



Capítulo

2

EL DERECHO A LA SALUD EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DEL COVID-19

EL DERECHO A LA SALUD EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DEL COVID-19

ANTECEDENTES

A tres meses de iniciada la pandemia del COVID-19, la Organización Mundial de la Salud (OMS), emitió un documento donde propuso dos estrategias centrales para enfrentarla: por una parte, una línea robusta de prevención y, por otra, el fortalecimiento de la red de salud de cada país, a fin de poder prestar asistencia de salud a las personas enfermas, evitando que los servicios de salud colapsaran (OMS, 2020).

Respecto de la prevención se indicó: "Los países deben hacer todo lo posible para evitar que los casos se conviertan en grupos y que los grupos se conviertan en brotes explosivos. Deben poner en marcha las capacidades para realizar pruebas y diagnosticar, aislar, rastrear a los contactos y aplicar medidas de cuarentena; deben hacer que todos sean partícipes de la respuesta". Se señaló además que, para lograrlo, los países y las comunidades debían aumentar su capacidad para identificar casos sospechosos del COVID-19 en la población general. Lograr esto, se advirtió, implicaría un cambio en cuanto a las redes de vigilancia existentes, debiéndose utilizar un sistema de vigilancia activa y rápida a nivel de población. Esto conlleva, de acuerdo a lo indicado por la OMS, que los países debían ampliar rápidamente su personal para

detectar casos, incluso buscando fuera del sistema de salud tradicional y/o mediante el uso de tecnología innovadora como aplicaciones en línea.

En relación al segundo eje, el fortalecimiento de la red de salud, la OMS indicó que los gobiernos debían reutilizar y hacer uso de toda la capacidad disponible en el ámbito público y privado para ampliar rápidamente el sistema de salud pública, prestando el apoyo necesario para tratar a los pacientes del COVID-19 de manera efectiva y mantener el resto de servicios sanitarios básicos para todos. Esto implicaba la preparación del sistema sanitario para reducir la mortalidad asociada al COVID-19, protegiendo a los trabajadores sanitarios y a las poblaciones vulnerables.

Por otra parte, la OMS indicó que la estrategia debía ser integral y requería involucrar a toda la comunidad de cada país. Tanto la sociedad civil, las ONG, sociedades científicas u otros actores relevantes, debían ser participantes de las medidas y acciones que se decidían implementar. Así, el organismo sostuvo: "... es fundamental que las autoridades internacionales, nacionales y locales lleven a cabo acciones participativas de comunicación

bidireccional de forma proactiva, regular, transparente y sin ambigüedades, con todas las poblaciones afectadas o en riesgo" (OMS, 2020, p. 71).

Estos constituyeron, a grandes líneas, los dos pilares propuestos por la OMS para que los países hicieran frente a la pandemia, buscando minimizar, en la medida de lo posible, las consecuencias de ésta, tanto en términos de salud, como sociales. En este sentido, es importante señalar que, si bien ambos ejes son centrales, se debe considerar que ni la mejor y más preparada red de salud podría hacer frente a un contagio masivo de la población sin colapsar y, en razón de esto, las medidas y acciones de prevención cobran especial relevancia.

1 La misma idea fue sostenida por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en su resolución 1/2020, donde señaló que es importante: "Instrumentar espacios oportunos de participación social para la evaluación de los impactos y resultados de las medidas adoptadas, que permitan gestionar los ajustes necesarios desde un enfoque de derechos humanos. Asimismo, establecer espacios de diálogo nacionales con participación de personas expertas independientes, de las instituciones nacionales de derechos humanos y del sector privado".

Cabe señalar que las recomendaciones de la OMS no constituyen una obligación para los Estados, dado que no tienen un carácter vinculante, como lo son aquellas que emanan de tratados o convenciones firmadas y ratificadas por los Estados².

En nuestro país, con fecha 8 de febrero el gobierno decretó alerta sanitaria³ y el sistema de salud se puso en alerta frente al escenario de la llegada y expansión de la enfermedad a lo largo del territorio nacional. A partir de esa fecha el Estado decretó un conjunto de medidas y acciones para poder hacer frente a la emergencia sanitaria. El primer caso confirmado del COVID-19 en Chile se reportó el día 3 de marzo. En este marco, el Ministerio de Salud estableció que el foco de la estrategia para enfrentar la pandemia del COVID-19 en Chile se centralizaría en tres ejes: el testeo masivo para confirmación diagnóstica, el refuerzo de la red asistencial con la habilitación de nuevas camas críticas y el aislamiento efectivo de los casos positivos en residencias sanitarias (MINSAL, 2020b).

Al 31 de agosto, los cientos de miles de contagiados y los más de 13.000 fallecidos eran la mayor y más cruda evidencia de que la pandemia había afectado de manera significativa al país, lo cual demuestra, por una parte, que las medidas preventivas implementadas no lograron mitigar tempranamente el avance de la pandemia y, por otra parte, que el sistema sanitario ha debido responder a una enorme exigencia para hacer frente a la crisis de salud pública que representa el COVID-19.

² Más allá de este carácter no vinculante, el Estado de Chile ha declarado su disposición a considerar estas recomendaciones como orientaciones para la acción en el combate contra la pandemia. Así, por ejemplo, el 15 de marzo de 2020 el Presidente de la República, Sebastián Piñera, declaraba: "seguiremos tomando las decisiones que se requieran en todos los lugares y los tiempos adecuados, siguiendo las recomendaciones de la OMS, escuchando a los comités científicos, a los alcaldes (...)". (<http://radioviaducto.cl/web/suspenden-clases-en-el-pais/>).

³ Decreto N°4 del MINSAL, de fecha 8 de febrero de 2020: Decreto Alerta Sanitaria y otorga facultades extraordinarias que indica por Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional por brote del nuevo coronavirus.

¿En qué situación se encontraba el sistema de salud chileno previo a esta pandemia?

Con anterioridad a la pandemia por el COVID-19, el INDH había identificado cuatro áreas que daban cuenta de los principales déficits nacionales en cuanto al respeto, protección y garantía del derecho a la salud: débil definición del derecho a la salud a nivel constitucional; omisión de determinantes sociales de la salud en la política pública; desigualdades e inequidades en salud, relacionadas con la falta de calidad de atención y de capacidad resolutive en los servicios públicos (INDH, 2016).

Así también, el INDH había constatado falencias tanto en la infraestructura hospitalaria, disponibilidad de camas y déficit en el número de profesionales de la salud, particularmente de médicos especialistas y enfermeras. Estos déficits son particularmente relevantes en las regiones más apartadas y en localidades pequeñas de nuestro país. A nivel nacional, al año 2016, existían 36 mil médicos, lo que significaba que en algunas localidades del país había 1 médico por cada 500 habitantes. En las zonas extremas del territorio nacional, esta cifra era de 1 médico por 850 habitantes. Según el Ministerio de Salud, para atender adecuadamente a los y las pacientes, faltaban 3.795 médicos especialistas y subespecialistas. Por otra parte, más de 2/3 de las horas médicas del país se concentraban en el sistema privado de salud (destinado al 16% de la población), mientras que los usuarios de la red pública (más del 80% de la población) debían conformarse con solo 1/3 de las horas médicas para su atención. Esto significaba que el sector público tenía 37,9% de los especialistas del país, mientras que el sector privado concentraba al 62,1% de esos profesionales (INDH, 2016).

De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE (2015), el número de médicos per cápita varía ampliamente entre sus países miembros. En 2015 Grecia tenía el mayor número, con 6,3 médicos por cada 1.000 habitantes, seguido por Austria (5,1 médicos por cada 1.000 habitantes). El número más bajo de médicos en los países de la OCDE lo tenían Turquía, Chile y Corea, con cerca de 2 por cada

1.000 habitantes. El promedio de la OCDE era de 3,4 médicos por cada 1.000 habitantes. En relación con el número de enfermeras per cápita, en 2015 el número más alto se encontraba en Suiza, Noruega, Dinamarca, Islandia y Finlandia, con más de 14 por cada 1.000 habitantes. Por el contrario, el número más bajo de enfermeras per cápita en la OCDE correspondía a Turquía, Chile y México (con menos de 3 por cada 1.000 habitantes)

Así también, los datos publicados en 2019 por la OCDE muestran que, si bien el gasto en salud de Chile alcanza el 8,9% del PIB (2018) un 3,7% de ese valor es asumido directamente por las familias, mientras que un 5,2% representa el aporte estatal. Este último número, se encuentra por debajo del promedio OCDE (8,8%), y también del promedio mínimo sugerido (6% del PIB).

En esta misma línea, con fecha 21 de marzo de 2020, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile indicaba con respecto a la situación de los servicios de salud: "La pandemia nos encuentra como país con un sistema de servicios de salud caracterizado por la presencia de un pilar público significativo, con experiencia organizacional y comunitaria de enfrentamiento de aumentos estacionales de consultas y atenciones de cuadros respiratorios y con una red de atención de alta cobertura. Al mismo tiempo enfrentamos un sistema con varios ejes de fragmentación (Atención Primaria de Salud Municipal y Atención Secundaria dependiente del Servicio de Salud; institucionalidad pública/privada), con importantes desigualdades en el proceso de atención de salud, por ingresos, y por territorio. Se suma a ello el déficit relativo de camas y camas críticas, y la distribución inequitativa de recursos financieros y humanos entre el sector público/privado. El sector público presenta una arrastrada crisis de financiamiento, con dificultades para hacer frente a la demanda asistencial antes de enfrentar esta epidemia" (Escuela de Salud Pública, 2020).

Es claro que tanto la gravedad de la pandemia como la situación previa de los sistemas de salud del país, condicionaron el impacto de las medidas con que el Estado hizo frente a la crisis sanitaria, con miras a cumplir su obligación de garantizar adecuadamente el derecho a la salud.



Metodología del capítulo

Para la elaboración del capítulo se consultaron diversas fuentes de información. Se consultó la información publicada en la página web del MINSAL relativa al COVID-19. Se utilizó la base de datos COVID-19 publicada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación (MCTCI) y los informes publicados en el portal Gob.cl relativos al avance de la pandemia. También se consultó información publicada por el Banco Mundial, por Coronavirus Source Data - Our World in Data (OWID) de la Universidad de Oxford, por la Universidad de Chile en su página web de Monitoreo Nacional de Prácticas y Síntomas COVID-19 (MOVID 19) y el portal iCOVID (iniciativa de la Universidad de Chile, la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Concepción, en colaboración con el Ministerio de Ciencias y Tecnología y el MINSAL). Otras fuentes: Espacio Público, la Escuela de Salud Pública de la U. de Chile, la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (SOCHIMI) y diversos medios de prensa. Se entrevistó especialmente para este informe a: María Paz Bertoglia, vicepresidenta de la Sociedad Chilena de Epidemiología (SOCHEPI) y académica de la Escuela de Salud Pública de la U. de Chile; Christian García, doctor en Salud Pública de la Universidad de Pittsburgh; Cristián Rebolledo, médico salubrista y académico de la Escuela de Salud Pública de la U. de Chile; Camilo Bass, médico especialista en Medicina Familiar y vicepresidente del Regional Santiago del Colegio Médico; Rafael González, doctor en Física de la Pontificia Universidad Católica e investigador del Centro para el Desarrollo de la Nanociencia y Nanotecnología (CEDENNA); Diego Pardow, presidente ejecutivo de la Fundación Espacio Público y Carolina Espinoza, dirigente Nacional de CONFUSAM.

ESTÁNDARES INTERNACIONALES RELATIVOS AL DERECHO A GOZAR DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD

La salud es definida por la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones y enfermedades”⁴. Por su parte, el derecho a la salud está consagrado en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)⁵, ratificado por Chile el 10 de febrero de 1972, reconoce el derecho a la salud indicando en su artículo 12 el derecho “de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Además establece en su inciso segundo que los Estados deberán adoptar medidas a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho.

El Derecho a la salud también se reconoce, en particular, en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial⁶ (art. 5); en

⁴ Organización Panamericana de la Salud (1946), Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York, firmada el 22 de julio de 1946.

⁵ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27. Ratificado por el Estado de Chile: 10 de febrero de 1972.

⁶ Aceptado y abierto a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2016 A (XX), de 21 de diciembre de 1965. Entrada en vigor: 4 de enero de 1969. Ratificado por el Estado de Chile: 20 de octubre de 1971.

la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer⁷ (CEDAW, art. 11 y 12); y en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, art. 24)⁸.

El ejercicio de derechos sin discriminación es parte fundamental de los derechos humanos y elementos decisivos del derecho a la salud. En el PIDESC⁹ se enuncian los siguientes motivos: raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, discapacidad, nacimiento o cualquier otra condición social. De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), "otra índole" puede incluir el estado de salud (por ejemplo, VIH/SIDA) o la orientación sexual¹⁰. En materia de derecho a la salud, también en opinión del mismo Comité, los Estados tienen la obligación de prohibir y eliminar la discriminación en todas sus formas y garantizar a todos el acceso a la atención y a servicios de salud¹¹.

El PIDESC dispone que los Estados han de "adoptar medidas" para lograr la plena efectividad del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud. En opinión del Comité DESC, tales adopciones se deben

realizar hasta el máximo de los recursos que dispongan para lograr progresivamente la plena efectividad del derecho a la salud. Sin embargo, el mismo Comité estima que existen obligaciones mínimas y de efecto inmediato que no permiten la justificación de recursos limitados por parte del Estado a fin de no cumplir, como son la garantía que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación alguna y la obligación de adoptar medidas deliberadas y concretas, en aras de la plena realización del derecho a la salud. Según la Observación General N°3 (OG N°3)¹² el mismo Comité considera, también como deber asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto (lo que no ocurre cuando un número importante de individuos está privado de ese mínimo esencial), junto al hecho de que "las medidas de carácter deliberadamente retroactivo (...) requerirán la consideración más cuidadosa y deberán justificarse plenamente por referencia a la totalidad de los derechos previstos en el Pacto y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que se disponga". Para el Comité DESC, la satisfacción de niveles esenciales sobre el derecho a la salud incluye las obligaciones de garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial, por lo que respecta a los grupos vulnerables marginados¹³.

En el año 2015, y en virtud del mandato del Comité DESC de efectuar revisiones a los Estados referente al cumplimiento de las obligaciones del Pacto PIDESC, Chile fue examinado por cuarta vez. En las Observaciones Finales elaboradas por el Comité DESC (ONU, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Chile, 2015), se manifestó la preocupación frente a la accesibilidad a servicios básicos de salud para los grupos marginados y desfavorecidos con bajos ingresos, indicando la necesidad de que el Estado asignase recursos suficientes al sector de salud y "continúe sus esfuerzos para asegurar

7 Aceptado y abierto a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979. Entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981. Ratificada por el Estado de Chile: 7 de diciembre de 1989.

8 Aceptado y abierto a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990. Ratificado por el Estado de Chile: 13 de agosto de 1990.

9 Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27. Ratificado por el Estado de Chile: 10 de febrero de 1972.

10 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), Observación General N°14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, artículo 12 del Pacto, párr. 18.

11 Ibid, párr. 19.

12 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), Observación General N°3 (1990): La índole de las obligaciones de los Estados Parte (párr. 2, art 2).

13 CDESC, Observación General N°14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, artículo 12 del Pacto, párr.43.



la accesibilidad, disponibilidad, asequibilidad y calidad de la atención de salud, prestando especial atención a las necesidades de los grupos marginados y desfavorecidos, especialmente de aquellos con bajos ingresos económicos, así como de los pueblos indígenas, migrantes, solicitantes de asilo y refugiados" (ONU, 2015, párr. 28).

El Comité DESC en su "Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales" (ONU, 2020) recalcó que la pandemia tiene efectos profundamente negativos en el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, específicamente en el derecho a la salud de los grupos más vulnerables de la sociedad (ONU, 2020, párr. 2). Para mitigar tales efectos los Estados, de acuerdo al Comité DESC, deben adoptar medidas para evitar dichos efectos dentro del marco de los derechos humanos, pues de no actuar con dicho enfoque, se enfrenta el riesgo que tales medidas vulneren derechos económicos, sociales y culturales (ONU, 2020, párr. 2).

En consecuencia, el enfoque de derechos humanos resulta indispensable en materia de salud pública para prevenir, adoptar medidas y asignar los recursos suficientes para que las personas vean resguardado su derecho al disfrute al más alto nivel posible de salud en condiciones de igualdad y sin discriminación. En tanto cuestión de derechos humanos, el Estado debe actuar debida, diligente y oportunamente frente a los desafíos aparejados a la pandemia. Este deber exige que el Estado despliegue todos los esfuerzos necesarios para mitigarlas y adopte medidas para remediarlas, a fin de que

una crisis sanitaria no afecte el derecho a la salud y, de manera irremediable, la vida de las personas.

MEDIDAS ESTATALES PARA CONTENER EL AVANCE DE LA PANDEMIA

En el contexto actual de pandemia y teniendo en consideración el enfoque de derechos humanos que se debe incluir en todas las medidas adoptadas por el Estado, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su Resolución 1/2020 (CIDH, 2020) señaló que los Estados deben guiar su actuación en base a una serie de principios y obligaciones generales, adoptando medidas de manera inmediata y urgente para prevenir afectaciones y proteger el derecho a la salud, a la integridad personal y a la vida. Según la Comisión, tales medidas deben estar enfocadas de manera prioritaria a prevenir los contagios y brindar tratamiento médico adecuado a las personas que lo requieran" (CIDH, 2020, párr. 3). Así también, la CIDH recomendó de manera más específica: "Asegurar el diseño de un plan de actuación que guíe los procedimientos a seguir para la prevención, detección, tratamiento, control y seguimiento de la pandemia con base en la mejor evidencia científica y el derecho humano a la salud" (CIDH, 2020, párr. 6). Es importante tener presente que lo planteado por la CIDH solo posee el estatus de recomendación y no constituye una obligación para el Estado de Chile.

A partir de lo planteado, el presente apartado tiene como objetivo analizar las medidas que ha tomado

el Poder Ejecutivo en orden a prevenir y contener el avance de la pandemia.

El proceso de la trazabilidad en Chile

Como se señaló, dentro de la estrategia sanitaria, un pilar fundamental para controlar la pandemia es la detección y el seguimiento de casos y de contactos estrechos, a fin de evitar que el coronavirus se siga expandiendo y se produzca un colapso de los servicios de salud. Este seguimiento y detección corresponde a lo que se denomina trazabilidad, esto es: "la capacidad de identificar un nexo epidemiológico entre casos del COVID-19, es decir, que para cada caso nuevo se pueda reconocer el caso que originó la transmisión"¹⁴.

Al respecto, la OMS señalaba: "Allí donde se han tomado acciones tempranas y se han implantado medidas de salud pública integrales, como la identificación rápida de casos, las pruebas y el aislamiento rápido de los casos, el rastreo completo y la cuarentena de los contactos, los países y regiones subnacionales han contenido el brote del COVID-19 por debajo del umbral en el cual los sistemas sanitarios son incapaces de evitar el exceso de mortalidad" y añadía: "Una de las principales enseñanzas que hemos aprendido es que, cuanto antes descubramos, sometamos a pruebas y aislemos todos los casos, más dificultaremos la propagación del virus. Este principio salvará vidas y paliará el impacto económico de la pandemia" (OMS, 2020)¹⁵.

14 Definición del Dr. Álvaro Rojas, del Departamento de Enfermedades Infecciosas de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Emol. 22 de marzo de 2020). PCR, pasaporte sanitario y trazabilidad: Guía con los conceptos que trajo el coronavirus. Disponible en <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2020/03/22/980555/Guia-nuevos-conceptos-coronavirus.html>

15 A diferencia de países como Francia, España, Inglaterra, Italia y Alemania, otros países de Europa (Polonia, República Checa, Rumania y Eslovaquia) reaccionaron con prontitud a la alerta sanitaria decretada por la OMS el 30 de enero de 2020 y a la aparición de los primeros casos en estos países, decretando confinamientos nacionales y haciéndose eco de las medidas de prevención recomendadas por la OMS. Los buenos resultados de estos países se confirman a partir de sus indicadores: la Tasa de Incidencia Acumulada (TIA ponderada de contagiados por 100.000 habitantes) es de 73. Ninguno de los cinco países

Una de las primeras medidas que adoptó el gobierno de Chile consistió en establecer un protocolo de seguimiento a personas que hubieran viajado a países o zonas con transmisión sostenida del COVID-19 (MINSAL, 2020c). Dos semanas después, el 18 de marzo, se amplió el protocolo de detección, y para ser considerado sospechoso ya no fue necesario haber viajado al extranjero, estableciéndose un conjunto de definiciones relativas a qué se entendería por "contagiado" y por "contacto estrecho" (MINSAL, 2020d).

Conjuntamente, se determinó que la entidad responsable de la trazabilidad de la epidemia serían las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI). La subsecretaria de Salud, Paula Daza, describió el proceso: "el proceso de trazabilidad funciona de la siguiente manera: una vez identificado un paciente COVID-19 positivo el médico debe notificar en una plataforma que se llama EpiVigila, que este paciente es COVID positivo confirmado. Esa información llega a la SEREMI de Salud quien reúne y consolida esta información y aquí, posteriormente a través del call center, se llama a la persona confirmada para conocer su estado de salud, para saber si está realizando el aislamiento adecuado, darle las indicaciones de educación sanitaria, identificar sus contactos estrechos y trasladarla a residencia sanitaria en caso que fuera necesario" (MINSAL, 2020e).

La trazabilidad de casos a nivel de la Región Metropolitana asumida por la SEREMI correspondiente, conformó dos equipos de trabajo: el primero, encargado de contactar a los casos positivos diarios y recabar información respecto a los contactos estrechos, de manera de obtener la trazabilidad del caso; el segundo, responsable de llamar a los contactos estrechos para entregar las indi-

caciones de aislamiento y recomendaciones de prevención de la propagación del virus¹⁶. Hasta fines de mayo, había 80 personas contratadas para esta tarea: unos 70 telefonistas y 11 trabajadores de la salud.

En este sentido, la OMS había recomendado: "los países y las comunidades deben, principalmente, aumentar su capacidad para identificar casos sospechosos de COVID-19 en la población general con rapidez en base a la aparición de signos o síntomas. Esto requerirá un cambio en cuanto a la dependencia en las redes de vigilancia existentes para utilizar un sistema de vigilancia activa y rápida a nivel de población" (OMS, 2020).

De acuerdo a información de un medio de prensa¹⁷, al 29 de mayo, unos 11 mil contactos de personas contagiadas, no lograban ser contactados telefónicamente por la SEREMI metropolitana. Se indicaba, además, que no solo había un atraso en la ubicación de los contactos de los casos diagnosticados con COVID-19, muchos de ellos nunca pudieron ser hallados. Por lo tanto, el sistema diseñado no daba abasto para cumplir la importante tarea que se le había asignado, fundamentalmente por falta de personal.

Con el propósito de subsanar las falencias del proceso de trazabilidad, el doctor Camilo Bass¹⁸, entrevistado especialmente para este Informe, señala que se presentaron a la autoridad propuestas basadas en la experiencia de Italia y España, que indicaban que debía darse protagonismo a la Atención Primaria en Salud (APS) y a las medidas comunitarias, pero esas propuestas no fueron acogidas. En ese contexto, el entonces ministro de Salud

supera los 104. Y lo más relevante: los muertos por 100.000 habitantes se mueven entre 7 y 1, con un promedio ponderado de 4. Al comparar con Francia, España, Inglaterra, Italia y Alemania se aprecia que la TIA de los cinco países seleccionados fluctúa entre 515 (España) y 221 (Alemania), con un promedio ponderado para los cinco países de 350. En cuanto a los fallecidos, lidera Inglaterra con 59 por 100.000, el promedio ponderado es de 52, y en la parte inferior está Alemania con 10 (datos de la Universidad Johns Hopkins, Coronavirus Resource Center: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>).

¹⁶ CIPER. (29 de mayo de 2020). Falla pieza clave para contener el virus: acta interna del MINSAL revela graves problemas en la trazabilidad de casos. Disponible en <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/>

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Médico Especialista en Medicina Familiar, vicepresidente del Regional Santiago del Colegio Médico. Entrevistado por el INDH el 19.06.2020.



Jaime Mañalich, el 22 de mayo declaraba, agradeciendo las sugerencias del Consejo Asesor COVID-19, que en su preocupación por el seguimiento de los casos "hay algo de validez", sobre todo por lo que está sucediendo en la Región Metropolitana. Sin embargo, descartó recurrir a la salud primaria: "Lo hemos evaluado y no es posible desde el punto de vista de la actividad que estos centros deben hacer para la consulta de distintas enfermedades que no podemos abandonar¹⁹. Posteriormente, y en consideración al alza de contagios y la falta de seguimiento de las personas contagiadas y sus contactos, durante la primera semana de junio la autoridad sanitaria determinó incluir formalmente a la APS en la labor de trazabilidad de los casos (MINSAL, 2020f). El 3 de junio el ministro de Salud Jaime Mañalich declaró: "Es evidente, y en la Región Metropolitana en particular, que el nivel de trazabilidad, de seguimiento de casos y sus contactos no es suficiente (...) Tenemos una trazabilidad solo del 60% y para que sea satisfactoria, es decir, que somos capaces de identificar casos activos y a sus contactos con una política efectiva de aislamiento para evitar que estas personas contagien a otros, ésta debería ser superior al 80%" (MINSAL, 2020f).

La trazabilidad en la Atención Primaria de Salud (APS)

El rol central que cumple la APS en la trazabilidad de la epidemia fue reconocido por varios de los entrevistados para este informe²⁰. La atención primaria es la instancia que tiene, por definición, el manejo territorial del sistema de salud. Sus profesionales conocen la comunidad, por lo tanto, son una vía eficaz de llegar a ella. El control epidemiológico de enfermedades infecciosas y la trazabilidad de las mismas es además parte de la estructura de funciones de la APS²¹.

¹⁹ Emol (25 de mayo de 2020). Los equipos de seguimiento de contagiados fueron rebasados y hubo dos problemas seguidos en la red de testeos. 25 de mayo de 2020. Disponible en <https://segreader.emol.cl/2020/05/25/A/HB3QgTJN/light?gt=142501>.

²⁰ Dr. Camilo Bass, Dra. María Paz Bertoglia, Carolina Espinoza.

²¹ La red de atención primaria en Chile está compuesta por 483 consultorios, 1.666 postas rurales, 218 centros comunitarios de salud familiares y 277 Servicios de Atención Primarias de

Si bien el Ministerio de Salud formalizó la incorporación de la APS a la tarea de trazabilidad el 3 de junio, esta instancia ya a inicios de abril había dado señales de redefinir su estructura y sus prioridades en función de enfrentar la pandemia. Según el Dr. Camilo Bass y Carolina Espinoza²², estas redefiniciones se realizaron a nivel local y por iniciativa de los distintos municipios y comunas.

Sin embargo, la tarea de trazabilidad local se enfrentó a una serie de limitaciones pues solo tenían acceso a las personas contagiadas en la comuna y sus posibles contactos, mediante dos vías: la primera, a través del test PCR que desde abril comenzaron a tomar los consultorios y la segunda a través de la SEREMI que debía informar a la unidad local aquellos casos de usuarios que tenían programada una visita regular del consultorio y que eran COVID positivo. Esto implicó que no se tenía acceso al universo total de contagios en la comuna, ni menos a sus posibles contactos, pues esta era una información reservada de la SEREMI, que no se comunicaba a las diversas instancias de la atención primaria. Al respecto, el Dr. Camilo Bass señala lo siguiente: "(...) siempre tuvimos una brecha y un vacío de no poder atender y conectarse con aquellas personas que estaban en sus domicilios y que quizás necesitaban una asistencia mayor para indicarle si debía dirigirse al consultorio o un servicio de urgencia y perdimos 3 meses muy valiosos, por no acceder a esa información".

Esta situación, fue modificada a partir de la delegación, en junio, de la tarea de trazabilidad la cual comienza a reforzarse también a nivel nacional. El 15 de junio la subsecretaria Paula Daza anuncia que se aumentarán a tres los "call center" en la RM (el último de ellos se inaugura el 6 de agosto) y el 2 de julio se inaugura un "call center" en Ñuble²³.

Urgencia (SAPU).

²² Dirigenta Nacional de CONFUSAM, entrevistada por el INDH el 24 de junio de 2020.

²³ <https://www.minsal.cl/subsecretaria-daza-inaugura-call-center-para-trazabilidad-y-residencia-sanitaria-en-visita-a-nuble/>

El 2 de julio, la subsecretaria de Salud Pública hace llegar el "Protocolo de coordinación de acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19"²⁴. Con fecha 11 de julio, el Ministerio de Salud²⁵, anuncia el traspaso de 17 mil millones de pesos para reforzar la atención y la trazabilidad en la Atención Primaria de Salud del país. Con ambos elementos, el protocolo y los recursos financieros, se concreta por parte del MINSAL la incorporación de la APS en el proceso de trazabilidad. El 21 de julio, se informa que a nivel nacional se cuenta con 3.940 trazadores, de los cuales 1.800 están en la RM²⁶.

El tiempo que llevó la implementación de una estrategia efectiva de trazabilidad, significó que hasta junio se sabía, aproximadamente, el origen de sólo el 60% de los contagios (La OMS y el propio MINSAL reconocían que para el control de la pandemia se requería conocer idealmente, el 90% o, al menos, el 80% de los contagios).

En consecuencia, a pesar de los avances posteriores, la implementación del proceso de trazabilidad mostró un desfase. En la práctica, su consolidación como sistema de trazabilidad sólo se concretaría cuando en algunas comunas de la Región Metropolitana ya se iniciaba la primera fase del programa de desconfinamiento²⁷. En consecuencia, dada la fragilidad de este sistema a inicios de la pandemia, esta herramienta no desempeñó el rol que podría haber jugado como estrategia de prevención de la propagación del COVID-19 en nuestro país.

Detección y diagnóstico de casos positivos de COVID-19

Otro de las acciones clave para contener la expansión de los contagios se centra en la detección de casos COVID-19. De acuerdo a la OMS el método actual-

²⁴ Ordinario B1/N°2469 de la Subsecretaria de Salud Pública.

²⁵ <https://www.minsal.cl/minsal-entrega-17-mil-millones-para-reforzar-la-atencion-primaria-de-salud-en-el-pais/>

²⁶ <https://www.minsal.cl/category/noticias/page/9/>

²⁷ La Reina, Colina, Til Til, Ñuñoa, Las Condes, Lo Barnechea y Vitacura.

mente recomendado para la identificación y confirmación de los casos, es el test de reacción de polimerasa en cadena (PCR, por sus siglas en inglés). En lo que sigue, se describe el número de exámenes realizados y su evolución en el tiempo, incorporando cifras que permiten dar cuenta del esfuerzo estatal en el aumento de test PCR, como también la evolución de la tasa de positividad en los resultados de detección del virus en la población. Posteriormente, se analiza la cobertura de los test de diagnóstico y se indican los tiempos promedio en la entrega de los resultados de los test PCR. Por último, se incorporan los índices de exámenes procesados por instituciones públicas y privadas, relacionados al sistema previsional de salud.

Número de test y evolución en el tiempo

Según datos reportados por el Ministerio de Salud (MINSAL), al 1 de abril se registraban 38.040 exámenes informados de PCR, realizados por el Instituto de Salud Pública (ISP), hospitales públicos y privados. Después de ochenta días, hubo un aumento exponencial en los exámenes aplicados, pues con fecha 20 de junio se habían realizado un total de 943.593 exámenes y al 25 agosto esta cifra llegaba a un total de 2.333.516 test PCR. Ver tabla 8.

Tabla 8.
Número de test realizados entre el 1 de abril y el 31 de agosto de 2020

	EXÁMENES REALIZADOS	% TOTAL
Instituto de Salud Pública	115.649	5,0%
Hospitales públicos	1.071.583	45,9%
Privados	1.146.284	49,1%
	2.333.516	100%
	(Agosto de 2020)	

Fuente: MINSAL

El testeo realizado a partir de marzo de 2020, ha permitido conocer el avance de la pandemia, pudiendo establecerse la tasa de positividad²⁸, que es un indicador importante para conocer cómo ha evolucionado el contagio del COVID-19 en la población de nuestro país. En este sentido, previo al 30 de abril, el índice de positividad en el resultado de los exámenes PCR era inferior al 12%, mientras que, al 20 de junio, el porcentaje supera el 30%. Con fecha 15 de junio de 2020, el ministro de Salud, Enrique Paris, señalaba que la Región Metropolitana había

alcanzado un *peak* de 40%, al igual que Antofagasta²⁹. A partir del mes de julio los índices de positividad comienzan a descender en gran parte del país, aunque no en todas las regiones, ni de igual forma.

A partir de información disponible en la página web de iCOVID CHILE, se presenta un gráfico sobre los casos positivos en el país, desde el 1 de abril al 21 de agosto. Este gráfico permite observar la positividad de casos alcanzada en el país en diferentes meses. A su vez, no solo se puede ver la curva que esta positividad presenta, sino también analizar si las medidas de cuarentena lograron prevenir la expansión de la pandemia.

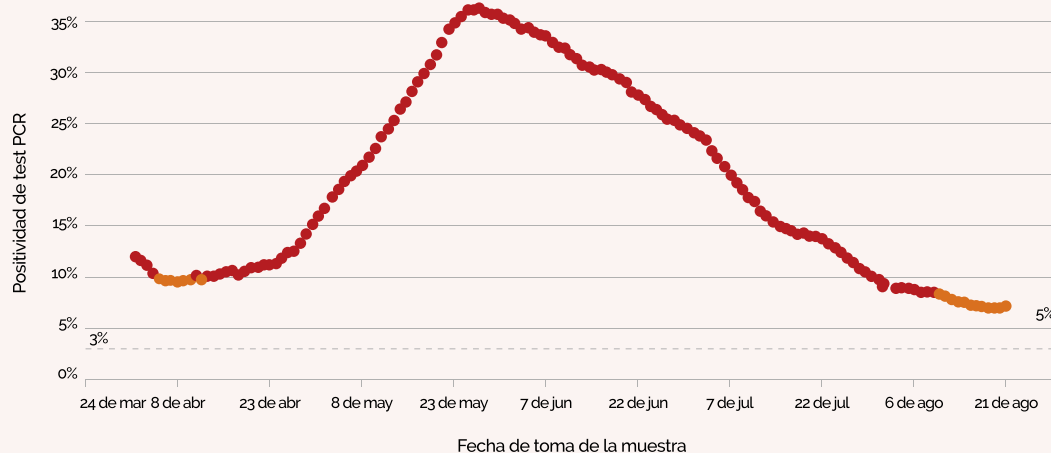
28 La tasa de positividad refiere a la cantidad de exámenes que dan positivo al virus COVID-19. Esta tasa se calcula como la razón entre el número de casos confirmados y el número de exámenes PCR realizados en un intervalo de tiempo dado. Mayor detalle en: (CIPER. (13 de junio de, 2020). El desastre está aquí. Disponible en <https://ciperchile.cl/2020/06/13/el-desastre-esta-aqui/>

29 El Mercurio (15 de junio de 2020). Paris busca acelerar entrega de resultados de test PCR con software de acceso a distancia. Disponible en <http://digital.elmercurio.com/2020/06/15/C/GM3Q9Bl9>

Gráfico 10.

Fecha 1/4/2020 a 21/8/2020

Positividad Test PCR (%) nacional



Fuente: iCOVID CHILE

El 1 de abril la positividad alcanzó a un 12%, lo que ya era un signo de alarma respecto del nivel de contagios que alcanzaba nuestro país; al 13 de mayo esta positividad había llegado al 18%, de tal manera que las llamadas cuarentenas dinámicas no habían sido capaces de mitigar el avance de la pandemia. El 15 de mayo se decreta cuarentena total en la RM, que es la región más afectada por el COVID-19. El 26 de mayo, la positividad a nivel nacional alcanza a un 36%. Hasta el 16 de junio, es decir, a casi un mes de establecida la cuarentena total en un alto número de ciudades y comunas³⁰, la positividad fue superior al 30%. Estos índices de positividad, comienzan a disminuir y al 22 de agosto, el índice de positividad llegó al 7% a nivel nacional.

Examen de diagnóstico PCR

Como ya señalamos, a partir del 3 de junio de 2020, la autoridad sanitaria declaró que enfocaría su estrategia de prevención en la labor de la Atención Primaria de Salud (APS) para mejorar la efectividad de la detección, la

trazabilidad y el aislamiento de los casos, aumentando el número de test y acortando el período de espera de los resultados. El aumento del testeo es una de las recomendaciones de la OMS que ha enfatizado a los Estados, a fin de conocer la real expansión de la epidemia en cada país, por lo cual el aumento del testeo en Chile resulta muy positivo.

En cuanto a la cobertura de los exámenes de diagnóstico, el Consejo Asesor COVID-19 ha sugerido adoptar el indicador de la OMS de al menos una muestra por cada 1.000 habitantes por semana en cada municipio, meta que, junto a otros criterios, permitiría proceder al desconfinamiento.

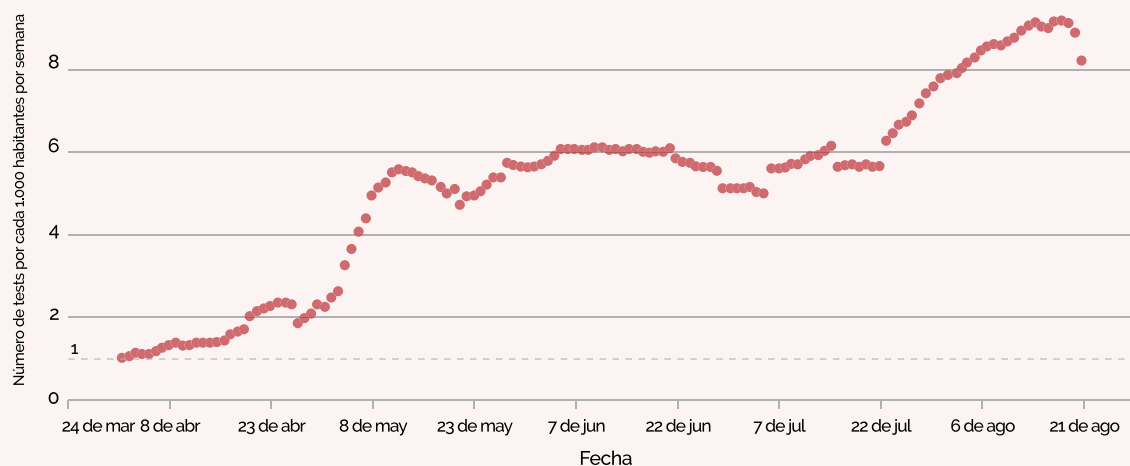
En el gráfico 11 detalla el número de test PCR realizado por cada 1.000 habitantes a partir del 1 de abril hasta agosto de 2020.

³⁰ 12 ciudades y 37 comunas de la Región Metropolitana.

Gráfico 11.

Fecha 1/4/2020 a 21/8/2020

Cantidad de test por cada 1000 habitantes por semana*



*En este indicador no se diferencian umbrales, por eso hay un único color en toda la curva

Fuente: ICOVID CHILE

En el gráfico 11 se puede apreciar que en la semana del 14 de agosto se alcanza el *peak* de test realizados por cada 1.000 habitantes, alcanzando la cifra de 9.160; esta cifra baja en la semana del 21 de agosto, efectuándose 8.253 test PCR, es decir una disminución del 9,9%.

Por otra parte, algunos especialistas reconocen la necesidad de adoptar una estrategia proactiva para el testeo de la población. Un artículo publicado en un medio de comunicación indicaba: "no estamos llegando a tiempo. Y no estamos llegando donde debemos. Los testeos se siguen haciendo 'bajo demanda' y, principalmente, en urgencias y consultorios. Aún no salimos a buscar al virus, por lo que básicamente el testeo está sirviendo para encontrar enfermos y darles tratamiento, aunque tardíamente. Pero no permite seguir la evolución del contagio, ni realizar modelos predictivos"³¹.

Asimismo, la epidemióloga Ximena Aguilera, vocera del Consejo Asesor COVID-19, en entrevista a un medio de prensa, explicó la estrategia que se recomendó en la mesa: la búsqueda de casos para cortar la cadena de transmisión, acercar el diagnóstico a las personas y "peinar el territorio en los lugares donde hay mayor riesgo de hacinamiento"³² y, según los casos activos que hay en las cercanías.

En concordancia con los especialistas citados, el nuevo ministro de Salud, Enrique Paris, quien asumió la cartera el 13 de junio de 2020, anunció el 26 de ese mes, que a contar de julio se tomarían medidas para alcanzar un testeo masivo, llegando a las personas en las cercanías de sus domicilios para aumentar los exámenes PCR, y realizando un trabajo conjunto con el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación. Es así como el Ministerio de Salud señalaba³³ que para llevar a cabo la estrategia se requiere que todos los actores claves como son las SERE-

MI de salud en conjunto con los directores de los Servicios de Salud, los directivos de los centros de APS y los equipos locales implementen la estrategia de acuerdo con el perfil epidemiológico y el análisis de riesgo comunitario, priorizando grupos de riesgos y zonas de mayor vulnerabilidad.

Esta estrategia, denominada BAC (Búsqueda Activa de Casos) comenzó a funcionar el 6 de julio en la Región Metropolitana y el 15 de julio se informaba que ya se habían realizado casi 1.000 visitas, de las cuales un 23% había ingresado a residencias sanitarias por no contar con las condiciones seguras para aislarse en sus hogares. Se indicaba, además, que estas búsquedas no son aleatorias y se basan en la información epidemiológica en donde entrega la mayor cantidad de casos³⁴.

Sin embargo, en un artículo publicado en un medio de prensa³⁵, dos epidemiólogos manifestaban sus aprehensiones respecto de la estrategia BAC, indicando que el 80% de reducción que tiene la RM es producto de una peor búsqueda de casos y que parte de este problema se debe a una política que el gobierno ha llamado "búsqueda activa de casos".

Para estos profesionales solo es posible evaluar el testeo de la población general, cuando es guiado por los esfuerzos de trazabilidad, testeando personas sintomáticas y/o contacto estrecho. Además, señalan que:

La BAC debiera enfocarse exclusivamente entre personas relacionadas a casos positivos reportados, por ejemplo, lugares de trabajo, familiares; o búsqueda en lugares con poblaciones cerradas como casas de reposo, hogares de menores, cárceles; o personas de riesgo como trabajadores de la salud. Sin embargo, lo que se está haciendo incluye ofrecer el test en lugares de afluencia de público (ferias, salas de espera de centros de salud, trabajadores de empresas). Todas ellas personas con baja probabilidad de estar contagiados.

³¹CIPER (13 de junio de 2020). El desastre está aquí. Disponible en <https://ciperchile.cl/2020/06/13/el-desastre-esta-aqui>

³²Clinicas de Chile (26 de junio de 2020). En la búsqueda de los COVID-19. Disponible en <http://www.clinicasdechile.cl/noticias/en-la-busqueda-de-los-covid-19/>

³³<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Estrategia-Testeo-Trazabilidad-y-Aislamiento.pdf>

³⁴<https://www.minsal.cl/subsecretaria-daza-entrega-balance-de-busqueda-activa-para-residencias-sanitarias/>

³⁵<https://ciperchile.cl/2020/08/23/pasan-las-semanas-seguimos-ciegos/>

**La estrategia denominada
BAC (Búsqueda Activa de
Casos) comenzó a funcionar
el 6 de julio en la Región
Metropolitana y el 15 de julio
se informaba que ya se habían
realizado casi 1.000 visitas**



Esto significa que, de acuerdo a estos profesionales, la estrategia no es adecuada pues utiliza un criterio aleatorio para la búsqueda y no se orienta a testear a los grupos de mayor riesgo, como los contactos de las personas diagnosticadas y zonas de mayor vulnerabilidad, con índices altos de hacinamiento.

A continuación, se presenta el gráfico 12 elaborado por Espacio Público³⁶, donde se muestra el índice de posi-

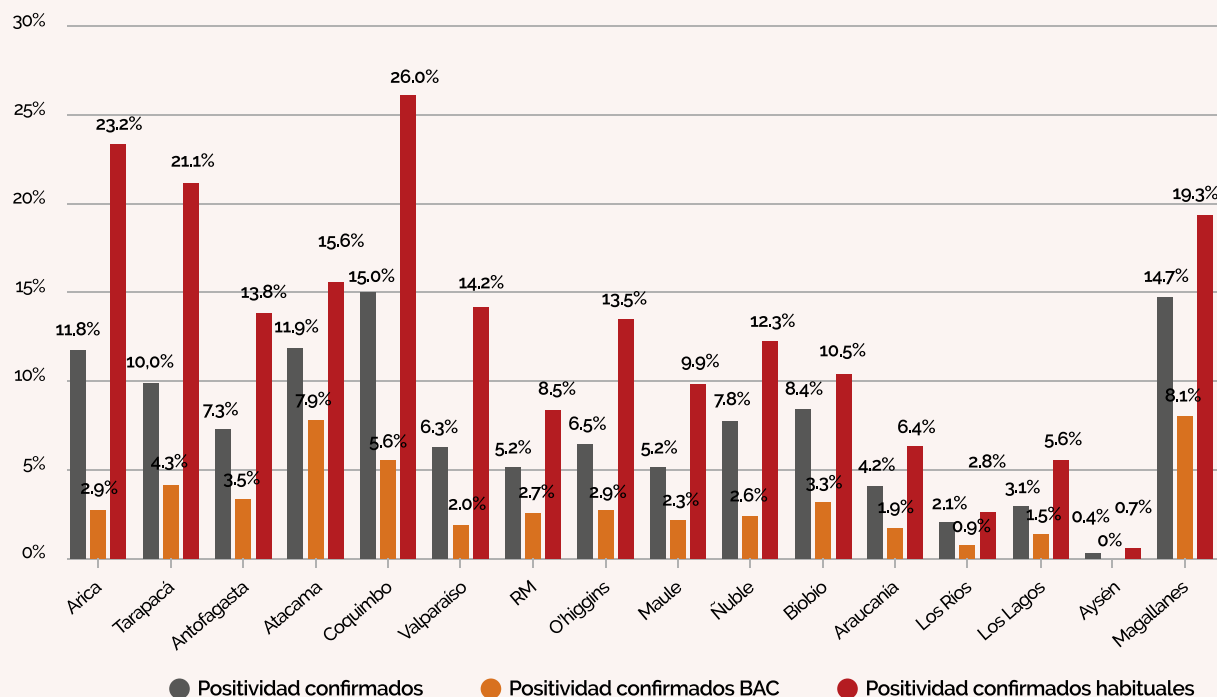
tividad por exámenes habituales de PCR y el índice de positividad bajo la estrategia BAC. Este gráfico ratificaría las aprensiones señaladas por los epidemiólogos citados en los párrafos precedentes, en relación a que los índices de positividad de los test tomados con la estrategia BAC son más bajos que los tomados de acuerdo a las estrategias habituales (tomados en consultorios u otros servicios públicos y en el sistema privado de salud). Es decir, los exámenes BAC estarían haciendo bajar el promedio total de positividad.

36 Informe COVID-19 de Espacio Público del 27 de agosto de 2020

Gráfico 12.

Desagregación tasa de positividad, confirmados habituales y confirmados BAC, por región

Semana del 17 al 23 de agosto



Fuente Espacio Público

Tiempo promedio entrega de resultados de exámenes de diagnóstico PCR

La OMS ha recomendado que para lograr un estado estable de bajo nivel de transmisión o de ausencia de transmisión, se requiere, entre otros factores, fortalecer las capacidades del sistema de salud público, de manera que los resultados de las pruebas sean entregados dentro de las 24 o 48 horas siguientes a la toma de muestras (OMS, 2020).

De acuerdo a la información levantada por el INDH, a través de entrevistas a especialistas, estos/as sostenían que, a junio de 2020, existía un extenso retraso en la entrega de los resultados de los exámenes PCR. En este ámbito, las palabras de María Paz Bertoglia³⁷, vicepresidenta de la Sociedad Chilena de Epidemiología y académica de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, exponen la situación:

Falta mejorar la oportunidad de confirmación, ya que hay un porcentaje muy importante todavía de

personas que son confirmadas 14 días después de haberse tomado el test, es decir, pasaron todo su período de incubación e infectante sin saber que eran positivos y por tanto sin posibilidad de optar a una licencia médica, sin haber sido confirmados por el Ministerio de Salud y por tanto poniendo en riesgo a toda la población que los rodeaba cuando ellos se hicieron el test, solo que no recibieron a tiempo el resultado. Son dos indicadores que deben mejorar, el de la positividad y mejorar la confirmación.

La información publicada por Espacio Público, a partir de cifras proporcionadas por el MINSAL, detalla el retraso promedio por semana a partir de abril hasta la semana del 1 al 7 de junio. En la tabla que se presenta a continuación, se observa que la entrega con menor retraso se dio en la semana del 20 al 26 de abril con 4 días, mientras que, el mayor retraso en la entrega de resultados se focaliza en la semana del 25 al 31 de mayo, teniendo un retraso promedio de 9,5 días, el cual disminuye a 9 días en la semana del 1 al 7 de junio.

³⁷ Magister en Epidemiología, Universidad Católica. Doctoranda en Salud Pública, Universidad de Chile. En entrevista al INDH realizada el 23 de junio de 2020.

Tabla 9: Retraso en reportar resultados de examen PCR.

RETRASO CRECIENTE EN REPORTAR RESULTADOS DE LOS TESTS

Semana	Semanas transcurridas desde primeros síntomas a reporte del test						Retraso promedio días
	0	1	2	3	4	5 o más	
13 a 19 de abril	51,0%	38,8%	5,9%	2,7%	0,8%	0,8%	4.3
20 a 26 de abril	52,3%	38,6%	6,4%	1,4%	0,4%	0,7%	4.0
27 a 3 de mayo	50,8%	40,8%	5,8%	1,3%	0,6%	0,7%	4.1
4 a 10 de mayo	40,0%	52,4%	5,9%	0,7%	0,2%	0,8%	4.6
11 a 17 de mayo	26,7%	61,9%	9,8%	0,9%	0,4%	0,3%	6.0
18 a 24 de mayo	18,5%	51,7%	22,6%	6,0%	0,5%	0,7%	8.1
25 a 31 de mayo	15,0%	46,7%	25,3%	9,7%	2,6%	0,7%	9.5
1 al 7 de junio	15,1%	47,2%	27,8%	7,2%	1,3%	1,4%	9.0

Publicado en el Informe de Espacio Público del 10 de junio, 2020.

Fuente: Espacio Público

Desgraciadamente, no fue posible obtener la información del tiempo promedio de espera de resultados de test PCR, desde última fecha reportada en la tabla 9, dado que esta información no es pública, es decir, no está consignada en los informes epidemiológicos que semanalmente publica el MINSAL, ni tampoco en informes de otros organismos del Estado; ni en instancias como ICOVID 19 CHILE o Espacio Público. Sin embargo, cabe destacar que hasta la fecha que se logró reportar, los tiempos de espera excedían el tiempo recomendado por la OMS, es decir, que la notificación a las personas contagiadas no fuera superior a las 48 horas.

Medidas de aislamiento: cuarentenas

La OMS (2020) ha señalado que frente a la transmisión masiva del virus que produce la enfermedad COVID-19, los Estados pueden adoptar medidas excepcionales para contener el contagio, con el objetivo de regresar a un estado estable de bajo nivel de transmisión o la ausencia de ésta. Para el caso de Chile, un aspecto central de la estrategia preventiva ha sido la implementación de cuarentenas³⁸.

Para decretar una cuarentena, los criterios que ha definido la autoridad sanitaria en Chile son la cantidad de casos activos que son capaces de transmitir la infección, el aumento en la incidencia de casos activos, la concentración de estos por km² y la capacidad asistencial de la red de salud para sostener estos casos (MINSAL, 2020g). Considerando estos criterios, el Ejecutivo fue aplicando progresivamente la medida de cuarentena a nivel nacional, alcanzando según el Ministerio de Salud (2020h), 63 comunas en cuarentena y más de 9 millones de personas en confinamiento³⁹. Las

regiones Metropolitana, de Valparaíso y de Antofagasta se han presentado como las zonas en situación más crítica de contagios a lo largo del país.

La Región Metropolitana experimentó, entre el 26 de marzo y 15 de mayo, la medida de cuarentenas dinámicas, estrategia en que algunas comunas o sectores de éstas entran o salen de cuarentena, dependiendo de la situación epidemiológica de las localidades (MINSAL, 2020i). Dentro de estas siete semanas, los casos totales confirmados por el virus ascendieron a 39.542 a nivel nacional, siendo un 74% de los casos pertenecientes a la Región Metropolitana. Así, durante el período de cuarentenas dinámicas metropolitano, los casos aumentaron de 746 a 29.276 en Santiago, alza que muestra la escasa efectividad de las medidas implementadas durante ese período.

A partir del aumento de los casos totales de contagio, tanto a nivel nacional como metropolitano, y del aumento de la cifra diaria de fallecidos por COVID-19 en Chile hasta esa fecha⁴⁰, el Ministerio de Salud comunicó que a partir del 15 de mayo la Provincia de Santiago entraría en cuarentena total, sumando aduanas sanitarias para limitar el tránsito y disminuir el riesgo de propagación hacia áreas aledañas de la provincia (SERNATUR, 2020). Al ejecutar esta medida, la autoridad sanitaria señaló que ésta fue implementada en el momento oportuno según los datos epidemiológicos; agregando que el haber implementado una cuarentena antes del 15 de mayo, cuando

pertenecen a la Región Metropolitana (toda la provincia de Santiago más las comunas de Peñaflor, Puente Alto, San Bernardo, Padre Hurtado, Buin, Lampa, Colina, El Monte, Talagante, Calera de Tango y las zonas urbanas de Melipilla, Curacaví, Til Til y San José de Maipo), 6 comunas a la Región de Valparaíso (comunas de San Felipe, Los Andes, Valparaíso, Viña del Mar, San Antonio y Quillota), 4 comunas a la Región de Antofagasta (comuna de Calama y zonas urbanas de Antofagasta, Mejillones y Tocopilla), 3 comunas de la Región de O'Higgins (comunas de Rancagua, Machalí y Graneros), 3 comunas de la Región de Tarapacá (comunas de Iquique, Alto Hospicio y zona urbana de Pozo Almon-te.) y la comuna de Curicó perteneciente a la Región del Maule.

38 La cuarentena es una medida de salud pública que tiene por fin disminuir la velocidad de propagación del COVID-19 en determinada comunidad. Es una herramienta, mediante la cual la autoridad sanitaria aísla a una determinada población con alta concentración de casos positivos de COVID-19, de modo de reducir la posibilidad de contacto con población sin contagio, a la que puedan transmitir el coronavirus. La cuarentena se materializa en la obligación de las personas sujetas a la medida de no salir de sus domicilios habituales por el lapso que la autoridad disponga. <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/>

39 Del total nacional de comunas en confinamiento, 46 comunas

40 CNN Chile (15 de mayo de 2020). Chile registra la mayor cifra diaria de muertos por COVID-19 y el Gran Santiago se prepara para la cuarentena total. Disponible en https://www.cnnchile.com/coronavirus/minuto-a-minuto-coronavirus-chile-14-de-mayo_20200515/

había menos casos, no tenía sentido pues hubiera provocado más daños que beneficios (MINSAL, 2020j).

Efectividad de las cuarentenas dinámicas

Respecto a la efectividad de las cuarentenas dinámicas implementadas para contener el contagio, Christian García⁴¹, docente del Magíster en Salud Pública de la Universidad de Santiago de Chile (entrevistado especialmente para este informe), señaló que el diseño de las cuarentenas dinámicas resulta difícil de gestionar en una ciudad con el grado de movilidad intercomunal que tiene la Región Metropolitana, y además, es una estrategia compleja desde el punto de vista comunicacional pues no se entrega un mensaje simple y de fácil comprensión a la ciudadanía.

Por su parte, María Paz Bertoglia, añade que, a diferencia de las cuarentenas descritas por la epidemiología, la estrategia de las cuarentenas dinámicas no contaba con precedentes exitosos o evidencia científica respecto a su efectividad, careciendo entonces de criterios claros en términos del número de casos para decretarlas o levantarlas en determinadas áreas⁴².

⁴¹ Médico de la Universidad de Chile. Doctor en Salud Pública de la Universidad de Pittsburgh. Entrevistado por el INDH el 25 de junio de 2020.

⁴² En relación a este punto, la experiencia internacional muestra que las cuarentenas (no dinámicas, como se implementó en Chile), es decir la restricción del desplazamiento y del contacto entre las personas, son efectivas para enfermedades con las características del COVID 19, básicamente enfermedades transmisibles por vía respiratoria. Existen experiencias positivas en el pasado, por ejemplo, para la epidemia de h1n1 (Miyaki K, Sakurazawa H, Mikurube H, Nishizaka M, Ando H, Song Y, Shimbo T. An effective quarantine measure reduced the total incidence of influenza A H1N1 in the workplace: another way to control the H1N1 flu pandemic. J Occup Health. 2011;53(4):287-92. doi: 10.1539/joh.10-0024-fs. Epub 2011 May 18. PMID: 21597235.) o para el SARS 2003 que, en ausencia de una vacuna, tuvo particular importancia en la efectividad del control (Gian Franco Gensini, Magdi H. Yacoub, Andrea A. Conti, The concept of quarantine in history: from plague to SARS, Journal of Infection, Volume 49, Issue 4, 2004, Pages 257-261, ISSN 0163-4453, <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2004.03.0029>).

Por estos antecedentes la estrategia de cuarentena, con la lógica de lockdown, fue la que desde un inicio se presentó como la alternativa lógica (Medeiros de Figueiredo A, Daponte Codina A, Moreira Marculino Figueiredo DC, Sáez M & Cabrera León



María Álvarez

Persona en situación de calle, Antofagasta

CONOCE SU TESTIMONIO EN

www.informeindh2020.cl

"Fue una estrategia bastante *sui generis*, porque no había evidencia científica que respaldara esa forma de generar una cuarentena, por lo tanto, creo que fue muy... No sé cómo decirlo, muy particular. Cuando se genera una política pública basada no en evidencias sólidas, sucede lo que nos sucedió a nosotros. (...) Por supuesto que la cuarentena dinámica no funcionó y no tuvo el efecto que se esperaba, que era la reducción de la movilidad de las personas y no evitó entonces una transmisión del virus. Nunca entendimos, desde la academia, cuáles eran los umbrales para decretar o dejar de tener una cuarentena en sectores tan particulares... Porque teníamos comunas divididas por la mitad, cuando de una calle para arriba estaba en cuarentena, una calle para abajo ya no estaba en cuarentena".

Efectividad de las cuarentenas y su relación con las desigualdades estructurales y los determinantes sociales de la salud

Pese a la implementación de cuarentenas el porcentaje de positividad del COVID-19 siguió en aumento hasta mediados del mes de junio, dejando al descubierto que las cuarentenas no lograron los efectos esperados a la velocidad que se esperaba. En ese sentido, si bien el objetivo del confinamiento es justamente disminuir el movimiento de las personas en el espacio público, y con ello la posibilidad de interacción y transmisión comunitaria del virus, la movilidad en las distintas ciudades no disminuyó considerablemente (MOVID-19, 2020), pese a las medidas de apoyo económico implementadas por el Estado para lograr que la población pudiese cumplir con las medidas de confinamiento, tales como: ingreso familiar de emergencia (IFE), subsidio ingreso mínimo garantizado, caja con alimentos y el Plan Solidario de Conectividad⁴³.

¿Cuáles serían los factores que explicarían por qué la movilidad no disminuyó significativamente? Aquí los factores socioeconómicos resultan un elemento central,

los cuales se traducen en las determinantes sociales de la salud. La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente inequitativas y dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud"⁴⁴.

En el caso de la Región Metropolitana, la movilidad observada informa acerca de la incidencia de determinantes sociales en la efectividad de las cuarentenas (MOVID-19, 2020; ISCI, 2020a, 2020b). Si bien el cierre de colegios a nivel regional fue una medida que atenuó la movilidad de la población en la Región Metropolitana, el ciclo de cuarentenas dinámicas trajo consigo cambios muy heterogéneos en la movilidad. Así lo señala el Instituto de Sistemas Complejos de Ingeniería⁴⁵ (2020), el cual planteó que el periodo de cuarentenas dinámicas mostró una fluctuación en la movilidad de la población en la Región Metropolitana. Ésta varió drásticamente de acuerdo con los factores socioeconómicos de cada comuna; de esta manera, las comunas de altos ingresos económicos disminuyeron hasta un 45% la movilidad en el periodo de cuarentena dinámica -incluso posterior al confinamiento de estos sectores-, mientras que en comunas de ingresos más bajos la movilidad se redujo en torno al 20%.

En ese sentido, en una entrevista a un medio de comunicación⁴⁶, el doctor José Antonio Muñoz, especialista en etología humana y psicología evolucionaria de la Universidad de Playa Ancha (UPLA), señaló que "desde las clases socioeconómicas más desprotegidas, es difícil pedirle a la gente que se quede en la casa, ya que la gran mayoría de ellos vive al día y con trabajos informales".

A. Impact of lockdown on COVID-19 incidence and mortality in China: an interrupted time series study. [Preprint]. Bull. World Health Organ. E-pub: 6 April 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.256701>.

⁴³ Las medidas económicas adoptadas por el Gobierno, se desarrollan en extenso en el capítulo Efectos de la pandemia en el ámbito laboral.

⁴⁴ https://www.who.int/social_determinants/es/

⁴⁵ ISCI agrupa a un conjunto de investigadores de la Universidad de Chile y de otras universidades.

⁴⁶ https://www.cnnchile.com/coronavirus/por-que-chilenos-no-respetan-cuarentena_20200402/

Por otra parte, el profesor Nicolás Ayala, de la Universidad de Talca, advirtió que poco más de la mitad de los trabajadores (53,1%) gana menos de 400 mil pesos y el 38,9% de los trabajadores tiene contratos precarios o no los tiene. En ese contexto, el docente sostuvo que "las condiciones materiales a las que estamos apostando a partir de la protección social del Estado son bastante precarias en términos que no se generan las condiciones económicas ni laborales para que las personas puedan permanecer en su hogar"⁴⁷.

Así también, la académica Alejandra Rodríguez del Departamento de Nutrición y Salud Pública de la Universidad del Biobío, señalaba: "el modo en que las personas hacen frente a la pandemia dependerá directamente de las condiciones de vida y de trabajo, como el acceso a los servicios de atención de salud, nivel educacional, vivienda, calidad de la alimentación, estilos de vida, redes de apoyo, entre otros factores"⁴⁸.

En los gráficos 13 y 14, se puede identificar una tendencia clara en los porcentajes de movilidad de acuerdo con la comuna y su situación de vulnerabilidad⁴⁹. En las comunas con menores índices de vulnerabilidad, la curva de movilidad decrece sustantivamente dentro del periodo de cuarentena dinámica y esta baja se mantiene en los meses de implementación de la cuarentena total. En las comunas con mayores índices de vulnerabilidad, en cambio, se observa que las cuarentenas no tuvieron un efecto sustantivo en la disminución de la movilidad habitual de la población, pues el flujo de salida de los hogares hacia otras comunas se mantiene similar al periodo de marzo, previo a la implementación de cuarentenas. Por ello, se observa que la posibilidad de permanecer en confinamiento está asociada directamente a determinantes sociales, incluso desde los periodos de cuarentena total establecidos para toda la región, pues solo las personas con mejores y más estables ingresos pueden integrar la restricción de la cuarentena a su vida diaria. Las comunas con menor porcentaje de hogares vulnerables son: Ñuñoa, Providencia, Las Condes, Vitacura y Santiago. Mientras las comunas con mayor porcentaje de hogares vulnerables son: San Ramón, Lo Espejo, El Bosque, Pedro Aguirre Cerda y La Granja.

⁴⁷<https://www.ortalca.cl/noticias/panel-reviso-determinantes-sociales-del-covid-19-y-sus-efectos/>

⁴⁸<http://noticias.ubiobio.cl/2020/07/07/academica-ubb-expuso-sobre-determinantes-sociales-y-desarrollo-del-covid-19/?print-print>

⁴⁹ La relación entre vulnerabilidad socioeconómica e impacto de la pandemia se aprecia también en relación con las variables: "número de contagios" y "número de muertes" por Covid-19. Al respecto ver los gráficos sobre el punto que se presentan en la primera parte de este informe.



Gráfico 13 ⁵⁰:

Índice de Movilidad Interna en Santiago

Promedio de las 5 comunas más y menos vulnerables de Santiago

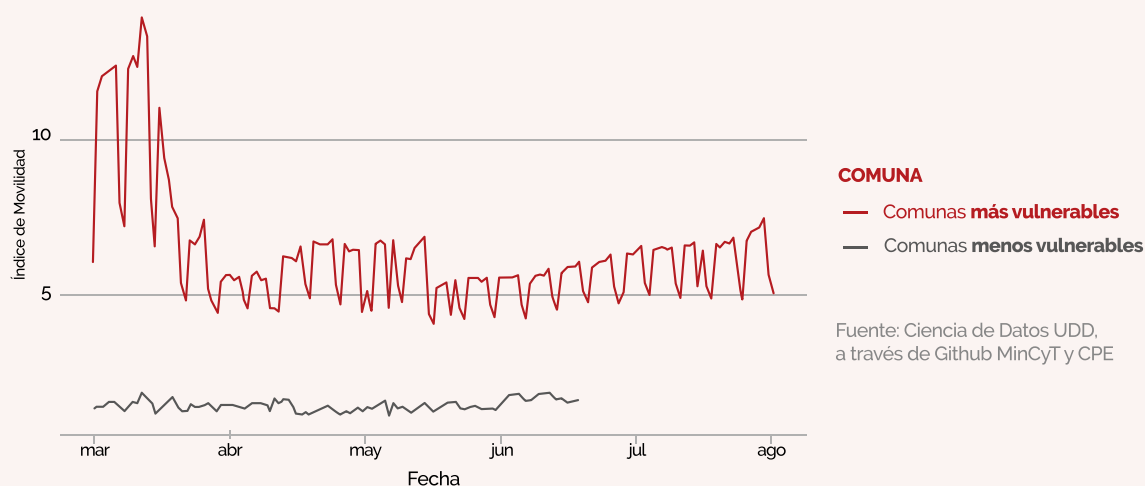
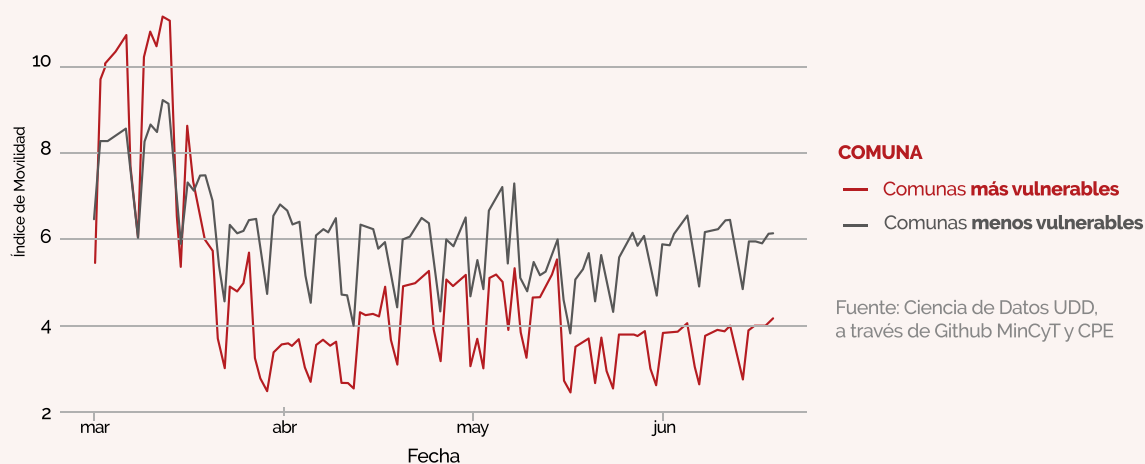


Gráfico 14.

Índice de Movilidad Externa en Santiago

Promedio de las 5 comunas más y menos vulnerables de Santiago



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de UDD

50 Movilidad interna es intra comunal (viajes dentro de la misma comuna) y movilidad externa es inter comunal (viajes entre comunas y regiones).

El informe del Monitoreo Nacional de Síntomas y Prácticas COVID-19 de Chile (MOVID-19, 2020) sobre movilidad de las personas en contexto de crisis sanitaria, dio a conocer que las personas con mayores niveles de educación formal salen menos de sus hogares a lo largo de la pandemia, probablemente por una mayor posibilidad de adaptar su actividad laboral a teletrabajo, realizar compras por internet, entre otros; mientras que personas sin educación profesional presentan más salidas desde sus hogares, debido a estar insertos en escenarios de mayor precariedad laboral. A su vez, el informe MOVID-19 (2020) sobre movilidad señala que tanto la frecuencia de salidas a trabajar como el uso del transporte público están directamente vinculados al nivel educacional de las personas. De esta manera, los resultados de movilidad muestran una relación significativa entre "la medida de cuarentena" y la "expresión socioeconómica del territorio", generando con ello resultados heterogéneos a nivel nacional. La medida evidenció las desigualdades sociales pues las comunas con mayores índices de pobreza son aquellas en que la reducción de la movilidad fue menor, demostrando que lograr un confinamiento efectivo requiere de medidas de apoyo económico para que las personas puedan subsistir sin salir de sus hogares.

Tomando en consideración que los grupos socioeconómicos más pobres en Chile tienen la característica de concentrarse socio espacialmente⁵¹, se observa que el

abordaje de esta estrategia ha carecido de una mirada territorial. En línea con los principios que declara la CIDH (2020), una política adecuada para el contexto debería aproximarse bajo un encuadre amplio e integral, comprendiendo que una respuesta adecuada a la crisis sanitaria y las condiciones de vida de las personas requieren tanto una apertura a las reclamaciones del derecho a la salud, que respete el derecho a la igualdad y no discriminación, como también la incorporación de cuestiones esenciales como el derecho a condiciones adecuadas de vida. Esta evidencia permite, una vez más, calibrar la importancia de gestionar el impacto de la pandemia atendiendo a la indivisibilidad, integralidad e interdependencia de los derechos humanos.

Desconfinamiento: Plan Paso a Paso

El 28 de julio, siete comunas de la Región Metropolitana iniciaban la fase 2⁵², denominada de transición, que corresponde a una de las cinco etapas del Plan de desconfinamiento "Paso a Paso", establecido por el Gobierno para el levantamiento gradual de las medidas de confinamiento de la población del país. Con anterioridad, el 8 de julio, el ministro de Salud Enrique Paris anunciaba que iniciaba el desconfinamiento gradual en las regiones de Aysén y Los Ríos, donde la tasa de incidencia de casos era, a esa fecha, la más baja de todo Chile.

El desconfinamiento implica una serie de desafíos a fin de evitar un rebrote de la pandemia, con las graves consecuencias de salud y sociales que esto puede implicar. Al respecto son los indicadores epidemiológicos, de los sistemas de salud y de la trazabilidad los que resultan centrales para tomar la decisión de desconfinar o permanecer con la medida de cuarentena.

En ese sentido, la OMS ha recomendado un desconfinamiento de forma gradual y ha señalado indicadores que pueden orientar a la toma de decisiones, estableciendo tres tipos de criterios, con sus correspondientes indicadores:

⁵¹ Camilo Arriagada Luco, 2019: "La investigación sobre Segregación socio espacial en Chile". https://www.researchgate.net/publication/332514455_La_investigacion_sobre_Segregacion_socio_espacial_en_Chile; Joseph Münzenmayer Henríquez, 2017: "La expansión urbana y la segregación socio-espacial en Santiago. Dimensiones territoriales del fenómeno contemporáneo", en revistas.academia.cl; Colegio de Arquitectos de Chile, 2017: "Las comunas de Santiago con mayor segregación urbana" <http://colegioarquitectos.com/noticias/?p=16770>; Hernán Ortega Castillo, 2016: "La deuda de Chile: segregación, desigualdad y seguridad". https://invi.uchilefau.cl/la-deuda-de-chile_segregacion-seguridad-desigualdad/; Jaime Aymerich, 2004: "Segregación Urbana y Políticas Públicas con Especial Referencia a América Latina", en revistasociologia.uchile.cl; Francisco Sabatini, 2003: "La segregación social del espacio en las ciudades de América Latina" <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-segregaci%C3%B3n-social-del-espacio-en-las-ciudades-de-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>

⁵² La Reina, Colina, Til Til, Ñuñoa, Las Condes, Lo Barnechea y Vitacura.

1) Epidemiológicos, que apuntan a evaluar el nivel de control del brote, es decir, el número efectivo de reproducción menor a 1 en forma sostenida (Re)⁵³, durante al menos dos semanas.

- Disminución de al menos el 50% durante un período de tres semanas desde el último valor máximo y disminución constante de la incidencia observada de casos confirmados y probables.
- Menos del 5% de las muestras analizadas dan positivo para COVID-19 al menos durante las dos últimas semanas, siempre y cuando la vigilancia de casos sospechosos sea integral.
- Al menos el 80% de los casos pertenece a las listas de contactos y se puede vincular a conglomerados identificados.
- Disminución del número de fallecimientos entre los casos confirmados y probables al menos durante las tres últimas semanas.
- Disminución constante del número de hospitalizaciones e ingresos en la UCI de casos confirmados y probables al menos durante las dos últimas semanas.

2) De sistema de salud, que evalúan la capacidad del sistema para enfrentar un eventual rebrote de casos de COVID-19. En este punto el indicador clave es que el número de casos que requieren hospitalización es menor

que la capacidad máxima de camas en hospitales y UCI del sistema de salud. Esto implica que esté ocupado como máximo el 80% del sistema de salud.

3) De vigilancia epidemiológica, que miden la capacidad del sistema de vigilancia para detectar y gestionar los casos y sus contactos, e identificar un rebrote de caso. Esto implica que se pueden identificar y notificar los casos nuevos e incluir sus datos en el análisis epidemiológico en un plazo de 24 horas. Así también, que se puede aislar al 90% de los casos sospechosos y estos son confirmados, o se les da el alta, en un plazo de 48 horas desde la aparición de síntomas.

Además, se requiere que se puedan rastrear los contactos de al menos el 80% de nuevos casos y se les ponga en cuarentena en un plazo de 72 horas desde la confirmación de los casos y que se haga un seguimiento de al menos el 80% de los contactos durante 14 días. Finalmente, deben existir sistemas de gestión de información y datos para el rastreo de contactos y otros datos conexos, es decir, un sistema de trazabilidad eficiente y oportuno.

Respecto de las consideraciones de estas recomendaciones de la OMS, por parte del Estado de Chile en el diseño del Plan Paso a Paso⁵⁴, en la tabla 10 se muestra el rango de los indicadores que asumió el gobierno para iniciar el proceso de desconfinamiento⁵⁵.

⁵³ Los científicos usan el Re -el número de reproducción- para describir la intensidad de una enfermedad infecciosa. La definición formal del Re de una enfermedad es el número de casos, en promedio, que van a ser causados por una persona infectada durante el período de contagio.

⁵⁴ Sin embargo, cabe recordar que, como se indicó en los antecedentes de este capítulo, lo planteado por la OMS solo posee el estatus de recomendación y no constituye una obligación para el Estado de Chile.

⁵⁵ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/ConocePlanPasoPaso.pdf>

Tabla 10. Criterios recomendados por la OMS para iniciar la etapa de Transición (fase 2)

CRITERIO	Valor para pasar de cuarentena a transición	Valor para pasar de transición a preparación	Valor para pasar de preparación a apertura inicial	Valor para pasar de apertura inicial a apertura avanzada
Ocupación UCI regional	≤90%	≤85%	≤85%	≤80%
Ocupación UCI nacional	≤85%	≤85%	≤80%	≤80%
Re comunal	≤1	≤1	≤1	≤1
Tasa proyectada de casos activos (regional)	Disminución sostenida en 3 semanas	Disminución sostenida en 2 semanas	≤50 por 100.000 habitantes	≤25 por 100.000 habitantes
Positividad regional	≤15%	≤10%	≤10%	≤5%
Porcentaje de casos contactados en <48 h	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
Porcentaje de casos nuevos que vienen de contactos en seguimiento	No aplica	No aplica	≥60%	≥60%

En esta tabla, llama la atención que los valores de los indicadores para iniciar la transición (etapa 2 del plan) sean menos rigurosos que los recomendados por la OMS, salvo en caso del Re. El número reproductivo efectivo (Re), es un indicador que permite medir la evolución de la pandemia en un lugar: a cuántas personas, en un momento del brote, es capaz de infectar alguien que contrajo COVID-19. Si bien la etapa de transición no implica un desconfinamiento total, pues se mantiene el confinamiento los fines de semana, persiste el toque de queda y no está permitido la apertura de restaurantes; se inician un conjunto de actividades que implican, por ejemplo, que muchas personas vuelvan al trabajo presencial con el consiguiente uso del transporte público, que en todo el mundo ha sido definido como un factor importante de riesgo de contagio.

En este sentido, el índice de positividad⁵⁶ regional establecido para la etapa de transición es de un 15%, bastante superior al recomendado por la OMS, que indica un 5% de positividad las dos semanas anteriores al inicio del desconfinamiento.

Si bien el porcentaje de casos de contagios contactados se define como mayor o igual al 80% en las primeras 48

horas (la OMS recomienda el 90%) lo que es positivo, es llamativo que para la fase de transición y de preparación no se considere el porcentaje de casos nuevos que viene de contactos de seguimiento, que es un indicador en el proceso de trazabilidad, elemento clave de la vigilancia epidemiológica establecida por la OMS. Para mitigar la pandemia es fundamental un sistema de trazabilidad eficiente y oportuno, que permita detectar a los contagios y sus contactos de manera muy rápida y lograr su aislamiento. Si no se establecen criterios para el seguimiento de los contactos, el riesgo que un porcentaje de estos esté contagiado se vuelve un factor de expansión de la enfermedad.

En ese sentido, cabe destacar que en una minuta elaborada por el Consejo Asesor COVID-19 (2020), con fecha 29 de junio⁵⁷, en la que este consejo establecía los

57 Criterios sanitarios de confinamiento y desconfinamiento comunitario Minuta lunes 29 junio 2020 Consejo asesor COVID-19, Ministerio de Salud Chile.

El Consejo Asesor COVID-19 está compuesto por: Johanna Acevedo, jefa del Departamento de Epidemiología de la división Planificación Sanitaria, de la Subsecretaría de Salud Pública; Fernando Otaiza O'Ryan, jefe de Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud; María Teresa Valenzuela, vicedecana de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes; Ximena Aguilera, directora del Centro de Epidemiología y Política de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad

56 Concepto de positividad. Esta es la relación entre la cantidad de test que se hacen y la cantidad de contagiados que se detectan en esos exámenes.

criterios sanitarios de confinamiento y desconfinamiento, esta entidad recogía prácticamente en su totalidad las recomendaciones hechas por la OMS. Además, no establecía diferencias en los valores de los indicadores por las etapas que comprende el plan de desconfinamiento. Respecto de la trazabilidad de los contactos, señalaba que se debía disponer de capacidad operativa para ais-

lar y dar seguimiento al 90% de los casos confirmados en menos de 48 horas y de identificar y dar seguimiento en ese plazo al 75% de los contactos durante 14 días (la OMS sugería el 80%). El 60% de casos nuevos debe provenir de los contactos en seguimiento. Además, indicaba que se debía considerar las unidades territoriales (las comunas) como un todo, esto es, en su realidad de conurbaciones de hecho⁵⁸.

del Desarrollo y presidenta de la Sociedad Chilena de Salud Pública; Caterina Ferreccio, directora adjunta del Centro Avanzado de Enfermedades Crónicas y profesora de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica; Gonzalo Valdivia, jefe de la división de salud pública y medicina familiar de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica y Pablo Vial, director del Programa Hantavirus y miembro del Board de directores de Child Health Foundation de Alabama, Estados Unidos.

Para una visión comparativa, el gráfico 15 muestra los índices de positividad con que otros países iniciaron el proceso de desconfinamiento.

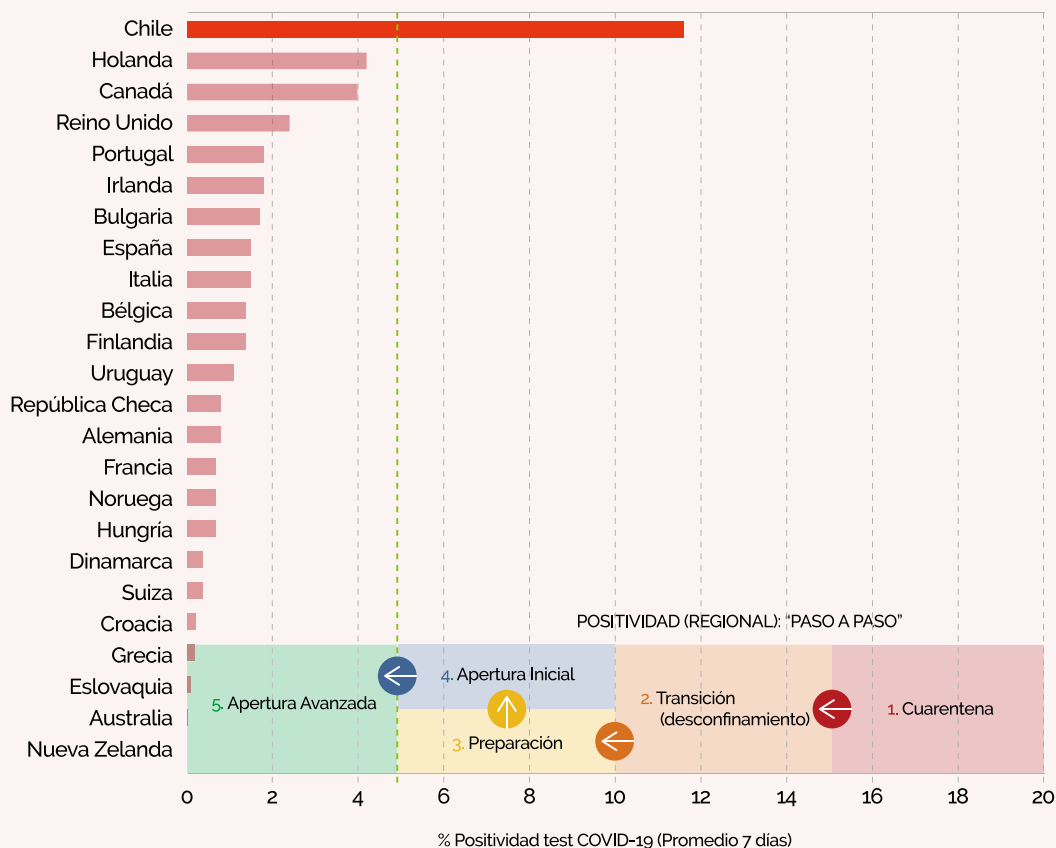
58 Conjunto de poblaciones próximas entre ellas, cuyo progresivo crecimiento las ha puesto en contacto.

Gráfico 15.

Positividad Test COVID-19 países iniciando reaperturas

Chile 28 de julio, otros países 28 de mayo

Fuente: Ourworldindata.org



Fuente: CIPER, en base a datos de Ourworldindata.org

A partir del anuncio de la implementación del plan Paso a Paso, surgieron las primeras preocupaciones de parte de la comunidad científica (Espacio Público, 2020). Éstas se centraron básicamente en que el plan no se trabajó de manera satisfactoria en cuanto a la participación de los diversos actores. Al respecto, la presidenta del Colegio Médico (COLMED) Izkia Siches, señalaba⁵⁹ que el plan de desconfinamiento no fue presentado ni a la Mesa Social, ni al COLMED, pese a que el Consejo Asesor había relevado la importancia de validarlo previamente.

En relación a lo señalado en este apartado, cabe destacar varios elementos preocupantes en relación al proceso de desconfinamiento implementado por el Estado de Chile.

En primer lugar, contrariamente a lo recomendado por organismos internacionales de Naciones Unidas y en particular por la OMS, para la toma de decisiones no fue consultada la comunidad científica de este país a fin de consensuar los criterios que regirían el Plan de desconfinamiento Paso a Paso.

Por otra parte, los indicadores establecidos, salvo por el Re efectivo, son más laxos que los planteados por la OMS e inclusive por el propio consejo asesor COVID-19 del MINSAL.

Así también, se ha utilizado el criterio de desconfinamiento por comunas y no por regiones, situación que ha sido ampliamente cuestionada por la comunidad científica, por los resultados negativos que trajo la implementación de las cuarentenas dinámicas, en los inicios de la epidemia.

Pero el punto central que preocupa es que el sistema de trazabilidad no es lo suficientemente robusto para asegurar con certeza que el desconfinamiento no se traducirá en un rebrote de la epidemia en el mediano plazo o que, de producirse, pueda ser controlado rápidamente en base a una detección precoz y un aislamiento oportuno de casos y contactos.

Al martes 21 de julio se registraban 3.940 trazadores a nivel nacional, entre los centros de llamado y consultorios municipales. La RM contaba con 1.829 trazadores totales y tres call center (es la única región con más de una oficina telefónica). Le siguen Valparaíso (707), O'Higgins (252) y Coquimbo (186), mientras las regiones con menos trazadores son Magallanes (20), Aysén (35) y Los Lagos (36). Arica, Antofagasta, Atacama, O'Higgins, La Araucanía, Los Ríos, Aysén y Magallanes no cuentan con centros de llamado para la trazabilidad. Al respecto, el COLMED recomendó disponer de 9.000 trazadores para todo el país⁶⁰.

En este sentido, resulta importante el fortalecimiento del proceso de trazabilidad, a fin de garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud. Es deber del Estado trabajar e implementar medidas en base a la mejor y mayor cantidad de información científica disponible para asegurar que estas medidas resulten las más adecuadas.

DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Antecedentes y estándares internacionales

El Comité DESC en su "Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales" (ONU, 2020) recomendó a los países "adoptar medidas reglamentarias apropiadas para velar porque los recursos de la atención sanitaria, tanto en el sector público como en el privado, se movilicen y compartan entre toda la población, a fin de garantizar una respuesta amplia y coordinada a la crisis en materia de atención sanitaria" (ONU, 2020, párr. 13).

Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su Resolución 1/2020 (CIDH, 2020) y a la luz de los elementos que abarca el contenido del derecho a la salud y su disfrute al más alto nivel posible, incluso frente a esta crisis sanitaria, recomendó a los

⁵⁹https://www.cnnchile.com/pais/izkia-siches-paula-daza-desconfinamiento-mesa-social_20200719/

⁶⁰<https://radio.uchile.cl/2020/07/01/colegio-medico-y-propuesta-de-nueve-mil-de-trazadores-no-es-necesario-que-lo-haga-un-profesional-de-salud/>



Estados, velar por una distribución y acceso equitativos a las instalaciones, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, sean públicos o privados, agregaron también que se debe asegurar el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias necesarias para enfrentar los contextos de pandemia. Recomendaron, además, asegurar la disponibilidad y provisión oportuna de cantidades suficientes de material de bioseguridad, insumos y suplementos médicos esenciales de uso del personal de salud y la disposición de recursos específicos mínimos destinados a enfrentar este tipo de situaciones de emergencia sanitaria.

Bajo este contexto, la emergencia sanitaria derivada de la pandemia del COVID-19 ha puesto gran presión sobre el sistema de salud, ya que un alto número de personas contagiadas requiere atención, diagnóstico y tratamientos de diversa intensidad, de acuerdo a la gravedad con la que evolucione su cuadro infeccioso.

Con anterioridad a la pandemia por el COVID-19 (SARS-CoV2) el INDH ya había identificado un déficit en relación con la infraestructura de salud. En el Informe Anual de Derechos Humanos 2016 se indicaba que, en cuanto a la disponibilidad de camas, Chile se encontraba por debajo del promedio mundial de 2,7 camas por cada 1.000 habitantes (OMS, 2014). A esa fecha, el país tenía una tasa de 2,18 camas por mil habitantes. De acuerdo al último informe de la OCDE (2019) la tasa de camas por mil habitantes no ha variado en nuestro país⁶¹, como tampoco el déficit de profesionales médicos y enfermeras/os.

Así también, el adecuado funcionamiento de los sistemas sanitarios no descansa solo en la infraestructura y equipamiento médico, pues los y las trabajadoras de la salud son igualmente esenciales y prioritarias para fortalecer la atención sanitaria (Villaruel, 2016). De manera global, la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirmó que "una pandemia como COVID-19 abrumaría a cualquier sistema de salud, pero su impacto en aquellos sin suficientes trabajadores de salud será devastador" (OPS, 2020).

Al respecto, el INDH, en 2016, como se indicó en los antecedentes de este capítulo, señaló que el país tenía importantes déficits en profesionales de salud (médicos especialistas y enfermeras) y carencias en infraestructura. El déficit de médicos/as especialistas e infraestructura hospitalaria pública, implica en los hechos que, una parte de la población del país, particularmente aquella que vive en las regiones y localidades más apartadas, enfrenta dificultades para acceder a una atención de salud oportuna y de calidad.

De esta manera, el sistema sanitario de nuestro país, ha debido afrontar los desafíos sanitarios de la pandemia con una serie de carencias y brechas preexistentes; con diferencias entre comunas pobres y ricas y entre regiones y la capital, todo lo cual hace aún más complejo el escenario que deben enfrentar tanto los servicios de salud, como el personal de salud que trabaja en ellos.

Considerando los elementos anteriormente expuestos, el siguiente apartado analiza las medidas estatales implementadas durante la pandemia en orden a garantizar la disponibilidad de la atención de salud, entendida como contar con suficiente equipo hospitalario, como camas de alta complejidad y ventiladores mecánicos, así como el personal de salud capacitado que se requiere para la atención de pacientes COVID positivos con complicaciones severas de salud.

Disponibilidad de camas hospitalarias en el contexto de la pandemia

Uno de los aspectos importantes para abordar la pandemia, es la articulación y fortalecimiento de la Red de Salud pública y privada que permita asegurar que cada persona que requiera atención de salud cuente con un cuidado oportuno y de calidad.

En ese sentido, el abordaje de la pandemia requiere que los servicios de salud, específicamente los hospitales, incrementen su disponibilidad de camas, en particular aquellas de alta complejidad (UCI y cuidados intermedios) y la gestión de las mismas. Al respecto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomendaba a

⁶¹ <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf>

los países: "Implementar la gestión de camas por complejidad para asegurar que cada paciente esté hospitalizado en el lugar que le corresponde de acuerdo con su estado de salud-enfermedad proporcionando un cuidado más oportuno, de calidad y evitar largas estancias (a veces innecesarias) en las camas de UCI" (OPS, 2020b).

En la misma línea, la OPS (2020b) agrega: "Para la derivación de pacientes, en especial los pacientes críticos, se requiere integrar los diferentes actores de salud pública, privada, y otros, que permita mejorar el acceso oportuno a una cama hospitalaria (especialmente a camas de cuidado crítico), en base a la colaboración entre hospitales y redes".

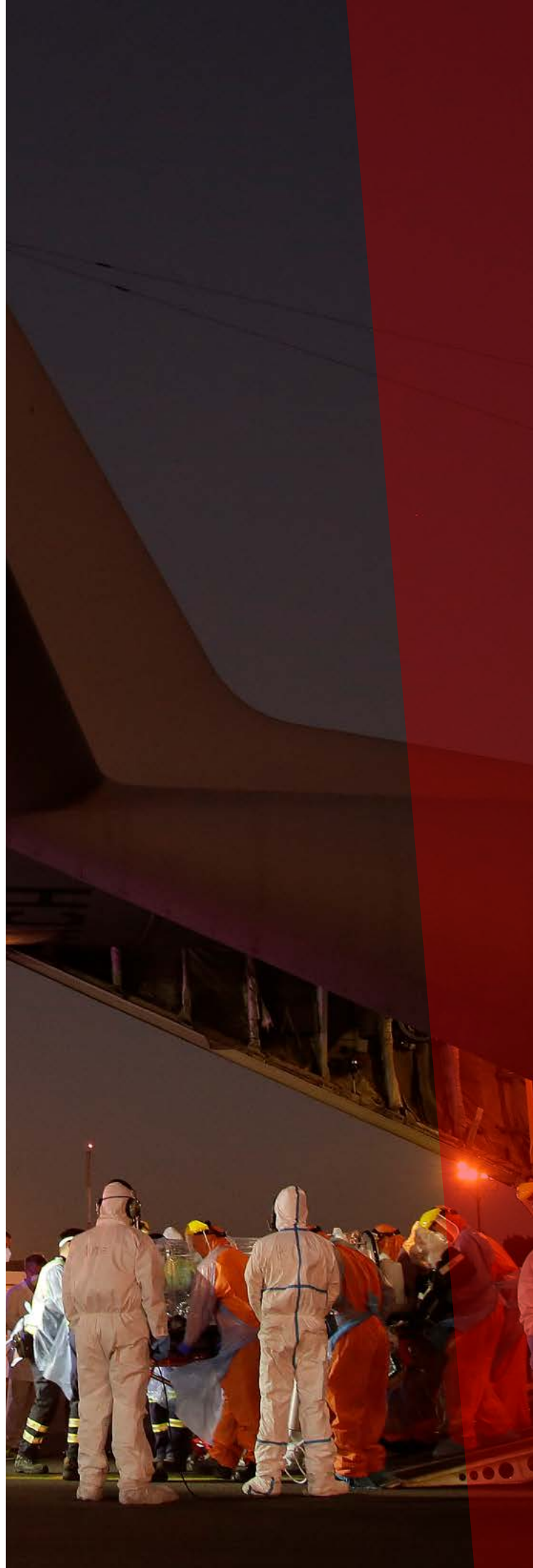
Según datos de la OCDE (2019), Chile está en el lugar 36 de 42 países en cuanto a número total de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes; mucho más abajo que Italia y España. Si se compara el número de camas en unidades críticas (UCI y UTI), donde debieran estar en tratamiento los pacientes más graves o que requieren apoyo ventilatorio, las 5,3 camas críticas cada 100.000 habitantes de nuestro país, lo ubican mejor que Nueva Zelanda y al nivel de Suecia; pero Italia y España tienen el doble y Alemania siete veces más.

A partir de la llegada de la pandemia a nuestro país, el Estado anunció la implementación de un conjunto de medidas, entre ellas se destacan las relativas al incremento de la capacidad hospitalaria.

- Fortalecimiento de la capacidad hospitalaria: Con respecto al reforzamiento de la red asistencial, desde marzo a mayo de 2020, el Ministerio de Salud (MINSAL, 2020b) reportaba un incremento desde 38 mil camas hospitalarias totales a 42 mil. Además, se habilitaron nuevas camas de cuidados intensivos para pacientes críticos.
- En abril de este año, la Dirección de Presupuestos (DIPRES, 2020) del Ministerio de Hacienda reportaba: "Se han generado acciones para aumentar en más de 6.000 camas la red pública de salud, de ellas cerca de 2.000 destinadas para cuidados críticos, y se estima la compra de al menos 3.000 camas más en el sector privado. El plan de mayor dotación de camas se da tanto por convertir camas básicas a intensivas, e intensivas a críticas, como por la disponibilidad de más espacio para la instalación de otras. En detalle:
 - Instalación de hospitales modulares: en una primera etapa se ha dispuesto de 5 hospitales en la Región Metropolitana que permitirán disponer de 500 camas básicas. Estos hospitales también disponen espacio para unidades de enfermería, aislamiento y suministro de oxígeno. Se planifica que entren en operación en el mes de junio.
 - Inicio anticipado de 5 hospitales: se adelanta la operación de los hospitales de Ovalle (abril), Félix Bulnes (abril), Gustavo Fricke (mayo), Padre de las Casas (julio) y Angol (junio). Con ellos se dispondrá de 1.762 camas. Se destaca que el nuevo hospital Félix Bulnes será utilizado solo para pacientes con COVID-19.
 - Uso de recursos de las Fuerzas Armadas: se dispondrá de un hospital de campaña, 6 puestos de atención médica y los servicios del buque Sargento Aldea. En total se estima la disponibilidad de 700 camas por medio de esta vía.
 - Mayor capacidad de la red existente: por medio de la compra de los insumos del tipo de monitores y ventiladores, es posible convertir camas de básicas

a intermedias, e intermedias a intensivas. Se dispone a complejizar más de 3.000 camas y adicionar 800 más a la red. Por su parte, se habilitará en Huechuraba un espacio para la instalación de 830 camas.

- A partir del 1 de abril, funciona un sistema integrado de salud por COVID-19. Esto significa que el Ministerio de Salud tomó el control de la gestión de la infraestructura pública y privada para enfrentar esta emergencia. De este modo, tanto las camas como los ventiladores mecánicos, son gestionados centralizadamente. El acceso a la salud privada se controlará a través de la actual Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC).
- Se creó un fondo de \$220 mil millones para financiar la compra de insumos y equipamientos necesarios, el fortalecimiento de la operación de los hospitales, fortalecimiento de laboratorios de diagnóstico, la extensión de los horarios de urgencia, la habilitación de camas adicionales, los hospitales de construcción rápida y otras necesidades. Así, ya se ordenó la compra de 600 ventiladores mecánicos más que, junto a otras adquisiciones y donaciones de China, llegarían a mil.
- El lunes 30 de marzo la Superintendencia de Salud entregó un decreto que libera del cumplimiento de la garantía AUGÉ en el plazo de atenciones. En ese sentido, se postergarán progresivamente las cirugías electivas en centros asistenciales públicos y privados del país hasta primavera, siempre que no implique riesgo importante para el paciente. Esto, para poner todos los esfuerzos médicos en el COVID-19.
- Se dispuso la generación de 1.570 camas de hostales sanitarios para personas que hayan quebrantado su cuarentena o no puedan hacerla en su domicilio.
- Derivaciones de pacientes: obedece a la instrucción del Ministerio de Salud para que las Unidades de Cuidados Intensivos antes de llegar a una ocupación mayor de 85% de su capacidad instalada de ventiladores mecánicos, procedan a reubicar pacientes de manera de tener una reserva de camas críticas en caso de ser necesario y responde al funcionamiento de la Red Integrada COVID-19.



Respecto de estas medidas, cabe señalar que la mayoría de ellas se cumplió. En algunos casos la medida sufrió algunas variaciones como, por ejemplo, en el caso de la compra de 5 hospitales modulares, la cual se efectuó, pero no todos los hospitales fueron destinados a la Región Metropolitana como se planteó inicialmente. Sin embargo, respecto del fondo de \$220 mil millones, no fue posible acceder a información relativa a si éste se había asignado en su totalidad y a los ítems en los cuales se había empleado.

Por otra parte, el entonces ministro de Salud, Jaime Mañalich, informó de los criterios de seguridad con que funciona la red asistencial, según lo cual "la capacidad de atención del sistema de salud es escalable. "Nos hemos fijado como criterio que la capacidad de ventilado-

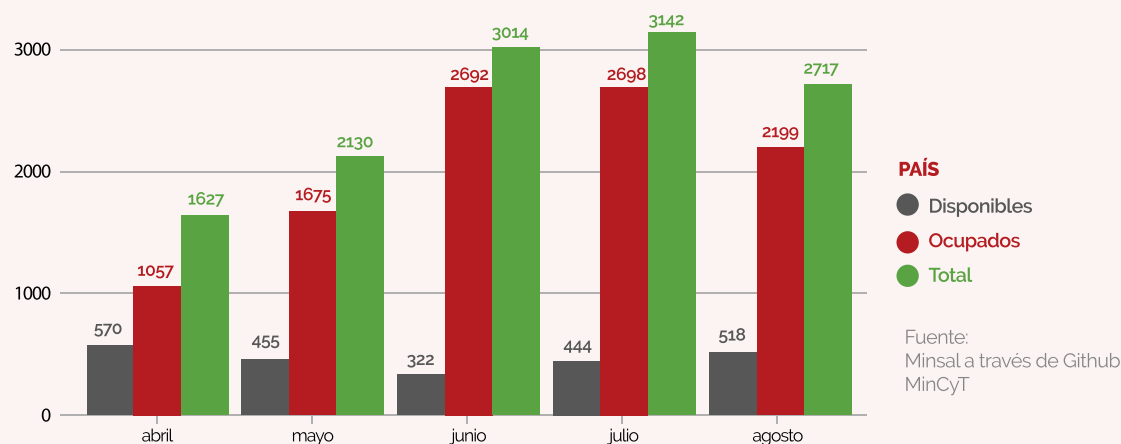
res ocupados en un hospital determinado no exceda el 80% y si eso ocurre trasladamos a los enfermos o aumentamos los ventiladores para mantener ese margen de seguridad" (MINSAL, 2020m).

De acuerdo con las cifras informadas por la autoridad sanitaria, los ventiladores aumentaron considerablemente en los meses de abril y julio, pues de los 1.627 que había en abril se incrementó a 3.142 en julio. Dicha alza también se observa en la ocupación de ventiladores: en abril fue de 65%, mayo un 78%, en junio de 89% y en julio fue del 85,9% (ver gráfico 16).

Gráfico 16.

Número de ventiladores disponibles y ocupados en Chile

19 de abril - 31 de agosto



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MINSAL

Sin embargo, estas cifras promedio por mes, no permiten visualizar los *peak* de ocupación de ventiladores y de la consecuente ocupación de camas en las unidades de pacientes críticos (UPC). Así, por ejemplo, el día 30 de junio a nivel nacional el porcentaje de ventiladores ocupados ascendía al 90,6% y el día 2 de julio, esta cifra alcanzó un 91,2%⁶². Así también, el día 5 de julio, la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (SOCHIMI) informaba que la ocupación nacional de Unidades de Paciente Crítico (UPC) alcanzaba al 87% y que la ocupación UPC en la Región Metropolitana alcanzaba al 94%. En regiones, destacaba la ocupación significativa y en aumento (todas con capacidad ya aumentada de camas), Arica y Parinacota (80%), Tarapacá (85%), Antofagasta (98%), Coquimbo (82%), Valparaíso (82%), O'Higgins (89%), Maule (81%), Biobío (75%) y La Araucanía (78%). Finalmente, SOCHIMI señalaba que su informe evaluó la situación de las UPC de Chile, pero podía subestimar el impacto de la pandemia en los servicios de urgencia, dado que su reporte no con-signa estos servicios.

Al respecto Tomás Regueira, presidente de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (SOCHIMI) señaló en mayo del presente año: "Estamos preocupados por la situación de la Región Metropolitana. Hemos visto, no solo un aumento en los casos nuevos de coronavirus reportados por el MINSAL, sino que esto, lamentablemente, se ha visto acompañado de un aumento en el uso de camas críticas"⁶³.

Cabe señalar que el MINSAL había comprometido que ningún establecimiento superaría el 80% de su capacidad asistencial, proporción de referencia que al ser sobrepasada determina que la red sanitaria se encontraría técnicamente "colapsada". Adicionalmente, no se debe olvidar que esta capacidad hospitalaria debe destinarse

tanto a enfrentar el COVID-19 como al resto de los problemas de salud que aquejan a la población.

El 21 de mayo en su reporte diario, el ex ministro de Salud Jaime Mañalich, frente al aumento de los casos, planteó que "tenemos que fortalecer nuestra red a como dé lugar". La meta del ministerio era alcanzar los 4.197 cupos intensivos en junio en clínicas y hospitales, detallando el siguiente cronograma: "El 1 de junio vamos a llegar a 3.311 posiciones de tratamiento intensivo con ventilación mecánica. El 15 de junio, 3.997, casi 4.000, y el 30 de junio, 4.197"⁶⁴. Sin embargo, de acuerdo a cifras oficiales, al 30 de junio se disponía de un total de 3.114 ventiladores⁶⁵.

El importante aumento de los contagios por COVID-19, particularmente en la Región Metropolitana, y en la Región de Antofagasta durante el mes de junio e inicios del mes de julio, tensó al máximo la capacidad hospitalaria, como se expresa en los datos antes expuestos.

La situación se tornó altamente compleja en los servicios de salud, especialmente desde fines de mayo hasta principios de julio. Las salas de urgencia se vieron saturadas de personas esperando atención y las y los pacientes que requerían ser hospitalizados debieron estar no sólo largas horas, sino días, para que se produjera un cupo que permita su ingreso⁶⁶.

Al respecto, cuatro prestigiados investigadores publicaron un artículo relativo a la pandemia⁶⁷ y la situa-

⁶² <https://www.gob.cl/coronavirus/cifrasoficiales/#datos>

⁶³ La Tercera. (5 de mayo de 2020). Médicos y expertos advierten mayor demanda de camas UCI por brusco aumento de casos COVID-19. Disponible en <https://www.latercera.com/nacional/noticia/medicos-y-expertos-advierten-mayor-demanda-de-camas-uci-por-brusco-aumento-de-casos-covid-19/ETCZ73CJA5DYHFKGXRQRI65O2A/>

⁶⁴ Clínicas de Chile. (22 de mayo de 2020). Salud fija 40 días para aumentar en 2.253 camas críticas y muertes baten nuevo récord. Disponible en <http://www.clinicasdechile.cl/noticias/salud-fija-40-dias-para-aumentar-en-2-253-camas-criticas-y-muertes-baten-nuevo-record/>

⁶⁵ <https://www.gob.cl/coronavirus/cifrasoficiales/#datos>

⁶⁶ Radio Bío Bío Chile (20 de mayo de 2020). Hospitales de la Región Metropolitana al borde del colapso con urgencias saturadas y largas esperas. Disponible en <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-metropolitana/2020/05/20/hospitales-la-region-metropolitana-al-borde-del-colapso-urgencias-saturadas-largas-esperas.shtml>

⁶⁷ CIPER (13 de junio de 2020). El Desastre está aquí. Disponible

ción que enfrentaba nuestro país al 13 de junio. Allí indicaban que: "Todos los sistemas de salud se han reforzado de cara a la pandemia, pero Chile hoy presenta una presión diaria sobre el sistema muy grande, lo que tiene un efecto acumulativo muy fuerte. Con más de 100 días de emergencia, y con meses por delante, es crítico que la población siga recibiendo

tratamiento oportuno para prevenir muertes por otras causas tratables, por lo que no se debe copar el sistema de salud por COVID-19. Más aún, en la actualidad estamos dejando sin tratamiento a miles de personas con otras enfermedades graves como cánceres, infartos entre otros que no pueden acceder por el colapso del sistema hospitalario". En ese sentido, graficaron la demanda hospitalaria por COVID-19, comparándola con otros seis países. Ver gráfico 17.

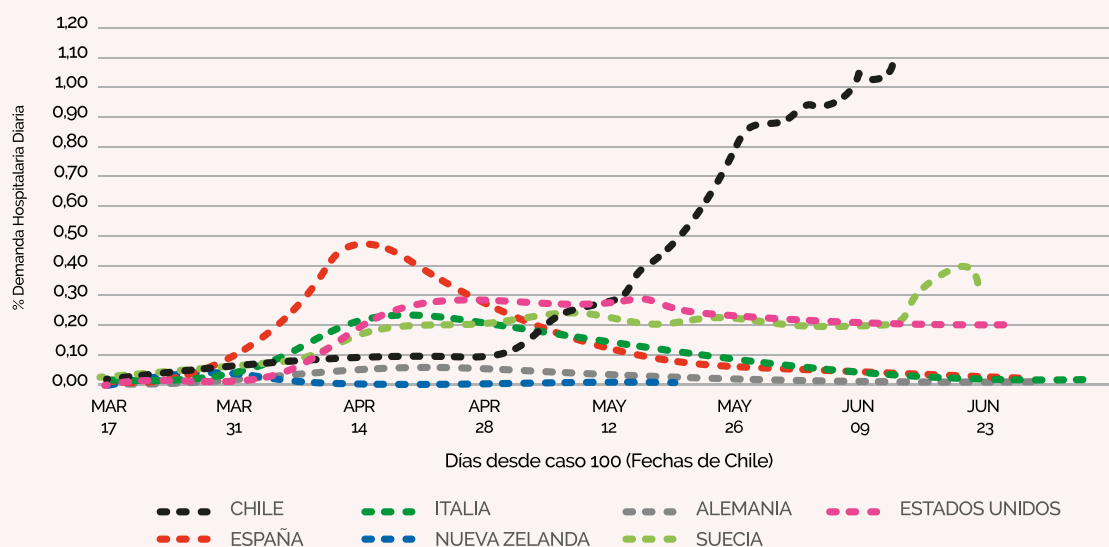
en <https://ciperchile.cl/2020/06/13/el-desastre-esta-aqui/>

Gráfico 17.

Porcentaje de Demanda Hospitalaria por COVID-19

12 de junio

Fuentes: European Centre for Disease Prevention and Control <https://www.ecdc.europa.eu> <http://www.oecd.org>



% de demanda hospitalaria diaria es una estimación considerando un 8,5% de casos COVID-19 hospitalizados según porcentaje del reporte epidemiológico al 1 de junio.

$$\% \text{ de demanda hospitalaria diaria} = \frac{100 \times 0,005 \times \text{casos nuevos diarios}}{\text{camas hospitalarias país}}$$

Fuente: European Center for Disease Prevention and Control

Al analizar el gráfico 17 indicaban que “tanto Nueva Zelanda como Alemania no superaron el 0,1% de demanda hospitalaria diaria. Chile tiene una demanda equivalente a más del 1% de su capacidad a diario. Esto es más del doble de lo que tuvo España en sus peores momentos”. Esto significa que en Chile el sistema de salud enfrentó una presión mayor por camas hospitalarias críticas que países como España e Italia.

Por otra parte, la tensión a que fue sometido el sistema hospitalario trajo como consecuencia que la Atención Primaria en Salud (APS) -pese a que está destinada a ser un servicio transitorio- debiera asumir lo que se denominó la “pre hospitalización” de pacientes con COVID-19. El 19 de junio del presente año, el ministro de Salud Enrique Paris señalaba: “Los centros de salud comunal se han tenido que potenciar para hospitalizar o pre hospitalizar. Vimos las camas especiales que hay para poner al paciente de guatita, porque eso mejora mucho la función pulmonar. Si además le das oxígeno y logras mantenerlo bien, evitas enviarlo al hospital. Es un tratamiento que evita la hospitalización” (MINSAL, 2020n).

En este contexto, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente elaboró un protocolo de manejo clínico de pacientes COVID-19 en “Unidades de Observación Prolongada” (UOP) en la APS⁶⁸. El fundamento para esta medida fue el exceso de demanda que está determinando que pacientes no puedan acceder oportunamente a la atención que requieren, deteriorando su condición y aumentando su riesgo de morbilidad.

En este sentido, el Dr. Camilo Bass, presidente del Regional Santiago del Colegio Médico señalaba:

“Las hospitalizaciones u observaciones prolongadas no son una función de la atención primaria, pues dicha tarea recae en los servicios de la atención terciaria. El cuidado de un paciente hospitalizado tiene altas complejidades en términos de recursos humanos y tecnológicos para lo cual la atención primaria no está implementada ni capacitada. Además, muchos

centros ambulatorios no cuentan con servicios de alimentación, baños o redes continuas de oxígeno. Por lo tanto, el hospitalizar en atención primaria pone en riesgo la calidad y seguridad de los pacientes”.

A partir de fines de julio, la presión hacia la red de sistemas de salud, comienza a decrecer. Al 30 de agosto la ocupación de camas críticas y ventiladores mecánicos había disminuido al 80%, cifra que corresponde a lo que la OMS ha establecido para considerar que el sistema no se encuentra en riesgo de colapso.

El conjunto de la información descrita permite constatar que el sistema sanitario de nuestro país vivió, en los meses más duros de la pandemia, una presión de muy alta magnitud.

Como ya lo indicamos en los antecedentes, la OMS había señalado que ni el mejor sistema de salud sería capaz de enfrentar una crisis sanitaria de la envergadura de la pandemia por COVID 19; razón por la cual llamaba a los países a fortalecer y priorizar las medidas de prevención. Así también, las deficiencias históricas del sistema de salud, analizadas por el INDH en diversos informes anuales de derechos humanos, han quedado una vez más en evidencia y han exacerbado las consecuencias negativas generadas por la pandemia.

Disponibilidad de personal de salud frente a la pandemia

Ante la emergencia sanitaria, el MINSAL, con fecha 7 de marzo de 2020, dictó el decreto N°6 que en forma excepcional y mientras se mantenga la alerta sanitaria, indica que podrá contratar a ex funcionarias y funcionarios que se hayan acogido a los beneficios de incentivo al retiro establecidos en las leyes N.º 20.612, N.º 20.707, N.º 20.921 y N.º 20.986. Así también, dispone la contratación de estudiantes que estén cursando sexto año en adelante de la carrera de Medicina impartida por las universidades reconocidas oficialmente en Chile, y de estudiantes que estén cursando el séptimo semestre en adelante de las carreras de Enfermería, Obstetricia y Puericultura, Tecnología Médica, Kinesiología y Psicología, impartidas por las universidades reconocidas oficialmente en Chile.

68 Familiar y comunitaria (21 de junio de 2020). La peligrosa estrategia de hospitalizar en Atención Primaria. Disponible en <http://familiarcomunitaria.cl/FyC/2020/06/21/la-peligrosa-estrategia-de-hospitalizar-en-atencion-primaria/>



Andrea Bello

Peluquera, Concepción

CONOCE SU TESTIMONIO EN

www.informeindh2020.cl

Además de lo anterior, autorizar la contratación y ejercicio de médicos titulados en el extranjero cuyo título no esté revalidado o habilitado en Chile.

Este decreto, más los sistemas de contratación regulares, han permitido el reclutamiento de casi 11 mil profesionales⁶⁹ y técnicos para reforzar la red de salud pública. En su mayoría, los profesionales de enfermería, kinesiología, tecnólogos médicos, internistas y auxiliares, han sido contratados a honorarios por tres meses evaluando el desarrollo de la pandemia.

La experiencia en otros países demuestra cómo a medida que avanza el virus, las posibilidades de colapsar el sistema de salud aumentan porque los recursos sanitarios se agotan: las camas no se desocupan con suficiente velocidad para atender a todos los pacientes y el personal sanitario no da abasto porque un número significativo adquiere el virus y tiene que permanecer en cuarentena.

De acuerdo a la información publicada en un medio de prensa⁷⁰, basada en actas del Comité Operativo de Emergencia del MINSAL, hasta el 29 de mayo el sistema público de salud había sufrido 12.051 bajas desde que comenzó la crisis sanitaria. Esa es la suma entre personal que se ha contagiado (4.882) y el que ha salido por cuarentena preventiva (7.169). Si se agregan las clínicas privadas, los contagios suben a 6.840. Esto implica que, del total de contagiados en el país, más de un 7% corresponde a personal de salud. Las cifras indicadas, engloban a todo el personal de salud (médicos, enfermeros, técnicos, auxiliares y administrativos) y a todos los servicios de la red pública. Por otra parte, del total de funcionarias y funcio-

⁶⁹ El Desconcierto (8 de junio de 2020). Refuerzos en la salud: El duro desgaste que está sufriendo la reserva que reemplaza a los caídos durante la pandemia Disponible en <https://www.eldesconcierto.cl/2020/06/08/refuerzos-en-la-salud-el-duro-desgaste-que-esta-sufriendo-la-reserva-que-reemplaza-a-los-caidos-durante-la-pandemia/> De acuerdo a este medio los datos fueron proporcionados por el Ministerio de Salud.

⁷⁰ CIPER (30 de mayo de 2020). Actas del MINSAL: 6.840 funcionarios de la salud se han contagiado y más de 10 mil han partido a cuarentena preventiva. Disponible en <https://ciperchile.cl/2020/05/30/actas-del-minsal-6-840-funcionarios-de-la-salud-se-han-contagiado-y-mas-de-10-mil-han-partido-a-cuarentena-preventiva/>

narios que han debido permanecer en cuarentena preventiva (7.169) 2.444 es personal técnico en enfermería, 996 personal médico y 995 enfermeras. Así también, Carolina Espinoza de CONFUSAM informaba que, al 15 de junio, en la Atención Primaria, existían 1.160 contagiados y 1.110 funcionarios en cuarentena preventiva.

Las bajas en el personal de salud, más el aumento exponencial de contagios, impuso una fuerte sobreexigencia en los distintos centros asistenciales del país. Los turnos extensos⁷¹ de trabajo para el personal de salud repercuten tanto en su capacidad de atender de manera adecuada al paciente, como en su propia salud. En una carta enviada al presidente de la República en mayo del presente año, firmada por cinco sociedades científicas y cuarenta profesionales de diversas áreas de la salud se planteaba:

"Nuestro sistema de salud no resiste más y los y las profesionales de los equipos de salud, formados por médicos/as, enfermeros/as, TENS, tecnólogos/as médicos/as, kinesiólogos/as, auxiliares, entre otros, ya superaron toda capacidad humana para enfrentar la situación que se vive en los centros hospitalarios de la Región Metropolitana y en regiones del país. Lamentablemente, el virus ya ha cobrado la vida de seis funcionarios y funcionarias de la salud, sumado a una gran cantidad de profesionales infectados, incluso en ventilación mecánica, que aumentan cada día y arriesgan sus vidas por todos los chilenos y chilenas. Es imprescindible garantizar su seguridad física y mental para contener esta crisis sin más pérdidas humanas".⁷²

71 Durante el periodo de la pandemia, particularmente en las UCI/UTI y en los servicios de urgencia, los médicos/as, enfermeras/os y TENS debieron desarrollar turnos de hasta 48 horas de trabajo continuo; excepcionalmente se consignan turnos de hasta 72 horas.

72 Directiva Sociedad Chilena de Epidemiología, SOCHEPI; Directiva Sociedad Chilena de Microbiología de Chile, SOMICH; Directiva Asociación Red de Investigadoras de Chile; Directiva de la Asociación de Investigadores en Artes y Humanidades; directora Asociación Chilena de Periodistas y Profesionales de la Comunicación de la Ciencia, ACHIPEC.

Capacitación del personal de salud

Si bien nuestro país ha aumentado el número de camas críticas, incluyendo la compra de ventiladores, el personal capacitado para atender a pacientes críticos no ha aumentado en la proporción requerida.

Además de la merma de profesionales, las nuevas contrataciones requieren capacitaciones acordes a la complejidad de la tarea que deben asumir. Al respecto, el ministerio de Salud a través de Hospital Digital y en conjunto con SOCHIMI y la Sociedad Chilena de Medicina de Urgencia SOCHIMU, desarrollaron una serie de capacitaciones para el personal de salud, enfocada a entregar herramientas en el cuidado y fortalecimiento de la atención de pacientes en el contexto de la emergencia por COVID-19 (MINSAL, 2020p). Entre los 47 cursos que se imparten vía plataformas digitales están: manejo de máquina de anestesia para uso de ventilación mecánica prolongada, principios básicos de ventilación mecánica, lineamientos generales del flujo en unidades de emergencia ante pandemia COVID-19 y prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica (MINSAL, 2020p).

Respecto de la capacitación *online* que realiza el MINSAL, el médico salubrista y académico de la Escuela de Salud Pública de la U. de Chile Dr. Cristián Rebolledo⁷³ indica que: "Es insuficiente para profesionales, no solo por la modalidad, sino más bien porque los profesionales contratados no cuentan con la 'capacidad ociosa' o experiencia previa que tienen los profesionales que ya trabajan en el sistema de salud". Agrega sobre el punto, que se está sumando a profesionales que no cuentan con entrenamiento y experiencia suficiente, indicando: "aquí está el tema de la experiencia como 'de las horas de vuelo' no es lo mismo de lo que estaban contratados, eso es súper importante, aquí no existe la capacidad ociosa de kinesiólogos con entrenamiento en ventilador mecánico, entonces el solo hecho de plantear que contrate más gente, ya no es de los mismos, tal vez cumple nominalmente con ser kinesiólogos, enfermeros".

73 Entrevistado especialmente para este informe.



Por otra parte, la Dra. Cecilia Luengo, vocera de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, señalaba en una entrevista televisiva⁷⁴ cómo han tenido que enfrentar el reemplazo de personal de salud en la Unidad de Pacientes Críticos (UPC) del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Ante la contingencia, lo que han implementado es "ascender" al personal de cuidados intermedios, que ha tenido experiencia con pacientes críticos, pero de menor gravedad. Así también, para suplir al personal que se ha trasladado a la UPC se asciende a cuidados intermedios al personal que trabaja en piso o sala común. El nuevo personal se capacita en la práctica, es decir, bajo la supervisión de profesionales con experiencia docente al respecto. La doctora Luengo agregaba que, como todo esto se hace sobre la marcha, con la pandemia en curso se debe supervisar mucho al nuevo personal de salud. Además, esta profesional precisaba que las nuevas camas, la reconversión de otras y los ventiladores nuevos tienen un límite, porque la capacidad del personal técnico no se puede ampliar a cualquier costo⁷⁵.

La crisis sanitaria ha puesto de manifiesto las carencias de nuestra Red de Salud Pública, particularmente en el número de profesionales con que cuenta, así como las limitaciones que representa la incorporación de profesionales sin los conocimientos teóricos y prácticos requeridos para realizar labores críticas. Como se señaló al inicio, en el marco de la OCDE, Chile se ubica entre los tres países con menores recursos humanos en salud según su población. Ciertamente, estas carencias se exacerbaban en el contexto de la actual pandemia, lo que ha significado, por una parte, exponer al personal de salud a largas y extenuantes jornadas de trabajo que merman su capacidad de desempeñarse adecuadamente y, por otra parte, a que la población no reciba una atención oportuna, pues el personal médico no da abasto frente a la alta demanda por atención. La insuficiencia de equipos médicos, sumado a falta de personal de salud capacitado, evidencia que más

⁷⁴ 24 Horas. (2020). Vocera SOCHIMI: "Tenemos que parar el número de contagios diarios, porque sino no vamos a dar abasto". Disponible en <https://www.24horas.cl/coronavirus/vocera-sochimi-tenemos-que-parar-el-numero-de-contagios-diarios-porque-sino-no-vamos-a-dar-abasto-4200672>

⁷⁵ Ibid.

allá de los esfuerzos realizados, las medidas estatales requieren aún reforzarse para avanzar en el cumplimiento del principio de disponibilidad de los servicios de salud.

DERECHO A LA INFORMACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA: TRANSPARENCIA, CLARIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL ACCESO

El debido acceso a la información por parte de la población es indispensable para alcanzar ciertos ideales de la gobernanza democrática, como la transparencia, la rendición de cuentas de las autoridades y la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones. Resulta asimismo un elemento fundamental para que las decisiones colectivas en una sociedad sean consideradas legítimas y que exista confianza en las razones por las cuales ciertas decisiones por sobre otras alternativas son adoptadas en determinados contextos.

Los obstáculos al acceso a la información pueden impedir el ejercicio de otros derechos civiles y políticos, así como los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. Por estas razones, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) y las regulaciones internas de los Estados han ido protegiendo este derecho.

Protección del derecho de acceso a la información en el DIDH

El artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que el derecho a la libertad de expresión incluye la libertad de buscar, recibir e impartir información. El artículo 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, relativo a la libertad de pensamiento y expresión, también consagra la libertad de todas las personas de acceder y difundir información.

Los mecanismos especiales de derechos humanos han precisado que el derecho de acceso a la información es un derecho en sí mismo y debe ocupar un lugar cardinal en las sociedades libres y democráticas.

Dichos mecanismos también han indicado que este derecho incluye diversos aspectos, como el derecho general de la ciudadanía a tener acceso a la informa-

ción de interés público procedente de distintas fuentes, el derecho de los medios de comunicación de acceder a la información, el derecho de cada persona a solicitar y recabar información que sea de su interés, especialmente la referente a sí misma y que pueda afectar sus derechos individuales.

Regulación nacional

La Constitución Política de la República establece en su artículo 8 que los actos y resoluciones de los organismos públicos, así como sus fundamentos y procedimientos, son públicos. También el artículo 19, número 12, de la Carta asegura a todas las personas la libertad de emitir opinión e informar.

La Ley 20.285 sobre acceso a la información pública, del año 2008, indica que "la función pública se ejerce con transparencia, de modo que permita y promueva el conocimiento de los procedimientos, contenidos y decisiones que se adopten en ejercicio de ella" (artículo 3). Esta misma ley indica que las autoridades deben dar estricto cumplimiento al principio de transparencia de la función pública, el cual consiste en "respetar y cautelar la publicidad de los actos, resoluciones, procedimientos y documentos de la Administración, así como la de sus fundamentos, y en facilitar el acceso de cualquier persona a esa información, a través de los medios y procedimientos que al efecto establezca la ley" (artículo 4).

Por otra parte, la Ley 19.628 sobre protección de la vida privada, de 1999, dispone que los organismos públicos pueden efectuar tratamiento de datos personales, dentro del ámbito de su competencia, sin que sea necesario tener el consentimiento del titular de esos datos (artículo 20). En este sentido, el Ministerio de Salud (MINSAL), de acuerdo a lo indicado en el artículo 4, número 5, del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2006, se encuentra facultado para "tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud"; para estos fines, puede requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria, todo ello conforme a lo dispuesto en la Ley 19.628 y respetando el secreto profesional.

Prácticas de acceso a la información en salud

En condiciones habituales, el ministerio de Salud de Chile, tal como muchas otras entidades públicas, dispone de información estadística pública que permite informar a la ciudadanía y un acceso transparente a la información que puede ser utilizada por terceras partes para evaluar el desempeño de servicios públicos, toma de decisiones con lógica territorial, medir el impacto de problemas sociales, entre otros objetivos. Un ejemplo emblemático de ello son las bases de datos de defunciones, construidas año a año por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) del MINSAL, a partir de un análisis estandarizado de la información proveniente de los certificados de defunción, acorde a normas internacionales de clasificación. En estas bases de datos se puede encontrar información desagregada de nivel individual para cada persona fallecida, incluyendo edad, sexo, causa de muerte, comuna, entre otras. Bases de acceso público con similares características existen también para los egresos hospitalarios u hospitalizaciones (DEIS, 2020).

Por otro lado, existen mecanismos de transparencia pasiva, regulados mediante la Ley 20.285, en los cuales de forma habitual la ciudadanía, prensa, investigadores, entre otros actores interesados puede acceder a microdatos en salud de diverso tipo, tales como notificaciones de patologías del sistema de Garantías Explícitas en Salud, enfermedades de notificación obligatoria (ENO), información sobre datos de utilización de servicios hospitalarios (GRD) entre muchos otros. En todas estas bases de datos es posible acceder a información desagregada a nivel individual de manera habitual en base a solicitudes *ad hoc* mediante mecanismos habituales de transparencia.

Estos antecedentes resultan importantes, en tanto reflejan el estándar de la práctica con que la institucionalidad pública en general, y el MINSAL en particular, manejan el acceso a los datos estadísticos en salud que son de interés público.

Acceso a la información y emergencia sanitaria

Con fecha 19 de marzo de 2020, las personas responsables de los mecanismos especiales para la libertad

de expresión de Naciones Unidas, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa, llamaron a los gobiernos a proporcionar información veraz y completa sobre la naturaleza de la amenaza que supone la pandemia del COVID-19, haciendo hincapié en que la salud humana no solo depende del fácil acceso a la atención sanitaria, sino que también depende del acceso a información precisa sobre el riesgo, avance y prevención de la enfermedad. En este sentido, precisaron que “los gobiernos de todo el mundo están obligados, en virtud de las normas de los derechos humanos, a proporcionar información fidedigna en formatos accesibles a todos, prestando especial atención a garantizar el acceso a la información por parte de las personas con acceso limitado a Internet o a aquellas personas en condición de discapacidad a las cuales se les dificulte el acceso”.

Considerando la importancia que cobra el derecho de acceso a la información en un contexto de emergencia sanitaria, es fundamental que las autoridades públicas —en este caso el MINSAL— coloque a disposición de la ciudadanía la mayor cantidad de datos relacionados con el aumento de los casos confirmados de COVID-19, considerando, al menos, una desagregación comunal, por edad, sexo, nexos epidemiológico, requerimiento de hospitalización y estado de salud de las personas afectadas, siempre con reserva de sus nombres y otros datos que permitan identificarlas. Así lo han hecho dentro de la región muchos países. Al menos seis, (Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay, Perú y México) cuentan con acceso a información de datos desagregados a nivel individual de casos confirmados, que permiten informar de manera clara y transparente a la ciudadanía las cifras de la evolución de la pandemia.

Acceso a datos en Chile en el contexto de la pandemia

Durante la emergencia sanitaria originada por el contagio del SARS-CoV-2, causante del síndrome infeccioso COVID-19, el MINSAL ha dispuesto públicamente, de manera gradual, datos sobre los casos, exámenes PCR, hospitalizados y fallecidos de esta enfermedad. Para ello utiliza reportes diarios con información agregada a nivel regional y nacional, disponibles a través de un micrositio

alojado en su web institucional (MINSAL, 2020u). Adicionalmente, desde el 30 de marzo, con una regularidad bisemanal publica informes epidemiológicos centrado en los casos confirmados a cargo del Departamento de Epidemiología del MINSAL donde se entrega información agregada hasta el nivel comunal (MINSAL, 2020v). En el contexto de estos informes se adiciona un anexo semanal de defunciones por COVID-19 desarrollado por el DEIS (desde el Informe N° 27 del 16 de junio 2020). Más recientemente, en estos informes se agrega además un anexo semanal de indicadores de testeo y trazabilidad (desde el Informe N° 41 del 10 de agosto 2020).

Por su parte, el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación (MCTCI) desarrolló un repositorio de acceso a series de datos agregados desde mediados de abril, que a la fecha de cierre de este informe cuenta con 62 productos de datos obtenidos a partir de los informes y reportes del MINSAL antes mencionados, además de contribuciones derivadas de grupos de investigación (MCTCI, 2020).

Un hito adicional fue la firma de un convenio de colaboración entre el MINSAL, el MCTCI y tres universidades del país en el que se permitió acceso a datos directamente desde EpiVigila y las bases de datos de laboratorios para la corrección de series de datos y desarrollo independiente de indicadores para el monitoreo de la pandemia, los cuales fueron lanzados el 13 de agosto a través de la plataforma *iCOVID* (2020). Las series de datos e indicadores desarrollados bajo esta colaboración están disponibles también a través del repositorio del MCTCI. No obstante, los microdatos fuente utilizados aún no han sido hechos disponibles de manera más amplia.

Cabe mencionar que la única fuente de información desagregada a nivel individual disponible y actualizada de forma regular, corresponde a la base de datos de defunciones desarrollada por el DEIS (2020). Esta fuente entrega datos de sexo, edad, fecha de defunción, comuna, región y causa de defunción, incorporando datos desde el año 2016 hasta la fecha, reportando información con menos de una semana de desfase entre la fecha de defunción y la publicación de los datos. Entre el

11 y el 17 de marzo se informaron datos diarios de nivel individual con características básicas de los casos confirmados incluyendo sexo, edad, región, centro de salud, fecha de inicio de síntomas y fecha de confirmación. Esta información no volvió a estar disponible y fue retirada por el MINSAL de su sitio web, no obstante, existen copias disponibles en repositorios públicos⁷⁶.

La necesidad de un acceso transparente y público a datos de mayor cantidad y calidad ha sido un tema de amplio debate en el contexto de la pandemia⁷⁷. Diversas voces del mundo científico así lo han manifestado, por ejemplo, la actual presidenta de la Sociedad Chilena de Epidemiología (SOCHEPI):

La falta de transparencia ha sido un elemento deficiente. Esto no es algo que solo lo decimos nosotros desde la academia o desde la sociedad civil; tenemos que recordar que el Consejo por la Transparencia ha oficiado dos veces al Gobierno para que aumente la transparencia en la entrega de los datos. No es algo que se nos ocurra a nosotros, esto es algo que es real y desde la academia hemos pedido que se entreguen los datos desagregados y anonimizados (María Paz Bertoglia, presidenta SOCHEPI).

Efectivamente, el propio Consejo para la Transparencia (CPT) en su Oficio N° 255 del 26 de marzo de 2020 solicitó al MINSAL mayor proactividad en materia de transparencia, haciendo sugerencias concretas en múltiples ámbitos en los que se requerían datos públicos de manera urgente (CPT, 2020a). En particular, la falta de acceso a datos desagregados de nivel individual, necesarios para realizar análisis más complejos por parte de grupos de investigación, entre ellos el modelamiento matemático que permita realizar predicciones de corto y mediano plazo con menor incertidumbre.

⁷⁶ A modo de ejemplo: <https://github.com/spenafajuri/covid19/tree/master/csv>

⁷⁷ Gutiérrez, Claudio. Gobierno y datos del COVID-19: secretismo, manipulación y democracia. <https://www.ciperchile.cl/2020/04/21/gobierno-y-datos-del-covid-19-secretismo-manipulacion-y-democracia/>

Por otro lado, las autoridades de nivel comunal, a cargo de realizar las acciones de trazabilidad y seguimiento de casos y contactos, a mediados de abril hicieron un llamado público a la autoridad ministerial a entregarles más información que permitiera gestionar de mejor forma los brotes locales⁷⁸.

El MINSAL argumentó su postura en contra de entregar información a nivel individual anonimizada, bajo el supuesto de que esto atentaría contra la ley de derechos y deberes de los pacientes. Si bien el Consejo para la Transparencia en su Oficio N° 501 entrega orientaciones sobre el tratamiento de datos personales sensibles por parte de la autoridad sanitaria (CPT, 2020b), no se refiere en dicho documento a datos estadísticos en los cuales la información haya sido debidamente anonimizada.

Una interpretación del marco jurídico vigente como la adoptada por el MINSAL resulta inconsistente con las prácticas habituales en términos de transparencia y acceso a la información del propio ministerio para el manejo de datos similares en el pasado. Si bien posteriormente el DEIS liberó de forma pública los datos a nivel individual de defunciones, la negativa a liberar datos de nivel individual anonimizados de casos confirmados y probables, o de los exámenes de PCR, se ha mantenido hasta la fecha.

Controversia en relación con discrepancias en los datos

Más allá de las competencias técnicas de las entidades especializadas en la recolección de datos y producción de estadísticas en salud (DEIS y Departamento Epidemiología) dependientes de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), se generó en el país una controversia en relación con las cifras del COVID-19 que se instaló en el debate público generando dudas respecto de las cifras reportadas.

Esta controversia tuvo bases objetivas y quedó expuesta, por ejemplo, a partir del reporte que realizaba el DEIS a la OMS, donde se apreciaron discrepancias en relación con el número de fallecidos por Covid-19 que reportaba el ministro de Salud en sus informes

diarios al país⁷⁹. Las discrepancias en las cifras reportadas, se referían tanto a las de casos confirmados como de fallecidos. En cuanto a los casos confirmados, la Contraloría General de la República en su Oficio 283-A (2020)⁸⁰ identificó al 8 de junio la existencia de 34.542 casos confirmados adicionales acumulados a los reportados por la autoridad a la fecha, esto es un 24,2% más de los considerados por el MINSAL en sus reportes públicos. Con posterioridad a este oficio, el 16 de junio, el MINSAL reconoció 31.412 casos adicionales.

Es así que se produjo un desfase sustantivo que generó en un momento una subestimación del impacto real que estaba produciendo la pandemia en su avance en el país. Mientras a fines de mayo ya se estaban produciendo más de 100 fallecimientos de casos confirmados por COVID-19 al día, a mediados de junio el MINSAL aún no reportaba ningún día con una cifra superior al centenar de fallecidos diarios.

El manejo de las cifras relacionadas con la pandemia ha dado pie a la formación de una comisión investigadora de la Cámara de Diputados y Diputadas⁸¹ y a una investigación por parte del Ministerio Público (Fiscalía Región Metropolitana Centro Norte).

CONCLUSIONES

Tal como lo mostraron los datos y gráficos expuestos en el capítulo introductorio de este informe, las cifras de

⁷⁸ Alcaldes y alcaldes de Chile. <https://radio.uchile.cl/wp-content/uploads/2020/04/declaracion-alcaldes-1604.pdf>

⁷⁹ Sepúlveda, Nicolás. 2020. Minsal reporta a la OMS una cifra de fallecidos más alta que la informada a diario en Chile. CIPER. Recuperado de: <https://www.ciperchile.cl/2020/06/13/minsal-reporta-a-la-oms-una-cifra-de-fallecidos-mas-alta-que-la-informada-a-diario-en-chile/>

⁸⁰ Contraloría General de la República. 2020. Oficio 283-A, Subsecretaría de Salud Pública. <https://www.docdroid.net/file/download/dteA6yL/oficio-contraloria-a-la-subsecretaria-de-salud-publica.pdf.pdf>

⁸¹ <https://www.camara.cl/legislacion/comisiones/resultados.aspx?prmlID=2821>

contagiados y fallecidos por COVID-19 en nuestro país, han sido comparativamente altas.

Enfrentado a la necesidad de asumir la llegada de la pandemia del COVID-19, el Estado de Chile privilegió una estrategia más bien centrada en el reforzamiento de la red hospitalaria por sobre una estrategia más bien centrada en la prevención. El Estado puso énfasis en la compra y habilitación de ventiladores mecánicos, incremento de las camas, en particular aquellas de alta complejidad (UCI y cuidados intermedios). Además, tempranamente estableció una gestión coordinada de la red de salud pública y privada que sería liderada por el Ministerio de Salud.

Como ya fue planteado, la OMS señalaba que, si bien tanto la prevención como el fortalecimiento de la red asistencial constituían los dos ejes relevantes en la lucha contra la pandemia, era esencial darle un fuerte énfasis a la prevención, pues ni la mejor red hospitalaria podría enfrentar una pandemia descontrolada. Por esta razón llamaba a los Estados a fortalecer los equipos para lograr una trazabilidad de casos y contactos y el aislamiento de los mismos. Una vez más, es importante recordar que, como se indicó en los antecedentes de este capítulo, lo planteado por la OMS solo posee el estatus de recomendación y no constituye una obligación para el Estado de Chile.

Si bien Chile ha sido el país de América Latina que más test PCR ha realizado, lo cual es un elemento importante en la tarea de prevención, en los primeros meses de la pandemia, los largos tiempos de espera para la entrega de los resultados de los exámenes PCR, constituyeron un obstáculo para que la detección de casos y contactos fuese oportuna y efectiva. Además, se debe precisar que, realizar test PCR es condición necesaria pero no suficiente dentro de la estrategia de prevención. Esta tarea requiere para su efectividad ser acompañada de un sistema robusto y ágil de trazabilidad, que contacte en un plazo breve a los contagios y sus contactos cercanos y los aisle. Sin embargo, el sistema de trazabilidad no se puso en marcha sino varios meses después de llegada la pandemia a Chile. En primera instancia, no se consideró la incorporación de la red de Atención Primaria en Salud para apoyar en esta tarea, a pesar de que es la

instancia que mejor conoce los distintos territorios donde se ubican sus consultorios y tiene designada como función la vigilancia epidemiológica. En junio el MINSAL asigna esta tarea a la APS y en julio traspasa los fondos necesarios para implementarla. Esto significó una falta de oportunidad en la puesta en marcha del proceso de trazabilidad y, por lo tanto, menor eficacia en términos del control inicial de la pandemia. En la práctica, la trazabilidad comienza a jugar un rol relevante a fines del mes de julio junto con el inicio del proceso de desconfinamiento. Si bien en septiembre se contaba con 3.940 trazadores, esa cifra está por debajo de las cifras observadas en otros países y también muy por debajo de la recomendación del Colegio Médico (9.000).

Por otra parte, el establecimiento de cuarentenas dinámicas desde fines de marzo hasta el 15 de mayo fue una estrategia criticada por las sociedades científicas, el Colegio Médico y varios epidemiólogos que manifestaban que dichas cuarentenas eran inoficiosas dadas las conurbaciones que caracterizan la Región Metropolitana y la dificultad de aislar el movimiento entre comunas. Además, la estrategia de las cuarentenas dinámicas no contaba con precedentes exitosos o evidencia científica respecto a su efectividad, careciendo entonces de criterios claros para poder implementarla y evaluarla.

La efectividad de las cuarentenas se vio fuertemente afectada también por las condiciones de vida de los sectores más pobres y vulnerables de nuestro país. La implementación de las cuarentenas no previó o no consideró las condiciones de vivienda y precariedad económica que enfrenta un porcentaje importante de la población de nuestro país. La mayoría de estas personas continuó saliendo de sus hogares para asegurar el sustento de sus familias.

La CIDH había señalado que una política apropiada por parte de los Estados frente a la pandemia debía comprender las condiciones de vida de las personas y que, por lo tanto, debía prestarse particular atención al derecho a condiciones de vida adecuadas. De esta forma señalaba a los Estados: "Es importante tomar medidas que velen por asegurar ingresos económicos y medios de subsistencia de todas las personas trabajadoras, de manera que tengan igualdad de condiciones para cumplir las medidas de

contención y protección durante la pandemia, así como condiciones de acceso a la alimentación y otros derechos esenciales" (CIDH, 2020, pág. 10). Esta recomendación se funda en características esenciales de los derechos humanos, como son las de su indivisibilidad, integralidad e interdependencia, elementos que deben estar siempre presentes en el accionar de los Estados que aspiran a cumplir sus compromisos en la materia. Es importante tener presente que lo planteado por la CIDH solo posee el estatus de recomendación y no constituye una obligación para el Estado de Chile.

Respecto de la red asistencial, cabe valorar el incremento de camas, en particular aquellas de alta complejidad (UCI y cuidados intermedios) y la gestión de las mismas, a través de un sistema integrado de salud donde el MINSAL tomó el control de la gestión de la infraestructura pública y privada.

Sin embargo, en los momentos más álgidos de la pandemia, la capacidad hospitalaria se tensó al máximo y la situación se tornó altamente compleja en los servicios de salud. Esto atentó contra el principio de calidad y oportunidad de la atención de salud y pese a los esfuerzos de los equipos de salud, las personas enfermas no siempre recibieron una atención todo lo oportuna que se requería. Así también el personal de salud, como en muchos de los países afectados por la pandemia, experimentó una presión muy fuerte, enfrentando largos turnos y jornadas de trabajo extenuantes, dado que un grupo importante de trabajadores se infectó y otros debieron realizar cuarentenas preventivas. A su vez, los déficits históricos de personal de salud, particularmente de aquellos más capacitados, no permitieron el reemplazo con nuevos profesionales y técnicos de salud.

Frente a este contexto es importante analizar los factores que permitan comprender por qué las medidas que el Estado adoptó no fueron todo lo adecuadas y oportunas que se requería para enfrentar una crisis sanitaria de la magnitud que se ha vivido. Frente a esto, aparece un elemento central en este análisis: la forma en que las decisiones sanitarias fueron adoptadas, especialmente en lo relativo a la participación y a la transparencia de la información.

La OMS, había recomendado que en las estrategias y respuestas al COVID-19 participara toda la sociedad y que la información y medidas adoptadas debían ser transparentes, independientes, participativas, claras e inclusivas. La participación amplia en la toma de decisiones, y la transparencia en la gestión de la información, si bien no aseguran por sí mismas que las medidas adoptadas sean necesariamente las más efectivas, permiten una discusión y un compromiso transversal, que otorga garantías de mayor efectividad.

Finalmente, la crisis sanitaria nos deja un conjunto de experiencias sobre las cuales es importante continuar reflexionando. Un elemento central es la situación estructural del sistema de salud de nuestro país. Recordemos que el INDH venía planteando antes de la pandemia, un conjunto de déficits y brechas en el acceso a la salud y en la calidad de la atención. Estos déficits se evidenciaron también y con mucha fuerza durante la crisis sanitaria. Por esto resulta importante fortalecer el sistema de salud, dotándolo de mayores recursos financieros que permitan superar los déficits en infraestructura y personal. Así también, la epidemia evidenció el crucial rol de la Atención Primaria en Salud y los desafíos que enfrenta. La experiencia recién vivida nos ha mostrado que es fundamental fortalecerla para que desarrolle el importante rol de prevención y vigilancia epidemiológica que tiene asignado. Todo lo anterior permitirá que el Estado sea un mejor garante del respeto, protección y goce del derecho a la salud.

**La crisis sanitaria
nos deja un conjunto
de experiencias
sobre las cuales es
importante continuar
reflexionando.
Un elemento central
es la situación
estructural del
sistema de salud
de nuestro país**

RECOMENDACIONES

- 01 Se recomienda a los ministerios del Interior y de Salud, en relación a la pandemia que afecta a nuestro país, incorporar de manera incidente a la comunidad científica en el proceso de toma de decisiones, a fin de que las medidas que se adopten en torno a la crisis sanitaria cuenten con la mayor evidencia científica disponible y conciten el más amplio consenso respecto de las mismas.
- 02 Se recomienda al Ministerio de Salud fortalecer el acceso y la transparencia en la información relativa a la pandemia hacia la ciudadanía en general y, en particular, hacia la comunidad científica de nuestro país. Así también, es necesaria la entrega de información regular, completa, oportuna y sin ambigüedades, formulando recomendaciones claras a la población.
- 03 Se recomienda al Ministerio de Salud robustecer y ampliar el proceso de trazabilidad, particularmente en lo relativo al número de trazadores de que disponga el país, alcanzando el estándar requerido en relación a la población de las distintas regiones del país.
- 04 Se reitera la recomendación al Estado de adoptar medidas económicas, técnicas y legislativas, hasta el máximo de los recursos que disponga, a fin de fortalecer el Sistema de Salud Público para lograr progresivamente la plena efectividad del derecho a la salud.
- 05 Se recomienda al Estado y en particular al Ministerio de Salud, adoptar medidas económicas y técnicas para fortalecer la Atención Primaria en Salud, a fin de que esta pueda cumplir cabalmente el rol que se le ha asignado.