

ORGANIZACIÓN Y ESTRATEGIAS DE RESPUESTA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CHILENA EN LA PANDEMIA DE COVID-19

Camila Serrano Garrido¹, Bernardo Navarrete Yáñez².

Recibido: 13 de Mayo 2021 **Aceptado:** 10 de Noviembre 2021

Publicado: 31 de diciembre 2021

RESUMEN

Objetivo: Este trabajo analiza cómo se ha organizado la Atención Primaria de Salud chilena para enfrentar la pandemia COVID-19, a nivel de las prácticas de atención de los establecimientos.

Diseño: Estudio descriptivo realizado entre 14 de junio y 03 de agosto de 2020, en el cual se aplica un cuestionario, para conocer como han organizado la atención en torno a tres ejes: i) manejo de pacientes sospechosos y confirmados, ii) atención de público general, y iii) protección al personal de salud.

Métodos: Se envía cuestionario administrado con preguntas semi-estructuradas a través de formulario electrónico a los 346 municipios de Chile, se recibe de vuelta 172 debidamente completados (50%), los que son tabulados en Excel y posteriormente analizados.

Resultados: Informan detalladamente cambios estructurales en los procedimientos de los establecimientos para diversos fines como aislar a pacientes, filtros en los ingresos para pesquisar posibles casos y estrategias para evitar contacto con población no infectada, priorización de atenciones al interior de los centros, protección de personal de salud y ajustes en modalidades de trabajo en los equipos comunales, entre otros.

Conclusiones: Los cambios en los procedimientos a modos de respuesta involucran no solo los lineamientos desde instancias superiores, sino también los aportes e iniciativas locales, al mismo tiempo han permitido identificar aspectos críticos que requieren mayor atención.

Palabras clave: Pandemia Coronavirus, SARS-CoV-2, COVID-19, Salud Pública Chilena, Atención Primaria de Salud.

¹ **Autor de Correspondencia:** Matrona, Magister en Políticas Públicas. Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Bernardo O'Higgins, Santiago, Chile. mat.cserrano@gmail.com.

² Licenciado en Educación, Doctor en Gobierno y Administración Pública. Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.

ORGANIZATION AND RESPONSE STRATEGIES FOR CHILEAN PRIMARY HEALTH CARE IN THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

Objective: This investigation analyzes how Chilean Primary Health Care has been organized to face the COVID-19 pandemic, at the level of care practices in establishments.

Design: Descriptive study carried out between June 14 and August 3, 2020, in which a questionnaire is applied to find out how care has been organized around three axes: i) management of suspected and confirmed patients, ii) care of general public, and iii) protection of health personnel.

Methods: A questionnaire administered with semi-structured questions is sent through an electronic form to the 346 municipalities of Chile, 172 duly completed are received back (50%), which are tabulated in Excel and subsequently analyzed.

Results: They report in detail structural changes in the procedures of the establishments for various purposes such as isolating patients, filters in the admissions to investigate possible cases and strategies to avoid contact with the uninfected population, prioritization of care within the centers, protection of personnel health and adjustments in work modalities in community teams, among others.

Conclusions: The changes in the procedures to response modes involve not only the guidelines from higher levels, but also the contributions and local initiatives, at the same time they have allowed the identification of critical aspects that require greater attention.

Keywords: Coronavirus Pandemic, SARS-CoV-2, COVID-19, Chilean Public Health, Primary Health Care.

ORGANIZAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE RESPOSTAS PARA OS CUIDADOS DA SAÚDE PRIMÁRIA DOS CHILENOS NA PANDEMIA COVID-19

RESUMO

Objetivo: Este artigo analisa como a Atenção Primária à Saúde chilena se organizou para enfrentar a pandemia de COVID-19, no nível das práticas de atendimento nos estabelecimentos.

Desenho: Estudo descritivo realizado entre 14 de junho e 3 de agosto de 2020, no qual é aplicado um questionário para saber como organizaram o atendimento em torno de três eixos: i) manejo de pacientes suspeitos e confirmados, ii) atendimento ao público em geral e iii) proteção do pessoal de saúde.

Métodos: Um questionário autoaplicável com perguntas semiestruturadas é enviado por meio de formulário eletrônico aos 346 municípios do Chile, 172 devidamente preenchidos (50%) são recebidos de volta, que são tabulados em Excel e posteriormente analisados.

Resultados: Relatam detalhadamente as mudanças estruturais nos procedimentos dos estabelecimentos para diversas finalidades como isolamento de pacientes, filtros nas internações para investigar possíveis casos e estratégias para evitar o contato com a população não infectada, priorização do atendimento dentro dos centros, proteção do pessoal de saúde e ajustes nas modalidades de trabalho em equipes comunitárias, entre outros.

Conclusões: As mudanças nos procedimentos para modos de resposta envolvem não apenas as orientações das instâncias superiores, mas também as contribuições e iniciativas locais, ao mesmo tempo em que permitiram identificar aspectos críticos que requerem maior atenção.

Palavras-chave: Coronavírus Pandemia, SARS-CoV-2, COVID-19, Saúde Pública Chilena, Atenção Primária à Saúde.

INTRODUCCIÓN

La pandemia del COVID-19 es la gran amenaza para la salud pública actual. Corresponde a un nuevo coronavirus altamente contagioso a través de microgotas y contacto cercano¹, reportado por primera vez en Wuhan, China, a fines del año 2019. A la fecha, los casos confirmados corresponden a 266.100.404 personas en el mundo, con una mortalidad de 5.270.446 personas². El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS), apoyada por el comité asesor en el marco del reglamento sanitario internacional, declaró este evento como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). El 11 de marzo la OMS concluyó que el COVID-19 puede considerarse una pandemia. En Chile se decretó alerta sanitaria el 8 de febrero. El 03 de marzo se confirmó el primer caso de COVID-19 y 15 días más tarde se decretó estado de excepción. Hasta la fecha se han confirmado 1.772.547 casos y 38.501 personas fallecidas³.

Frente a la pandemia en Chile la Atención Primaria de Salud (APS) juega un papel muy importante ya que al ser administrada por los municipios corresponde al primer nivel de contacto de los ciudadanos, familias y comunidad con el sistema de salud. La APS se compone principalmente de Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas de Salud Rurales (PSR) y Consultorios de Salud Mental (COSAM). Este sistema ha debido afrontar importantes desafíos, que en este artículo clasificaremos en tres ejes: I) Organizar la atención de casos sospechosos y confirmados, II) Proteger a

sus usuarios habituales de posibles contagios al interior del establecimiento, y III) resguardar la salud de sus propios funcionarios.

Respecto a la atención de casos sospechosos o confirmados, el Ministerio de Salud, entregó tempranamente lineamientos para el aislamiento de pacientes, señalando que se identificará y especificará en cada uno de los establecimientos los lugares que se destinarán para la atención, traslado y espera de casos de sospecha, considerando la necesidad de minimizar el contacto de estos pacientes con otras personas⁴. El Ministerio también encomienda a la Atención Primaria de Salud la responsabilidad del testeo mediante test de PCR a nivel comunitario, delegando también la responsabilidad de la investigación epidemiológica a través de estrategia de trazabilidad y aislamiento⁵ y luego la implementación del Plan Nacional de Vacunación.

Las atenciones habituales de la Atención Primaria, es decir, prestaciones y/o acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación, como lo son las consultas de morbilidad, control prenatal, control de enfermedades crónicas por mencionar algunas, se han visto afectadas por la priorización de problemas respiratorios y de urgencia⁶, por ejemplo, al realizar la comparación entre el periodo comprendido entre enero y junio de los años 2019 con 2020, en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente de Chile, las consultas de morbilidad se redujeron un 33.6%, y los controles un 39.8%⁷. Resulta de máxima relevancia preguntarse ¿Cómo gestionar estas

atenciones, y a la vez proteger a estas personas de contagios dentro de los Centros de Salud? Sectorizar los establecimientos en “zona de atención COVID-19” y zona de atención “general” podría no bastar, ya que es posible que usuarios acudan a su control de salud y se relacionen con el resto de la población ocultando síntomas característicos de infección por SARS-CoV-2 o desconociendo su diagnóstico. La enfermedad puede pasar inadvertida pero aun así ser contagiosa en etapa de incubación (primeros 4 a 6 días) o puede incluso ser asintomática^{8, 9}. Esta transmisión es perfectamente posible en salas de espera, filas de farmacia, contacto con mesones o superficies de box de atención, baños y otros espacios, dadas las características de transmisión de este virus¹⁰⁻¹².

Otro aspecto relevante es la protección del recurso humano. Resulta evidente que los proveedores de servicios de salud se encuentran expuestos debido a su contacto cercano con pacientes y a la posibilidad de relacionarse con quienes se encuentren asintomáticos^{13, 14}. En la pandemia de SARS del periodo 2002-2003, el personal de salud representó el 21% de los infectados¹⁵. Un estudio de más de 72.000 pacientes con COVID-19 por el Centro Chino para el Control de Enfermedades y Prevención de enfermedades, mostró que a principios de febrero 2020 alrededor de 3.000 trabajadores de la salud se habían infectado, representando el 3,8% de todos los casos de COVID-19¹⁶. En Italia, este

grupo representaba el 8% de los casos a principios de marzo 2020, llegando al 10,5% a finales de abril¹⁶. En Chile, un 7,4% del total de casos positivos corresponde al personal de salud, siendo enfermería, medicina y profesiones auxiliares las tres actividades que acumulan un mayor número de casos (80.3% de los casos notificados)¹⁷. El Ministerio de Salud ha instruido algunas medidas para su resguardo, basadas en equipos de protección personal, indicando protocolos para su uso correcto durante la atención de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y su racionalización^{18, 19} pero, a pesar de tomar las medidas, el riesgo existe¹⁴. La disponibilidad de personal es fundamental para el manejo de la pandemia, este es el recurso más valioso y ellos podrían estar al máximo de sus capacidades durante largo tiempo.

Hasta el momento no se encuentra en la literatura información sobre la organización local de las comunas del país en el marco de la pandemia COVID-19, y esto es relevante dado que la Atención Primaria depende de la administración municipal. El problema que busca resolver esta investigación es ¿Cómo se organiza la Atención Primaria de Salud chilena para enfrentar la pandemia COVID-19 en torno a tres ejes: I) manejo de pacientes sospechosos y confirmados, II) atención de público general, y III) protección al personal de salud, en el periodo de marzo a agosto 2020?

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con el objetivo de conocer la organización y estrategias de respuesta de la Atención Primaria de Salud chilena para enfrentar la pandemia COVID-19, a nivel de las prácticas de atención de los establecimientos, según tres ejes: I) manejo de pacientes sospechosos y confirmados COVID-19, II) atención de público general, y III) protección al personal de salud.

Para cumplir con dicho objetivo se preparó un instrumento para la recolección de los datos, que consistió en un cuestionario con preguntas semiestructuradas dividido en tres ítems: I) manejo de pacientes COVID confirmados y sospechosos, II) atención de público general, y III) medidas adoptadas para prevenir contagios hacia el personal de salud. Ya que no se encontró en la literatura una investigación similar y nos encontramos frente a una pandemia sin precedentes, el instrumento fue creado por los autores, sin pasar por otras pruebas. En cada ítem se consultó por las medidas adoptadas para hacer frente al eje estudiado y se enlistaron acciones que podían ser seleccionadas. En el eje “manejo de pacientes COVID confirmados y sospechosos” se ofrecieron seis opciones, en el eje “atención de público general” se presentaron 12 opciones, y en el eje “Protección al personal de salud” seis opciones. En cada eje se pedía marcar todas las medidas implementadas, y se entregaba la opción de añadir “otras”. En el eje “atención de público general” se solicitó además seleccionar la modalidad de atención implementada para el otorgamiento de diez prestaciones de la cartera habitual de

servicios de la Atención Primaria, permitiendo elegir entre modalidad presencial, remota, domiciliaria o prestación suspendida. Era posible elegir más de una opción.

Para la invitación a participar en dicho estudio, se envió el cuestionario a los municipios de las 346 comunas que componen el territorio chileno, a través de portal web, solicitando responder completamente y devolver vía correo electrónico. El periodo de recolección de instrumentos se limitó entre junio y agosto 2020, en este periodo se recibió respuesta de 197 comunas, de ellas se excluyeron 20 por no contar con Centros de Salud Familiar en la comuna, 4 por responder en un formato distinto al solicitado y 4 por dejar al menos 1 ítem completo sin contestar. Finalmente, la muestra se constituyó de 169 comunas, equivalente a un 48.84% del total nacional, quedando todas las regiones representadas. Las comunas evaluadas se detallan en la Figura 1. La mayoría de los cuestionarios fueron contestados por Director/a de Departamento de Salud Municipal o por Jefe de área de Salud de la Corporación Municipal (103 cuestionarios) según corresponda a Departamento o Corporación, un porcentaje menor por Directores/as de Centros de Salud Familiar (19 cuestionarios), y en 47 comunas no se especificó quien elaboró la respuesta.

Para el procesamiento de los datos, dichas encuestas fueron numeradas y cada una de sus preguntas y respectivas alternativas de respuesta fueron codificadas, luego fueron llevadas a una planilla Excel para su limpieza y depuración, y posteriormente transferidas a través del programa Transfer

10.0 a un software estadístico Stata 11.0 para su respectivo análisis.

Figura 1.

Comunas que responden instrumento, según distribución regional



REGION	COMUNAS
Arica	General Lagos
Tarapacá	Alto Hospicio - Iquique - Camiña - Pica
Antofagasta	Sierra Gorda - San Pedro de Atacama - Ollague
Atacama	Chañaral - Freirina - Tierra Amarilla
Coquimbo	Canela - Combarbalá - Coquimbo - La Higuera - La Serena - Los Vilos - Monte Patria - Pailhuano - Río Hurtado - Salamanca - Vicuña
Valparaíso	Algarrobo - Cartagena - Catemu - El Tabo - Hijuelas - Juan Fernandez - La Cruz - Los Andes - Nogales - Olmué - Panquehue - Papudo - Petorca - Puchuncavi - Quillota - Quilpué - San Antonio - San Esteban - San Felipe - Santo Domingo - Villa Alemana - Zapallar
Metropolitana	Alhué - Calera de Tango - La Cisterna - La Florida, La Pintana - Las Condes - Lo Espejo - Maipú-Nuñoa - Padre Hurtado - Paine - Pedro Aguirre Cerda - Peñaflores - Providencia - Quinta Normal - Recoleta - San Bernardo - San Pedro - San Ramón-Santiago - Vitacura
O'Higgins	Coltauco - Doñihue - La Estrella - Litueche - Lolol - Machali - Malloa - Marchigüe - Nancagua - Navidad - Peralillo - Pumanque - Rancagua - Santa Cruz - San Vicente de Tagua Tagua
Maule	Cauquenes - Colbún - Constitución - Curicó - Empedrado - Hualañé - Licantén - Longavi - Molina - Parral - Pelluhue - Penciahue - Sagrada Familia - San Javier - San Rafael - Teno - Yerbabuena
Bío-Bío	Antuco - Arauco - Cabrero - Concepción - Contulmo - Coronel - Hualpén - Hualqui - Laja - Los Alamos - Los Angeles - Negrete - Penco - Quillico - San Pedro De La Paz - San Rosendo - Santa Juana - Talcahuano - Tirúa - Tome - Yumbel
Ñuble	Bulnes - Chillán - Cobquecura - Coihueco - El Carmen - Niquén - Pemuco - Portezuelo - Ránquil - San Carlos - San Fabián - San Ignacio - San Nicolás - Trehuaco
La Araucanía	Angol - Cholchol - Collipulli - Cunco - Curacautín - Curarrehue - Gorbea - Lautaro - Loncoche - Nueva Imperial - Padre Las Casas - Pitrufquén - Purén - Saavedra - Temuco - Villarrica
Los Ríos	Futrono - Lanco - Máfil - Mariquina - Paillaco - Panguipulli - Valdivia
Los Lagos	Castro - Chaitén - Cochamó - Fresia - Los Muermos - Puerto Octay - Puyehue - Quemchi - San Pablo
Aysén	Guaitecas
Magallanes	Laguna Blanca - Río Verde - San Gregorio - Timaukel

Fuente: Elaboración Propia. Imagen obtenida de la herramienta en línea. mapinseconds.com.

RESULTADOS

Se presentarán los resultados clasificados en tres ejes de organización de la Atención Primaria de Salud chilena para enfrentar la pandemia COVID-19, a nivel de las prácticas de atención de los establecimientos: I) manejo de pacientes sospechosos y confirmados, II) atención de público general, y III) protección al personal de salud.

Ítem I: manejo de pacientes sospechosos y confirmados de COVID-19:

Se solicitó a las comunas seleccionar de un listado todas las estrategias que han implementado para la atención de casos sospechosos o confirmados COVID en los Centros de Salud. Las respuestas se pueden observar en la tabla 1.

Tabla 1: Estrategias implementadas para la atención de casos sospechosos o confirmados COVID-19.

Estrategia	Número de comunas que implementaron esta estrategia (%)	Número de comunas que no implementaron esta estrategia (%)
Se destinó un Centro de Atención exclusivo para atención de COVID.	40 (23.7%)	129 (76.3%)
Se sectorizó dentro de los mismos Cefam o Cecosf un área exclusiva para estas atenciones, aislada del resto.	158 (93.5%)	11 (6.5)
Se destinó personal que se dedique exclusivamente a estas atenciones.	144 (85.2%)	25 (14.8%)
Se habilitó línea telefónica para consultas COVID y se masificó su uso.	119 (70.4%)	50 (29.6%)
Se implementó consultas por videollamada para casos sospechosos.	41 (24.3%)	128 (75.7%)
Los pacientes COVID positivos en periodo de cuarentena son monitoreados regularmente por el Cefam.	158 (93.5%)	11 (6.5%)

Fuente: Elaboración propia.

Se entregó la opción voluntaria de añadir medidas implementadas bajo un apartado “otras”, allí se señalaron: Contratación de

personal exclusivo para atenciones COVID, toma de examen PCR en domicilio, seguimiento telefónico o a

través de red social whatsapp a pacientes en cuarentena, visitas domiciliarias a casos confirmados, apertura de Centros de atención respiratoria que funcionan las 24 horas, estrategia CEAR (Centro Estratégico de Atención Respiratoria) que busca dar resolutivez a la red primaria, albergues sanitarios comunales, apoyo psicológico y apoyo social a casos confirmados para facilitar el cumplimiento de las cuarentenas (útiles de aseo, cajas de mercadería, entre otras).

Ítem II: atención de público general.

Se solicitó a las comunas seleccionar de un listado todas las estrategias que han implementado para la atención de público general que asiste a los Centros de Salud de Atención Primaria por consultas de la cartera de prestaciones habitual (No COVID), entendiéndose que recibir las prestaciones es importante, pero que su concurrencia presencial los expone al riesgo potencial de contagio al interior de los establecimientos. Las respuestas se pueden observar en la tabla 2.

Tabla 2: Estrategias implementadas para la atención de público general.

Estrategia	Número de comunas que implementaron esta estrategia (%)	Número de comunas que no implementaron esta estrategia (%)
Se implementó túnel sanitizador o similar en la entrada del establecimiento.	54 (32%)	115 (68%)
Se implementó el control de temperatura rutinario antes de ingresar al Cefam.	154 (91.1%)	15 (8.9%)
Se implementó encuesta o similar, en el punto de entrada para descartar síntomas de sospecha Covid: fiebre, tos, fatiga, anorexia, anosmia, producción de esputos, mialgias.	130 (76.9%)	39 (23.1%)
Obligatoriedad de todos los usuarios de usar mascarillas o cubierta facial de tela sobre boca y nariz.	169 (100%)	0 (0%)
Prohibición o restricción de ingreso de acompañantes.	134 (79.3%)	35 (20.7%)
Atención en espacio diferenciado, separado de atenciones por sospecha COVID.	163 (96.4%)	6 (3.6%)
Salas de espera con sillas separadas a mínimo un metro de distancia.	157 (92.9%)	12 (7.1%)
Resguardo de distanciamiento entre pacientes en filas que se pudieran hacer, ya sea con señalética o con control por personal.	157 (92.9%)	12 (7.1%)
Cuenta con dispensadores de alcohol gel dentro de las instalaciones disponibles para pacientes.	148 (87.6%)	21 (12.4%)
Controles por medios remotos para evitar asistencia a Cefam.	155 (91.7%)	14 (8.3%)
Controles en domicilio.	158 (93.5%)	11 (6,5%)
Desinfección de lugar de atención después de la atención de cada paciente.	156 (92.3%)	13 (7.7%)

Fuente: Elaboración propia.

En la opción voluntaria de señalar “otras” se menciona: Habilitación de call center con el objetivo de solicitar horas vía telefónica y no presencial, habilitación de línea exclusiva para consultas de salud general que orienta y evita a los pacientes acudir a centros de salud, sanitización de calzados al ingreso de los establecimientos de salud, sanitización periódica de los box de atención, y cambios en la modalidad de atención pasando de atenciones que eran 100% presenciales a remotas y domiciliarias priorizando grupos de mayor riesgo. Destaca la estrategia de entregar medicamentos de pacientes crónicos en domicilio y lo mismo para la alimentación complementaria para la niñez y adultez mayor.

A continuación, siguiendo en el mismo eje, se consultó por la modalidad de atención que se ha adoptado para realizar algunas actividades de salud seleccionadas. Estas prestaciones son habitualmente presenciales, pero la pandemia ha motivado la adaptación de ellas,

cambiando a consultas por medios remotos, consultas en domicilio, combinaciones de ellas o incluso suspender algunas acciones. Esto se presenta en la tabla 3.

Ítem III: Protección al personal de salud

Se solicitó a las comunas seleccionar de un listado todas las estrategias que han implementado para la protección del personal de salud de posibles contagios de COVID-19. Las respuestas se pueden observar en la tabla 4.

En la opción “otras” se menciona la implementación de paneles acrílicos en los mesones de algunas áreas de los centros de salud, tales como SOME, farmacia, ventanillas, cuyo fin es actuar como una barrera entre usuarios y funcionarios, buscando proteger a estos últimos. Se menciona también la contratación de prevenciónista de riesgo, cuyo objetivo es supervisar las acciones del personal detectando y corrigiendo conductas riesgosas.

Tabla 3: Modalidad adoptada para dar respuesta a prestaciones de salud seleccionadas.

Prestación	Número de comunas que adoptan la modalidad señalada									
	Presencial (a)	Remota (b)	Domiciliaria (c)	a+b	a+c	b+c	a+b+c	Prestación suspendida	No tiene pacientes de esta prestación	No responde
Control prenatal	52	3	14	20	29	4	43	1	2	1
Control de regulación de fecundidad	54	28	6	35	18	1	10	13***	0	4
Control de salud de niño sano	41	6	15	21	42	8	32	2	0	2
Control Programa Salud Cardiovascular	6	16	10	35	20	23	49	7	0	3

Continuación tabla 3

Consulta de Urgencia Odontológica	135	0	0	16	6	2	7	2	0	1
Atención de Salud Mental	3	40	1	48	5	17	45	2	2	6
Consultas sociales	12	47	8	26	10	24	36	3	1	2
Entrega de Programa Nacional de Alimentación Complementaria	17	0	21	3	120*	1	5	0	0	2
Farmacia	7	1	14	3	132**	1	11	0	0	0
Talleres grupales	0	30	1	0	0	0	0	132	0	6

*22 comunas añaden información, especificando que entregan alimentos a domicilio a adultos mayores.

**20 comunas añaden información, especificando que entregan fármacos a domicilio a adultos mayores.

***11 comunas añaden información, especificando que entregan receta para retirar el método anticonceptivo, sin realizar control.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4: Medidas adoptadas para prevenir contagios hacia el personal de salud.

Estrategia	Número de comunas que implementaron esta estrategia (%)	Número de comunas que no implementaron esta estrategia (%)
Examen diagnóstico COVID periódico para funcionarios.	44 (26%)	125 (74%)
Control de temperatura diariamente a funcionarios.	130 (76.9%)	39 (23.1%)
Enviar a casa personal febril o con otros síntomas.	153 (90.5%)	16 (9.5%)
Se realiza turnos entre los funcionarios, pensando en evitar contagios entre colegas.	160 (94.7%)	9 (5.3%)
El personal de salud recibió capacitación o actualización en uso de EPP.	167 (98.8%)	2 (1.2%)
Dispone de equipos de protección personal.	169 (100%)	0 (0%)

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

La pandemia COVID-19 ha forzado cambios tanto estructurales, como de modalidad de atención.

Con un 48.8% de las comunas del país representadas en la muestra, podemos decir que desde el punto de vista de manejo de pacientes sospechosos y confirmados de COVID-19 las comunas han debido adaptarse drásticamente realizando importantes cambios estructurales, tales como sectorizar dentro de los mismos Cesfam o Cecosf un área exclusiva para estas atenciones respiratorias aislada del resto o incluso, destinar un Centro de Atención exclusivo para atención de COVID (23.7% de las comunas), esta medida, es favorable para minimizar el riesgo de contagio hacia pacientes sanos, aunque implica un desmedro para el resto de las atenciones que deben redirigirse hacia otros centros. La reestructuración de los espacios físicos, va en la línea de las recomendaciones realizadas por importantes organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC)^{11, 20}. Otra acción asumida por los Centros de Salud es monitorear regularmente a pacientes en periodo de cuarentena. En este estudio no se pidió aclarar con qué frecuencia ni a través de qué vía se realiza este monitoreo. En esta línea, una investigación realizada en Malta demuestra que a través de modalidad telemedicina se puede hacer un monitoreo efectivo, logrando los objetivos de garantizar una atención médica óptima de los pacientes infectados, y de aliviar la carga al nivel terciario de salud, sin el riesgo del contacto presencial y sin

aumento de la morbimortalidad relacionada con las decisiones médicas por esta vía²¹. Aplicaciones de telemedicina que incluyen telemonitorización (señales o síntomas enviados electrónicamente del paciente al proveedor en otra ubicación) se han visto también catalizadas con la pandemia²². Otra medida adoptada en la Atención Primaria (70% de las comunas) ha sido habilitar línea telefónica para consultas COVID, medida en que nuevamente la tecnología funciona como aliada. Es importante resaltar que la implementación de estas nuevas estrategias, así como la atención clínica y administrativa de usuarios sospechosos y diagnosticados de COVID-19 requiere una considerable dotación de recurso humano, implicando desvíos desde otras prestaciones de la oferta habitual de la atención primaria que pueden verse perjudicadas ante la prioridad de la nueva enfermedad, o un esfuerzo económico por contratar personal adicional para enfrentarla. El personal de salud no sólo asume estas nuevas funciones, sino que se agrega la complejidad de que se destina recurso humano exclusivo para ello (85.2% de las comunas).

La atención de público general, que asiste a la Atención Primaria a recibir prestaciones habituales, tales como controles de ciclo vital, consultas de morbilidad, actividades preventivas o promocionales, ha sido considerablemente transformada, y también reducida⁷. Dentro de los cambios estructurales, como ya se ha mencionado estas consultas se realizan en espacios físicos distintos a las atenciones respiratorias, dentro de ellos además se resguarda el distanciamiento

entre usuarios tanto en filas, como en sillas de salas de espera. Además después de cada atención se realiza desinfección del lugar de atención. Los usuarios han debido someterse a filtros y exigencias a su llegada y durante su permanencia en los centros de salud: en el punto de entrada a los establecimientos se aplica una encuesta o similar para descartar sintomatología sospechosa de COVID-19 y controlan su temperatura antes de ingresar. En el 32% de las comunas se implementó túnel sanitizador, u otra medida similar al ingreso. Es importante constatar que algunas medidas tales como la detección de fiebre y el cribado de síntomas ha demostrado ser relativamente ineficaz para identificar a todas las personas infectadas¹¹, no obstante, en complemento con el resto de intervenciones realizadas, sin duda constituyen un aporte para limitar la introducción de SARS-CoV-2 en entornos de atención médica. Se establece la obligatoriedad de usar mascarilla sobre boca y nariz y se prohíbe o restringe el ingreso de acompañantes para limitar el aforo. En las instalaciones de los Centros de salud se han instalado dispensadores de alcohol gel para el público. Todos estos esfuerzos, buscan mantener este espacio libre de SARS-CoV-2, evitando la transmisión intradependencias.

Es muy interesante analizar la modalidad de atención que han implementado las comunas, donde prestaciones que se entregan habitualmente presencial se han adaptado para ser entregadas a domicilio, por vía remota, o a través de una combinación de ellas como se puede apreciar en tabla 3. Con “medios remotos” hacemos referencia a telesalud, esta involucra la entrega de servicios usando las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs)²³, en este trabajo no

pedimos aclarar que vía se utilizó: llamada telefónica, videollamada, correo electrónico, mensaje de texto, asistente de chat, softwares específicos de telemedicina, u otros. La consulta de urgencia odontológica se mantuvo principalmente presencial. Dos actividades que se trasladaron fuertemente a domicilio son la entrega de medicamentos, y la entrega de alimentos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, especialmente dirigidas a adultos mayores. Las consultas de salud mental se mantuvieron exclusivamente por vía presencial sólo en tres de las comunas estudiadas, cuarenta comunas adoptaron 100% la telemedicina para esta prestación y una comuna escogió la modalidad domiciliaria; la mayoría de las comunas realizaron estas consultas combinando la presencialidad con telemedicina o atención domiciliaria, o con las dos. Respecto a la Salud Sexual y Reproductiva ha surgido preocupación por la disminución en el número de atenciones otorgadas. La Corporación Miles Chile elaboró un informe en que señala que el número de atenciones realizadas ha disminuido un 51% comparando los periodos de enero a junio de 2019 y 2020, y señala que un 44% de las personas que respondieron una encuesta implementada por ellos señala que tuvieron alguna dificultad para acceder a este servicio, siendo el acceso a métodos anticonceptivos el de más difícil acceso, seguidos por examen de Papanicolaou, examen de VIH y consultas de infecciones de transmisión sexual²⁴. En nuestro estudio 13 comunas señalan haber suspendido los controles de regulación de fertilidad, pero 11 de ellas aclaran que continúan realizando las recetas y por ende entregando los métodos anticonceptivos. A nivel nacional la red pública habría

dejado de realizar 216.972 papanicolaou, se estima que por ende no estarían siendo identificadas 4.339 citologías atípicas⁷. En el caso de control prenatal el 30,8% de las comunas continúa realizando la atención 100% presencial, y la gran mayoría ha combinado esta modalidad con telemedicina, atención domiciliaria o ambas (54,4%). Un estudio realizado en Puducherry, India, concluye que un impacto de la pandemia COVID-19 fue que dos de cada cinco mujeres embarazadas no completaron el número ideal de visitas prenatales y desarrollaron problemas de salud durante el periodo de encierro domiciliario impulsado por el país²⁵. Respecto a los controles de patologías crónicas cardiovasculares, 7 de cada 10 pacientes suspendieron sus controles por la pandemia, siendo las razones el temor al contagio y la cancelación de citas²⁶. Esto causa gran preocupación ya que las enfermedades cardiovasculares corresponden a la segunda causa de muerte en el país²⁷. Compensar a los pacientes requerirá un intenso trabajo posterior. Una opción para ofrecer accesibilidad y mantener la continuidad de estos controles y tratamientos es la telemedicina, restringiendo la presencialidad fundamentalmente para la realización de exámenes. En este estudio se evidencia que sólo el 3,6% de las comunas consultadas manifiestan realizar esta prestación exclusivamente presencial, un 9,5% sólo remota, un 5,9% sólo domiciliaria, la mayoría de ellas realiza una combinación entre ellas. Por otro lado, los talleres grupales, se han suspendido en el 78% de las comunas, lo que es lógicamente un retroceso para el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria que se ha estado implementando, al menos en su ámbito de

integralidad que incluye promoción y prevención. El 17,8% de las comunas ha implementado esta actividad por vía remota.

Este estudio evidencia que la telesalud se ha potenciado en esta pandemia, y eso es coherente con lo que está sucediendo en otras partes del mundo^{28, 29}, los proveedores de servicios comerciales de telemedicina informan picks explosivos de demanda, donde incluso algunos han obtenido el equivalente a un año de tráfico en un mes³⁰. La modalidad remota ofrece la solución para mantener la continuidad de los controles de salud, evitando la asistencia a los establecimientos médicos con el riesgo asociado de contagio. Entre otras ventajas destaca ser un aporte en la reducción de desigualdades por accesibilidad, facilita la continuidad y evita traslados, mientras que como desventajas surge la preocupación por la privacidad y confidencialidad en la relación médico-paciente, el bajo acceso a las TICs en población más desfavorecida o adulta mayor, y requiere un cambio en la cultura de trabajo de los profesionales³¹.

El tercer eje que se explora en este trabajo es cómo se protege al personal de salud de eventuales contagios de coronavirus en el ejercicio de sus funciones y se puede observar en tabla 4. La estrategia central ha sido el uso de equipos de protección personal (100% de las comunas) y la capacitación o actualización en su uso (98.8% de las comunas). El 94.7% de las comunas implementó sistema de turnos para rotar al personal. Al tomar esta medida, por un lado, se protege al personal disminuyendo el tiempo de exposición, y por otro evita que, al contagiarse un funcionario, se generen contactos estrechos y por lo tanto ausentismo laboral en tal cantidad, que no exista recurso

humano suficiente para entregar determinadas prestaciones. No se consultó si durante el periodo no presencial los funcionarios gozaban de días de descanso o asumían modalidad de trabajo a distancia. Esta opción surge como una buena alternativa en contexto de pandemia, ya que mantiene la entrega de prestaciones desde casa del personal, aunque para su éxito se requiere que los profesionales tengan acceso remoto

confiable a los registros clínicos a través de un sistema electrónico, y la falta de dicho acceso representa un obstáculo que debe superarse antes de que la telemedicina pueda superarse de manera más amplia y consistente²³. Algunas comunas realizan chequeos periódicos dirigidos al personal de salud, en 76,6% de ellas controlan diariamente la temperatura y en 26% realizan examen PCR periódico.

CONCLUSIONES

Existe consenso en la literatura al afirmar que, desde el inicio de la pandemia de COVID-19, la Atención Primaria de Salud ha sido la primera línea de defensa³² reflejándose aquello en un aumento de intensidad y tiempo de trabajo de sus equipos profesionales³³, más aún cuando una atención primaria fuerte se asocia con una mejor salud de la población³⁴ y disminuye la sobredemanda de los niveles secundario y terciario. La atención habitual ha debido ser completamente adaptada. Este estudio ha descrito la organización de la APS desde tres ejes de acción que pueden ser analizados separadamente pero que se relacionan entre sí, los cuales son el manejo de pacientes sospechosos y confirmados, atención de público general, y protección al personal de salud.

El valor de este estudio radica en ser inédito en presentar la realidad local en los centros de atención primaria chilena, con una muestra importante de las comunas del país y con todas las regiones representadas. Es un estudio meramente descriptivo, que revela importantes esfuerzos de adaptación para hacer frente a la pandemia de COVID-19. Desde acá se desprenden temas interesantes para futuros análisis, tales como la efectividad de las medidas adoptadas, el impacto de la pandemia en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, y la satisfacción profesional y usuaria por la atención a través de telemedicina.

Finalmente, los aspectos revelados por este estudio constituyen un avance a la mejor comprensión de los sistemas de atención primaria en camino a perfeccionar su organización en el país.

Conflictos de interés

No se han declarado conflictos de interés por los autores

Fuentes de financiamiento

La presente investigación es parte de Proyecto DICYT N° 031852NY: “Cómo se formulan e implementan las políticas públicas locales en Chile” de la Dirección de Investigación Científica y Tecnológica de la Vicerrectoría de Investigación, Desarrollo e Innovación, Universidad de Santiago de Chile, y recibe financiamiento de esta entidad.

REFERENCIAS

1. Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *Int J Antimicrob Agents*. 2020;55(6):105948.
2. COVID live update: 266,100,404 cases and 5,270,911 deaths from the Coronavirus - worldometer [Internet]. Worldometers.info. [citado el 05 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
3. MINSAL. Reporte Diario COVID-19 5-12-2021 [Internet]. 2021 Diciembre. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Comunicado-Reporte-Covid-05.12.2021.pdf>
4. MINSAL. Actualización de alerta y refuerzo de vigilancia epidemiológica ante brote de 2019-nCoV [Internet]. 2020 Enero. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/Ord.-N%C2%BA-276-Actualizaci%C3%B3n-de-alerta-y-refuerzo-de-vigilancia-epidemiol%C3%B3gica-ante-brote-de-2019-nCoV..pdf>
5. MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública. Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento [Internet]. 2020 Julio. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Estrategia-Testeo-Trazabilidad-y-Aislamiento.pdf>
6. Gois-Santos VT de, Santos VS, Souza CDF de, Tavares CSS, Gurgel RQ, Martins-Filho PR. Primary Health Care in Brasil in the times of COVID-19: changes, challenges and perspectives. *Rev Assoc Med Bras*. 2020;66(7):876–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.876>.
7. Colegio Médico de Chile, Grupo de Reactivación sanitaria. El impacto de COVID19 en el sistema de salud y propuestas para la reactivación. 2020 Agosto.
8. Ye F, Xu S, Rong Z, Xu R, Liu X, Deng P, et al. Delivery of infection from asymptomatic carriers of COVID-19 in a familial cluster. *Int J Infect Dis*. 2020; 94:133–8.
9. Park M, Cook AR, Lim JT, Sun Y, Dickens BL. A systematic review of COVID-19 epidemiology based on current evidence. *J Clin Med*. 2020;9(4):967.

10. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020;579(7798):270–3.
11. CDC. COVID-19 and Your Health [Internet]. Cdc.gov. 2021 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>
12. Xiao S, Li Y, Wong T-W, Hui DSC. Role of fomites in SARS transmission during the largest hospital outbreak in Hong Kong. *PLoS One*. 2017;12(7):e0181558.
13. Ağalar C, Öztürk Engin D. Protective measures for COVID-19 for healthcare providers and laboratory personnel. *Turk J Med Sci*. 2020;50(SI-1):578–84.
14. Délano P. Coronavirus y personal de la salud. *Rev otorrinolaringol cir cabeza cuello*. 2020;80(1):7–7.
15. World Health Organization. Resumen de casos probables de SRAS con inicio de la enfermedad entre el 1 de noviembre de 2002 y el 31 de julio de 2003 [Internet]. [citado el 04 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/
16. Kursumovic E, Lennane S, Cook TM. Deaths in healthcare workers due to COVID-19: the need for robust data and analysis. *Anaesthesia*. 2020;75(8):989–92.
17. Ministerio de Salud de Chile. Características del personal de salud confirmados y probables de COVID-19. 2021 enero.
18. MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Protocolo de referencia para correcto uso de equipo de protección personal en pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 [Internet]. 2020 Marzo. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/PROTOCOLO-DE-USO-DE-EQUIPOS-DE-PROTECCION-PERSONAL-EN-LA-PREVENCIÓN-DE-TRANSMISIÓN-DE-COVID19-versión-24-03-2020-corregido-última.pdf>
19. MINSAL. Circular C37 n°04: Actualización de Alerta y Refuerzo de vigilancia epidemiológica [Internet]. 2020 Abril. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/CIRCULAR-04-SUBSECRETARIA-DE-REDES-ASISTENCIALES.pdf>
20. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. Role of primary care in the COVID-19 response. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2020.
21. Cassar MR, Borg D, Camilleri L, Schembri A, Anastasi EA, Buhagiar K, et al. A novel use of telemedicine during the COVID-19 pandemic. *Int J Infect Dis*. 2021;103:182–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2020.11.170>
22. Clement KD, Zimmermann EF, Bhatt NR, Light A, Gao C, Kulkarni M, et al. Communication tools in the COVID-19 era and beyond which can optimise professional practice and patient care. *BMJ Innov*. 2021;7(1):217–23.

- Disponibile en:
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjinnov-2020-000465>
23. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [citada el 05 de diciembre, 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=9684:telehealth&Itemid=193&lang=es
 24. Corporación Miles. Acceso a Salud Sexual y Reproductiva durante la pandemia. 2020.
 25. Ulaganeethi R, Dorairajan G, Ramaswamy G, Thekkur P, Olickal JJ, Rajkumari N, et al. "I was scared I will end up in another abortion": a mixed-methods study assessing the impact of COVID-19 pandemic and lockdown on the antenatal care of pregnant women in Puducherry, South India. *Fam Pract*.
 26. Latorre R. Siete de cada 10 enfermos crónicos suspendieron sus controles por la pandemia. *La Tercera* [Internet]. 2020 Octubre 7; Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/siete-de-cada-10-enfermos-cronicos-suspendieron-sus-controles-por-la-pandemia/ATTIUNC7MJFL5GFZWPYICSEKOM/>
 27. Martínez-Sanguinetti MA, Leiva-Ordoñez AM, Petermann-Rocha F, Celis-Morales C. ¿Cómo ha cambiado el perfil epidemiológico en Chile en los últimos 10 años? *Rev Med Chil*. 2021;149(1):149–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000100149>
 28. Mann DM, Chen J, Chunara R, Testa PA, Nov O. COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field. *J Am Med Inform Assoc*. 2020;27(7):1132–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/jamia/ocaa072>
 29. Carvalho CRR, Scudeller PG, Rabello G, Gutierrez MA, Jatene FB. Use of telemedicine to combat the COVID-19 pandemic in Brazil. *Clinics (Sao Paulo)*. 2020;75:e2217. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2020/e2217>
 30. Finnegan M, editor. Telehealth booms amid COVID-19 crisis; virtual care is here to stay. *Computerworld*; 2020. Disponible en: <https://www.computerworld.com/article/3540315/telehealth-booms-amid-covid-19-crisis-virtual-care-is-here-to-stay.html>
 31. Prados Castillejo JA. Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. *Aten Primaria* [Internet]. 2013;45(3):129–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.07.006>
 32. Krist AH, DeVoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Redesigning primary care to address the COVID-19 pandemic in the midst of the pandemic. *Ann Fam Med*. 2020;18(4):349–54.
 33. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*. 2020;323(21):2133–4.

34. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831–65.