



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

Atención primaria en tiempos de COVID-19: desafíos y oportunidades

M. PAULINA ROJAS V.
BLANCA PEÑALOZA H.
MAURICIO SOTO D.
ÁLVARO TÉLLEZ T.
Escuela de Medicina UC

RICARDO FÁBREGA L.
Investigador externo



TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Año 17 / N° 154 / Mayo 2022
ISSN 0718-9745

Atención primaria en tiempos de COVID-19: desafíos y oportunidades

M. PAULINA ROJAS V.

BLANCA PEÑALOZA H.

MAURICIO SOTO D.

ÁLVARO TÉLLEZ T.

Escuela de Medicina UC

RICARDO FÁBREGA L.

Investigador externo

I. Introducción

Desde diciembre del año 2019 el mundo se ha visto desafiado por la irrupción de la pandemia COVID-19. Múltiples olas de contagio y un virus en constante evolución han mantenido a los países en alerta para intentar contener la enfermedad y sus consecuencias para la población. La Atención Primaria de Salud (APS) ha sido parte de la respuesta de los sistemas de salud, demostrando una vez más su importancia para que la comunidad acceda a los servicios de salud necesarios en este nuevo escenario. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las funciones de la APS en este contexto son: “proveer atención centrada en la respuesta al COVID-19: identificar, reportar, contener, manejar y referir; mantener la continuidad de servicios esenciales durante la transmisión comunitaria del COVID-19, y propiciar la descarga de la atención hospitalaria para la ampliación de la capacidad de los servicios hospitalarios en respuesta al COVID-19” (OPS, 2020b). Otras agencias destacan también su rol en la comunicación de riesgo y la interacción con la comunidad para promover la comprensión y el cumplimiento de las medidas de salud pública establecidas por las autoridades (Kearon y Risdon, 2020; OMS, 2020b).

En Chile, desde el inicio de la pandemia la APS ha desarrollado diversas estrategias para abordar el nuevo esce-

nario, algunas originadas en el nivel central y otras en el nivel local. Nos parece oportuno revisarlas y rescatar los aprendizajes para la APS, pues creemos que esto será un aporte a la reflexión sobre el sistema de salud y también para los tomadores de decisiones, pensando en un presente y futuro en que coexiste el COVID-19 con otras necesidades de salud de la población.

Los objetivos específicos de este documento son¹:

1. Identificar estrategias utilizadas en la APS para afrontar los problemas de salud de la población durante la pandemia, con especial foco en las innovaciones para el manejo de esta y de otras necesidades de salud de la población.
2. Reflexionar acerca de la aplicabilidad de las estrategias e innovaciones basadas en la APS en los escenarios futuros, y elaborar propuestas que permitan capitalizar los aprendizajes, además de fortalecer tanto la atención primaria como el desempeño global del sistema de salud.

La elaboración de este artículo consideró dos etapas: i) revisión bibliográfica, tanto de la literatura publicada como literatura gris respecto a la respuesta de la APS a la pandemia por COVID-19 y las innovaciones y cambios que se han instalado en este escenario, y ii) una

¹ Estos objetivos se han abordado con un claro énfasis en la experiencia chilena, sin embargo, también se incluye información sobre otros países de América Latina.

reflexión sobre la información recolectada, basada en la experiencia de los autores y considerando el escenario de coexistencia de este virus con las otras necesidades de salud de la población.

II. Desafíos de la pandemia en Chile

Al 10 de marzo del año 2022 el planeta registraba más de 452 millones de casos y más de seis millones de personas fallecidas producto de la pandemia por COVID-19 iniciada en Wuhan, China, en diciembre del año 2019 (CSSE, 2022). En América Latina, el primer caso fue reportado en Brasil el 26 de febrero del año 2020. Desde entonces, la enfermedad se ha extendido a todos los países, alcanzando casi 65 millones de casos y más de 1,6 millones de muertes (OPS, 2022a). En Chile, el primer caso fue reportado el 3 de marzo del mismo año y desde entonces, el país ha tenido varias olas de contagio, alcanzando a la fecha 3,2 millones de casos y más de 43.000 fallecidos. Con una tasa de letalidad de un 1,34%, como en el resto del mundo, la mortalidad se concentra en las personas de mayor edad y en portadores de enfermedades crónicas. En los últimos meses, la variable Ómicron ha provocado un récord de contagios desde el inicio de esta emergencia sanitaria (OPS, 2022a).

Las estrategias de enfrentamiento de la pandemia en América Latina se basaron, por una parte, en acciones dirigidas a reducir la movilidad de las personas, y por otra, en medidas para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud a través del aumento de camas críticas y de la capacidad de testeo de casos sospechosos. Sin embargo, las condiciones sociales y económicas de la región -que incluyen una alta tasa de empleo informal, hacinamiento y precariedad de las viviendas y falta de acceso a servicios básicos- limitaron la efectividad de las medidas sanitarias de prevención, agravando el impacto social y económico de la pandemia sobre la población, especialmente entre aquellos en situación de vulnerabilidad (OCDE, 2020).

En Chile, el abordaje de la pandemia por COVID-19 ha tenido algunos aspectos distintivos. En primer lugar, se instaló en un país en plena efervescencia, donde el estallido social de octubre del año 2019 y el posterior proceso constituyente -aún en desarrollo- han contribuido a un ambiente en el cual la sociedad civil cuestiona las respuestas oficiales y demanda una participación activa en la discusión de las soluciones propuestas. Por otro lado, las redes sociales han jugado un rol fundamental en la transmisión de información muchas veces abun-

dante en datos erróneos y falsos (*fake news*), lo que, sumado a la complejidad de comunicar información científica nueva y a las condiciones epidemiológicas cambiantes, ha dificultado la entrega de información oportuna y adecuada a la población. Estos procesos, entre otros, están llevando a una demanda por un nuevo equilibrio de poder y a la irrupción de nuevos interlocutores en la discusión sanitaria, que culmina con el cambio de gobierno reciente. Por otra parte, el sistema político altamente centralizado determinó el carácter de la respuesta inicial de la autoridad sanitaria a la pandemia. Esta se caracterizó por ser errática y tardía en la adopción de medidas de restricción de movilidad, así como “hospitalo-céntrica” respecto del sistema de salud, pues las acciones se enfocaron en aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias, especialmente de cuidados críticos, y de ventiladores mecánicos. Las medidas orientadas a la detección de casos (test diagnósticos) y su aislamiento fueron también inicialmente centralizadas en los hospitales y servicios de urgencia y en las Seremi. Desde el punto de vista de la gobernanza, esta fue poco participativa, sobre todo considerando el contexto social antes descrito. Entre los escasos espacios de participación destacan el Consejo Asesor Experto convocado por el Ministerio de Salud el 11 de marzo de 2020 y la Mesa Social COVID-19, creada por el gobierno el 22 de marzo del mismo año para incorporar a las organizaciones civiles, gremiales y educacionales en la gestión de la crisis (Martínez et al., 2020; Méndez, 2021).

Al igual que en otros países de la región, durante la primera parte de la pandemia las autoridades nacionales prácticamente excluyeron a la APS de la planificación de la respuesta sanitaria, desperdiciando la extraordinaria posición territorial de su red de centros de atención y su conocimiento de la gran diversidad de realidades geográficas y sociales de nuestro país. Esta falta de lineamientos desde el nivel central dejó espacio para que los gobiernos locales, especialmente los municipios, dieran rápida respuesta a los desafíos de la pandemia, movilizándolo sus propios recursos para responder a las necesidades de su población y originando un fenómeno no planificado de descentralización. Esto se repitió en otros países como Colombia, Bolivia, Uruguay y Brasil (Giovannella et al., 2021). Recién en julio del año 2020 el Ministerio de Salud incluyó formalmente a la APS en la estrategia de trazabilidad de la enfermedad y asignó financiamiento específico para esta tarea (Subsecretaría de Salud Pública, 2020).

A fines de dicho año, junto con la reducción de los casos activos de COVID-19 y como parte del Plan Paso a Paso, se inició la reactivación asistencial en la APS, incorporando progresivamente las prestaciones de salud postergadas por la pandemia. En diciembre comenzó el proceso de vacunación, cuyo éxito se debe, en gran parte, a la amplia cobertura de la APS y al trabajo de sus equipos de salud, que se desplegaron en las comunidades y facilitaron el acceso a esta prestación ágil y equitativamente (Subsecretaría de Salud Pública, 2021). En septiembre de 2021 y ante la reducción de casos, el Ministerio de Salud instruyó suspender las acciones de trazabilidad en la atención primaria y volver a concentrarlas en la autoridad sanitaria, reorientando a la APS hacia las acciones de salud postergadas por la pandemia (Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2021). Una vez más se evidenció la poca participación de la APS en la toma de decisiones y la escasa planificación en un escenario de alta incertidumbre.

Así como ocurrió en otras áreas de nuestro país, la pandemia dejó al descubierto múltiples problemas del sistema de salud en su relación con la Atención Primaria de Salud; algunos de ellos son antiguos y otros derivados directamente del COVID-19:

1. Centralismo en la toma de decisiones del sistema de salud

La carencia de orientaciones específicas desde el nivel central para las nuevas actividades dirigidas a afrontar esta enfermedad generó una oportunidad para que la APS desplegara su potencial y diseñara e implementara acciones diversas y adecuadas a la realidad local en ámbitos relacionados con prestaciones, roles, responsabilidades y definición de indicadores, entre otros. Este esfuerzo clínico y epidemiológico no fue validado ni reconocido oportunamente por la autoridad central (Barría y Troncoso, 2020; Giovanella et al., 2021). Tampoco contó al inicio con recursos adicionales ni con la certeza de si los tendría después (Muñoz, 2021), y las iniciativas locales fueron difíciles de conciliar con las normativas oficiales. Especialmente compleja fue la vinculación con las Seremi, instituciones que adquirieron protagonismo y comenzaron a actuar a nivel local, muchas veces sin la suficiente coordinación con la APS (Barría y Troncoso, 2020). Cabe destacar la rigidez de

la normativa central para la APS, reflejada, por ejemplo, en las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red en sus ediciones de los años 2021 y 2022, en las cuales se menciona la pandemia por COVID-19 solo como un elemento de contexto, sin considerar el impacto que ha tenido y sigue teniendo en la situación de salud de las personas y en el funcionamiento del sistema de salud en su totalidad ni de la APS en particular (Minsal 2020b, 2021).

2. Sistema de salud sobrepasado en su capacidad en los momentos de más casos de COVID-19

A medida que aumentaron los contagios se generó una creciente demanda en toda la red de atención, que se hizo crítica para las hospitalizaciones, con la consiguiente sobrecarga de la red de urgencias. En este escenario, la APS se enfrentó al problema de que los pacientes derivados, requirentes de oxígeno y muchas veces de ventilación asistida, debían soportar largas esperas en las urgencias hospitalarias antes de ser atendidos (Moore et al., 2020).

3. Sobrecarga de los equipos de salud

Los equipos de APS asumieron nuevos roles para los cuales no estaban necesariamente capacitados; debieron actuar con flexibilidad y adaptarse a cambios permanentes en las normativas y orientaciones clínicas que iban recibiendo. A lo anterior se sumaron la incertidumbre y el miedo al contagio, lo que generó mucho estrés y cansancio (Rain, 2021).

4. Acumulación de problemas no resueltos y nuevos problemas de salud

Los efectos de la pandemia en la salud de la población no se explican solo por la transmisión del virus y sus consecuencias en morbilidad y mortalidad, sino que de manera muy importante por la interacción de este con los determinantes sociales de la salud, las condiciones demográficas y epidemiológicas, además de la capacidad del sistema de salud de atender las necesidades de la población (Huenchuan, 2021). Desde esta perspectiva, las consecuencias en salud son múltiples y diversas, entre las cuales se encuentran las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y sus factores de riesgo, problemas de salud mental, problemas de desarrollo infantil y secuelas del COVID-19 (Tabla 1 y Tabla 2).

Tabla 1. **Efectos de la pandemia en la actividad asistencial y en resultados de salud para problemas seleccionados**

Problema de salud	Cambios en la actividad asistencial (2020 vs. pre-pandemia)	Resultados
Programa de salud cardiovascular (Minsal, 2022a)	Reducción de los ingresos en 47%. Reducción de los controles en 60%.	Reducción de la cobertura efectiva HTA de 42% a 23%. Reducción de la cobertura efectiva DMII de 30% a 17,5%.
Sospechas de infarto agudo al miocardio y accidente cerebrovascular (Minsal, 2022a)	Reducción inicial de las consultas de urgencia por sospecha de infarto y accidente cerebrovascular. Reducción leve de hospitalizaciones por las mismas causas.	
Cáncer (Cuadrado et al., 2021; Ward et al., 2021)	Reducción de las prestaciones diagnósticas en 35%. Reducción de las confirmaciones diagnósticas en 35%.	Reducción de los casos diagnosticados en 33,5%. Aumento de casos de cinco tipos de cáncer seleccionados: - 3.198 casos extra (14%) en el año 2021. - 2.674 casos extra (10%) en el año 2022. - 3.522 muertes en exceso en el periodo 2022-2030.
Salud mental (Bravo et al., 2021)		Entre un 32% y un 45% de las personas refieren deterioro de su estado de ánimo en distintos momentos de la pandemia respecto al periodo previo a esta. En agosto del año 2021, 23,6% refiere síntomas compatibles con sospecha o presencia de problemas de salud mental; 47,3% reconoce tener síntomas de depresión; 25% asegura tener síntomas de ansiedad, y 16,3% declara tener insomnio.
Estado nutricional infantil (Junaeb, 2021)		Los escolares con peso normal disminuyeron de 41,2% en 2019 a 38,2% en 2020. Los escolares con obesidad aumentaron de 23,5% en 2019 a 25,4% en el año 2020.
Salud mental infantil (Larraguibel et al., 2021)		Aumento de síntomas en preescolares y escolares: 20% de los niños pasaron de no tener síntomas a presentar al menos uno. Los más frecuentes son estar triste; la falta de ganas, incluso para hacer actividades que le gustan; cambios en el apetito y problemas para dormir.
Desarrollo infantil (Abufhele, 2021)		Rezago significativo en vocabulario, desarrollo general y socioemocional en preescolares.
Secuelas COVID-19 (Minsal, 2022b)		4,86% de las personas que tuvieron COVID-19 en Chile hasta diciembre del año 2021 desarrollaron una complicación.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. **Cambios en la prevalencia de factores de riesgo en la población adulta chilena y variación en relación a la pandemia por COVID-19**

Factor de riesgo	Población general	Personas con enfermedades crónicas no transmisibles
Consumo de alcohol (Bravo et al., 2020, 2021; Santi et al., 2021)	13,5% de las personas reconoce haber aumentado su consumo y 38,3% asegura haberlo reducido. Consumo de alto riesgo: Hombres: 13,5%. Mujeres: 9,7%.	11% reconoce haber aumentado su consumo y un 45% asegura haberlo reducido.
Tabaco (Bravo et al., 2020)	29,6 % de las personas reconoce haber aumentado su consumo y 22,4 % asegura haberlo reducido.	17% de las personas reconoce haber aumentado su consumo.
Actividad física (Reyes-Olavarría et al., 2020; Santi et al., 2021)	51% de los hombres y un 58% de las mujeres aseguran haber disminuido la actividad física que realizan.	61% de las personas declara haber disminuido la actividad física que realizan.
Cambios en el peso (IPSOS, 2021)	51% de las personas dice haber aumentado de peso, y quienes subieron de peso estiman un alza promedio de 7,5 kilogramos.	

Fuente: elaboración propia.

III. Estrategias emergentes en la APS chilena en el escenario COVID-19

Como respuesta a los problemas mencionados y a muchos otros ocasionados por la pandemia por COVID-19, se ha producido un gran despliegue de colaboración y creatividad, dando origen a muchas iniciativas innovadoras. Entre las experiencias surgidas en la atención primaria podemos identificar cuatro, las que son revisadas a continuación.

1. Reconfiguración de la red de atención

Desde su posición privilegiada de primer contacto de la comunidad con el sistema de salud, la APS puso en marcha cambios profundos en su funcionamiento para afrontar la pandemia. Entre las estrategias relevantes pueden reconocerse algunas implementadas al interior de los centros de salud y otras enfocadas en la interacción de la APS con los otros dispositivos de la red local (Krist et al., 2020; Rawaf et al., 2020; Barría y Troncoso, 2020; Muñoz, 2021; Rain, 2021).

a. Reorganización de los centros de atención. En pocas semanas se transformó toda la organización de los centros: se redistribuyeron los espacios físicos, se establecieron aforos en cada recinto, se definieron flujos de atención segregados para personas con sospecha

de COVID-19, así como sistemas de detección de sospechosos en los sitios de acceso. Lo anterior significó modificar roles y funciones del personal, incrementar y fortalecer la comunicación y atención telemática, organizar turnos alternados de trabajo presencial y remoto, entre otros cambios.

b. Implementación de nuevas prestaciones. Toma de muestras para PCR y realización de test de antígenos, vacunación COVID-19, entre otras.

c. Reorganización de la atención. Se dio prioridad -y al inicio, prácticamente exclusividad- a pacientes con patología respiratoria, algo que requirió diseñar criterios y luego protocolos de sospecha e identificación de casos, protocolos de tratamiento y seguimiento, que fueron evolucionando en la medida que había más información científica respecto del virus y de la enfermedad. A esto se sumó la capacitación al personal para este enfrentamiento.

d. Incorporación de estrategias de salud pública. Se implementaron estrategias que no estaban dentro de las funciones de la APS, como las de trazabilidad y aislamiento de casos y contactos. Lo anterior requirió del diseño, capacitación e implementación de protocolos de trazabilidad y seguimiento de todos los casos detecta-

dos y sus contactos, con el fin de apoyar y supervisar su aislamiento, así como detectar posibles complicaciones.

e. Organización de nuevas modalidades de atención. Se implementaron intervenciones nuevas especialmente destinadas a enfrentar la situación sanitaria local, sobre todo cuando las redes de urgencia y hospitalización estaban saturadas:

- Gestión y seguimiento de programas de oxigenoterapia domiciliaria a gran escala.
- Creación de Unidades de Observación Prolongada (UOP) en centros de atención primaria. Esta estrategia, cuestionada por considerar que la APS aborda roles que no le competen, surgió por la saturación de los servicios de urgencia y hospitalización, que generaba largas horas de espera dentro de ambulancias a pacientes requirentes de oxígeno o ventilación, y la permanencia “de facto” de los pacientes por más de 24 horas en los centros ambulatorios esperando su traslado a centros hospitalarios. La APS generó estas unidades de carácter transitorio, que fueron habilitadas con equipamiento y turnos de personal permanente para cuidar y tratar adecuadamente a pacientes con COVID-19 mientras se resolvía su hospitalización. Este esfuerzo se desplegó especialmente en centros vinculados al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente de Santiago y en la comuna de Peñalolén. Se trató de una respuesta implementada en la APS, pero que fue organizada y articulada por la red asistencial local en su totalidad (Colegio Médico de Chile, 2020; Moore et al., 2020).

f. Diseño de criterios de priorización según riesgo.

Para enfrentar la postergación de la atención de personas con problemas distintos a COVID-19 se identificaron grupos y problemas de salud en los cuales debía mantenerse la atención presencial, tales como embarazadas, recién nacidos, pacientes con multimorbilidad de alto riesgo. Asimismo, se potenció la comunicación y atención remota para el seguimiento de pacientes seleccionados (Téllez, 2021).

g. Creación o adaptación de registros. Con el fin de manejar la nueva información generada por las actividades vinculadas a la pandemia se modificaron, adaptaron y/o crearon registros clínicos. Además, se registró información específica para efectos epidemiológicos en las plataformas que dispuso la autoridad sanitaria.

h. Fortalecimiento del vínculo con la red de atención de urgencia.

La necesidad de derivar, observar y tratar pacientes con cuadros graves de COVID-19 en un escenario en que las urgencias estaban sobrecargadas y con tiempos de espera muy largos hizo necesario intensificar la comunicación y coordinación con la red de urgencias de los territorios (Giovanella et al., 2021). A modo de ejemplo, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente estableció una coordinación permanente entre las urgencias hospitalarias y los centros de atención primaria, particularmente las unidades de urgencia (SAPU y SAR) y sus UOP. Diariamente se realizaba una suerte de visita remota por estas unidades, priorizando a los pacientes que debían ser referidos a las urgencias hospitalarias y orientando el manejo clínico de quienes podían derivarse a sus casas o permanecer en las unidades. Asimismo, se diseñaron, con la colaboración de la academia, protocolos de manejo clínico de pacientes para estas UOP, integrando información clínica de distintos puntos de la red. También se realizaron reuniones periódicas y frecuentes de la red asistencial completa con el fin de informar respecto de la evolución de la pandemia, la capacidad de atención de la red y para difundir orientaciones generales (Betanzo, 2020; SSMSO, 2020).

i. Fortalecimiento de redes comunitarias y territoriales.

Se reforzaron las relaciones con los actores institucionales del territorio, particularmente municipios, juntas de vecinos y escuelas. Esto permitió aprovechar espacios físicos para distintas actividades destinadas a paliar efectos de la pandemia, tales como acopio de alimentos e insumos básicos para su distribución en la comunidad, testeo, vacunación, entre otras (Espínola, 2021).

2. Uso de nuevas tecnologías

Uno de los elementos más llamativos del manejo de la pandemia a nivel nacional e internacional y en todos los niveles de los sistemas de salud -incluida la APS- fue la utilización de tecnologías de la información y comunicación (TIC), tanto para enfrentar los desafíos que impuso la propagación del COVID-19 como para mantener el cuidado de las poblaciones a cargo de la APS (OMS, 2020a; Saigí-Rubió et al., 2021). Este proceso, que ya venía ocurriendo en el sistema de salud, se amplió a una escala nunca antes vista, aprovechando el desarrollo de diversas plataformas y su masificación en la población general.

Mencionaremos a continuación algunas estrategias desarrolladas con el uso de las TIC.

a. Estrategias de telesalud

La pandemia se convirtió en un catalizador para el uso masivo de plataformas de videoconferencias y otros mecanismos de comunicación a distancia a una escala y velocidad nunca vistas, que permitieron mantener la continuidad de atención en el contexto de reducción de la movilidad y se usaron tanto para el manejo de casos COVID-19 como para la atención y seguimiento de pacientes con condiciones diversas.

Sin embargo, este extraordinario desarrollo generó situaciones de inequidad en grupos de la población con menor conocimiento y acceso a estas tecnologías. Los problemas de conectividad y equipamiento computacional fueron las barreras más importantes, tanto a nivel de los usuarios como de los equipos de salud (Saigi-Rubio et al., 2021). A nivel territorial, las comunas vulnerables tenían un bajo porcentaje de su población con acceso a internet al inicio de la pandemia, y a nivel de usuarios, los adultos mayores, que usan poco las tecnologías digitales de comunicación, mostraron un menor acceso a las estrategias de telesalud. Por otra parte, los trabajadores de la APS también presentaron dificultades para disponer de equipamiento computacional y acceso a internet de calidad, y, ante la falta de tecnologías de comunicación institucionales, fueron sus propios recursos (teléfonos, cuentas propias de software para videoconferencia y WhatsApp) los que permitieron continuar con el cuidado de los usuarios. A pesar de todas estas dificultades, estudios en Latinoamérica muestran una relación directa entre mayor frecuencia de actividades de telesalud y satisfacción del personal en su uso, probablemente gatillado por los altos niveles de aceptabilidad y satisfacción que logra este tipo de estrategias en los usuarios (Llenque Santisteban, 2021).

La falta de financiamiento y de validación normativa fueron otras barreras institucionales identificadas en la etapa de implementación, y están jugando un rol clave en la consolidación de estas estrategias. Finalmente, la existencia de registros clínicos electrónicos fue un elemento facilitador para seguir contando con la información de problemas y atenciones de salud durante el teletrabajo de los equipos.

Algunas intervenciones implementadas durante la pandemia que han permanecido en el tiempo son:

- **Teletriage (Universidad de Chile-OPS)²:** estrategia que busca mejorar el acceso a la atención en centros de la APS y que consiste en un sistema digital en línea que permite solicitar horas de atención. Se implementó en comunas del Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- **Telesalud Ancora UC³:** estrategia con múltiples componentes que incluyen un *call center* (orientación clínica, administrativa y agendamiento de atenciones), una estrategia de difusión y contactabilidad (basada en redes sociales y sitio web), y una estrategia de teleconsulta (telefónica y videollamadas) para mantener el cuidado de poblaciones a cargo.
- **Programas acotados y específicos de telesalud:** se identificaron varias iniciativas orientadas a problemas de salud y poblaciones específicas entre las cuales destacan:
 - Telerrehabilitación, desarrollada en el Centro de Salud Familiar (Cesfam) Dr. Arturo Baeza Goñi, comuna de San Joaquín (Rojas, 2021).
 - TeleCERO (Telemedicina en Control con Enfoque de Riesgo Odontológico)⁴, aplicada en la comuna de Recoleta para dar continuidad y aumentar la cobertura del Programa Odontológico Preventivo (CERO) en niños menores de seis años.
 - Telesalud en multimorbilidad, una experiencia desarrollada por el Centro de Innovación Ancora UC para mantener el cuidado en salud a personas con varias condiciones crónicas (Télez, 2021).
 - Estrategias remotas para mantener la continuidad del cuidado en adultos mayores. El Departamento de Salud Municipal de Yumbel utilizó llamadas telefónicas y videollamadas individuales y grupales para mantener la continuidad de las atenciones de un programa comunitario presencial ya existente (Sepúlveda, 2020).

Otro uso de las tecnologías de comunicación remota es la telerreferencia, estrategia dirigida a mejorar la capacidad resolutoria de la APS. A nivel regional destaca la experiencia de Perú, caracterizada por el desarrollo de teleconsultas, telediagnóstico, telerreferencia y telecapacitación en un país con importantes dificultades de acce-

2 Ver: <https://www.paho.org/es/noticias/31-8-2021-proyecto-teletriage-chile-tecnologia-al-servicio-atencion-salud-tiempos-pandemia>

3 Ver: <http://telesalud.ancorauc.cl/2021/11/19/telesalud-es-reconocida-por-la-red-de-iniciativas-de-innovacion-social-en-salud-sihi>

4 Ver: <https://www.paho.org/es/comunidad-practicas-aps-chile/dialogos-aps/actividad-19-noviembre-2020>

so geográfico y de disponibilidad de recursos humanos (Caparó y Sara, 2021). A nivel nacional, el caso de la Unidad de Telemedicina de la Universidad de Concepción⁵ es un buen ejemplo de implementación de esta estrategia, en la cual destacan los servicios otorgados de teleoftalmología, teledermatología, telerradiología, telegastroenterología y telecapacitación, ya existentes antes del inicio de la pandemia.

b. Sistemas de vigilancia y seguimiento

Las TICS permitieron almacenar la información de casos COVID-19 y sus contactos, además de generar información para monitorear la propagación de la pandemia. Ante la demora del nivel central en proveer una herramienta tecnológica única para estos fines, los sistemas de salud desarrollaron soluciones locales para facilitar estas medidas a nivel público. Se identificaron experiencias de uso de sistemas de información para el seguimiento y monitoreo de la pandemia en los servicios de salud (Servicios de Salud de Tarapacá, Araucanía y Suroriente) y también en las comunas, como es el caso de Puente Alto, La Pintana, Renca y Recoleta, entre otras. (CENS, 2020).

No obstante, la falta de un marco normativo claro y el déficit en infraestructura tecnológica y financiamiento fueron desafíos para implementar y sostener el uso de estos sistemas. La fragmentación de la información, por los bajos estándares de interoperabilidad de los sistemas de información, fue otra barrera identificada; la existencia de silos de información entre los registros clínicos electrónicos, los sistemas de laboratorio y los sistemas de notificación obligatoria no permitían integrar la información oportunamente (CENS, 2020). En este periodo surgió el almacenamiento de información clínica en sistemas no adecuados para ello (Dropbox, Google Drive, entre otros), pero que funcionalmente habilitaron a los equipos a compartir información. El uso de estos sistemas generó duplicación en el registro de información clínica, provocando una pérdida de estándares de calidad en el almacenamiento y resguardo de los datos de salud de los usuarios, además de una sobrecarga administrativa de los equipos.

En conclusión, el desarrollo y masificación del uso de TIC en la prestación de servicios de salud ha sido una de las más importantes oportunidades presentadas durante la pandemia para nuestro sistema de salud. Queda el desafío de consolidar este desarrollo para ampliar la canasta

de prestaciones tradicionales, dotando de los recursos necesarios a las comunidades y a los equipos locales.

3. Cuidado de los equipos de salud

Una vez declarada la emergencia internacional por COVID-19, uno de los temas que rápidamente preocupó fue el cuidado de los trabajadores. Resguardar su salud fue uno de los cuatro pilares de la propuesta de acción de la OPS: la protección contra contagios, la necesidad de capacitación sobre la emergencia, la preocupación por la salud mental y la sobrecarga laboral (OPS, 2020c). Esta inquietud ha sido recurrente en las recomendaciones internacionales (OMS y OIT, 2021). En América Latina, países como Perú y Brasil publicaron guías y recomendaciones para orientar el trabajo de los equipos en esta materia (Orellano y Macavilca, 2020; Mari et al., 2021). Otras publicaciones en diversas partes del mundo han dado cuenta del síndrome de *burn out* y de diversos problemas de salud mental de los trabajadores de la salud asociados a la pandemia durante los años 2020 y 2021, así como de las estrategias de adaptación de los equipos de salud al entorno pandémico (Sriharan et al., 2020; Torijano Casalengua et al., 2021).

A partir de esta situación, los equipos locales de atención primaria asumieron estrategias para protegerse y cuidarse. Si bien existe poca literatura publicada en Latinoamérica y en Chile, a continuación se describen diversas experiencias ilustrativas de las maneras de abordar este desafío. Algunas de ellas han surgido como política pública desde los niveles centrales, pero en muchos casos son respuestas de los propios equipos de salud.

a. Conocimiento del virus y de la situación de pandemia

Un primer desafío que debieron enfrentar los trabajadores fue conocer las características del virus y la enfermedad en un ambiente de incertidumbre producto de información confusa, debates entre expertos, medidas controvertidas de parte de las autoridades y gran preocupación por el impacto que la enfermedad pudiera tener en sus vidas y las de sus familias. En este ámbito es posible encontrar:

- Cursos y conferencias online para los equipos de salud, en los cuales se difunden políticas de carácter nacional, se adquieren competencias para el manejo clínico o la implementación de procesos de trazabilidad y aislamiento (Escuela de Salud Pública, 2021; Ministerio del Salud Perú, 2021).

⁵ Ver: <https://telmed.udec.cl/>

- Adaptación de protocolos para optimizar la capacidad de respuesta. Las estrategias en los establecimientos ambulatorios responden al criterio profesional de los equipos locales, en el que, aun cuando no existan las normativas sectoriales oficiales, se definen o adaptan protocolos para enfrentar la realidad (Giovanella et al., 2021).

b. Protección contra infecciones

La disponibilidad de equipos de protección personal (EPP) fue deficitaria en muchos países y tanto la calidad de estos como el uso inadecuado redundaron en altas tasas de contagio (Delgado et al., 2020). Hacia agosto de 2020 la Organización Panamericana de la Salud contabilizaba más de 2.500 trabajadores de la salud fallecidos en 19 países que disponían de la información (OMS, 2020). En Chile se produjo el mismo fenómeno de carencia de protección, el que fue monitoreado en forma independiente por el Colegio Médico por varios meses, a inicios de la pandemia.

En esta área, las intervenciones identificadas en Chile incluyen:

- Medidas de prevención de infecciones (separación de flujos de tránsito al interior de los establecimientos, disponibilidad de elementos para el lavado de manos, disponibilidad de EPP y el uso de espacios abiertos y ventilados).
- Capacitación sobre prevención de infecciones usando, en muchos casos, recursos online.
- Medidas de protección del personal más vulnerable autorizando trabajo online o liberándolo de ejercer funciones presenciales, generando algunas tareas de soporte a distancia (OPS, 2020a).
- Incorporación de COVID-19 como enfermedad laboral.
- Creación de coberturas de seguros de vida para los trabajadores de salud.

c. Sobrecarga y estrés laboral

La salud mental de los trabajadores se vio afectada no solo por el incremento de la demanda en relación a una enfermedad poco conocida, sino también por situaciones laborales como los cambios en funciones habituales, jornadas largas e intensas, conflictos con los familiares de personas contagiadas, pero también por la preocupación de contagiar a sus familias, además de las necesidades económicas. Esta problemática se evi-

denció desde muy temprano y aún existe discusión sobre su magnitud y efectos a largo plazo. Un estudio de alcance latinoamericano muestra que entre un 14,7% y 22% del personal de salud entrevistado en el año 2020 presentó síntomas que permitían sospechar un episodio depresivo, mientras que entre un 5% y 15% del personal dijo que “pensó en suicidarse” (OPS, 2022b). Asimismo, en algunos países solo un tercio de los trabajadores recibió apoyo para enfrentar sus trastornos de salud mental. En el caso de Chile, un 73% de los trabajadores presentó síntomas depresivos y solo un 38% de quienes requerían apoyo en salud mental lo obtuvieron (Alvarado et al., 2021).

Las estrategias recomendadas por normativas ministeriales y expertos para el manejo de problemas de salud mental no han sido evaluadas y no existen reportes sobre su despliegue e impacto. Es posible encontrar interesantes experiencias locales en las cuales los propios equipos instalan prácticas de cuidado mutuo con el fin de evitar la sobrecarga emocional y manejar el estrés que ha creado la situación pandémica. Por ejemplo, el Cesfam Alberto Robles de Tomé identificó la situación de salud mental de los funcionarios y aplicó intervenciones preventivas o terapéuticas en forma diferenciada (Silva, 2021). Por otra parte, en el caso de los centros de salud de la Red Ancora se diseñó e implementó una estrategia de cuidado de los equipos de salud con sesiones quincenales de trabajo orientadas al bienestar y la reflexión conjunta de manera estructurada (Rain, 2021).

d. Escasez de trabajadores

Es conocido que, hacia inicios de 2020, antes de que se declarara la emergencia internacional por COVID-19, muchos establecimientos de salud trabajaban con dotaciones inferiores a las requeridas para prestar todos los servicios definidos en las estrategias y programas de salud (Minsal, 2020a). Con la llegada de la pandemia, esta situación empeoró y se requirió generar mecanismos para aumentar las dotaciones y competencias en áreas específicas de todos los niveles de los sistemas de salud. Esto también se observó en la APS, en especial para las tareas de manejo de los casos de patología respiratoria, los procesos de testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA) y luego, para la implementación de las campañas de vacunación.

Con el fin de cerrar la brecha de recursos humanos en varias de las tareas esenciales para la respuesta a la pandemia, aparecen descritos diversos mecanismos, entre los que destacan (OMS/OPS, 2021):

- Traslado del personal a funciones que no les son habituales, debidamente supervisados.
- Contratación de personal temporal.
- Participación de trabajadores voluntarios, especialmente en entornos de trabajo comunitario.
- Participación de estudiantes de carreras de la salud para las campañas de vacunación (OPS, 2021).

Varios de estos mecanismos, originalmente pensados para emergencias de corta duración, presentan desafíos de sostenibilidad importantes ante una pandemia que se prolonga en el tiempo. Existe una gran preocupación por la disminución de cobertura de servicios ambulatorios esenciales como la vacunación regular, el control prenatal o la cobertura de tratamiento de hipertensos y diabéticos. El personal que se ha destinado a otras labores debe volver a sus labores habituales e incluso aumentar su capacidad de respuesta, dada la acumulación de casos sin control por periodos largos que exponen a la población a la aparición de complicaciones (Hennis et al., 2021).

4. Relación con la comunidad y su territorio

La pandemia por COVID-19 no solo ha sido un problema de salud, sino también un problema social. Para el país y para los gobiernos locales, la pandemia ha significado dar apoyo a las personas y familias, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad, para enfrentar problemas de vivienda, económicos y educacionales a una escala territorial y temporal nunca antes vista. Por ello, el sistema de salud ha requerido adoptar una mirada integral, amplia y ecológica para abordar los problemas de salud conocidos y emergentes (Lauriola et al., 2021). Esta mirada no es una novedad para la APS, cuyo modelo de atención se basa en una aproximación comunitaria y con un enfoque en los determinantes sociales de la salud que muchas veces queda sumergido en la presión asistencial que consume la mayoría de los recursos.

En este contexto, la participación comunitaria ha sido reconocida como clave en la respuesta a la pandemia para facilitar la adherencia a las medidas de autocuidado, y para activar recursos comunitarios que mejoren la respuesta a las necesidades de las propias comunidades (Marston, y Miles, 2020). En nuestro país, las iniciativas comunitarias fueron promovidas por múltiples actores: los gobiernos locales, la propia comunidad autoorganizada y la misma atención primaria comunal. Estas iniciativas aparecieron con un grado variable de

coordinación con el sector salud, como lo demuestra una encuesta online dirigida a la comunidad y desarrollada por las universidades de Chile, USACH, de Valparaíso, Concepción y Austral, publicada en julio del año 2020. La encuesta fue respondida por 1.200 personas pertenecientes a 904 organizaciones comunitarias de distinto tipo, principalmente de las regiones Metropolitana, Valparaíso, Biobío y Araucanía. Más del 70% de los consultados aseguró que sus organizaciones estaban trabajando para responder a la pandemia, pero solo un 30% de ellos dijo que esto se hacía en coordinación con el sector salud, principalmente con algún Cesfam. De las acciones indicadas en la consulta, una amplia mayoría se centraba en la “recolección, compra y distribución de alimentos a nivel comunitario” y el “desarrollo de actividades de comunicación y/o educación comunitaria”. Le siguen el desarrollo de “actividades recreativas, de autocuidado y/o de apoyo a la salud mental”, la “sanitización de espacios públicos”, “ollas comunes” y “confección y distribución de mascarillas”. Finalmente, con mucho menor frecuencia, la consulta refiere la “instalación de cordones sanitarios autogestionados” (Universidad de Chile, Universidad de Santiago, Universidad de Valparaíso, Universidad de Concepción y Universidad de La Frontera, 2020). Esta encuesta refleja la amplia gama de iniciativas comunitarias desarrolladas en los primeros meses de la pandemia, respondiendo a los problemas más urgentes de las personas e incorporando un concepto de salud amplio e integral, aunque con una escasa articulación con el sistema de salud formal.

A modo de ejemplo, hemos identificado algunas iniciativas comunitarias desarrolladas por la atención primaria durante esta emergencia sanitaria:

- Estrategias comunitarias para educación y entrega de información en temas propios de salud: organización del sistema de atención, medidas preventivas y de cuidado para las personas y sus familias a través de medios de comunicación locales.

Un ejemplo de esta estrategia es la experiencia en La Serena, donde los equipos de salud implementaron diálogos con las organizaciones comunitarias mediante Conversatorios Comunales Remotos con líderes territoriales, que permitieron a los equipos comunicarse con la comunidad urbana y rural. Estos encuentros permitieron transmitir información/educación sobre prevención de COVID-19, sobre el funcionamiento del sistema de salud en pandemia; sobre requisitos para postular a beneficios estatales,

prevención de violencia intrafamiliar (VIF) y cuidado de la salud mental, entre otros (Cerda, 2021).

- Estrategias comunitarias para dar respuesta a las necesidades de salud de grupos específicos, como adultos mayores, niños y niñas, población migrante, pueblos originarios, población con aislamiento geográfico/comunicacional, entre otros.

Algunos ejemplos de estrategias implementadas para adultos mayores son: el uso de la “técnica del zancudo”, dado que ellos tienen poco acceso a internet y usan principalmente teléfonos básicos (que consiste en “pinchar” y colgar para ser llamados por el equipo de salud de vuelta); y la adaptación (y no abandono) del trabajo que antes realizaban en talleres, como en la comuna de Yumbel, donde se les dejaba material en sus casas para que pudieran mantener algunas actividades (Sepúlveda, 2020).

- Estrategias comunitarias para cuidar la salud mental de grupos de la población (Muñoz, 2020).

Algunas de ellas han sido el uso de redes sociales para hacer transmisiones de video en vivo (*lives*) y mantener vínculos con grupos de terapia a través de WhatsApp o Facebook. En otros casos, los equipos psicosociales de los centros de salud participaron en la reorganización de las redes intersectoriales, para seguir respondiendo a demandas de la comunidad y adaptarse para trabajar frente a problemas propios del confinamiento. En los distintos territorios se activaron estrategias para enfrentar problemas como la violencia intrafamiliar o el apoyo económico a las familias más afectadas.

- Apoyo a iniciativas comunitarias, como las ollas comunes en Talcahuano; colaboración con iniciativas municipales para responder a necesidades de familias más aisladas en Maullín; fortalecimiento del trabajo con los líderes comunitarios con el fin de proteger la salud en El Bosque, entre otras muchas experiencias (García, 2021; Hadjez, 2021; Salas-Herrera, 2021).
- Apoyo en la estrategia TTA, adaptando procesos según la realidad local. Los equipos desplegaron técnicas de testeo en lugares remotos, usaron georeferenciación de casos para facilitar el seguimiento y articularon la derivación a residencias sanitarias para facilitar el aislamiento, por ejemplo (García, 2021; Hadjez, 2021).

- Despliegue de una amplia cobertura de vacunación, implementando puntos de vacunación en el territorio, y no solo en los centros de salud, utilizando el conocimiento de su territorio y comunidad.

La pandemia evidenció la enorme diversidad de recursos de la propia comunidad, que contribuyeron a disminuir el impacto en las personas, familias y comunidades, ya sea autoorganizada o convocada por los gobiernos locales, ONG y la propia atención primaria. Asimismo, se puso de manifiesto la relevancia del vínculo que tienen los equipos de salud con su territorio, que sirvió de puente con el resto del sistema de salud y que fortaleció la respuesta de los centros de atención.

IV. Propuestas para enfrentar los desafíos y mejorar la atención primaria y el sistema de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19

El complejo escenario social y sanitario que ha configurado el COVID-19 ha supuesto enormes desafíos y momentos de crisis para el sistema de salud, pero también ha generado enormes aprendizajes, y se presenta como una oportunidad para avanzar a mayor velocidad en áreas de menor desarrollo, como es el caso del uso de tecnologías de la información. En efecto, la pandemia ha provocado una movilización del sistema en su totalidad, desde el statu quo propio del devenir habitual a un escenario donde los tomadores de decisión, los equipos de salud y la propia comunidad han activado recursos e iniciativas extraordinarias.

Los desafíos, oportunidades y aprendizajes para los sistemas de salud son muchos, lo que ha sido destacado por numerosos autores y organizaciones internacionales, dando cuenta del impacto histórico de la pandemia. A modo de ejemplo, la CEPAL publicó recientemente su Panorama Social de América Latina 2021, un extenso documento sobre el impacto de la pandemia en la región, donde destaca que esta “se encuentra ante una oportunidad histórica para reestructurar los sistemas de salud y avanzar hacia una cobertura universal, con atención oportuna y de calidad para toda la población, mediante mecanismos mancomunados solidarios, amplios, más eficientes y sostenibles en la producción de servicios de calidad. Ello debe ir acompañado de una mayor inversión en salud mediante un incremento del financiamiento que sea sostenible y una organización más eficiente de los servicios de salud, con un fuerte

énfasis en un primer nivel de atención fortalecido y en línea con la estrategia basada en una atención primaria de salud que incorpore los determinantes sociales de la salud en sus acciones” (CEPAL, 2022). Otros autores también han relevado el rol de la atención primaria en la respuesta de sus sistemas de salud a la pandemia y la importancia de reconocerlo y fortalecerla (Duckett, 2020; Krist et al., 2020; Rawaf et al., 2020; Lauriola et al., 2021).

Sintetizando los aprendizajes reportados en la literatura con la experiencia y conocimiento que los autores tienen del sistema de salud chileno, enunciaremos algunas de las propuestas para los desafíos que enfrenta nuestro sistema.

1. Resiliencia del sistema de salud

Un primer desafío es utilizar esta oportunidad de cambio para mejorar la resiliencia⁶ del sistema en su totalidad. Parte de la respuesta a situaciones de crisis de los sistemas de salud resilientes es reorganizarse en función de los aprendizajes logrados en la crisis (Kruk et al., 2015). Para nuestro sistema, la tarea de consolidar los procesos y aprendizajes originados o catalizados por la pandemia requiere de un liderazgo activo y de una decisión institucional de priorizar áreas donde se puedan incorporar dichos aprendizajes, con recursos para revisar políticas y normas nacionales, y flexibilidad para la aplicación local en los servicios de salud y/o a nivel comunal. A modo de ejemplo, el avance logrado en la incorporación de las tecnologías de la información a la atención de salud es una verdadera revolución que no puede perderse por no disponer de recursos ni de un marco regulatorio para consolidarlo. Este cambio es de tal magnitud que puede “quebrar” costumbres tan arraigadas como las filas en las madrugadas en los centros de salud. Si no se intenta consolidar estos cambios volveremos a la situación pre-pandémica con facilidad y perderemos una oportunidad extraordinaria de mejora.

Para ello se proponen algunas prioridades:

- a. Dotar a la APS de un marco normativo, regulatorio, y presupuestario que le permita el uso de tecnologías de la información y comunicación para el logro de sus objetivos, la consolidación del modelo de salud familiar y la integración de la información

de salud de su población a cargo con el resto del sistema de salud.

- b. Fortalecer la capacidad de vigilancia epidemiológica regional y local incorporando a la APS, así como la capacidad para la generación de las respuestas necesarias en forma oportuna y articulada con la autoridad sanitaria.
- c. Apoyar el desarrollo o la consolidación de innovaciones que respondan a los nuevos desafíos epidemiológicos derivados directa e indirectamente de la pandemia: la rehabilitación de las secuelas del COVID-19, problemas postergados de las actividades esenciales, abordaje del aumento de los problemas de salud mental, entre otros.
- d. Considerar a la atención primaria en la elaboración de la capacidad de respuesta ante nuevas pandemias, con espacio para la adecuación a la realidad local, así como también en el proceso de recuperación de servicios y resolución de listas de espera posteriores.

2. Considerar a la APS como base del sistema de salud

Un segundo desafío ha quedado en evidencia después de analizar la respuesta de nuestro país a la pandemia: a pesar de los esfuerzos desplegados a través de los años y los avances logrados, la Atención Primaria en Salud aún no ha sido validada universalmente como la piedra angular de nuestro sistema de salud y no ha sido suficientemente considerada en su rol para responder a las necesidades sanitarias de la población y mantenerla más sana. La pandemia puso de manifiesto que tomadores de decisión en los distintos niveles del sistema de salud desconocían su realidad, sus recursos, su rol y las funciones que desempeñan (Krist et al., 2020; Lauriola et al., 2021; Banco Mundial, 2021; OMS, 2021).

Para posicionar mejor la APS en el sistema de salud proponemos las siguientes prioridades:

- a. Conceptualización e integración del modelo de atención integral en salud (MAIS), con perspectiva social, y de determinantes sociales en todo el sistema de salud. Este ha sido definido como el modelo de atención en la APS desde hace varios años, enfatizando la perspectiva

6 La resiliencia de un sistema de salud se refiere a su capacidad de absorber perturbaciones y de responder y recuperarse mediante la prestación oportuna de los servicios necesarios. Es la capacidad de los actores de salud, las instituciones y las poblaciones de prepararse para afrontar situaciones de crisis y responder eficazmente a ellas, mantener las funciones básicas cuando sobreviene una crisis, y reorganizarse en función de las enseñanzas extraídas si las condiciones así lo exigen (Kruk et al., 2015).

de las personas, familias y comunidades, la participación, el enfoque integral y preventivo, con un enfoque de salud desde los determinantes sociales, entre otros elementos (Minsal, 2012). Este modelo, sin embargo, es desconocido por los otros niveles de atención que mantienen una mirada biomédica tradicional. La pandemia, con su impacto sociosanitario a nivel comunitario, en las familias y en las personas afectadas, es una oportunidad extraordinaria para remarcar la importancia de un enfoque integral en salud en todos los niveles de atención. Algunos ejemplos de estrategias para lograr esta integración son:

- Inversión en recursos de enlace entre los niveles de atención, que permita hacer un puente entre los distintos modelos, ayude a disminuir el riesgo de errores en el cuidado por falta de información entre estos y responda a las necesidades de las personas más que a las necesidades de las organizaciones. Esto es especialmente relevante en momentos de transición del cuidado, como las altas hospitalarias o el cambio de equipo tratante pediátrico al de adultos, ambos ejemplos de la necesidad de promover la continuidad del cuidado entre niveles de atención y entre grupos tratantes.
- Considerar en la implementación de registros clínicos electrónicos la información sobre aspectos psicosociales de la salud de las personas para facilitar un enfoque más integral de los equipos tratantes en el nivel secundario y hospitalario.
- Utilizar el Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA) para difundir el modelo de atención MAIS en el servicio de salud en su totalidad.

b. Reconocer, validar y sostener a la APS como el punto de contacto más permanente y cercano del sistema de salud con las personas y sus comunidades y con el intersector en el gobierno local. En este rol, la APS puede contribuir a aportar la perspectiva de salud a los otros sectores a nivel local, y transmitir el enfoque de determinantes sociales de la salud, actuando como puente entre lo local y el intersector y el resto de los niveles del sistema de salud.

Algunas acciones que se deberían considerar son:

- Que los tomadores de decisión reconozcan a la APS no solo como un ejecutor de las disposiciones del nivel central y un prestador de atenciones clínicas individuales, sino que permitan que, como parte de la red intersectorial local, pueda contribuir en la re-

solución de los problemas de salud de la comunidad, acción que incorpora una perspectiva amplia desde la promoción de la salud a la rehabilitación de la enfermedad, fortaleciendo el modelo de salud integral con un enfoque en sus determinantes sociales.

- Mantener y potenciar la participación de la comunidad y la relación con los actores del territorio. Identificar los recursos comunitarios como parte del sistema de cuidado de la salud.
 - Fortalecer los roles que la APS puede desempeñar en su territorio para mejorar la resiliencia del sistema de salud, mediante: i) apoyar y visibilizar las iniciativas locales para resolver los problemas de salud y mejorar el bienestar de la comunidad a través de su representación en las estructuras formales del sistema, incluyéndolas en la planificación y en la discusión en los espacios de toma de decisión; y ii) aportar al sistema de salud la comprensión del contexto local en una perspectiva global de salud.
- c. Descentralizar la toma de decisiones en el sistema de salud, considerando a la APS con su conocimiento de la realidad local y las necesidades de su comunidad.
- Potenciar una gestión descentralizada (en regiones y municipios) que permita incorporar la perspectiva local en la implementación de las políticas y programas nacionales de salud, y mejorar los mecanismos de integración y colaboración entre las instituciones territoriales, permitiendo el reconocimiento y abordaje de los determinantes sociales de la salud en el nivel local.
 - Redefinir los actuales criterios de financiamiento de la APS, basados en el cumplimiento de planes y metas establecidas en el nivel central y que fraccionan el modelo de atención, incorporando también la definición local de planes de salud y sus metas, según la realidad de los distintos territorios y comunidades.
 - Rediseñar el sistema de información en salud para que se transforme en una pieza clave para la toma de decisiones tanto en el nivel central como regional y local (descentralización de la información). Este rediseño debe considerar la generación de indicadores que informen las decisiones locales y que permitan evaluar el desempeño de la red local y los avances en los objetivos ahí definidos. Un buen ejemplo de gestión local de información es el modelo implementado por la red del Servicio Sur Oriente, a través de la Unidad de Análisis y Gestión

de la Información en Salud (Unagis),⁷ el cual permitió habilitar sistemas de información para apoyar la toma de decisiones con lógica clínica, utilizando herramientas de visualización de datos (BI) con fácil acceso y lectura para los tomadores de decisión.

d. Fortalecer el rol de los equipos en el cuidado de la salud de la población, especialmente en la dimensión de la salud mental, y proporcionarles los recursos necesarios para desempeñar adecuadamente sus funciones.

- Robustecer los planes de desarrollo de personas que permitan adquirir y perfeccionar las competencias necesarias para los nuevos desafíos propuestos en los puntos anteriores. Por ejemplo, incentivar la formación de los equipos en problemas de salud nuevos, como la rehabilitación de COVID-19 persistente; la adquisición de habilidades de educación de adultos o la toma de decisiones compartidas con los pacientes.
- Fortalecer el reconocimiento y valor social del trabajo de los equipos de atención primaria como expertos en un área del cuidado de la salud de las personas, evitando el enfoque tradicional de valorar a los expertos hospitalarios. Hacerlo requiere de un trabajo de conocimiento entre los profesionales de los distintos niveles de atención para facilitar la validación y respeto de los equipos de atención primaria, de manera de transmitirlo a los propios pacientes.
- En el escenario cambiante y de incertidumbre actual, con la proliferación de noticias e información falsa, es necesario reforzar las competencias y conocimientos de los equipos en temas emergentes, además de sus habilidades para seguir aprendiendo y educar a la comunidad, activando su natural rol de referentes y líderes como comunicadores de riesgo y de información científica fidedigna y confiable (por ejemplo, mecanismos de contagio, prevención, vacunas, entre otros).

3. Fortalecer la integración de la red de atención

Se requiere una red integrada y con unidades de acción complementaria para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, sin dejar a nadie atrás, aprovechando la función articuladora de la APS y lo avanzado en este aspecto durante la pandemia.

- a. Reconocer y aprovechar el rol fundamental de la APS como articulador entre el sistema de salud, la comunidad y el intersector, considerando su apoyo en la articulación de la red de salud con las comunidades y mejorando localmente la coordinación intersectorial; por ejemplo, transmitiendo a la comunidad información relevante para el uso eficiente y efectivo del sistema de salud e identificando las necesidades locales para, a su vez, transmitir las a los otros niveles del sistema de salud.
- b. Integrar la información clínica utilizando estándares de interoperabilidad a todo nivel del sistema para evitar la duplicación de registros, y disponer de información relevante sobre el continuo de la historia natural de la enfermedad para la toma de decisiones en salud en el ámbito local.
- c. Que la atención primaria participe en la toma de decisiones de la red de salud local para administrar una oferta asistencial que responda equilibradamente al espectro de problemas y desafíos sanitarios de cada región y localidad por COVID-19, sin dejar de atender las demandas de las enfermedades crónicas ni abandonando las estrategias preventivas en todos los grupos etarios.

Conclusiones

La pandemia por COVID-19 ha representado un gran desafío para nuestro país y su sistema de salud, y ha generado una respuesta extraordinaria que ha revelado sus fortalezas y debilidades. Asimismo, de esta experiencia han surgido un sinnúmero de oportunidades y aprendizajes que pueden producir un gran impacto en el sistema y que debieran ser aprovechados por las autoridades para implementar mejoras: la incorporación de las tecnologías, la revisión de procesos que no agregan valor al cuidado, la apertura y fortalecimiento de la relación con la comunidad, las experiencias de integración de la red de salud, el compromiso de los equipos de salud, entre tantas otras. Se requiere priorizar este trabajo, de lo contrario se perderán los aprendizajes en medio de la burocracia, el cansancio y la atención a las urgencias propias de la prolongada pandemia.

Esta emergencia sanitaria es también una oportunidad para **fortalecer la resiliencia del sistema** de salud en

⁷ Ver: <https://redsalud.ssmso.cl/ssmso-presenta-plataforma-web-que-ayuda-a-la-gestion-clinica-de-los-establecimientos-del-sur-oriente-centrado-en-el-beneficio-de-los-usuarios/>

un escenario global cambiante. Se hace necesario difundir más ampliamente este concepto y familiarizar a los equipos con las estrategias que se están desarrollando, para de esta manera robustecer la respuesta a futuras crisis. Los tomadores de decisiones que definen recursos financieros deben considerar que para responder adecuadamente el sistema no puede estar midiendo solo eficiencias productivas, y que se requiere incorporar indicadores adecuados para visibilizar el uso de los recursos ante estas nuevas necesidades.

Con la crisis sanitaria también se ha relevado el **valor de la atención primaria** para responder a los problemas de salud. Un ejemplo extraordinario ha sido la exitosa campaña de vacunación desplegada a lo largo y ancho de nuestro país. Este logro se basa en un proceso nacional de vacunación, de base territorial y basado en la APS, con un sistema de información integrado público-privado, de cobertura universal. No es casualidad que alcanzáramos coberturas extraordinarias en tiempo récord, pues disponíamos de un sistema de clase mundial de más de 70 años de trayectoria.

El fortalecimiento de la APS pasa también por aprovechar su gran capacidad de articular el sistema de salud con el territorio y las comunidades. Para ello se requiere disponer de recursos que permitan a los equipos fortalecer el trabajo con la comunidad y no solo prestar servicios clínicos individuales.

La persistente solicitud de mayores recursos para el sector salud y particularmente para la APS se hace más urgente en tiempos en los cuales la tentación de ponerlos en el nivel hospitalario será fuerte para resolver las listas de espera agravadas por la pandemia. No solo serán necesarios más recursos, sino que se requiere también revisar los criterios de su asignación para **evitar el centralismo excesivo y permitir que las redes locales puedan definir prioridades en las que enfocarlos**, lo que se relaciona con la estructura de toma de decisiones del sistema.

La pandemia ha demostrado la riqueza en la construcción de soluciones a los problemas, cuando se generan los espacios y la flexibilidad para incorporar la perspectiva local en las políticas nacionales. Su implementación requiere de la adaptación de los sistemas de información para generar indicadores que permitan identificar los desafíos sanitarios locales y retroalimentar el desempeño de la red.

Asimismo, es fundamental fortalecer el modelo de atención centrado en la persona, que debe considerar el cuidado de los equipos que dan atención, especialmente en lo referente a su salud mental. Se requiere también el soporte para fortalecer sus competencias en nuevos desafíos, como el rol que les compete frente a sus comunidades como comunicadores de riesgo y referentes locales de información científica confiable en tiempos de alta incertidumbre y de desinformación permanente.

Finalmente, llamamos a las autoridades a no cometer los mismos errores del inicio de la pandemia, como fue persistir en un enfoque hospitalo-céntrico y biomédico, poniendo la atención y los recursos únicamente en cubrir las prestaciones faltantes (como las listas de espera), omitiendo la oportunidad de fortalecer la estrategia de atención primaria y de trabajo conjunto con la comunidad para enfrentar las dificultades y desafíos que nos ha puesto el COVID-19.

Referencias

- Abufhele, A.** (2021). *Educación Temprana y Pandemia: resultados de una medición durante la emergencia*. Santiago, Chile: Centro Encuestas y Estudios Longitudinales, Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <https://www.grupoeducar.cl/noticia/estudio-uc-pandemia-y-sus-alarmanes-efectos-en-la-primer-infancia/> (Acceso 17 marzo 2022).
- Alvarado, R. et al.** (2021). El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study, *Revista Médica de Chile*, 149(8), pp. 1205–1214. doi:10.4067/s0034-98872021000801205.
- Barria, S, y Troncoso, J.** (2020). *Reconocimiento, recursos y atribuciones para la Atención Primaria de Salud como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia COVID-19*. Disponible en: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/693/Reconocimiento%2c%20recursos%20y%20atribuciones%20...pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Acceso: 24 diciembre 2021).
- Betanzo, F.** (2020). *Cuenta Pública Participativa Gestión 2020. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente*. Disponible en: https://www.ssmso.cl/FilesComunicaciones/Cuenta_Publica_SSMSO_Gestion_2020.pdf.
- Bravo, D., Errázuriz, A., Campos, D. y Fernández G.** (2020). *Termómetro de la Salud Mental en Chile*. Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales. Asociación Chilena de Seguridad. Disponible en: https://www.uc.cl/site/assets/files/11421/presentacion_termometro_de_la_salud_mental_en_chile_25082020.pdf?it=site/efs/files/11421/presentacion_termometro_de_la_salud_mental_en_chile_25082020.pdf (Acceso: 17 marzo 2022).

- Bravo, D., Errázuriz, A., Campos, D. y Fernández G.** (2021). *Termómetro de la salud mental en Chile ACHS-UC: cuarta ronda*. Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales. Asociación Chilena de Seguridad. Disponible en: <https://www.uc.cl/site/assets/files/14609/termometro-de-la-salud-mental-en-chile-cuarta-ronda-07092021.pdf> (Acceso el 12 de marzo 2022).
- Caparó, F.L. y Sara, J.D.C.** (2021). COVID-19: Lecciones aprendidas tras un año de pandemia en el Perú, *Horizonte Médico* (Lima), 21(1), pp. e1364–e1364. doi:10.24265/horizmed.2021.v21n1.01.
- Center for Systems Science and Engineering (CSSE), Johns Hopkins University (JHU)** (2022). *COVID-19 Dashboard*. Disponible en: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> (Acceso: 15 diciembre 2021).
- Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud - CENS** (2020). *Sistemas de trazabilidad y Covid-19: interoperabilidad como clave de la colaboración con APS*, 22 Septiembre. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=wJkmKiZj4-I>.
- CEPAL** (2022). *Panorama Social de América Latina 2021*. CEPAL. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47718-panorama-social-america-latina-2021> (Acceso: 31 enero 2022).
- Cerda, S.** (2021). Conversando con líderes comunitarios sobre el cuidado de su salud en casa en tiempos de pandemia, *Rev Chil Med Fam*, XV(2).
- Colegio Médico de Chile** (2020). *Hospitalización en Atención Primaria de Salud*. Disponible en: <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/07/colmed-mgz-aps-2.pdf> (Acceso: 31 enero 2022).
- Cuadrado, C. et al.** (2021). ‘Under Pressure’: Access to Cancer Care in Chile During the COVID-19 Pandemic. doi:10.2139/ssrn.3866609.
- Delgado, D. et al.** (2020). Personal Safety during the COVID-19 Pandemic: Realities and Perspectives of Healthcare Workers in Latin America, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), p. 2798. doi:10.3390/ijerph17082798.
- Duckett, S.** (2020) What should primary care look like after the COVID-19 pandemic?, *Australian Journal of Primary Health*, 26(3), p. 207. doi:10.1071/PY20095.
- van Dyk, L.** (2014) A Review of Telehealth Service Implementation Frameworks, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(2), pp. 1279–1298. doi:10.3390/ijerph110201279.
- Escuela de Salud Pública Universidad de Chile** (2021) *Curso Seguimiento de casos y contactos COVID-19*. Disponible en: <http://saludpublica.uchile.cl/extension/presentacion/cursos/curso-seguimiento-de-casos-y-contactos-covid-19> (Acceso: 31 enero 2022).
- García, A.** (2021). El antes y el después de la implementación de la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento en Maullín, una experiencia en una comuna rural del Sur de Chile, *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 15(2), pp. 15–15.
- Giovanella, L. et al.** (2021). ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?, *Trabalho, Educação e Saúde*, 19, p. e00310142. doi:10.1590/1981-7746-sol00310.
- Hadjez, E.** (2021). Más allá de la vigilancia epidemiológica: una experiencia territorial de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento en la comuna de El Bosque, *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 15(2), pp. 22–22.
- Hennis, A.J.M. et al.** (2021). COVID-19 and inequities in the Americas: lessons learned and implications for essential health services, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, p. 1. doi:10.26633/RPSP.2021.130.
- Huenchuan, S.** (2021). La pandemia por COVID-19 y su relación con las enfermedades no transmisibles y la protección social en salud. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47404>.
- IPSOS** (2021). *Las implicancias del COVID-19 en nuestra dieta y salud*. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-cl/covid-diet-and-health> (Acceso: 17 marzo 2022).
- JUNAEB** (2021). *Informe Mapa Nutricional 2020*. Chile: Unidad de estudios – JUNAEB, p. 41.
- Kearon, J. y Risdon, C.** (2020). The Role of Primary Care in a Pandemic: Reflections During the COVID-19 Pandemic in Canada, *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, p. 2150132720962871. doi:10.1177/2150132720962871.
- Krist, A. H., DeVoe, J. E., Cheng, A., Ehrlich, T., y Jones, S. M.** (2020). Redesigning Primary Care to Address the COVID-19 Pandemic in the Midst of the Pandemic, *The Annals of Family Medicine*, 18(4), pp. 349–354. doi:10.1370/afm.2557.
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., y Dahn, B. T.** (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola, *The Lancet*, 385(9980), pp. 1910–1912. doi:10.1016/S0140-6736(15)60755-3.
- Larraguibel, M. et al.** (2021). Impacto de la Pandemia por COVID -19 en la Salud Mental de Preescolares y Escolares en Chile, *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 32(1), p. 10.
- Lauriola, P. et al.** (2021). On the importance of primary and community healthcare in relation to global health and environmental threats: lessons from the COVID-19 crisis, *BMJ Global Health*, 6(3), p. e004111. doi:10.1136/bmjgh-2020-004111.
- Llenuque Santisteban, V.M.** (2021). Gestión en telemedicina y satisfacción del personal de salud en Centros de Salud Lambayeque durante la pandemia por COVID-19, *Repositorio Institucional - UCV* [Preprint]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/69954> (Acceso: 31 enero 2022).

- Mari, J.J. et al.** (2021). Translating science into policy: mental health challenges during the COVID-19 pandemic, *Revista Brasileira De Psiquiatria* (São Paulo, Brasil: 1999), 43(6), pp. 638–649. doi:10.1590/1516-4446-2020-1577.
- Marston, C., Renedo, A. y Miles, S.** (2020). Community participation is crucial in a pandemic, *The Lancet*, 395(10238), pp. 1676–1678. doi:10.1016/S0140-6736(20)31054-0.
- Martínez, M.S. et al.** (2020). Chile frente al SARS-coV-2: pandemia en medio del conflicto social, *Revista Chilena de Salud Pública*, pp. 50–67. doi:10.5354/0719-5281.2020.60384.
- Méndez, C.** (2021). The Politics of the COVID-19 Pandemic Response in Chile. En: *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*. MI: University of Michigan Press. Disponible en: <https://www.fulcrum.org/concern/monographs/jq085n03q>.
- Ministerio de Salud - Minsal**, (2012). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: dirigido a equipos de salud*. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/1057>.
- Ministerio de Salud - Minsal** (2020a). *Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud*. Glosa N°01 c-Ley de Presupuesto N°21.289. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/Glosa-01-letra-c-Brechas-del-Personal-de-Salud-por-Servicio-de-Salud-y-Especialidad-Anual.pdf> (Acceso: 31 enero 2022).
- Ministerio de Salud - Minsal** (2020b). *Orientaciones para la planificación y programación en red 2021*. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf.
- Ministerio de Salud - Minsal** (2021). *Orientaciones para la planificación y programación en Red*. Disponible en: <https://www.minsal.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/>.
- Ministerio de Salud - Minsal** (2022a). *Impacto de la pandemia COVID-19 en las enfermedades no transmisibles en Chile*. Disponible en: <https://redcronicas.minsal.cl/impacto-de-la-pandemia-covid-19-en-las-enfermedades-no-transmisibles-en-chile/> (Acceso: 17 marzo 2022).
- Ministerio de Salud - Minsal** (2022b). *Plan de rehabilitación en Covid-19 en Chile*. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Plan-Nacional-de-RH-en-COVID-19-Chile.pdf> (Acceso: 17 marzo 2022).
- Ministerio de Salud Perú** (2021). *Telesalud Minsa Telecapacitaciones - YouTube*. Disponible en: <https://www.youtube.com/c/TelesaludMinsaTelecapacitaciones/video> (Acceso: 31 enero 2022).
- Moore, P. et al.** (2020). Exceptional primary care for exceptional times in Chile, *Social Innovations Journal*, 3. Disponible en: <https://socialinnovationsjournal.com/index.php/sij/article/view/466> (Acceso: 31 diciembre 2021).
- Muñoz, A.A.S.** (2021). Monitoreo de la Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento para COVID-19 en establecimientos de Atención Primaria en Chile, *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 15(2), pp. 6–15.
- Muñoz, C.** (2020). Salud Mental y Equidad en Tiempos de Covid-19. *Seminario web APS y Covid-19*, 30 de mayo. Disponible en: <https://www.uchile.cl/portal/facultades-e-institutos/medicina/departamento-de-atencion-primaria-y-salud-familiar/extension-y-posicionamiento/170738/seminario> (Acceso: 30 diciembre 2021).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OECD** (2020). COVID-19 en América Latina y el Caribe: Panorama de las respuestas de los gobiernos a la crisis. Disponible en: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=132_132868-3ikx3m7ikl&title=Covid-19-en-America-Latina-y-el-Caribe-panorama-de-las-respuestas-de-los-gobiernos-a-la-crisis (Acceso: 20 diciembre 2021).
- Organización Panamericana de la Salud - OPS** (2021). *Informe Evaluación Post-introducción de Vacunas contra COVID-19 (mini cPIE) en Bolivia*. Washington, DC: Unidad de Inmunizaciones.
- Orellano, C. y Macavilca, M.** (2020). Peruvian Guideline to Care the Mental Health of Health Providers During COVID-19 Pandemic, *International Journal of Health Policy and Management*, 9(11), pp. 496–497. doi:10.34172/ijhpm.2020.107.
- Organización Mundial de la Salud - OMS y Organización Panamericana de la Salud - OPS** (2021). *Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú: síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina*. ISBN: 9789240038981. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240039001> (Acceso: 31 enero 2022).
- Organización Panamericana de la Salud - OPS** (2020a). *Lista de verificación para la gestión de los trabajadores de la salud durante la respuesta a la COVID-19*. OPS/HSS/HR/COVID-19/20-0011. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52124/OPSHSSHRCOVID-19200011_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS** (2020b). *Nota Técnica. La Adaptación del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia Covid-19: intervenciones, modalidades y ámbitos*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/nota-tecnica-adaptacion-primer-nivel-atencion-contexto-pandemia-covid-19-intervenciones> (Acceso: 28 enero 2022).
- Organización Panamericana de la Salud - OPS** (2020c). *Recomendaciones para adaptar y fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19*. Publicaciones Generales OPS/IMS/HSS/COVID-19/20-0032. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52729>.

- Organización Panamericana de la Salud - OPS** (2022a). *Geo-Hub COVID-19 - Information System for the Region of the Americas*. Disponible en: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/> (Acceso: 10 marzo 2022).
- Organización Panamericana de la Salud - OPS** (2022b). *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas*. OPS/NMH/MH/COVID-19/22-0001. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHCOVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Acceso: 31 enero 2022).
- Organización Panamericana de la Salud - OPS y Organización Mundial de la Salud - OMS** (2020). *Alerta Epidemiológica: COVID-19 en personal de salud*. Washington, D.C. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53103/EpiUpdate31August2020_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y (Acceso: 31 enero 2022).
- Rain, C.** (2021). Estrategia de apoyo a los equipos de salud de los Centros de Salud Familiar de la Red Áncora UC, en contexto Covid-19, *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 15(2), pp. 73–73.
- Rawaf, S. et al.** (2020). Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide, *European Journal of General Practice*, 26(1), pp. 129–133. doi:10.1080/13814788.2020.1820479.
- Reyes-Olavarria, D. et al.** (2020). Positive and negative changes in food habits, physical activity patterns, and weight status during COVID-19 confinement: associated factors in the Chilean population, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), p. E5431. doi:10.3390/ijerph17155431.
- Rojas, C.F.** (2021). Telerehabilitación desde una mirada centrada en la persona y su comunidad, *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 15(2), p. 58.
- Saigi-Rubió, F. et al.** (2021). *Estudio sobre telemedicina inter-nacional en América Latina: motivaciones, usos, resultados, estrategias y políticas*. Inter-American Development Bank. doi:10.18235/0003438.
- Salas-Herrera, J.L.** (2021). Respondiendo a la pandemia por COVID-19 desde un enfoque psicosocial con personas y comunidades de Ñuble y Bio-Bío, Chile, *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 15(2), pp. 28–28.
- Santi, R.L. et al.** (2021). Ambulatory Patients with Cardiometabolic Disease and Without Evidence of COVID-19 During the Pandemic. The CorCOVID LATAM Study, *Global Heart*, 16(1), p. 15. doi:10.5334/gh.932.
- Sepúlveda, P.** (2020). Reconversión del trabajo con adultos mayores en tiempos de pandemia, Departamento de Salud Municipal Yumbel. “Desde mi puerta”. *Seminarios Web APS y COVID-19. Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar. Universidad de Chile*, 30 May. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=-lmkWburZJ8&list=PLvEgRoO9NNO_izHeNWlcLs3iMy-NvnG-QA&index=5 (Acceso: 30 diciembre 2021).
- Silva, C.B.** (2021). Unidos para cuidarnos y cuidarte, *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 15(2), pp. 65–66.
- Sriharan, A. et al.** (2020). Occupational Stress, Burnout, and Depression in Women in Healthcare During COVID-19 Pandemic: Rapid Scoping Review, *Frontiers in Global Women's Health*, 1. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fgwh.2020.596690> (Acceso: 31 enero 2022).
- SSMSO** (2020). *Protocolo de manejo clínico de pacientes COVID 19 en Unidades de Observación Prolongada (UOP) en la Atención Primaria de Salud*.
- Subsecretaría de Salud Pública** (2020). *Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia Covid-19 en Chile: Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento*. Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Estrategia-Testeo-Trazabilidad-y-Aislamiento.pdf>.
- Subsecretaría de Salud Pública** (2021). *Lineamientos técnicos operativos vacunación contra Sars-Cov2 2021*. Minsal. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/RE-N%C2%BA-1138-Lineamientos-SARS-CoV-2.pdf>.
- Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales** (2021). *Ord A 105 No 3857. Informa actualización sobre acciones de seguimiento y APS en el marco de la estrategia TTA. 30 Sept 2021*. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/11/ORD_3857_Informa_actualizacion_acciones_seguimiento_APS_marco_TTA.pdf (Acceso: 23 enero 2022).
- Téllez, A.R. et al.** (2021). Implementación de una estrategia Telesalud en personas con multimorbilidad en la Red de CESFAM ANCORA UC durante la pandemia COVID-19, *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 15(2), pp. 52–57.
- Torrijano Casalengua, M.L. et al.** (2021). La seguridad de los profesionales como condición indispensable para la seguridad de los pacientes, *Atención Primaria*, 53, p. 102216. doi:10.1016/j.aprim.2021.102216.
- Universidad de Chile, Universidad de Santiago, Universidad de Valparaíso, Universidad de Concepción y Universidad de La Frontera** (2020). Consulta ciudadana respuesta comunitaria a la pandemia Covid-19.
- Ward, Z.J. et al.** (2021). Estimating the impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis and survival of five cancers in Chile from 2020 to 2030: a simulation-based analysis, *The Lancet Oncology*, 22(10), pp. 1427–1437. doi:10.1016/S1470-2045(21)00426-5.
- Banco Mundial** (2021). *Walking the Talk: Reimagining Primary Health Care After COVID-19*. Washington, DC: World Bank. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35842> (Acceso: 23 diciembre 2021).
- Organización Mundial de la Salud - OMS** (2021) ‘Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO Position Paper.’ Geneve, WHO.

Organización Mundial de la Salud - OMS (2020a) *Implementing telemedicine services during COVID-19: guiding principles and considerations for a stepwise approach*. WPR/DSE/2020/032. WHO Regional Office for the Western Pacific. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336862> (Acceso: 31 enero 2022).

Organización Mundial de la Salud - OMS (2020b) *Role of primary care in the COVID-19 response*. WPR/DSE/2020/004. WHO Regional Office for the Western Pacific. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921> (Acceso: 30 enero 2022).

Organización Mundial de la Salud - OMS y Organización Internacional del Trabajo - OIT (2021). *COVID-19: Occupational health and safety for health workers: interim guidance*, 2 February 2021. WHO/2019-nCoV/HCW_advice/2021.1. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021-1.

CÓMO CITAR ESTA PUBLICACIÓN:

Rojas, M. P., Peñaloza, B., Soto, M., Téllez, A. y Fábrega, R. 2022. Atención primaria en tiempos de COVID-19: desafíos y oportunidades. *Temas de la Agenda Pública*, 17(154), 1-19. Centro de Políticas Públicas UC.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE