



## **Atención primaria en pandemia COVID-19 en Chile**

Nombre y apellidos del Autor: Camilo Bass del Campo

Institución: Escuela de Salud Pública.Universidad de Chile.

País: Chile

Forma de contacto: [camilobass@yahoo.com](mailto:camilobass@yahoo.com) +56981887630

Resumen:

Antecedentes: En Chile el escenario de la Pandemia por COVID-19 ha sido muy complejo, con más de 1.900.000 personas contagiadas (tasa de incidencia acumulada: 10.090,5 casos por 100.000 habitantes) y más de 47.000 fallecidos/as reconocidos/as (243,1 por 100.000 habitantes).

Objetivos: Se realiza un ensayo, con análisis crítico de realidad político-sanitaria chilena entre marzo de 2020 y agosto de 2021.

Desarrollo: En un marco político caracterizado por falta de legitimidad del gobierno, posterior al "estallido social" de octubre de 2019. Además de una notoria falta de transparencia y democracia en el acceso a la información y en la toma de decisiones. Teniendo como contexto, un sistema de salud dañado por políticas neoliberales (desde hace más 40 años), la apuesta fue sumar las camas hospitalarias (sector público y privado), sin embargo, se descuidó el abordaje centrado en la atención primaria de salud (APS), dificultando la interrelación con la comunidad para un buen control de los contagios. Frente a la falta de liderazgo, las comunidades se organizan a nivel territorial, con ollas comunes, intercambio de bienes de primera necesidad, cultivos comunitarios, entre otras maneras de subsistencia.

Conclusiones: Como aprendizaje producto de la pandemia, se ha evidenciado que Chile no cuenta con un sistema robusto de salud. Por lo tanto, se requiere contar con el Derecho a la Salud consagrado en la Constitución, por medio de un Servicio Nacional de Salud (SNS), basado en atención primaria.

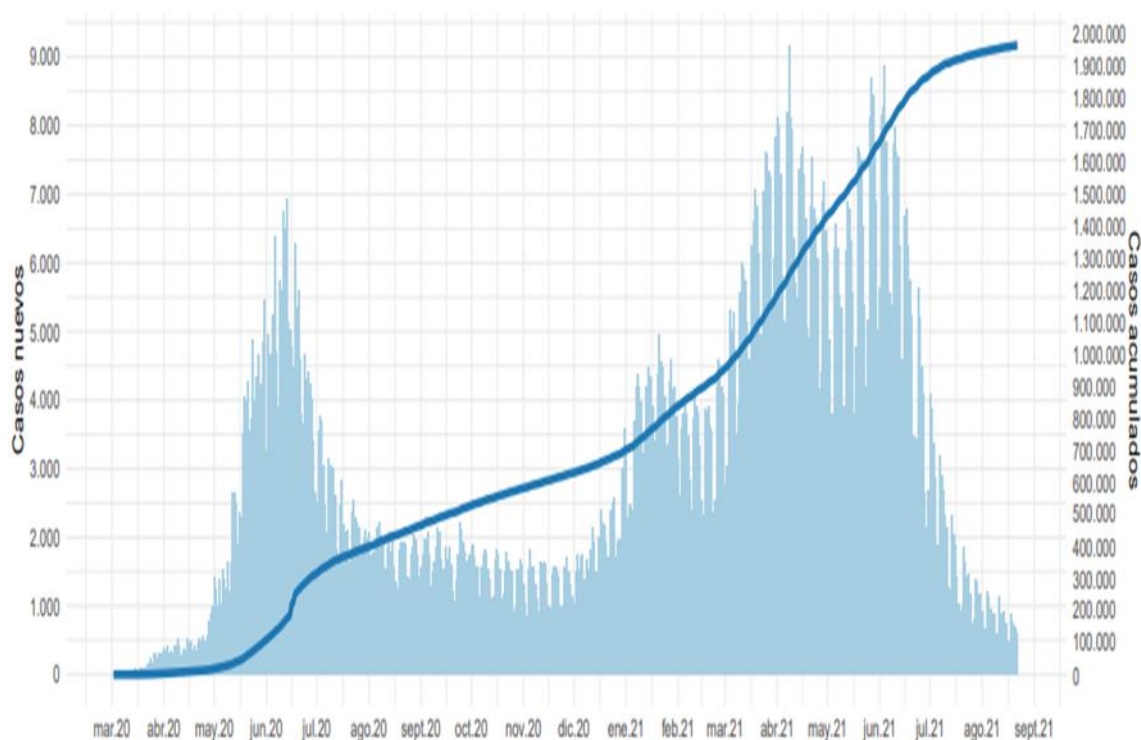
Palabras claves: PANDEMIA, COVID-19, APS



## Introducción

En Chile el escenario de la Pandemia por COVID-19 ha sido muy complejo, con más de 1.900.000 personas contagiadas (tasa de incidencia acumulada: 10.090,5 casos por 100.000 habitantes) y más de 47.000 fallecidos/as reconocidos/as (243,1 por 100.000 habitantes). (1)

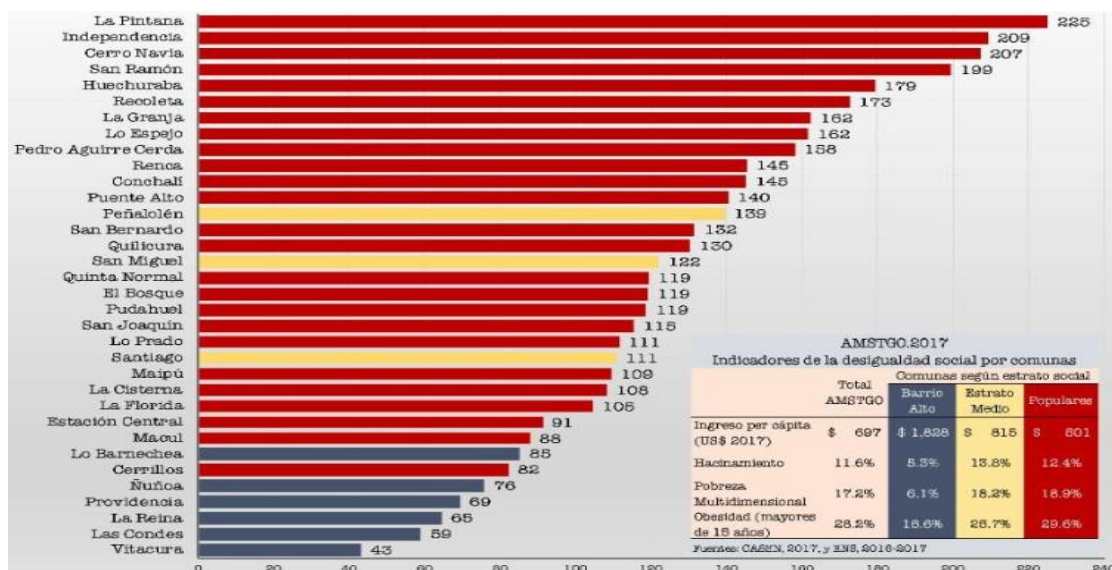
Número de casos nuevos confirmados (incluye probables) y acumulados de COVID-19 según fecha de confirmación por laboratorio. Chile (22-08-2021)



Fuente: Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile

Esta situación se puede explicar debido a una política reduccionista y centrada en el nivel hospitalario, así como por condiciones de pobreza, hacinamiento, precariedad laboral entre otras consecuencias del modelo de desarrollo. Dicha situación se evidencia por ejemplo, en la desigualdad en la mortalidad ajustada por COVID-19, con una diferencia es de más de 5 veces entre las comunas de menores y mayores ingresos del Gran Santiago. (2)

### Tasa de mortalidad ajustada según comunas del Gran Santiago (Chile)



Fuente: Base de Datos Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) Ministerio de Salud. Datos extraídos 09/07/2020. Elaborado por: Dr. Alejandro I. Canales. Universidad de Guadalajara.

En un marco político caracterizado por falta de legitimidad del gobierno, posterior al “estallido social” de octubre de 2019. Además de una notoria falta de transparencia y democracia en el acceso a la información y en la toma de decisiones, sumado al contexto de un sistema de salud dañado por políticas neoliberales (desde hace más 40 años), la apuesta fue unificar las camas hospitalarias (sector público y privado), sin embargo se descuidó el abordaje centrado en la atención primaria (AP), dificultando la interrelación con la comunidad para un buen control de los contagios.

En cuanto a la necesaria protección social, en una situación de alta vulnerabilidad (29% de pobreza multidimensional, 70% de los trabajadores/as con sueldos insuficientes y una alta informalidad, 30% de adultos/as mayores trabajando), las medidas además de insuficientes, han sido tardías. (3,4)

#### Desarrollo

Como consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura, se realizaron reformas neoliberales, que cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron el sector privado. Desde 1981 se concretó el traspaso de la administración de establecimientos de nivel primario de atención a las municipalidades. En relación a esta medida, se refiere que habría sido ideada como una manera encubierta para iniciar la privatización del



sistema de salud, ya que luego del traspaso de los establecimientos a los municipios, se podría realizar la transferencia a privados. Por otra parte, se produce la autonomía de una porción de la salud del Gobierno central, lo que origina una inequidad entre unos pocos municipios con más recursos en desmedro de la mayoría pobre. (5,6)

El Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile realiza el año 2003, una descripción de la situación de los consultorios, refiriendo que no cuentan con la capacidad para resolver los principales problemas de salud de la comunidad. Esto se evidencia en deficiencias en la oportunidad de atención, afectando la impresión de la población sobre su confiabilidad y generando problemas de trato del personal hacia los usuarios. Para enfrentar esta situación, el MINSAL postula que en APS debe desarrollar el Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar y Comunitario (MAIS). (7,8)

En la actualidad el sistema de salud se encuentra en crisis. Integrado principalmente por el sistema público (Fondo Nacional de Salud) y el sistema privado (Instituciones de salud previsional), que produce segmentación de la población en el acceso a salud, consagrando una salud para pobres y enfermos y otra para ricos y sanos. Con un sector público crónicamente desfinanciado, perdiendo capacidades y un aseguramiento privado con discriminación y arbitrariedades, sin solidaridad ni eficiencia. Asociado a un elevado gasto de bolsillo, que corresponde a lo menos a un 32% del gasto total en salud. (9)

Como resultado del proceso de reforma de salud del año 2005, se implementa el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), un listado actual de 85 enfermedades con acceso a intervenciones sanitarias específicas. Sus efectos positivos han sido limitados y sus problemas importantes: exceso de burocracia, generación de discriminación y desvío significativo de recursos públicos hacia el sistema privado. Como consecuencia de esta fallida reforma a la salud, que además habría planteado situar a la AP como el eje central del sistema. En el país existe un importante déficit de recursos en toda la red pública de salud, evidencia de esta precariedad es la falta de horas médicas en AP (con una brecha de más de un 25,0% para contar con 1 médico/a AP cada 2.000 personas), lo que provoca una insuficiente respuesta a las necesidades de la población. Manteniéndose bajos niveles de control de enfermedades agudas y crónicas, así como de satisfacción usuaria. (10)

Por lo tanto, existen importantes desigualdades en acceso y estado de salud entre niveles de ingreso y grupos sociales, en el caso del nivel primario de atención (NPA) se produce además, una inequidad entre unos pocos municipios con más recursos en desmedro de la mayoría pobre. Estas desigualdades se han exacerbado durante este



periodo en la AP, evidenciando la fuerte dependencia que el sistema tiene del gasto privado familiar para el pago de prestaciones y medicamentos, entre otros aspectos no cubiertos por el sistema de salud, con una AP en permanente proceso de debilitamiento secundario a no contar con los recursos financieros suficientes para realizar su labor.

En lo concreto, la falta de un derecho humano a la salud en el caso de las personas que se atienden en los Centros de Salud del NPA, se constata en: falta de horas médicas y de otros/as profesionales, escaso tiempo para la atención, falta de medicamentos y exámenes, falta de especialistas (medicina familiar y comunitaria), con una repercusión grave en el resto del sistema público.

A lo anterior se suma una tardía y deficiente incorporación de la estrategia de abordaje comunitario para la contención de la pandemia, a pesar de la evidencia demostrada en países que priorizaron el trabajo en el nivel primario de atención, a lo menos en los primeros 4 meses del desarrollo de la pandemia en Chile, menos de 5% de los recursos para su enfrentamiento fueron destinados a la AP. Por otro lado, a pesar de la necesidad de una exitosa puesta en marcha de la estrategia de trazabilidad, hasta el día de hoy su implementación ha detentado importantes demoras. Por ejemplo, ha habido un retraso significativo en la coordinación con las comunas, tanto en los convenios para la aplicación de dicho plan, como en el traspaso de recursos y funciones desde la Secretaria Regional Ministerial (SEREMI) de Salud, lo que ha sido cuestionado por parte de varios municipios. Además, los problemas de implementación de la trazabilidad se expresan desigualmente en comunas con menos recursos, aumentando el riesgo de rebrote.

La probabilidad de aumento de casos es alta y ante esto, los establecimientos de salud deben mantener su capacidad de atención y es clave que la AP pueda reforzar la trazabilidad. Lamentablemente en los diversos centros de atención existe una disímil respuesta, donde algunas comunas han tomado la decisión de flexibilizar las medidas aconsejadas para la contención de la pandemia. Se ha detectado cierre de salas COVID, reorganización de las zonas de flujo de pacientes respiratorios y la eliminación de los turnos por equipos (estrategia que ha permitido tener personal de salud para el recambio en caso de contagios).

Si bien en la actualidad, en el país se ha reducido el índice general de contagios y fallecimientos, debemos comprender el comportamiento del virus desde una mirada regional, donde tanto hospitales y consultorios, deben mantener las medidas sanitarias que han promovido el control del virus y la capacidad de atención oportuna. Por lo tanto, el llamado a las autoridades sanitarias y territoriales es establecer con claridad y de



manera unitaria la mantención de los protocolos y gestión clínica de los establecimientos de atención, favoreciendo la posibilidad de respuesta ante un aumento de casos de contagios por COVID-19 y sobretodo, para ampliar la capacidad de TTA (Testeo, Trazabilidad y Aislamiento).

Se deben reforzar las recomendaciones que el mismo Ministerio de Salud ha establecido para el contexto de pandemia, dentro de estas:

- Mantener las zonas de flujos cerrados de atención, separando la atención de personas que consultan por sintomatología respiratoria o que cumplen con criterios de caso sospechoso COVID-19.
- Considerar refuerzo de los equipos de salud por ausentismo por contagio o problemas de salud de funcionarios/as, ya sea a través de turnos, personal de reemplazo, entre otros.
- Asistencia priorizada a los establecimientos de salud y así evitar atenciones que supongan una exposición innecesaria e implique mayor riesgo de contagio para personas y el equipo de salud.
- Fortalecer los esfuerzos de prevención, dotando de las condiciones necesarias para una correcta aplicación de la trazabilidad TTA.

La apertura de actividades y movilidad significan una tarea de igual o mayor esfuerzo por mantener el control de la pandemia. Países como Israel, España y Australia han demostrado la alta dificultad que existe en la implementación de una transición y han obtenido resultados negativos. En base a dichas experiencias, se deben mantener las adecuaciones críticas en los establecimientos de salud hasta poder encontrarnos en un escenario que disminuya los riesgos para la población y los equipos de salud, por lo que es necesario contar con evidencia más robusta de la que hemos obtenido hasta el momento y así enfrentar de manera exitosa la compleja transición en salud.

#### Conclusiones

En este contexto de pandemia, se ha evidenciado que Chile no cuenta con un sistema robusto de salud, sino con uno público y otro privado, con lógicas divergentes, lo que produce una situación de franca discriminación entre un segmento pequeño de población con mayores recursos económicos y gran parte de la ciudadanía de menores recursos. Por lo tanto, se requiere contar con el Derecho a la Salud consagrado en la Constitución, de características pública, gratuita y de calidad para todo/as. Sólo en un sistema donde desaparezca la segregación, y que funcione bajo un marco público y solidario lograremos satisfacer integralmente las necesidades de salud de la población.



Con un Sistema Universal de Salud (SUS) o Servicio Nacional de Salud (SNS), basado en atención primaria: caracterizado por un financiamiento por impuestos generales. Un sistema universal, constituido de financiamiento nacional que distribuye los riesgos, sin discriminaciones por edad, sexo o enfermedades. Que se acompaña de un sistema público robusto (prestadores privados debieran ser solo complementarios y sin fines de lucro).

Las ventajas de un Servicio Nacional de Salud son muy relevantes: al representar el financiamiento más equitativo posible (en el contexto de un sistema impositivo de tipo progresivo) y, por ende, más justo en sus resultados sanitarios. El financiamiento está más protegido frente a los ciclos económicos y efectos en el mercado del trabajo. Orientado por los principios de universalidad, integralidad y equidad, asegura el logro de mejorar la salud para todos/as, con comprensión de un concepto integral de salud-enfermedad-atención-cuidados, dando más factibilidad al fin de la mercantilización de la salud y fin del lucro a partir de recursos públicos. (11)

Un aspecto muy importante de la implementación de un nuevo SNS, es que debiera permitir el diálogo respetuoso de saberes entre la atención de salud alopática y los conocimientos ancestrales y populares, tendiendo a producir sinergia entre éstos. Además, de potenciar la autonomía de los pueblos en la generación de procesos de atención acordes con las dinámicas de las propias localidades, disminuyendo así la dependencia hacia la medicina occidental.

La atención primaria debe ser el pilar fundamental del sistema de salud, en este sentido es fundamental mejorar su financiamiento, ya que hoy existe escasez de personal, de capacidad diagnóstica y terapéutica, entre otros aspectos relacionados con su labor, debido a la falta de presupuesto. De esta forma, debe duplicarse el valor per cápita actual, siendo importante también mejorar la redistribución de recursos desde las comunas ricas hacia las más vulnerables. La gestión de los recursos no puede estar supeditada al criterio de la administración de un/a alcalde/za en particular o de corporaciones municipales, es necesario que los/as funcionarios/as y la comunidad tengan injerencia en la toma de decisiones con respecto al presupuesto y de esta forma evitar que los recursos de salud se mal utilicen o se desvíen hacia otros gastos. Además, se deben reevaluar las actividades de la AP, reformulando la canasta básica, adecuándola a lo que realmente debiera hacerse, es decir, incorporar acciones de prevención y



promoción de salud, así como mejoras a la capacidad resolutive (apoyo diagnóstico y del arsenal farmacológico).

Además, se debe avanzar en la construcción de una política integral de desarrollo de los/as trabajadores/as en AP para mejorar la calidad de la atención que se brinda a la comunidad, fortaleciendo la permanencia de médicos/as y otros funcionarios/as de salud en el primer nivel de atención. Estableciendo un estándar de 1 médico/a por 2.000 personas a cargo con longitudinalidad.

El rol que debe jugar la AP, sobre las políticas sanitarias y sociales es fundamental para lograr la contención de esta crisis epidémica, por medio de una robusta gestión clínica y territorial desde los establecimientos, favoreciendo la respuesta ante la COVID-19, con una estrategia organizada, participativa y eficiente de TTA (Testeo, Trazabilidad y Aislamiento). Debiéndose avanzar en una política que fortalezca la incorporación y permanencia de los/as médicos/as y otros/as trabajadores de salud, estableciendo una perspectiva que asegure la longitudinalidad en la atención.

Por otro lado, la complejidad de los contextos sociales, exacerbados en la situación actual, exige la interrelación de trabajadores y la ciudadanía, que deben contar con mecanismos efectivos de participación vinculante en la toma de decisiones, por medio de una gestión triestamental. Ya que a pesar de las sombrías circunstancias de los últimos meses, la sociedad se encuentra retomando la organización por una nueva constitución, en la perspectiva de garantizar el derecho a la salud, así como los demás derechos sociales universales.

Poniéndose énfasis en que enfrentar los problemas actuales y crónicos del sistema de salud, se requiere una profunda transformación, con una provisión de servicios de calidad en la red asistencial pública, que se oriente desde una perspectiva multisectorial, considerando la determinación social de salud, para resolver de forma integral los problemas de salud de la población. (12)

Estas propuestas van en el camino de terminar con la inaceptable desigualdad en el nivel y calidad de vida, así como con la exclusión social, que golpea a la mayoría de la población. Avanzando hacia un Sistema Nacional de Salud (sin discriminaciones por edad, sexo, enfermedades, condición socioeconómica, entre otras), acompañada de una AP robusta.





## Referencias bibliográficas

1. Informe Epidemiológico COVID-19 N° 148. Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS. Ministerio de Salud. 23-08-2021. [Consultado el 29 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/Informe-Epidemiol%C3%B3gico-148.pdf>
2. Canales A. Impactos del COVID-19 en los niveles y patrones de la mortalidad en Chile. Universidad de Guadalajara. 11/07/2020. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Alejandro\\_Canales/publications](https://www.researchgate.net/profile/Alejandro_Canales/publications). [Consultado el 13 de septiembre de 2020].
3. Durán G., Kremerman M. La pobreza del "modelo" chileno, la insuficiencia de los ingresos del trabajo y pensiones. Fundación SOL. 2018. Disponible en: <http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2018/11/IBV13-2.pdf>). [Consultado el 14 de septiembre de 2020].
4. Fundación SOL. ¿Aguanta usted una cuarentena? Radiografía económica del hogar chileno que se enfrenta al Covid-19. Disponible en: <http://www.fundacionsol.cl/2020/03/aguanta-usted-una-cuarentena-radiografia-economica-del-hogar-chileno-que-se-enfrenta-al-covid-19/> [Consultado el 13 de septiembre de 2020].
5. Bustos, R. La Reforma de la Salud en América Latina: ¿Qué Camino Seguir? (la experiencia chilena). Colegio Médico de Chile; 1998.
6. Salinas, H., Lenz R. Las NO reformas de salud en Latinoamérica, razones que explican su fracaso. Editorial Andros. Santiago de Chile. 1999.
7. Ministerio de Salud. Transición hacia el Modelo de Atención en Redes. Chile. 2003.
8. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral-familiar-comunitario y redes asistenciales. Unidad Modelo de Atención, Departamento de Atención Primaria, División de Gestión de la Red Asistencial. Chile. 2004.
9. Benítez A, Hernando A, Velasco C. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. Puntos de Referencia MR, Edición Digital. N° 491, Centro de Estudios Públicos. 2018.
10. Bass C. Atención Primaria Fuerte, historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile. Número especial de participación en Salud: Cuad Méd Soc. Chile. 2018, 58(3): 137-141).



11. Bass, C. Parada, M. CHILE: Por qué no es lo mismo un Servicio Nacional de Salud que el Seguro Único. Declaración del Grupo de Trabajo CLACSO Salud Internacional y soberanía sanitaria. Red de Sistemas y Políticas de Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES Chile). Disponible en: <https://www.clacso.org/declaracion-del-grupo-de-trabajo-clacso-salud-internacional-y-soberania-sanitaria/> [Consultado el 25 de enero de 2020].

12. Atención primaria y estrategias comunitarias, para salir fortalecidxs de esta crisis. 5 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/163091/atencion-primaria-y-estrategias-comunitarias-para-salir-fortalecidxs> [Consultado el 13 de septiembre de 2020].