmentación y falta de estandarización de dispositivos de diagnóstico y soluciones de tecnología de comunicación de la información. Si bien existen estándares de interoperabilidad a nivel global, carecen de adaptación, orientación y ejecución local a nivel de ministerio de salud o por parte de otros agentes reguladores, y carecen de colaboración entre partes interesadas para su implementación.

Los TSC, PS y gerentes del sistema sanitario no utilizan suficientemente los datos sanitarios para la toma de decisiones clínicas o programáticas. En el ámbito de los establecimientos, se prioriza la recolección de datos en papel para los informes, que los PS de primera línea rara vez usan para dirigir mejor las necesidades de diagnóstico o aprovechar la información recolectada previamente. Esto da como resultado procesos de recolección de datos engorrosos para los PS y el personal de entrada de datos, datos de menor calidad, repetición de pruebas para los pacientes, toma de decisiones clínicas mal informada y, en última instancia, servicios de menor calidad. En el nivel central, la subutilización de datos diagnósticos entre enfermedades incumple con orientar tomas de decisiones e intervenciones programáticas oportunas, especialmente para la identificación proactiva de focos de enfermedades y riesgos para la prestación de servicios.

Sin digitalización, se usan registros en papel para hacer el seguimiento de muestras de esputos entregadas por pacientes para pruebas de TB.



SOLUCIONES SANITARIAS DIGITALES PERTINENTES

La tecnología puede ayudar a superar la inequidad en el acceso a servicios de diagnóstico y atención, con un beneficio significativo para poblaciones pobres, subatendidas y remotas. Acercar más la detección y el diagnóstico al paciente es imperativo para mejorar los resultados sanitarios, y debe centrarse en soluciones sanitarias digitales que se focalicen en el primer ‘puerto de escala’ para el paciente, como el trabajador sanitario comunitario o de APS de primera línea, el prestador privado local o directamente el paciente, para maximizar el impacto directo.

Se identificaron soluciones sanitarias digitales de alto potencial, tanto escaladas como emergentes, en los cuatro países seleccionados. Muchas de estas soluciones sanitarias digitales han sido diseñadas para subsanar los déficits relacionados con la SMNI, TB y SIDA, lo cual refleja la considerable inversión en estas áreas de enfermedad en la última década. Sin embargo, la mayoría de estas soluciones digitales son aplicables en otras áreas de enfermedad y existe la oportunidad de usar las lecciones aprendidas y las plataformas arraigadas para abordar áreas desatendidas como las ENT, la RAM, los brotes y otras necesidades sanitarias crecientes.

En general, SE IDENTIFICARON LAS SIGUIENTES PRIORIDADES DE LA AGENDA SANITARIA DIGITAL para abordar los déficits de diagnóstico clave en Perú, India, Nigeria y Uganda:

01

INVOLUCRAR A LOS PACIENTES CON LOS CONOCIMIENTOS SANITARIOS PARA EMPODERARLOS E IMPULSAR LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE CALIDAD

Para impulsar la demanda de detección y diagnóstico, se necesita hacer más foco en etapas más tempranas del recorrido del paciente para empoderar al paciente y a las personas influyentes en las que confía a fin de que desarrollen conocimientos sanitarios y busquen atención de forma más eficiente.

Las soluciones sanitarias digitales dirigidas a los pacientes y recomendadas por personas influyentes confiables como los TSC, líderes comunitarios y prestadores privados locales pueden mejorar el acceso de los pacientes a información sanitaria exacta y pertinente. Para maximizar el impacto, dichas soluciones deben desarrollarse desde la perspectiva del recorrido del paciente, con una conexión a los puntos de prestación de servicios de APS.

- Las soluciones sanitarias digitales dirigidas a los pacientes en las etapas tempranas de su recorrido pueden incluir la entrega focalizada de información vía mensajes de texto, mensajes de audio o video y el uso extendido de plataformas populares de mensajería instantánea y redes sociales.
- Las aplicaciones móviles de salud con información sanitaria a la medida, evaluaciones de autodetección y geocalización de servicios sanitarios pueden ayudar a los pacientes a identificar cuándo, dónde y cómo buscar atención según su ubicación, acceso al seguro de salud y necesidad.
- Asegurar que las herramientas digitales estén desarrolladas con un diseño simple centrado en el usuario, estén disponibles en el idioma local y brinden mensajes pertinentes con una óptica sanitaria holística es vital para su éxito.

EMPODERAR A LOS PS EN LA ENTREGA DE DIAGNÓSTICOS MÁS EXACTOS Y EFICIENTES MÁS CERCA DE LOS PDA PARA GENERAR CONFIANZA EN LA RELACIÓN PACIENTE-PRESTADOR

Fortalecer la relación paciente-prestador surgió como una gran necesidad para fomentar un comportamiento de búsqueda de atención en los pacientes. Las herramientas digitales que mejoran la velocidad, la calidad y la participación de los PS en establecimientos sanitarios de nivel más bajo son vitales para motivar a los pacientes a buscar un diagnóstico y seguir en contacto con el sistema sanitario.

Las soluciones sanitarias digitales pueden profundizar los conocimientos y las habilidades de los PS, lo que eleva su confianza para realizar pruebas, y ampliar la capacidad de la fuerza laboral sanitaria, especialmente en zonas rurales.

- Además de los PS en establecimientos de APS, dirigir las herramientas digitales a las fuentes confiables de información sanitaria más cercanas al paciente, como los TSC, prestadores locales de salud y líderes comunitarios religiosos o tradicionales, aumenta la utilización por parte de los pacientes, alivia la sobrecarga de los PS e impulsa la demanda de servicios sanitarios por parte de los pacientes.

Las soluciones sanitarias digitales que brindan apoyo para decisiones clínicas a los PS (en la comunidad, en la APS y en el sector privado local) pueden ayudar a los PS a trabajar con mayor eficiencia y mejorar la calidad de la atención. Dichas soluciones pueden incluir ayudas de trabajo para el cumplimiento de protocolos, capacitación remota por Internet, telemedicina de prestador a prestador, herramientas de detección automatizada y aplicaciones de diagnóstico dirigidas por inteligencia artificial conectadas a dispositivos inteligentes.

- En particular, las herramientas basadas en inteligencia artificial o análisis predictivo pueden utilizarse para anticipar e iniciar intervenciones en asuntos de alto riesgo mediante funciones como la estratificación del riesgo de pacientes, el triaje de casos y las alertas de agotamiento de existencias de productos básicos antes de que ocurran.
- Las soluciones holísticas que utilizan soluciones de software intermedio (middleware) para la conectividad de datos y se conectan con aplicaciones de software en dispositivos móviles, tabletas o computadoras (por ejemplo, dispositivos de diagnóstico en los PDA como termómetros, esfigmomanómetros, glucómetros, oxímetros, ultrasonidos portátiles) han demostrado ser promisorias, aunque se requiere su escalamiento.
- Para aportar valor a los PS, las soluciones deben: integrarse a los flujos de trabajo existentes; ser funcionales dentro de la infraestructura disponible; estar diseñadas para hacer frente a los puntos críticos de los usuarios; ser adecuadas para sus niveles de alfabetismo digital; estar basadas en casos prácticos en diferentes niveles de la cadena de valor del sistema sanitario; y estar consagradas a solucionar problemas de implementación en el campo de manera oportuna. De lo contrario, la tecnología suele ser vista como una carga adicional para los PS, que consume tiempo en lugar de ahorrarlo.

03

CAMBIAR EL ENFOQUE A LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE ENFERMEDADES PARA IDENTIFICAR RIESGOS SANITARIOS, DIAGNOSTICAR ENFERMEDADES Y FOCALIZAR EN INTERVENCIONES MÁS TEMPRANAS EN LOS ÁMBITOS INDIVIDUAL Y COMUNITARIO

Las soluciones digitales que permiten la detección preventiva, rutinaria e integrada de múltiples enfermedades en la APS acompañarían al sistema sanitario en su transición de un enfoque centrado en enfermedades a uno centrado en el paciente.

- Las soluciones digitales diseñadas para acompañar la integración o el agrupamiento de pruebas básicas, especialmente para enfermedades con alta comorbilidad (por ejemplo, TB y diabetes), brindan la oportunidad de una identificación temprana de pacientes en riesgo y una intervención más rápida.
- Se observa que la capacidad de aprovechar exitosamente las soluciones sanitarias digitales en todas las áreas de enfermedad es altamente dependiente del grado de sintonía de las políticas, los procesos y la planificación de la implementación entre distintos programas contra enfermedades dentro del Estado.

Las soluciones digitales que facilitan la identificación de casos individuales, el rastreo de contactos y las alertas focalizadas a las personas y los gobiernos posibilitan la supervisión en tiempo real de la carga de enfermedades en curso, y aceleran la respuesta a los brotes imprevistos y su control.

04

HABILITACIÓN DE SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO CONECTADOS, MEJOR USO DE LOS DATOS PARA LA TOMA DE DECISIONES Y PERSONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA A TRAVÉS DE LA INTEROPERABILIDAD

Como se dijo, la interoperabilidad es la piedra angular necesaria para reunir diferentes fuentes de datos y generar ideas y predicciones que conduzcan a medidas que beneficien a los pacientes.

- Se requiere una orientación clara respecto a los estándares de interoperabilidad y las soluciones alternativas aceptadas para los sistemas y dispositivos existentes a fin de mejorar el consumo y la utilización de datos, lo cual debe formar parte de las estrategias nacionales de salud digital. Las soluciones de conectividad que posibilitan la transmisión de datos entre diferentes sistemas de gestión de la información de laboratorios, logística o historiales médicos electrónicos, junto con los identificadores únicos de pacientes, ayudarán a mejorar la supervisión de enfermedades a nivel nacional, la utilización de datos para intervenciones sanitarias focalizadas, la atención individual de pacientes y la logística de la cadena de suministros.
- Mejorar la interoperabilidad entre sistemas y dispositivos también facilitará un agrupamiento más económico de dispositivos de diagnóstico y monitores biométricos en los PDA para crear capacidades de diagnóstico, detección y gestión más amplias y fáciles de usar.

05

ESTABLECER ESTÁNDARES Y COMPUERTAS DE ETAPA DE EVALUACIÓN APROPIADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DIGITALES EN EL PAÍS

Aplicables en los países seleccionados, los marcos para la evaluación, la regulación y el recorrido de implementación de herramientas y plataformas de diagnóstico digitales pueden desarrollarse o fortalecerse.

- Estos marcos y estándares pueden ayudar a orientar las inversiones de Estados y asociados hacia un grupo jerarquizado y más pequeño de soluciones sanitarias digitales escalables que demuestren tener un impacto programático y una mayor probabilidad de ser financiadas de manera sostenible. Es importante asegurar que exista un proceso de validación de herramientas digitales conducido por el país para garantizar que cumplan con los requisitos establecidos en los marcos y estándares.
- Los costos operacionales corrientes se deben presupuestar desde el principio y deben incluir la capacitación, hardware, mantenimiento, costos de transporte, gestión, recursos humanos, capacidad de los servidores, etc.
- Las soluciones seleccionadas deben enfocarse en garantizar la interoperabilidad con otros sistemas y priorizar diseños que sean simples, adaptables y escalables en entornos de bajos recursos y que demuestren tener valor para los usuarios finales.

EN GENERAL, HAY UNA OPORTUNIDAD PARA QUE LOS SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO LIDEREN LA REVOLUCIÓN SANITARIA DIGITAL

A medida que la penetración de la telefonía móvil y el alfabetismo en tecnología de comunicación de la información siguen creciendo en Perú, India, Nigeria y Uganda, será necesario el escalamiento de las herramientas sanitarias digitales para optimizar los recursos limitados de dichas naciones, abordar la creciente inequidad en el acceso a la atención sanitaria y fortalecer la disponibilidad de diagnósticos de calidad en el nivel de la APS. Si bien estos países se encuentran en distintos estadios de progreso, existe la visión compartida de invertir en sistemas sólidos de datos diagnósticos, así como implementar una plataforma nacional que abarque distintas enfermedades y una capa analítica que posibiliten funciones como la supervisión de enfermedades

y la intervención programática focalizada. Los Estados, los proveedores de fondos y los asociados en la implementación están colaborando por igual a un ritmo sin precedentes en la lucha contra la COVID-19 y, con un énfasis redoblado en el desarrollo de las capacidades de diagnóstico y gestión de datos a través de múltiples plataformas, hay optimismo en que este esfuerzo se traduzca en cambios a largo plazo. Si se aprovecha el impulso de este énfasis actual en las pruebas y la aceleración de la intervención digital donde más se la necesita –en las primeras líneas de la prestación de servicios–, hay una oportunidad única para orientar los ecosistemas sanitarios digitales activos y cambiantes de estos países y prepararlos para el éxito.

ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS Y DEFINICIONES

APS: atención primaria de la salud
ENT: enfermedad no transmisible
PDA: punto de atención
PS: profesional sanitario

RAM: resistencia antimicrobiana
SMNI: salud materna, neonatal e infantil
TB: tuberculosis
TSC: trabajador sanitario comunitario

Para obtener más información y ejemplos de soluciones sanitarias digitales específicas para subsanar los déficits de diagnóstico, contacte a FIND en digitalhealth@finddx.org
