



**COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.**

Reconocimiento, recursos y atribuciones para la Atención Primaria de Salud como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia COVID-19

10 de junio de 2020

Coordinadores

Soledad Barría Directora Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar - Universidad de Chile	Jonathan Troncoso Médico de Familia P. Universidad Católica de Chile Colegio Médico de Chile
--	--

Grupo de Trabajo

Ingrid Kremser

Presidenta Agrupación de Médicos de Atención Primaria
Colegio Médico de Chile

Alejandro Escobar

Director de Salud
Corporación Municipal de Valparaíso

Javier Errázuriz

Director de Proyectos
Municipalidad de Renca

Pablo Saldivia

Referente Técnico Salud
Corporación Municipal de Antofagasta

César Durán

Director de Salud
Departamento de Salud - Municipalidad de Paillaco

Ana María Moreno

Directora
Departamento de Salud - Municipalidad de Independencia

Carolina Reyes

Médica de Familia
Departamento de Humanidades Médicas y Medicina Familiar - Universidad de Valparaíso

Marcela Traub

Médica de Familia
Universidad Austral de Chile

Lila Vergara

Académica Departamento de Ciencias Médicas
Universidad de Antofagasta

Camilo Erazo

Gerente General
Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud

Organizaciones participantes

<p>Municipalidades</p> <p>I.Municipalidad de Valparaíso I.Municipalidad Independencia I.Municipalidad Renca I.Municipalidad Paillaco I.Municipalidad Antofagasta Asociación de Municipalidades con Alcaldes Mapuches (ANCAM)</p> <p>Agrupaciones de trabajadores</p> <p>Confederación Nacional de Funcionarios y Funcionarias de Salud Municipal (CONFUSAM) Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria</p> <p>Agrupaciones de organizaciones, comunidad y pacientes</p> <p>Asociación Nacional de Consejos de Salud Alianza Chilena de Agrupaciones de Pacientes Federación de Enfermedades Poco Frecuentes (FENPOF-Chile) Asociación Chilena de Agrupaciones Oncológicas (ACHAGO)</p>	<p>Colegios profesionales</p> <p>Colegio Médico de Chile Colegio de Nutricionistas de Chile Colegio de Psicólogos de Chile Colegio de Matronas y Matrones de Chile Colegio de Trabajadores Sociales de Chile Colegio de Fonoaudiólogos de Chile Colegio de Terapeutas ocupacionales Colegio de Químico-Farmacéuticos Colegio de Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Chile</p> <p>Sociedades Médicas</p> <p>Sociedad Chilena de Medicina Familiar</p> <p>Otros</p> <p>Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS)</p>
--	--

Revisores y agradecimientos

Rosa Vergara -Pdta ANCOSALUD, Asociación Nacional Consejos de Salud
M. Eugenia Jaramillo - VicePdta ANCOSALUD, Asociación Nacional Consejos de Salud
Mauricio Araya - Departamento de Salud Independencia
Wilma Hidalgo - Departamento de Salud Huechuraba
Sergio Rojas - Departamento de Salud Huechuraba
Maria Angélica Contreras - Hospital Roberto del Río
Pamela Eguiguren – ESP U. de Chile
Soledad Martínez - ESP U. de Chile
Valeria Díaz - Escuela Enfermería, U de Chile
Matías Goyenechea - Escuela de Tecnología Médica, U. de Chile
Macarena Moral - Comuna PAC y Dpto AP y Salud Familiar UChile
Viviana Ulloa - Dpto AP y Salud Familiar UChile
Francisca Toro - Comuna PAC, Dpto AP y Salud Familiar UChile
Alicia Arias-Schreiber - Centro Cristo Vive, Dpto AP y Salud Familiar UChile

A todas y todos las y los trabajadores de la Atención Primaria que desde el día uno de la pandemia han estado brindando cuidados a las personas, sus familias y comunidades.

Resumen ejecutivo

La Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia que busca incrementar el bienestar, calidad de vida y salud, de y con las comunidades, brindando atención a lo largo del curso de vida de las personas, familias y comunidades de manera integral, continua y centrada en sus necesidades (1–3). Constituye la base y puerta de entrada a nuestro sistema de salud, encontrándose presente en todo el territorio nacional, independientemente si es de administración municipal o de los servicios de salud y si las acciones se entregan a través de centros de atención primaria o de hospitales comunitarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la APS como una base esencial para la respuesta global al COVID-19, donde juega un rol central en el objetivo de controlar y contener la transmisión comunitaria, logrando diferenciar pacientes positivos mediante un diagnóstico temprano y un seguimiento oportuno (4). En nuestro país, desde el inicio de la pandemia los equipos de la APS han re-orientado su quehacer para dar continuidad del cuidado a su población a cargo (5–7), junto con ello han asumido la labor de seguimiento clínico y estudio de contactos en personas con COVID-19 y tratamiento de las personas con síntomas leves y moderados, lo que ha permitido la detección precoz de complicaciones. Esta labor no ha sido visibilizada adecuadamente en los medios de comunicación ni reconocida desde el MINSAL.

Dado el aumento de casos activos de COVID-19 la autoridad sanitaria ha visto sobrepasada su capacidad de realizar seguimiento de casos y estudio de contactos (8). La resolución exenta N° 420 (6 de junio 2020), dispone que los equipos de APS asuman el diagnóstico e implementación de medidas de aislamiento de casos de COVID-19, junto al estudio de sus contactos, aprovechando su capacidad instalada y vinculación con los territorios y sus comunidades (9). En este sentido, y para contribuir al rol de la APS como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia hemos generado como grupo de trabajo una propuesta en 5 ejes:

(1) Reforzamiento del diagnóstico y estudio de contactos definiendo los roles, funciones y responsabilidad entre SEREMI y la Atención Primaria.

Para que estas tareas puedan realizarse de forma eficaz, es necesario definir con precisión cuáles serán los roles, atribuciones y procedimientos, de forma de evitar duplicidad de tareas o vacíos administrativos que atentan contra la implementación integral de las medidas o consecuente precarización socio-sanitaria de las personas. Las funciones de la APS deben considerar claramente: (1) el seguimiento clínico de casos confirmados, sus contactos y casos probables, (2) la trazabilidad de contactos, (3) el aislamiento efectivo en domicilio o residencias sanitarias, (4) la supervisión de cumplimiento de cuarentena y (5) los recursos económicos para implementar las funciones.

Para llevar a cabo estas funciones en concreto se necesita:

1. Clarificar comunicacionalmente que el diagnóstico COVID-19 es hoy día clínico-epidemiológico y se seguirán realizando PCR confirmatorios en determinados casos y especialmente para detectarlos en grupos de riesgo, especialmente en centros de adultos mayores, de niños, etc. Es el diagnóstico clínico el que determina el aislamiento, la Licencia Médica y no la PCR.
2. Capacitar y certificar a los Equipos de los CESFAM y Hospitales Comunitarios a través del curso “Seguimiento de casos y contactos COVID-19” coordinado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (10) u otro similar que cuente con el patrocinio del MINSAL.

3. Disponer con criterio geográfico de la SEREMI los casos confirmados, casos probables y contactos estrechos del territorio de cada CESFAM, generando una plataforma de seguimiento, trazabilidad, adaptada a las realidades de cada comuna y equipo local.
4. Asegurar la posibilidad efectiva de aislamiento de personas en residencias sanitarias, poniendo a disposición de cada uno de los CESFAM los cupos disponibles en las residencias y los mapas de éstas en el territorio, para su derivación oportuna.
5. Duplicar la capacidad de las Residencias Sanitarias, eliminando el requisito de PCR positiva para SARS CoV2 – que tienen algunos Servicios de Salud - como criterio de ingreso, aceptando personas casos probables, sospechosas y contactos estrechos.
6. Delegar la emisión de Licencia Médica de contacto estrecho (Z29.0 Aislamiento y Z20.8 Contacto con y sin exposición a otras enfermedades) a los médicos de la APS y ajustar la duración de la Licencia Médica de caso sospechoso al tiempo promedio real del resultado de la PCR (que está siendo superior a 4 días) o a la duración de la cuarentena indicada.
7. Asegurar las condiciones sociales, económicas y laborales que permitan a las personas y sus familias las cuarentenas (11). En este sentido, la cuarentena total en la Región Metropolitana ha tenido un impacto moderado en disminuir la movilidad, presentando diferencias entre comunas de mayores y menores ingresos (12). Se debe focalizar la fiscalización en lugares de alto tránsito y aglomeración, a la vez que reducir drásticamente los permisos en Comisaría Virtual. Fiscalizar el cumplimiento de las cuarentenas y aislamiento de casos confirmados de COVID-19 y contactos estrechos es una tarea que debe ser reforzada y realizada en terreno por la SEREMI en coordinación con Carabineros.
8. Las nuevas atribuciones que asume la APS en el estudio de contactos y seguimiento requiere de un incremento de recursos financieros para llevarlas a cabo, estos recursos deben ser transferidos de manera expedita a la gestión municipal.

Se propone reorientar la estrategia de testeo PCR SARS CoV-2 según su disponibilidad y situación epidemiológica local (ver tabla 1). Esto en vista del retraso en la entrega de resultados y la variabilidad en su disponibilidad entre comunas que demoran las acciones sanitarias inmediatas de aislamiento, seguimiento y estudio de contactos. Esta recomendación está en concordancia con lo ya señalado por la *Organización Mundial de la Salud* (13), el *Centers for Disease Control and Prevention* (14,15) y del *European Centre for Disease Prevention and Control* (16). Por otro lado, el Consejo Asesor COVID-19 ha recomendado no retrasar las medidas de aislamiento frente a la sospecha clínica-epidemiológica (17–19).

Tabla 1. Conducta de re-orientación de testeo según disponibilidad y situación epidemiológica.

Escenario	Conducta
Elevada disponibilidad de test y rapidez en informe de resultados	Realizar testeo masivo
Baja disponibilidad de test o retrasos en informe de resultados en escenario de transmisión comunitaria sostenida	Realizar testeo a grupos priorizados con síntomas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes hospitalizados 2. Trabajadores/as de salud, trabajadores/as de dispositivos de larga estadía (residencias de menores, de personas mayores, establecimientos penales) o en entornos de residencia colectiva (bomberos/as, mineros/as) 3. Residentes en establecimientos de larga estadía 4. Personas en los grupos de riesgo de formas graves de COVID-19
Baja disponibilidad de test o retrasos en informe de resultados y conglomerados de casos	Realizar testeo a todos los casos sospechosos

(2) Fortalecimiento de las redes comunitarias e intersectoriales instaladas en los territorios para el enfrentamiento de la pandemia

Se plantea que la pandemia debe abordarse en los territorios y microterritorios, a partir de un fortalecimiento del autocuidado y los cuidados mutuos a nivel del tejido social. En esa línea se debe fortalecer que los equipos de APS se articulen con las organizaciones solidarias y autónomas que surgen en la comunidad en este momento (ollas comunes, organizaciones de vecinos). Asimismo, promover la conexión con organismos públicos que proveen ayudas sociales y otros recursos de apoyo (Municipios, Gobernaciones, MIDESO, Servicios de Salud, otros). Es preciso destacar que, por el conocimiento de las familias, los equipos de APS tienen un rol fundamental en la identificación y el levantamiento de situaciones a atender a través de las diversas dependencias de los gobiernos locales, municipios, lo cual resulta indispensable para el enfrentamiento de la pandemia, con sus consecuencias psico-sociales.

Se busca potenciar el trabajo con la comunidad en la implementación de acciones de promoción y protección en salud de carácter colectivo (por ejemplo, educación comunitaria en lo sanitario, apoyo y educación en ollas comunes, trabajo con ferias libres, formación de monitores de salud en pandemia, dispensación comunitaria de medicamentos, catastros comunitarios para identificar grupos vulnerables, mapeos comunitarios para identificar zonas de riesgo de contagio y recursos para su enfrentamiento).

Contar con información y equipos de gestión municipal descentralizados de carácter territorial en base a los sectores asociados a cada CESFAM de las comunas, que posibiliten el cumplimiento de la cuarentena. En ese sentido, el Modelo de Confinamiento Comunitario que releva los activos comunitarios presentes en el territorio es un ejemplo a ser mirado por los tomadores de decisión.

Finalmente, es necesario avanzar en una estrategia con pertinencia territorial que releve los recursos, iniciativas y cohesión comunitarias para el cuidado mutuo, reconociendo la riqueza de la diversidad intercultural y las necesarias adecuaciones con perspectiva de género y de integración de personas con capacidades diferentes.

(3) Recursos y coordinación para sostener en red la continuidad de la gestión clínica de los casos COVID-19

Mejorar la integración de la red asistencial entre los equipos de nivel primario y terciario, estableciendo en cada urgencia hospitalaria un referente para la comunicación directa entre equipos. Es necesario reforzar los Servicios de Alta Resolutividad (SAR) y ampliar las unidades (hospitales de campaña) para cuidados intermedios, los equipos de APS no cuentan con el personal ni las instalaciones para asumir el cuidado de pacientes COVID-19 con necesidad de hospitalización.

De la misma forma debe cautelarse la coordinación en otras materias relevantes como la Salud Sexual y Reproductiva y que las medidas tomadas y necesarias en cada establecimiento en los diferentes niveles, aseguren la continuidad de la atención de los servicios en SSR.

(4) Reordenamiento tareas habituales de los centros de Atención Primaria para la continuidad de la atención.

Los CESFAM han re-organizado sus procesos de atención, re-ordenando sus espacios físicos entre consultas respiratorias y no respiratorias, generando sistemas de turnos cada 7 o 14 días de sus funcionarios para prevenir contagios masivos, implementando el teletrabajo y la telemedicina, despachando medicamentos a domicilio y manteniendo la atención presencial en pacientes crónicos descompensados, morbilidades espontáneas y otras prestaciones de alta prioridad como ecografía obstétrica o urgencias odontológicas

Los equipos han demostrado una gran capacidad de resiliencia e innovación para dar continuidad en la atención a su población a cargo, manteniendo las funciones esenciales de la APS, a la vez que se responde a los desafíos de la pandemia. En este sentido, es necesario que el MINSAL suspenda para el año 2020 la exigibilidad del cumplimiento de las Metas Sanitarias e Índice de Actividad de la APS, sin que esto signifique una merma en los presupuestos de los CESFAM ni en las remuneraciones de los trabajadores

(5) Problemas emergentes en el enfrentamiento de la pandemia en la APS (para las comunidades y los gestores)

Nuevos desafíos están surgiendo en la pandemia. Para las comunidades urge mejorar los procesos de información para las familias de pacientes COVID-19 hospitalizados, así como también la información a la población sobre cuándo consultar por síntomas COVID-19, evitando sobreuso del sistema y consultas innecesarias. Es indispensable garantizar la pertinencia cultural en el trabajo con nuestras poblaciones indígenas, el cuidado de la población con capacidades diferentes, de las personas portadores de enfermedades raras así como mantener la continuidad de los cuidados en materia de salud sexual y reproductiva, de la alimentación y todos los derechos a los cuales nuestra comunidad debe tener acceso.

Para los tomadores de decisión comunales, preocupa que el aumento de los recursos para el enfrentamiento de la pandemia sólo ha sido del 2,17% para la APS(20), observándose un manejo financiero de la pandemia con criterios de austeridad fiscal. Hoy es necesario mejorar el financiamiento para afrontar las nuevas tareas encomendadas.

Se propone

1. De manera urgente flexibilizar los recursos entregados a través del Programa de Resolutividad de la APS (PRAPS) para re-orientar esos recursos en el enfrentamiento de la pandemia.
2. Aumentar en \$2000 el financiamiento per-cápita actual, lo que implicaría recursos adicionales por 28.000 millones al mes, y aproximadamente 200.000 millones hasta diciembre. Esto porque se deberá usar recursos normales para enfrentar la crisis y luego asumir el costo sanitario de lo que se está dejando de hacer. Recomendamos utilizar algún indexador que pueda corregir la desigualdad entre comunas, en relación a la dispersión geográfica de población a igual de aquellas que poseen mayormente población originaria.

(6) Seguridad y Bienestar de los y las trabajadores/as de la salud

Es indispensable entregar seguridad a los trabajadores y trabajadoras como primer punto de abordaje en la pandemia, de ello dependerá la posibilidad de llevar adelante todas las demás estrategias. El síndrome de burnout, la enfermedad y muerte ya están aquejando a los funcionarios del sector lo cual empeora aún más la situación de las organizaciones. Éstas están conformadas por personas que son trabajadores con una situación contractual, con un sueldo insuficiente muchas veces y con miedo de perder la vida o sufrir secuelas en el cumplimiento de su deber y más todavía sienten que el Estado también tiene un deber que cumplir con ellos.

Por ello, es indispensable tomar medidas concretas que aseguren la disponibilidad inmediata de los elementos de protección personal no sólo para el personal clínico sino para todos y todas especialmente cuando se trata de salir a la comunidad. Se debe prever la seguridad para los trabajadores y sus familias en caso de enfermedad, así como el cuidado actual y futuro emocional y psicológico que permita que cumplamos nuestra misión en el marco de un desarrollo integral.

Referencias

1. MINSAL. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria [Internet]. 2012. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
2. Dois A, Contreras A, Bravo Pa, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios Perception of users about an Integral Model of Family and Community Health care in Santiago, Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2016;144:585–92. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n5/art05.pdf>
3. Organización Mundial da Salud, (OMS). Declaración de Astaná. 2018;12. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5711:declaracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0
4. WHO. Role of Primary Care in the COVID-19 Response [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de Atención Primaria de Salud en contexto de pandemia SARS-CoV-2. Santiago de Chile; 2020.
6. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Orientación técnica de manejo y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas en contingencia COVID-19. Santiago de Chile; 2020.

7. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. Atención Primaria de Salud en contexto de pandemia por SARS-CoV2: recomendaciones a equipos de salud [Internet]. Santiago; 2020. Available from: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/handle/123456789/665>
8. Nicolás Sepúlveda y Benjamín Miranda. Falla pieza clave para contener el virus: acta interna del Minsal revela graves problemas en la trazabilidad de casos – CIPER Chile [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://ciperchile.cl/2020/05/29/falla-pieza-clave-para-contener-el-virus-acta-interna-del-minsal-revela-graves-problemas-en-la-trazabilidad-de-casos/>
9. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. DISPONE QUE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EJECUTEN LAS MEDIDAS QUE SE INDICAN [Internet]. [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2020/06/06/42674/01/1770543.pdf>
10. Exitoso lanzamiento de curso Seguimiento de casos y contactos COVID-19 - Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 5]. Available from: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/164093/exitoso-lanzamiento-de-curso-seguimiento-de-casos-y-contactos-covid-19>
11. COLMED. Colmed convoca a destacados economistas para realizar propuesta de apoyo social en el contexto de la pandemia [Internet]. [cited 2020 Jun 8]. Available from: <http://www.colegiomedico.cl/colmed-convoca-a-destacados-economistas-para-realizar-propuesta-de-apoyo-social-en-el-contexto-de-la-pandemia/>
12. Olivares M, Goic M, Weintraub G, Covarrubia J, Escobedo C, Basso L. El impacto de los primeros días de cuarentena masiva en la Región Metropolitana [Internet]. Santiago de Chile; 2020. Available from: <https://isci.cl/wp-content/uploads/2020/06/Reporte-2-ISCI-movilidad-4-de-junio.pdf>
13. World Health Organization (WHO). Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance 2. 2020.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Evaluating and Testing Persons for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/clinical-criteria.html>
15. Centers for Disease Control and Prevention. Testing for COVID-19 | CDC [Internet]. [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/testing.html>
16. European Centre for Disease Prevention and Control. Testing strategies [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/testing-strategies>
17. Consejo Asesor COVID-19. Minuta 10 Mayo - Refuerzo respuesta sanitaria [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 10]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1U-jPX9vRSZr2eAh4_HMRALYt2-e4K-hJ/view
18. COVID-19 CA. Reitera refuerzo respuesta sanitaria [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1Mjbip6mUGhRCohshqhVy1odAUKYxXbHf/view>
19. Consejo Asesor COVID-19. Minuta 23 Mayo - Sobre la interpretación del resultado de PCR [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 10]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1RvWSz5tVWsSp_VHkPwWmBw2eWk9dpZ8k/view
20. Matías Goyenechea. Minuta de actualización de la ejecución presupuestaria de salud en el contexto del COVID-19. 2020.
21. Miriam Yoana Correa-Lopez, Tatiana Evelyn Huamán-Sarmiento. Impacto del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva | Revista Internacional de Salud Materno Fetal. Rev Int Salud Matern Fetal [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 10];5(2). Available from: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/173>

Reconocimiento, recursos y atribuciones para la Atención Primaria de Salud como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia COVID-19

Contenido	
1	Reforzamiento del diagnóstico y estudio de contactos estrechos definiendo los roles, funciones y responsabilidad entre SEREMI y la Atención Primaria
2	Fortalecimiento de las redes comunitarias e intersectoriales instaladas en los territorios para el enfrentamiento de la pandemia
3	Recursos y coordinación para sostener en red la continuidad de la gestión clínica de los casos COVID-19
4	Reordenamiento tareas habituales de los centros de Atención Primaria para la continuidad de la atención.
5	Problemas emergentes en el enfrentamiento de la pandemia en la APS (para las comunidades y los gestores)
6	Bienestar y aseguramiento de los trabajadores de la salud

Introducción

La Atención Primaria (APS) es la base del sistema de salud, además de ser la encargada de que la población mantenga los estándares de calidad de vida óptima y de salud, dada la vinculación cercana, horizontal e integral a lo largo del curso de la vida.

Esta vinculación debe mantenerse y profundizarse con aquellos que requieran continuidad en sus cuidados por el riesgo de salud que tienen, debiendo acceder a ellos no solo de manera presencial en el establecimiento, sino también en sus domicilios o a distancia utilizando recursos tecnológicos, debiendo prever institucionalmente los insumos y mecanismos necesarios para dar cumplimiento a esta nueva modalidad de atención.

La Atención Primaria de Salud, surge y se mantiene hasta hoy, como un anhelo de bienestar y salud para todos, universal, profundamente vinculada al desarrollo de sus comunidades. En momentos de crisis, como la que atraviesa nuestro país, mantiene su cercanía y credibilidad institucional, satisfaciendo necesidades básicas, como la alimentación de niños y niñas y personas mayores a través del PNAC-PACAM y la entrega de fármacos para la continuidad de los tratamientos, entre muchos otros.

Se presentan a continuación cinco líneas de trabajo con propuestas concretas para mejorar la contribución de la APS en la pandemia, sea ésta de administración municipal o de los Servicios, ya sea que se entregue en centros de salud o en hospitales comunitarios. Sólo será posible hacer frente a esta pandemia convirtiendo efectivamente la APS en un actor estratégico de la respuesta país.

(1) Reforzamiento del diagnóstico, la trazabilidad, estudio de contactos estrechos y entrega de licencias médicas, de acuerdo a nueva normativa

Diagnóstico: Desde el inicio de la pandemia los equipos de la APS han asumido, a pesar de la invisibilización comunicacional y no contar con la información de todos sus casos, la labor de seguimiento clínico y estudio de contactos en personas con COVID-19 de manejo ambulatorio, esto ha permitido la detección precoz de complicaciones y la identificación de contactos estrechos, en especial los intradomiciliarios, labor concordante con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (1). Sin embargo, el estudio de trazabilidad de todos los contactos hasta muy recientemente había sido atribución de la SEREMI (9).

Hoy existe un amplio consenso que la SEREMI no tiene la capacidad humana ni técnica de hacer seguimiento y trazabilidad a contactos dado el avance de la pandemia, la baja cantidad de recursos humanos destinado para esa función y su escasa inserción territorial ni vinculación comunitaria. Con solo 80 personas en la Región Metropolitana, fue imposible poder trazar los contactos estrechos y emitir las licencias médicas cuando correspondía (8). Esta situación disminuyó nuestras posibilidades de contener la pandemia y disminuir la tasa de contagio actual, ya que al no identificar los contactos estrechos de casos confirmados y aislarlos, estos desarrollaron la enfermedad sin medidas de cuarentena, y contribuyeron a aumentar los contagios.

La APS por otra parte tiene funcionarios y capacidad instalada en todo el territorio nacional, con cada centro a cargo de una determinada población lo cual le da cercanía, conocimiento y vinculación con los territorios y sus comunidades. El propio MAIS facilita que el abordaje que la APS realiza a las personas, familias y comunidades en el contexto de elevada transmisión comunitaria sea integral.

Los equipos de APS han realizado detección de casos y seguimiento, con múltiples e innovadoras iniciativas, sin embargo, no ha habido, hasta ahora un mandato claro de parte de la autoridad central, acceso oportuno a datos para cumplir el rol, ni el apoyo para desarrollar las capacidades locales ya que se trata de tareas distinta a las habituales. En algunas comunas en que se han montado sistemas de seguimiento importante, se ha requerido la contratación y entrenamiento de personal, un sistema de información autogestionado que facilite el trabajo y una manera de hacer llamadas accesible y fácilmente gestionable. Es necesario apoyar a las comunas con sistemas informáticos que faciliten el trabajo y un sistema de comunicación de los casos que no signifique el uso de móviles propios para realizar seguimiento de casos. En la innovación que se ha requerido surge la necesidad de instalar sistemas de comunicación telefónica y digital a largo plazo para mantener una comunicación expedita con la población a cargo.

PROPUESTA:

Para hacer operativo el mandato otorgado a la APS (Resolución exenta N° 420 del 6/6/20) para el diagnóstico de casos, identificación, estudio y seguimiento de contactos y aislamiento de los mismos, es necesario:

1. Apoyar y conducir los cientos de procesos locales de trazabilidad

- a. Reconocer que ya existen procesos funcionando en diferentes municipios y que no hay una sola manera de hacerlo. Potenciar el rol de los municipios como entidades administradoras de la red APS local, en coordinación con los servicios de salud a través del intercambio fluido de información
- b. Compartir información completa entre la Seremi y los Centros de APS, cerrando la brecha actual con el sistema privado de salud.
- c. Instaurar criterio de equidad en la disponibilidad de testeo entre comunas. El testeo también se vive con desigualdad entre comunas, tanto en el número de test como en la oportunidad de la respuesta.
- d. Identificar y resolver obstáculos normativos para la puesta en marcha de procesos locales de trazabilidad, tales como la capacitación y contratación de personal.
- e. Identificar y distribuir los aprendizajes de las comunas que ya estaban realizando procesos de trazabilidad. Instalar una práctica semanal de aprendizaje “sobre la marcha” para todos los equipos que empiecen desde cero.
- f. Definir claramente objetivos comunes (para toda la red) y las maneras de medir si estamos acercándonos o alejándonos de los objetivos. Cuidar de no transformar esto en la gestión de “metas y accountability” sin apoyo.
 - i. Objetivo 1: A corto plazo, aumentar el % de casos con estudio de contactos y a mediano: Disminuir la tasa de contagio mediante mayor adherencia al aislamiento efectivo. Acciones a priorizar:
 1. Informar oportunamente los resultados de los test.
 2. Levantar, contactar e informar oportunamente a los contactos estrechos.
 3. Gestionar cupo a residencia sanitaria oportunamente a todos los que no puedan mantener cuarentena.
 - ii. Objetivo 2: Detectar tempranamente el empeoramiento de los pacientes en seguimiento, para darles cuidado temprano y asegurar su derivación oportuna. Acciones a priorizar
 1. Ejecutar actividades de seguimiento según gravedad y riesgo, desde el llamado telefónico a la atención en domicilio.
 2. Establecer y eficientar las coordinaciones para la derivación de pacientes, considerando medidas extraordinarias dada la sobrecarga de la red de urgencia (por ejemplo, dotar de mayor resolutivez respiratoria en CESFAM y SAPU)
- g. Establecer los mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles institucionales y los diferentes territorios en puntos claves, específicamente:
 - i. Interoperabilidad con Laboratorios: resolver el atraso en la recepción de los resultados de los tests; automatizar entrega de resultados para eliminar errores de digitación y reducir carga de trabajo en tareas administrativas.
 - ii. Interoperabilidad de Registros Clínicos: reducir la pérdida de tiempo de la doble digitación del personal clínico, mediante medidas como el Visor Integrado de Registros Clínicos que hoy funciona en el Servicio Metropolitano Sur Oriente. Instruir claramente como y donde hacer el registro de las atenciones de seguimiento realizadas por APS.

- iii. Interoperabilidad con Hospitales: construir canales de información para que los familiares conozcan el estado de salud de sus seres queridos hospitalizados. APS puede difundir dichos canales.
- h. Brindar apoyo en capacitación y provisión de sistemas operacionales
 - i. Proveer de sistemas de información y de comunicaciones que permitan a los funcionarios APS planificar, realizar y recibir llamadas telefónicas masivas (Ver cita 1 de experiencia en la práctica).
 - ii. Provisión de capacitación y acompañamiento a los equipos encargados de levantar la capacidad local y a los equipos que ejecutarán las tareas de seguimiento.

Cita 1 - Experiencia en la práctica	
<p><i>“lo lógico sería que los que están en la casa pudieran estar llamando pacientes y haciendo seguimiento y todo, pero no nos dan herramientas, uno tiene que llamar... muchos funcionarios llamando de sus celulares, (...) uno podría decir no hay disposición pa’ que llamen, pero sí la hay, lo que pasa es que a veces no hay bolsa de minutos suficiente que aguante llamar a cincuenta pacientes al día, o la gente comienza a llamar de vuelta, y entonces el teléfono personal se transforma en un teléfono público al que te llaman a cualquier hora, a las dos a las tres de la mañana, y ha sido sistemático el problema de que no te den las herramientas, la otra vez tratamos de comprar chips y no se podía comprar con el fondo fijo. Lo que hay que hacer entonces es llamar desde el consultorio, y entonces la gente que está en vez de estar atendiendo o estando en las puertas o educando está llamando y los que están en la casa están complicados con hacer pega de teletrabajo, eso ha sido bien frustrante” - Médica APS.</i></p>	

2. Sobre la trazabilidad en contactos estrechos

- a. Capacitar y certificar al 100% de los equipos de Epidemiología de los CESFAM a través del curso “Seguimiento de casos y contactos COVID-19” coordinado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
- b. Implementar sistemas de seguimiento, trazabilidad local y comunal a cargo del equipo de epidemiología de cada CESFAM.
- c. Disponer con criterio geográfico de la SEREMI de los casos COVID-19 y contacto estrechos del territorio de cada CESFAM.
- d. Disponer los recursos para garantizar las cuarentena en residencias sanitarias o domicilio - según corresponda – de todos los contactos estrechos de los casos.
- e. Implementar plataformas que permitan realizar y registrar automáticamente llamadas telefónicas, así como proveer los medios necesarios a los equipos de APS (chips telefónicos, apoyo para incrementar planes de internet) para realizar seguimiento en modalidad de teletrabajo.
- f. Proveer apoyo en movilización para las diferentes acciones a desplegar en cada territorio

3. Sobre el seguimiento clínico de casos positivos y contactos

- a. Protocolizar plan de seguimiento integral de casos y contactos a nivel nacional y considere estándares de seguimiento para diferentes contextos (urbano, rural, grandes conurbaciones, escasa red asistencial).
- b. Seguimiento de pacientes que hayan requerido intubación o ventilación mecánica durante la hospitalización y que a causa de ello, hayan quedado con secuelas en deglución y voz, con los diagnósticos de disfagia y/o disfonía. Lo anterior, involucra reevaluación y rehabilitación por parte de Fonoaudiología.

- c. Seguimiento de pacientes que a causa del COVID-19 hayan sufrido alteraciones neurológicas por las cuales tuviese secuelas a nivel de comunicación y deglución, con los diagnósticos consecuentes de: disfagia, afasia, trastorno cognitivo-comunicativo, disartria o anartria, apraxia del habla, deglutoria o fonatoria y/o disfonía. Lo anterior, involucra reevaluación y rehabilitación por parte de Fonoaudiología.
- d. Promover la educación de personas y familias en torno al manejo de la disfagia -dificultad para tragar-, dado que las complicaciones más severas, pueden provocar empeoramiento de la condición de salud basal del paciente, por la neumonía aspirativa que puede conllevar, lo que implicaría rehospitalización y uso de cama, con incremento del costo hospitalario y ocupación en los centros hospitalarios.

4. Reforzar las acciones de contención de COVID-19 en APS en base a criterios clínicos-epidemiológicos:

- a. Fundamentos
 - i. Nuestro país presenta transmisión comunitaria sostenida de SARS CoV-2 , predominando como virus respiratorio circulante en el adulto, registrándose actualmente una mínima circulación de otros virus respiratorios (18).
 - ii. Actualmente existe en algunos territorios una dificultad en testeo por número test disponibles por comunas y por el retraso en la entrega de resultados que demoran las acciones sanitarias inmediatas de aislamiento. Generando además una precarización socio-sanitaria de personas en categoría de sospecha, sin derecho a licencia médica por todo el periodo de aislamiento , ni acceso a residencias sanitarias según normativa vigente.
 - iii. Existen recomendaciones del Consejo Asesor COVID-19 de guiar la conducta ante personas con sospecha de COVID-19 en base a criterios clínico-epidemiológicos. Por otro lado, las recomendaciones de la *Organización Mundial de la Salud*, del *Centers for Disease Control and Prevention* y del *European Centre for Disease Prevention and Control*, que en contextos de transmisión comunitaria sostenida y limitación del testeo este se puede prescindir en personas con síntomas respiratorios leves (*casos posibles*, equiparable a definición en Chile de *casos sospechosos*) y debe priorizarse en determinados grupos. Hoy se acepta el diagnóstico clínico de COVID-19, sin necesidad de confirmar obligatoriamente por PCR, en los casos caso probable cuando existe antecedente epidemiológico y a lo menos 1 síntoma (Resolución 403 Diario Oficial 28 mayo 2020, puntos 5 y 6)
- b. Propuesta
 - i. Incorporar a los casos sospechosos al mismo esquema de manejo clínico, epidemiológico y administrativo de los casos probables y confirmados, independiente de disponibilidad de confirmación por test PCR SARS CoV-2:
 1. Aislamiento por 14 días desde el inicio de síntomas
 2. Estudio de contactos precoz y cuarentena de los mismos por 14 días desde la fecha de último contacto
 3. Emisión de licencia médica para los casos y sus contactos
 4. Acceso de los casos a cupos en residencias sanitarias y otras medidas de asistencia social para el cumplimiento del aislamiento

- ii. Reorientar la estrategia de testeo PCR SARS CoV-2 según disponibilidad y situación epidemiológica local (ver tabla)

Tabla 1. Conducta de re-orientación de testeo según disponibilidad y situación epidemiológica.

Escenario	Conducta
Elevada disponibilidad de test y rapidez en informe de resultados	Realizar testeo masivo
Baja disponibilidad de test o retrasos en informe de resultados en escenario de transmisión comunitaria sostenida	Realizar testeo a grupos priorizados con síntomas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes hospitalizados 2. Trabajadores/as de salud, trabajadores/as de dispositivos de larga estadía (residencias de menores, de personas mayores, establecimientos penales) o en entornos de residencia colectiva (bomberos/as, mineros/as) 3. Residentes en establecimientos de larga estadía 4. Personas en los grupos de riesgo de formas graves de COVID-19
Baja disponibilidad de test o retrasos en informe de resultados y conglomerados de casos	Realizar testeo a todos los casos sospechosos

5. Sobre la emisión de Licencia Médica

- a. Delegar la emisión de Licencia Médica de contacto estrecho por 14 días desde la fecha del último contacto a los médicos de la APS, incluyendo la los contactos de los casos sospechosos.
- b. Ajustar la duración de la Licencia Médica de caso sospechoso al tiempo promedio real del resultado de la PCR y permitiendo el diagnóstico clínico. Actualmente se establece un máximo de 4 días, sin embargo, el tiempo real de espera del resultado de la PCR puede ser mayor, lo que obliga a la reconsulta presencial de las personas a los centros de salud violando el necesario aislamiento. El sistema de licencia electrónica no permite dar licencia por más que 4 días si el caso es sospechoso
- c. Alta médica por criterios clínicos-epidemiológicos por equipo salud CESFAM

6. Sobre el aislamiento efectivo en domicilio y las Residencias Sanitarias

- a. Garantizar las medidas sociales y administrativas para el cumplimiento del aislamiento (canasta básica de alimentos si necesario, licencias médicas) de todas las personas con esta indicación.
- b. Estrategias de aislamiento asistido en casa, de grupos familiares u hogares informales en que hay contagiados/as y contactos sin que haya mediado aislamiento efectivo
- c. Posibilidad efectiva de aislamiento de personas en residencias sanitarias, poniendo a disposición de cada uno de los equipos de epidemiología de los CESFAM los cupos disponibles en las residencias y los mapas de las residencias en el territorio.
- d. Duplicar la capacidad de las Residencias Sanitarias, eliminando el requisito de PCR positiva por SARS CoV2 como criterio de ingreso, aceptando personas casos probables, sospechosas y contactos.
- e. Derivación lo más inmediata posible de personas que no tengan las condiciones domiciliarias para realizar el aislamiento y cuarentena, así como simplificación administrativa para la derivación a las mismas (Ver cita 2 de experiencia en la práctica).
- f. Difusión a nivel de cada territorio de las residencias disponibles, su ubicación y condiciones, con el objetivo de facilitar la decisión de su utilización a nivel de las personas y las familias

Cita 2 - Experiencia en la práctica	
<i>“Todos contagiados! porque como nos estamos demorando mucho en el resultado..., hubo una semana que estuvo... se demoraba siete días!, no tenemos como decirle a la gente su resultado, lo que le decimos es que igual tiene que tomar todas las medidas y todo, pero en lugares donde se comparte baño y todo y viven en sola pieza...” Médica APS.</i>	

7. Sobre la supervisión de cumplimiento de cuarentena

- a. La cuarentena total en la Región Metropolitana ha tenido un impacto moderado en disminuir la movilidad, presentando diferencias entre comunas de mayores y menores ingresos. Se debe focalizar la fiscalización en lugares de alto tránsito y aglomeración, a la vez que reducir los permisos en Comisaría Virtual: en frecuencia permitida en la semana y horas de duración (Por ejemplo, reducir a 3 horas máximo el permiso actual de 12 horas para horas médicas agendadas con anterioridad).
- b. Fiscalizar el cumplimiento de las cuarentenas y aislamiento de casos confirmados de COVID-19 y contactos estrechos es una tarea que debe ser reforzada y realizada en terreno por la SEREMI en coordinación con Carabineros.

8. Sobre los recursos económicos para implementar las funciones

- a. Transparentar el aporte de recursos para Atención Primaria. Necesidad de incremento de recursos para nuevas funciones (seguimiento, control telefónico, visitas domiciliarias etc). Los recursos destinados a la contratación de personal por la autoridad sanitaria para el seguimiento debería ponerse en manos de la gestión municipal que tiene sus redes profesionales conocidas y más disponibles que un llamado centralizado o los servicios de salud, según corresponda.

(2) Fortalecimiento de las redes comunitarias e intersectoriales instaladas en los territorios para el enfrentamiento de la pandemia

Diagnóstico

1) Recursos existentes en la comunidad que se pueden activar en el apoyo en la pandemia y la construcción colectiva de esta alternativa.

La comunidad es la que conoce mejor su realidad, sabe cuáles son sus dificultades y también sabe cuáles son sus fortalezas para enfrentar esas dificultades.

En la comunidad están las juntas de vecinos, los clubes de adultos mayores, los grupos de religiosos, los agentes comunitarios, los facilitadores culturales, las agrupaciones de migrantes, los pueblos originarios y los grupos de usuarios que funcionan en el territorio. Desde estos actores comunitarios organizados podemos reforzar el trabajo con la comunidad, las municipalidades. Los CESFAM tienen identificados estos grupos de trabajo pues con ellos se trabaja en los consejos consultivos locales quienes son un organismo importante en el desarrollo de los trabajos con la comunidad.

Una forma de organización de la comunidad, son las redes sociales y las otras son las que vemos que han surgido, como las ollas comunes, iniciativas que han surgido en otros periodos de crisis y que han quedado en el inconsciente colectivo de las personas y por eso no ha costado reactivarlas, tenían una experiencia, saben cómo hacerlo y están colaborando en resolver un problema muy importante, como es la alimentación de las personas que se están viendo afectadas por esta pandemia.

Debemos construir una estrategia mirando hacia el futuro más cercano, que efectivamente permita acompañar a las familias y mitigar los efectos negativos de cuarentena en la población.

Ideal sería que perciban un aporte económico y un aporte alimenticio que permita que las familias que no pueden trabajar por la cuarentena, puedan resistir y sentir que el estado y la sociedad chilena, está con ellos para que puedan cuidarse y cumplir la cuarentena.

2) Condiciones sociales y de habitabilidad que dificultan el cumplimiento de cuarentena en domicilio. El apoyo desde los activos comunitarios en la APS

Vemos que siempre ha existido una desigualdad en los recursos, también existe inequidad en el acceso a estos recursos, con este tipo de crisis eso se agudiza muchos más. Vemos familias que viven en hacinamiento que no le es posible realizar una cuarentena con un aislamiento físico, ya que las viviendas son pequeñas, con un gran número de personas viviendo juntas, sumada a la incertidumbre e inseguridad económica, lo que afecta aún más su situación habitacional. Tenemos una población altamente hacinada, con alto nivel de vulnerabilidad socioeconómica y a esta población las medidas y estrategias que se les está llevando, no son eficaces. Por eso la insistencia de las residencias sanitarias para los casos positivos; cuando son ya varios los miembros de la familia que están contagiados, sería importante que se mantengan en su domicilio, y que los vecinos se organicen en turnos para llevarles comida preparada, pues si la persona enferma y es la que cocina en la casa, no tendrá la posibilidad de hacerlo por la condición misma de su enfermedad, entonces las ollas comunitarias toman énfasis en este espacio.

Esta pandemia afecta a los pilares básicos de la organización que es el encuentro, la conversación cara a cara y una forma comunitaria de cómo la gente se está apoyando, es esta entrega de alimentos.

3) La re-definición del rol de equipo de Participación y Promoción (PyP) en el apoyo a la pandemia

La redefinición del rol de los equipos de PyP es de comunicación primero que todo, entregando información de cómo se están desarrollando las acciones dentro del sistemas de salud, que si antes eran complejos ahora son mucho más complejos y más rápidos en cuanto a la información.

También desde el acompañamiento y seguimiento de las familias durante los días de cuarentena, a través del llamado telefónico diario, una visita domiciliaria telemática para conocer la evolución, para acompañar y dar contención a la familia, así como para levantar requerimientos. Estas mismas familias posteriormente pueden participar en la educación a sus vecinos.

Otro aspecto relevante debiera ser el control social de esta pandemia y ver que la sociedad civil participe fiscalizando que efectivamente los recursos lleguen a los dispositivos de salud, que los equipos de salud cuenten con los recursos necesarios para desarrollar su trabajo.

4) La co-gestión de salud

Siempre ha sido un desafío potenciar el protagonismo de los líderes sociales, para que la toma de decisiones en salud, sea un proceso compartido. La co-gestión en salud para fortalecer el rol del autocuidado debería ser la educación y el acompañamiento.

- Apoyar la creación de mecanismos de articulación social en esta pandemia.
- Potenciar recursos activos y capacidades con que cuentan las personas, familias y las organizaciones sociales para salir adelante con su propio esfuerzo.
- Fortalecer las redes sociales y la capacidad de interacción con el Estado y las decisiones públicas.

Propuesta para un abordaje comunitario y territorial de la pandemia, desde la experiencia de Valparaíso.

Introducción.

Dentro del balance en el enfrentamiento a la pandemia, ha quedado en evidencia la necesidad de considerar a los gobiernos locales, sus territorios y comunidades como actores estratégicos en el abordaje de la pandemia. También ha quedado en evidencia la complejidad de asumir las cuarentenas de manera permanente, teniendo en cuenta los niveles de desigualdad y la precariedad de nuestro sistema de protección social y sanitario para enfrentarlas.

De ahí la necesidad de avanzar en una articulación entre los gobiernos locales y sus comunidades de modo de desarrollar colectiva y democráticamente una política de cuidados que asume la dimensión barrial como el lugar de confinamiento estratégico que asegure la restricción de movilidad y control epidemiológico, pero también de la reproducción básica de la vida cotidiana. En otras palabras, necesitamos combinar la activación y organización de la comunidad, con la acción municipal social y sanitaria, para avanzar un nuevo modo de confinamiento como respuesta territorial nacional.

Ahora bien, cualquier modelo de confinamiento debe considerar las realidades urbanas, económicas y sociales de cada territorio, ya que no es lo mismo sostener una cuarentena en las comunas del sector oriente de la Región Metropolitana que en Valparaíso, La Pintana, Renca o Alto Hospicio. También debe garantizar condiciones de subsistencia digna, especialmente a aquella población que, bajo cualquier circunstancia, debe estar lo más resguardada posible mientras dura la pandemia en sus hogares o en un lugar habilitado para tal efecto. Nos referimos a las personas mayores, personas con graves enfermedades preexistentes, en situación de discapacidad y lactantes.

Proponemos un esquema de construcción de anillos de protección en distintas escalas que permitan disminuir la exposición, generando medidas de protección y mitigación y actúe de manera oportuna ante la necesidad de aislar y tratar casos de contagio. Se trata de un modelo basado en la idea de los archipiélagos, en tanto supone dividir la comuna en un conjunto de unidades territoriales de acción comunitaria y municipal, que buscarán aislarse y a la vez interconectarse de forma regulada entre sí.

Se trata de una estrategia que no solo se enfoca en el manejo de grupos contagiados, sino que propone una forma amplia e innovadora de restricción a la circulación de las personas, con el solo objetivo de reducir las posibilidades de contagio y, con ello, quitar la presión sobre las atenciones hospitalarias. Para esto, dividimos el territorio en un número determinado de zonas o unidades territoriales que deberán, gradualmente, contar con la mayor capacidad productiva posible para garantizar la reproducción de la vida en tiempos de pandemia: abastecimiento, atención médica, realización de trámites, obtención de ciertos servicios públicos, aprender, recrearse y trabajar.

Es un modelo de proximidad urbana que supone volcar parte importante de las capacidades y los recursos del ámbito público (gobierno nacional, gobierno regional y las municipalidades), privado (empresas y otras unidades productivas) y la comunidad, a la organización de las ciudades a partir de dinámicas locales y barriales, para cumplir con el objetivo de confinar a la población a estas zonas todo lo posible y, así, reducir al máximo sus desplazamientos por toda la ciudad.

En la alcaldía ciudadana de Valparaíso, a partir de las atribuciones reales del municipio, definimos impulsar lo que llamamos un Modelo de Confinamiento Comunitario (MCC), que es una estrategia de organización territorial sostenida a partir de lo antes señalado.

Pensamos que esta estrategia podría incorporarse como una propuesta nacional para los gobiernos locales que contribuya a mitigar la curva de contagio y disminuir la letalidad del virus, haciéndose cargo de las condiciones socioeconómicas y territoriales de la población con mayor riesgo.

Por ello sugerimos, para la implementación de las acciones de este eje estratégico, el desarrollo de cuatro líneas de acción:

1. Descentralización de la gestión local.

Objetivo.

- Contar con información y equipos de gestión descentralizados de carácter territorial en base a los polígonos asociados a cada CESFAM/SAPU de las comunas, que posibiliten el confinamiento comunitario.

Acciones propuestas:

- A. Entrega de facultades y recursos a los gobiernos locales para el desarrollo de tareas de control epidemiológico y protección social, así como la implementación de formas de organización administrativas locales que asumen como unidades de gestión territorial las jurisdicciones asociadas a cada CESFAM de las comunas, permitiendo mayor control en tareas de confinamiento y reproducción de la vida.
- B. Constitución de equipos territoriales municipales en cada polígono asociado a los CESFAM cuya función sea la de coordinar la descentralización de servicios municipales y estatales, de abastecimiento y producción económica local, de manera coordinada con cada equipo sanitario de los CESFAM, en quienes recae la función de promoción de salud y control epidemiológico.
- C. Levantamiento de información georreferenciada en base a polígonos territoriales asociados a los CESFAM que permita identificar grupos poblacionales o territorios según nivel de riesgo desde un enfoque epidemiológico social, es decir combinando variables socioeconómicas, demográficas con morbilidad o factores de riesgo sanitario. Ello con el propósito de focalizar y registrar el desarrollo de las acciones de intervención frente a la pandemia.

2. Seguimiento y control epidemiológico.

Objetivo

- Aumentar capacidad de contención y mitigación del contagio en cada polígono asociado a los CESFAM

Acciones propuestas:

- A. Habilitación, en la mayor cantidad de CESFAM y SAPUS, de espacios para aplicar test PCR, así como la capacitación y entrega de respectivos kit
- B. Implementación de estrategias de búsqueda activa de casos sospechosos en lugares o sectores de alto riesgo de contagio en cada uno de los polígonos (ferias, negocios, casas de migrantes, residencias de adultos mayores, campamentos, condominios sociales, etc)
- C. Acreditación de lugares de compra segura en comercio esencial y de acceso seguro en el caso de servicios esenciales
- D. Habilitación de dispensadores de agua y jabón en sectores de alta afluencia de público

3. Desarrollo de estrategias comunitarias para el cuidado y protección colectiva.

Objetivo

→ Implementar acciones de promoción y protección en salud de carácter colectivo.

Acciones propuestas:

- A. Fortalecimiento de los equipos de participación y promoción de cada uno de los CESFAM y coordinación con equipos municipales.
- B. Desarrollo de estrategia de dispensación comunitaria de medicamentos, utilizando sedes vecinales y comunitarias como satélites de las farmacias de los CESFAM
- C. Realización de catastros comunitarios para identificar grupos vulnerables o de riesgo sanitario en cada polígono
- D. Realización de mapeos comunitarios para identificar zonas de riesgo en cada polígono
- E. Apoyo sanitario, en implementos e insumos a ollas comunes, junto a la capacitación en temas de manipulación higiénica de alimentos y prevención de accidentes.
- F. Creación de brigadas de salud comunitaria en base a trabajo voluntario que apoyen labores de sanitización, acreditación de lugares de compra segura y apoyo en la distribución de alimentos a quienes lo requieran.

4. Desarrollo de estrategias comunicacionales de carácter educativo

Objetivo

→ Entregar herramientas de prevención y protección a nivel individual, familiar y masivas

Acciones propuestas:

- A. Campañas locales de promoción sistemática de conductas esperadas que tiendan a la construcción de nuevos hábitos básicos (lavado de manos, uso de elementos de protección personal, medidas de higienización de alimentos, al interior de los hogares, etc)
- B. Diseño de instrumentos de información y comunicación directa por cada polígono que entregue información útil por cada territorio que permita satisfacer necesidades en perímetros acotados del territorio y eviten la movilidad.
- C. Implementación de líneas telefónicas gratuitas de orientación y ayuda a la comunidad, respaldado por equipos municipales y de salud local

Otras propuestas para Fortalecer el trabajo comunitario e intersectorial

1. **Articulación de APS con las organizaciones solidarias y autónomas que surgen en la comunidad en este momento: ollas comunes, organizaciones de vecinos, etc**
 - a. Apoyo en implementos, utensilios de cocina e insumos apropiados para la preparación de altos volúmenes
 - b. Apoyo en elementos de protección personal adecuados para labores de cocina
 - c. Capacitar en manipulación higiénica de los alimentos a las encargadas y voluntarias de ollas comunes
 - d. Colaboración intersectorial para la entrega de raciones al domicilio, para evitar aglomeraciones.
 - e. Apoyar la organización de confección y entrega de mascarillas solidarias en punto cercano a cada centro donde la comunidad aporte y pueda encontrar mascarillas cuando no las tenga, incluyendo a voluntarios de ollas comunes
 - f. Colaborar con las Radios Comunitarias para integrarlas al trabajo de Promoción, especialmente en comunas pequeñas.
 - g. Generar un plan de formación en el corto plazo de líderes comunitarios con formación en Autogestión del Cuidado.
 - h. Estrategias de aislamiento asistido en casa, de grupos familiares u hogares informales en que hay contagiados/as y contactos sin que haya mediado aislamiento efectivo. Importan asegurar alimentación y en casos que involucre paciente con nutrición domiciliaria, mantener vigilancia.
 - i. Es necesario explicitar algunas acciones, como incorporar estrategia educativas que involucren aspectos de seguridad e inocuidad alimentaria (ollas comunes, almacenamiento y manejo de alimentos, uso de recursos e insumos alimentarios). Ferias libre; inocuidad en almacenamiento y manejo de alimentos.

2. **Articulación de APS con organismos públicos que proveen ayudas sociales y otros apoyos: Municipios, Gobernaciones, MIDESO, Servicios de Salud, otros**
 - a. Canales expeditos, resolutivos y sistemáticos para que la APS pueda levantar los requerimientos de las personas y familias de mayor riesgo y/o urgencia.
 - b. Flujos expeditos para utilización de residencias sanitarias.
 - c. Apoyo en capacitación comunitaria a organizaciones y a Ferias libres.
 - d. Respecto a ferias libres; generar pasacalles, y espacios de información permanente a los y las clientes que acuden a la feria libre
 - e. Capacitar a los comerciantes de feria libre y dueños de pequeños almacenes en las medidas preventivas para evitar el contagio por coronavirus, y la adecuada manipulación de alimentos
 - f. En cuanto a municipalidades estimular la compra de alimentos para ayuda social a pequeños agricultores y pescadores, estimulando economía circular.

3. Estrategia comunicacional que releve los recursos, iniciativas y cohesión comunitarias para el cuidado mutuo

- a. Estrategia comunicacional, con pertinencia territorial e intercultural que releve los recursos, iniciativas y cohesión comunitaria para el cuidado mutuo, y se respete la autonomía de los pueblos originarios en sus costumbres y tradiciones. Teniendo en especial consideración, que la cosmovisión mapuche implica una constante reflexión sobre las distintas dimensiones de la vida que se refleja en múltiples aspectos, como por ejemplo en lo social; (familia, visitas, relaciones amplias del lof, organización tradicional, organización política-institucional); en lo espiritual (vínculo íntimo con el entorno, antepasados, religiosidad y ritualidad familiar y comunitaria).
 - i. Y sobre todo en la salud que es parte de un proceso integrador entre el ser humano y su entorno global (alimentación tradicional, auto atención de salud, vinculación con la medicina occidental, vinculación con la medicina mapuche); entre otras.
 - ii. Este reconocimiento y respeto a la identidad y a las culturas indígenas implica que los valores, conocimientos, costumbres e idiomas indígenas merecen el mismo valor y respeto que las otras culturas que conforman la sociedad nacional, ya que en ese sentido, los mensajes que se entregan respecto al Covid-19 tienen que ver solamente con la dimensión biológica de la enfermedad y no con todas las implicancias que tiene un kutran (enfermedad) como esta.
- b. Difundir contenidos educativos pertinentes, generales, tales como: 1. Aseo de manos 2.-Postura y retiro correcto de mascarilla 3. Distanciamiento físico 4.- Medidas de precaución en el hogar 5.-Cuidados en el hogar con personas COVID-19 con mensajes pertinentes y adecuados, por ejemplo, para los diferentes grupos étnicos.
- c. Mensajes edificantes en medios y RRSS, que inspiren al cuidado mutuo y que entreguen seguridad y esperanza a la población de que todos los esfuerzos están orientados a cuidar y atender a la comunidad.
- d. Apoyo comunicacional a los liderazgos locales, en cada territorio, en la gestión y en la acción para el cuidado mutuo.
- e. Pasacalles y otros elementos con identidad y pertinencia territoriales que instalen un “nosotros saldremos de esto”..
- f. La academia puede poner a disposición de los establecimientos de APS la formación de monitores validados por la comunidad, para que estos se integren a los equipos de salud y colaboren con acciones educativas y de orientación en sus comunidades.
- g. La estrategia comunicacional debe reconocer el trabajo realizado por APS desde el día 1. La invisibilidad es desmoralizante para equipos que sostienen actualmente la magnitud del contagio. Las promesas comunicacionales tiene un rebote en APS
- h. Importante educación a población, ya que se ha observado un aumento sostenido de agresiones a colegas en distintos CESFAM.

(3) Recursos y coordinación para sostener en red la continuidad de la gestión clínica de los casos COVID-19

La responsabilidad sobre la gestión clínica de los casos COVID-19 debe ser compartida de facto por la red asistencial en su conjunto de acuerdo a las funciones de los distintos niveles de la red asistencial. Atención Primaria junto con su protagonismo en la trazabilidad y vigilancia epidemiológica en el territorio es también la puerta de entrada al sistema y debe contar con los recursos necesarios para hacer frente a la saturación de los servicios clínicos de mayor complejidad con el acompañamiento necesario.

La saturación de los hospitales, que impide recibir a todos los casos que necesitan ventilación asistida, está implicando que en este momento los equipos de SAPU y SARS se estén haciendo cargo de la atención de pacientes que requieren oxigenoterapia y a los equipos de CESFAM quedar a espera con pacientes que superan sus posibilidades de respuesta.

Se requiere con urgencia de:

1. Espacios de coordinación para la definición de estrategias conjuntas entre equipos clínicos hospitalarios y de APS para hacer frente a las demandas. Entes reguladores que se sitúan sólo desde el criterio hospitalario ciegos a los efectos que esto tiene sobre la atención de los pacientes y equipos de APS están generando problemas graves de respuesta del sistema que se agravarán. Se requiere del compromiso de la red en su conjunto donde los servicios de salud jueguen un rol articulador, evitando la mediación que interrumpe el flujo de comunicación abierta entre los equipos de los distintos niveles.
2. Establecer en cada urgencia hospitalaria un interlocutor/interconsultor para determinados centros APS para comunicación directa y eventualmente videoconferencia si fuera necesario (equipo hospitalario-SAR-SAPU-APS)
3. Reforzamiento de SAR y ampliación de unidades (hospitales de campaña) para cuidados intermedios. Se debe evitar que sean los equipos de APS quienes se vean enfrentados al manejo de casos para los que ni sus instalaciones ni los equipos cuentan con los recursos necesarios para su atención.
4. Equipos hospitalarios que acompañen [presenciales o mediante uso de tecnología] la labor en APS para el manejo y derivación de casos a hospital (Ver citas 3 y 4)

Cita 3 - Experiencia en la práctica	
<p><i>“Tiene que generarse un diseño, un modelo prehospitalario (...) para un intervalo de tiempo donde puede evolucionar con manejo ambulatorio o hacia la hospitalización. Eso involucra incorporación de recursos técnicos, tecnológicos, a los servicios de urgencia, habilitación de nuevos espacios y mucha capacitación, rápida. Estamos con un tapón y ese filtro [del nivel hospitalario] va a ser cada vez más duro, cada vez nos van a decir que no, que no que no derivemos, podemos tener una APS que puede contemplar la muerte o ser activa para evitarla”. - Asesor Departamento de Salud Comunal</i></p>	

Cita 4 - Experiencia en la práctica	
--	--

*“la APS transformándose en un centro hospitalario, pero sin las competencias necesarias para eso, médicos que no tienen expertiz en el manejo del paciente crítico. Yo creo que si bien es cierto van a tener que tomar un rol activo en el paciente “casi hospitalario” (...)lo que debería exigirse es que el hospital tome un rol activo en el manejo de estos pacientes. Ustedes pueden colaborar pero tiene que haber una estructura que los proteja a ustedes, estructura que existe (...) un equipo de médicos del hospital que sean acompañantes del equipo de APS, ustedes no pueden estar solos”. - **Médica y gestora Hospital***

5. Protección de los equipos profesionales: se necesitan recursos suficientes para la protección y existe desigualdad entre las distintas comunas y sus posibilidades. Esto debe ser corregido con equidad, no se puede asumir como una realidad inamovible (Ver citas 5 y 6).

Cita 5 - Experiencia en la práctica	
--	--

*“La N95 está reservada, por ejemplo para la atención odontológica. Yo por ejemplo que atiendo control sano uso mascarilla quirúrgica y escudo facial o antiparra, pero uno ya no sabe. El viernes de hecho me pasó que traía la guagüita la mamá, era un control de 1 o 2 meses, la guagua estaba sana pero la mamá de repente me dice -si lo que pasa es que yo estuve con fiebre y dolor muscular ayer...” **Médica APS***

Cita 6 - Experiencia en la práctica	
--	--

*“Nosotros [en la comuna] tuvimos que comprar por nuestra cuenta – con platas del presupuesto de salud, compramos protectores faciales, compramos mascarillas, nos dimos cuenta..., - tú viste lo que nos mandaban [desde el SS] – era absurdo pensar que eso nos iba a servir. (...) Lo último que compramos fueron los buzos para que la gente trabaje tranquila”. **Asesora Departamento comunal Salud.***

(4) Reordenamiento tareas habituales de los centros de Atención Primaria para la continuidad de la atención

Diagnóstico

Los centros han debido reordenar las acciones habituales, lo que está requiriendo recursos adicionales, tanto de personal de diferentes profesiones que se han re-organizado, como de acciones diversas con lo que se ha venido trabajando con la población a cargo en su respectivo territorio. Algunas de esas acciones han sido:

1. Redistribución de espacios físicos del establecimiento, Respiratorio/No Respiratorio inicialmente vacunación influenza
2. Sistema de turnos cada 7 o 14 días, se funciona con la mitad de los funcionarios del CESFAM, redistribuyendo las tareas. Se mantiene así equipo de trabajo a distancia y cuidado del personal previniendo contactos masivos. Teletrabajo permanente para personas en grupos de riesgo
3. Visitas domiciliarias, generalmente integrales para controles: niño sano, embarazos, dependientes severos, y personas con enfermedades crónicas.
4. Seguimiento telefónico de pacientes salud mental y crónicos, con el equipo que está en teletrabajo en sus casas. Además, Call Center centralizado en el Servicio de Salud respectivo, para apoyo del seguimiento de casos y contactos COVID.
5. Entrega de medicamentos y PNAC-PACAM a domicilio
6. Toma de exámenes a domicilio
7. Seguimiento de personas en programas de Salud Sexual y Reproductiva
8. Apoyo a personas mayores y otros grupos comunitarios
9. Consultas de morbilidad habitual, además de la respiratoria
10. Activación de redes sociales como canal de comunicación con sus familias usuarias, para la realización de talleres educativos en línea, para la entrega de información y para la difusión de videos motivadores para el cuidado mutuo
11. Controles por ciclo vital: Embarazadas, control diadas 10 días, control médico 1 y 3 meses y control sano con enfermera 2,4 y 6 meses. Pacientes cardiovasculares que necesitan control, a los otros se les está extendiendo la receta y visitas domiciliarias a pacientes mayores que no pueden ni deben acudir al CESFAM.
12. Consultas de salud mental urgentes tanto derivadas por equipos psicosociales como espontáneas urgentes.
13. Procedimientos varios, vacunas PNI y campaña, curaciones avanzadas y espontáneas.
14. Atención domiciliaria a quienes lo requieran con equipo de Médico, Enfermera y TENS, tanto dependientes como no dependientes. Vacunación a domicilio por Campaña Influenza a pacientes mayores de 70 años. En este punto importante considera al resto del equipo de salud, 60% de adultos mayores (sobre 75 años) presenta desnutrición.
15. Atención a grupos prioritarios de niños, niñas y adolescentes (NNA), especialmente en población de mayor riesgo como lo son NNA que han sido vulnerados en sus derechos y adolescentes con riesgo suicida (perfil de ingreso programa acompañamiento psicosocial en APS).

Debe destacarse la gran creatividad y capacidad de innovación demostrada por los equipos de Atención Primaria quienes han superado con creces los límites de sus profesiones y acciones habituales para hacerse cargo integralmente de su población y coordinándose intersectorialmente con otros agentes municipales.

Los tomadores de decisión ministerial deben que el sistema en su conjunto está abocado a responder a las múltiples necesidades frente a la pandemia la que, además de ser un desafío

sanitario, agudiza y expresa las desigualdades presentes en nuestro país y expresadas dolorosamente en la diferencia entre comunas. Ello hace que los equipos sanitarios hayan debido trabajar muy mancomunadamente con los equipos municipales para dar cuenta de las necesidades económicas, de seguridad de mujeres, niños y niñas y tantas otras expresiones de la inseguridad social que vivimos.

Propuesta:

- En este contexto la autoridad desde SEREMI y Servicios de Salud no debe presionar y fiscalizar por otras metas y resultados que evidentemente no pueden ser priorizados en este momento. Los equipos necesitan tranquilidad para concentrar sus energías y los territorios no ser castigados económicamente por logros imposibles de alcanzar. La autoridad tiene la obligación de reordenar las prioridades del sistema en su conjunto, no solo aplazando sino reajustando demandas a la realidad. Esto implica, por ejemplo, apoyar la gestión oportuna la reubicación de fondos PRAPS para que las comunas puedan cubrir necesidades en esta urgencia sanitaria.
- El control de nutrición al 5° mes quedó fuera de las atenciones prioritarias, considerando que se inicia la alimentación complementaria y en esa etapa baja bruscamente la lactancia materna nos parece que carece de fundamento técnico esta decisión. Proponemos que se reincorpore considerando beneficios a posterior y sobretodo la protección ante infecciones respiratorias que confiere la lactancia materna.
- El reordenamiento de las tareas habituales en los centros de APS si bien ha favorecido la contención sanitaria del COVID-19, también ha impactado en adecuado manejo de programas prioritarios que requieren no se reconviertan funciones de los profesionales que intervienen directamente, por Ej: Salud Mental (Trabajadores sociales y Psicólogos).
- Seguimiento y realización de screening auditivo de recién nacidos que no hayan pasado por el tamizaje auditivo descrito por guía clínica de Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematura, de MINSAL. Lo anterior, es que de acuerdo a la reconversión de tareas y camas de los hospitales, se ha disminuido el tamizaje y por tanto, el diagnóstico temprano de esto. Se puede de igual manera, hacer educación a las familias de recién nacidos.

La continuidad de la atención en Salud Sexual y Reproductiva

Frente a una pandemia los servicios de salud sexual y reproductiva pueden verse afectados por la interrupción, restricción y falta de continuidad de estos servicios. Por este motivo es indispensable generar estrategias sanitarias en SSR, para cubrir las necesidades, principalmente a nivel preventivo promocional que permita establecer canales de seguimiento y monitoreo a las gestantes tanto para prevenir complicaciones maternas como para prevenir el contagio del COVID-19 en esta población.

Asimismo, existen otros servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) que pueden verse afectados durante esta pandemia, tales como los servicios de regulación de fertilidad, consultas pre y postnatales, consultas por ITS, tratamiento para pacientes con VIH y atención en casos de violencia; que en situaciones de crisis suelen agudizarse y requieren medidas sanitarias, de lo contrario pueden ocasionar efectos negativos a mediano y largo plazo, aumentando los costos sociales, económicos y sanitarios, incluyendo las muertes maternas y neonatales, además de las que se van a generar a raíz de la pandemia. Además, a nivel mundial se estima que por lo menos 18 millones de usuarias/os de anticonceptivos modernos discontinuarán su uso.

Recomendaciones:

Para garantizar la continuidad de la atención en salud sexual y reproductiva ante la infección por COVID – 19, es urgente constituir una **Directiva en Salud Sexual y Reproductiva**, para que se tomen las medidas necesarias en cada establecimiento y por nivel de atención para promover la continuidad de la atención de los servicios en SSR con énfasis en la prevención y promoción, para prevenir complicaciones materno-fetales, embarazos no deseados o ante situaciones de violencia sexual, con el fin de mantener una atención controlada, oportuna y segura ante esta pandemia.

Es importante fortalecer las acciones, estrategias y programas de intervención para asegurar la continuidad de los servicios de SSR con énfasis en la prevención a nivel comunitario, a nivel social y familiar, priorizando un enfoque de salud pública frente a esta pandemia, fortaleciendo la articulación entre las diferentes instancias y niveles del sector salud, y sobre todo fortaleciendo en trabajo en equipo por parte de todos los profesionales involucrados en la SSR (21).

(5) Problemas emergentes en el enfrentamiento de la pandemia en la APS

La pandemia produce inseguridad generalizada y origina problemas de diverso tipo tanto a las personas individuales, la comunidad, y a las mismas instituciones, a través de los equipos gestores. Para algunos de ellos, abordables a nuestro juicio, se propone:

a) Para la comunidad:

1. Fortalecer la información a las personas y comunidades

- a. Debe mejorarse sustancialmente la información a familiares cuando tiene a alguien hospitalizado. Hoy no se sabe cómo está. Existen en los hospitales fondos de “Hospital Amigo” que podrían utilizarse para mejorar los sistemas de información de las OIRS, especialmente telefónicos y eventualmente adquirir tablets para la comunicación paciente-familia.
- b. Superar dificultad de las personas para saber: si deben tomarse exámenes, dónde, requisitos, con puesta al día plataformas centralizadas (dado la realidad cambiante y descentralizada)
- c. Producción de apoyo fáciles de circular en redes sociales (infografías) respecto a qué hacer con familiar contagiado, cuidado de contactos, etc. En general hoy no son adecuados para su fácil comprensión.
- d. La comunicación rápida a la comunidad es indispensable, por ejemplo cuando los hospitales están dejando de atender urgencias menos graves.
- e. Debe aumentarse la comunicación de prevención en medios de comunicación masivos especialmente cuando cambia la situación de cuarentena.

2. Cautelar los derechos de las comunidades y especialmente de pueblos originarios, siendo especialmente cuidadosos en la comunicación y en la necesidad de trabajar con sus líderes para llegar a sus comunidades.

3. Cautelar los derechos de las personas con capacidades diferentes (PcD) y enfermedades poco frecuentes:

- a. Protocolos de Atención y Hospitalización de pacientes con Enfermedades Poco Frecuentes y PcD.
- b. Cada paciente con Epof y PcD debiera estar acompañado en todo momento de su cuidador sobre todo aquellos pacientes no verbales, deberán tener por condición atención prioritaria.
- c. Incorporación de los Pacientes con Enfermedades Poco Frecuentes y PcD a las Residencias Sanitarias, debiendo ser parte del público objetivo y tener prioridad para hacer uso de ellas, dada ya su vulnerabilidad.
- d. Velar por el adecuado abastecimiento de Insumos Médicos y Alimentación para los pacientes que están bajo la Ley Ricarte Soto. Garantizar y asegurar los insumos esenciales requeridos por los pacientes velando especialmente por la seguridad de niños y niñas (Medicamentos, Leche, bajadas de bombas de alimentación, etc.)
- e. Generar una política pública de apoyo económico a las familias de personas con enfermedades poco frecuentes y PcD.

4. Cautelar los derechos sexuales y reproductivos de las personas facilitando el acceso a los respectivos programas y tener especial cuidado en detectar la violencia de género y facilitar el acceso a ayudas psicológicas e intersectoriales de los gobiernos locales (of. mujer, residencias sanitarias y otros)

5. Apoyo a familiares de fallecidos

- a. Protocolo claro y difundido del procedimiento de personas fallecidas en sus domicilios
- b. Desarrollo de guías de acompañamiento a familiares de personas graves desde la APS
- c. Cuidar de manera muy especial la salud mental de las comunidades que se ha visto profundamente dañada por la pandemia misma pero también por las medidas adoptadas, en especial las de aislamiento. Por ello es indispensable reforzar los equipos de salud mental (psicólogos-trabajadores sociales), apoyar las organizaciones comunitarias que tienen desarrollo en el área de autoayuda, y evaluar la posibilidad de tener parte del equipo en la “primera línea” haciéndose cargo de los desafíos en esas áreas de los pacientes COVID-19.

6. Pesquisa de problemas de salud mental (síntomas) y determinantes como violencia, consumo, riesgo suicida, entre otros.

- a. Eso podría ser una estrategia transversal y trabajarse en coordinación con los equipos de salud mental para la derivación oportuna de las personas junto al desarrollo de estrategias preventivas dirigidas a la comunidad general.

b) Para los tomadores de decisión en las Departamentos de Salud comunales

Las estrategias y los recursos disponibles se asemejan a los recursos que se implementan en una campaña de invierno. Parece un plan habitual de invierno, algo más duro, que a los recursos que debería entregar el Estado para intentar aportar a resolver la pandemia más grande del último siglo. No se observa una estrategia seria que contenga el fortalecimiento del territorio y de las personas que viven al interior de estos.

1. Incremento de recursos para la Atención Primaria
 - a. Se entregaron 76.000 millones para incremento de todo el sistema de salud, de los cuales 43.000 millones para APS. Representando eso sólo un 2,17% de incremento respecto al presupuesto habitual, lo cual no representa el nivel de gasto que están teniendo los centros en estos momentos de pandemia. Los recursos habituales han debido ser reorientados para mantener las acciones prioritizadas, con acciones que son más caras que las habituales.
2. Definir cómo contabilizar casos sospechosos que fallecen en el hogar
3. Evaluar nueva suspensión de patologías GES que pueden ser aplazadas, manteniendo otras como GES oncológico y cuidados paliativos.
4. Necesidad de realzar el aporte de la Atención Primaria para el control de la pandemia
 - a. Dar a conocer lo que la APS realiza en los medios de comunicación
 - b. Coordinación APS-Hospitales funcionando en cada Servicio de salud, ya sea mediante interconsultores, consejos u otros mecanismos
 - c. Establecer canales efectivos de participación, de intercambio y apoyo a la gran cantidad de iniciativas y buenas prácticas que se han ido desarrollando
 - d. Reconocer experiencias vividas del personal de salud en su inserción en la comunidad, tanto o más difícil que en un hospital (entrevistas cualitativas)
 - e. Reflexionar con información cualitativa sobre el impacto en la vida de las personas y en las dinámicas sociales que tienen medidas implementadas, ajustándolas y mejorando las frente a las realidades y necesidades locales

5. Determinar la existencia de un programa de salud intercultural o salud mapuche vinculado en lo posible a la gestión municipal. Que se preocupe de las relaciones interculturales, capacitando en primer lugar a los funcionarios de salud, a los directivos y equipos de los establecimientos de la red asistencial, buscando fortalecer las relaciones y reconocer además la existencia del pueblo indígena con un sistema propio de salud que garantiza la pluralidad de acceso de acuerdo a normativa vigente, apartando la exclusión de la ruralidad e interculturalidad.

(6) Seguridad y Bienestar de los trabajadores de la salud

Para hacer de Atención primaria un actor estratégico en esta pandemia es relevante considerar la seguridad a los trabajadores. De esta seguridad depende la aplicación de todas las otras propuestas, económica o clínica, política o de tipo ministerial

El síndrome de burnout ya está aquejando a muchos funcionarios de la salud en diferentes niveles y eso irá agravando la situación de colapso que enfrentan los establecimientos. Los establecimientos están conformados por personas que son trabajadores con una situación contractual, con un sueldo insuficiente muchas veces y con miedo de perder la vida o sufrir secuelas en el cumplimiento de su deber y más todavía sienten que el estado también tiene un deber que cumplir con ellos. Para dar cuenta de la seguridad y bienestar de estos trabajadores, proponemos la implementación de las siguientes medidas:

Proponemos la implementación de las siguientes medidas:

1. Medidas de control de uso de elementos de protección personal (EPP) suficiente y efectivamente entregados para cubrir completamente las necesidades de bioseguridad del personal. Revisión de circulares sobre uso EPP como protocolo estándar
2. Todo Trabajador de la Salud que se encuentra en la misma habitación, sala, box clínico o cabina sanitaria (ambiente cerrado no ventilado) con un Paciente (sintomático o asintomático), sin importar si es un caso sospechoso o confirmado COVID-19 e independientemente del procedimiento que vaya a realizar, debe tener acceso a utilizar y reutilizar un Respirador FFP2 (desechable N95/KN95 ó elastomérico filtro P100/P3) de uso individual proporcionado por su empleador durante la pandemia.
3. Difusión y capacitación de las orientaciones técnicas emitidas por la autoridad sanitaria.
4. Establecer estrategias por fases adaptadas a la realidad local (pandemia en cada territorio).
5. Existe actualmente saturación de la capacidad hospitalaria en personas COVID-19 con criterios de hospitalización que ha obligado a la semi-hospitalización en APS. Comunas han habilitado salas de observación de pacientes COVID-19 con necesidad de hospitalización pero que no pueden ingresar a urgencias por falta de cupos, permaneciendo en APS sin las medidas de soporte adecuadas en espera de traslado.
 - a. Planteamos que la implementación de salas de pre hospitalización en APS, o de cuidados, sean producto de una ejecución guiada, provista de protocolos, insumos, de alimentación para pacientes y supervisión hospitalaria por parte de los Servicios de Salud.
6. Que además se implemente un sistema eficaz de aseguramiento, de su integridad física, psíquica y laboral recibiendo atención oportuna testeo oportuno seguimiento y cuidados.
7. Que el aseguramiento también implique pólizas y pensión de sobrevivencia y orfandad dignas.
8. Que reciban atención psicológica para equipos y personas que les permitan abordar la realidad y poder continuar entregando su labor.
9. Que se determine al terminar esta pandemia descansos para recuperar sus capacidades, distinto esto último, del feriado legal.
10. Que se generen puntajes de capacitación automáticos para quienes han servido durante la pandemia a propósito del detrimento sufrido en su carrera funcionaria por la situación epidemiológica.
11. Que se suspendan los períodos de calificación del personal.

12. Que se genere un día especial de reconocimiento y recuerdo de lo acontecido en el presente año a manera de generar jornadas de reflexión recapitulación y preparación de futuros escenarios como el vivido. Esto a manera de un feriado nacional para la salud primaria, en la misma fecha que falleció el 29 de abril nuestra compañera Lorena Durán Herrera, en los años venideros.
13. A propósito de la ley de trato usuario y aplicación de la encuesta del mismo, solicitamos de manera formal que se recoja lo conversado por CONFUSAM y Dirección de Atención Primaria referente a reconocer en tramo uno a todos los funcionarios de APS.



Reconocimiento, recursos y atribuciones para la Atención Primaria de Salud como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia COVID-19