

## 2 - SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA QUE ENFRENTA LA PANDEMIA DEL NUEVO CORONAVIRUS: POTENCIALIDADES, DESAFÍOS Y PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Alisson Fernandes Bolina

ORCID: 0000-0002-1364-0176

Anhay Velásquez Aznar

ORCID: 0000-0003-0270-6851

Aurora Félix Alemán

ORCID: 0000-0003-1140-2040

Gladis Isabel Torres

ORCID: 0000-0003-2007-3154

Julio Mendigure Fernandez

ORCID: 0000-0002-5432-8656

Luís Carlos Lopes-Júnior

ORCID: 0000-0002-2424-6510

Marina Aleixo Diniz Rezende

ORCID: 0000-0003-3069-9185

### RESUMEN

**Introducción:** En América Latina, las brechas preexistentes en los sistemas de salud con relación directa con las inequidades sociales ponen de manifiesto la importancia de reflexionar sobre el papel de la Atención Primaria de Salud para brindar respuestas más efectivas y sostenibles en tiempos de pandemia. **Objetivos:** contextualizar los sistemas de salud en América Latina y discutir los desafíos y oportunidades frente la pandemia del nuevo coronavirus, centrándose en el papel de la Atención Primaria de Salud para este enfrentamiento. **Desarrollo del tema:** la heterogeneidad política, social, demográfica, económica y ambiental, ligada a las características intrínsecas de la organización y estructura del sistema de salud en cada país, ha influido mucho en la evolución de la pandemia en América Latina. La posterior llegada de COVID-19 en relación con Asia y Europa ha permitido a la mayoría de los países adoptar estrategias para mitigar los efectos de la propagación del Sars-CoV-2. Sin embargo, existen debilidades en los sistemas de salud en cuanto al acceso y cantidad de camas de cuidados intensivos y ventiladores mecánicos, lo que, sumado a la pobreza y las desigualdades sociales sistémicas, potencian la situación pandémica en estos países. **Consideraciones finales:** en vista de estos desafíos, la pandemia representa una oportunidad para superar las desigualdades en el acceso y las inequidades en salud con el fin de calificar la atención sanitaria integral. Esto refuerza la relevancia del papel de atención primaria en la aportación de respuestas más eficaces y sostenibles, dado su alto grado de capitalización y alcance de una población más grande, más vulnerable a COVID-19 debido a sus condiciones de vida.

**Descriptor:** Sistemas de Salud; Atención Primaria de Salud; Enfermería de Atención Primaria; América Latina; Infecciones por coronavirus.

# Introducción

La propagación de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) pone a prueba la estructura de los sistemas de salud y su capacidad de afrontamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), varios sistemas de salud en el mundo se han derrumbado, presentando tasas significativas de mortalidad principalmente en los países desarrollados<sup>(1)</sup>. En comparación con estos países, se postuló que la posterior llegada del nuevo coronavirus a América Latina podría dar oportunidades para la toma de decisiones relacionadas con el sistema de salud con el fin de mitigar los efectos del COVID-19<sup>(2)</sup>.

A pesar de los desacuerdos y la toma de decisiones por parte de algunas autoridades, los gobiernos de América Latina han adoptado estrategias para hacer frente a la pandemia COVID-19<sup>(3)</sup>. Sin embargo, se observa que el número de casos en América Latina sigue creciendo a escala exponencial, principalmente debido a la alta prevalencia de enfermedades crónicas, y debido a problemas de infrafinanciación de los sistemas de salud y políticas de austeridad fiscal. Además, las desigualdades sociales y las inequidades sistémicas en salud potencian la situación pandémica en América Latina, con proyecciones preocupantes después de este período<sup>(4)</sup>.

Brasil es el epicentro de la pandemia del nuevo coronavirus en América Latina, habiendo registrado el mayor número de casos de COVID-19 en esta región<sup>(5)</sup>, con 4.497.434 casos confirmados y al menos 135.793 muertes al 18 de septiembre de 2020<sup>(6)</sup> (<https://coronavirus.jhu.edu>). Perú tiene la mayor incidencia acumulada (756.412 casos confirmados) y la tercera tasa de mortalidad más alta, con 31.283 muertes al 18 de septiembre de 2020, detrás de México, que registró 72.803 muertes<sup>6</sup>. Por otro lado, Uruguay tiene el menor número de casos hasta el momento, con 1.890 infectados y 46 muertes<sup>(4,6)</sup>. En Venezuela, el gobierno no ha publicado datos epidemiológicos desde hace varios años<sup>(5)</sup>, lo que dificulta la obtención de la magnitud real de la pandemia en el país.

La heterogeneidad política, social, demográfica, económica y ambiental<sup>(7,8)</sup>, vinculada a las características intrínsecas de la organización y estructura del sistema de salud de cada país, han influido en gran medida en la evolución de la pandemia en América Latina. Cabe destacar que esta heterogeneidad, así como la fragilidad del sistema de salud para hacer frente a brotes infecciosos se han demostrado en anteriores emergencias de salud pública, como el virus de la gripe H1N1 (gripe porcina)<sup>(9)</sup>. Otro punto importante a tener en cuenta es que la atención de COVID-19 está centrada y ha sido ampliamente debatida en el entorno hospitalario. Sin embargo, se sabe que los sistemas de salud universales guiados por una Atención Primaria de Salud (APS) sólida, resolutiva, integral y accesible tienen un mayor potencial para responder a las necesidades sociales de la población, incluso en tiempos de pandemia<sup>(10)</sup>.

La importancia del papel de la APS para aportar respuestas más eficaces y sostenibles merece un mayor

protagonismo en América Latina, ya que presenta lagunas preexistentes en los sistemas de salud con relación directa con las desigualdades sociales. Además, teniendo en cuenta las experiencias de conflictos de los países desarrollados durante la pandemia, el uso inadecuado de los recursos de alta complejidad sobrecarga la atención secundaria y terciaria. Y compromete el sistema a tiempo con casos que podrían haberse resuelto en APS<sup>(11)</sup>.

## OBJETIVO

Contextualizar los sistemas de salud en América Latina y discutir los desafíos y potencialidades frente a la pandemia del nuevo coronavirus, centrándose en el papel de la Atención Primaria de Salud para este enfrentamiento

# Desarrollo del tema

## Sistemas de salud comparados en América Latina

Los sistemas de salud contemporáneos muestran similitudes debido a las políticas sociales, la difusión de los avances tecnológicos y numerosas contradicciones de mercado altamente generadoras de valor. Por otro lado, difieren en cuanto al acceso de las poblaciones a los servicios de salud y la forma de su organización y desempeño. Tales diferencias son el resultado de una interacción compleja entre elementos históricos, económicos, políticos y culturales específicos de cada sociedad<sup>(12)</sup>.

A la vez, Los Sistemas de Salud pueden clasificarse en tres grandes formas: 1) el sistema de negocios permisivo o de mercado, en el que predominan la financiación privada; 2) la asistencia pública; 3) el seguro social público y los sistemas universales<sup>(13)</sup>. Por lo que, también es importante analizar los pilares esenciales para un sistema de salud, es decir: La regulación, financiación (sistemas segmentados y/o universales) y la prestación de servicios (servicios integrados o fragmentados, con monopolio estatal, contratación pública, competencia gestionada o de libre mercado). Ahora bien, la OMS ratifica la importancia de seis pilares a los que llama elemento básico: “1) prestación de servicios; 2) mano de obra; 3) información; 4) productos médicos; 5) vacunas y tecnologías; 6) financiación y gobernanza con liderazgo<sup>(14)</sup>”.

En general, las comparaciones se refieren a los servicios, y hay varias maneras de describirlos y analizarlos. Básicamente, estos sistemas difieren en relación con las siguientes dimensiones:

- \_ Grado de cobertura (universal o segmentado). \_ Equilibrio entre fuentes de financiación (impuestos, cotizaciones sociales, seguro público o privado, pago directo).
- \_ Grado de integración entre agentes financieros y proveedores (número de agentes financieros, presencia de un Ministerio de Salud o Seguro Nacional).
- \_ Propiedad de servicios (públicos, privados o filantrópicos).
- \_ Formas de organización para la atención, retribución y regulación de los profesionales (acto, salario, capitación, regulación)<sup>(12)</sup>.

Actualmente, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Región de las Américas se divide en las siguientes subregiones: América del Norte, Caribe Latino, Caribe No Latino y América Latina compuesta por el Istmo Centroamericano, Región Andina (de la que Venezuela es parte), Cono Sur, México y Brasil. Así mismo, el continente americano está marcado por una profunda heterogeneidad socioeconómica, política, demográfica y cultural. Por ejemplo: el ingreso per cápita en América del Norte es 4,5 veces mayor que en América Latina, donde la tasa de ingresos es el doble en el interior de los países con una alta concentración de riqueza<sup>(12)</sup>. Sin duda, en esta diversidad se refleja en los indicadores de salud como la mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares, en las que las intervenciones de servicio se reconocen como efectivas y es superior al 25% en muchos países de América Latina; es decir, cuatro veces mayor que la que se encuentra en América del Norte. [En el Cuadro 1 \(ANEXO 1\)](#) Se presenta indicadores de algunos países de América Latina y el Caribe. Así como datos continentales y subregionales.

En América Latina existen importantes desigualdades con gran heterogeneidad en la cobertura y prestación de servicios, siendo difícil clasificar los sistemas a partir de esa tipología. No obstante, en muchos países, la seguridad social convive con la asistencia brindada por los servicios públicos al resto de la población. Se pone por caso en las que existen pocos sistemas nacionales que propongan la universalización de la atención (Cuba, Brasil, Costa Rica)<sup>(13)</sup>.

Aunque, cabe señalar que ha habido una expansión del acceso, especialmente a los servicios básicos de salud, así como, un importante crecimiento de los seguros privados en todo el continente latinoamericano. Sirva de ejemplo: En países como Uruguay (*Sistema Nacional Integrado de Salud*), Venezuela (*Sistema Nacional de Salud Pública*) y Ecuador, se han hecho esfuerzos para ampliar la cobertura, unificar los servicios y mejorar la coordinación entre los servicios bajo control público. Ya en Chile, Colombia y Perú, la estrategia para ampliar el acceso implementó una cobertura diferenciada, con mayor participación de seguros privados en el caso de las reformas chilenas y colombianas. Es evidente que el gasto público en salud sigue siendo bajo (US\$ 182/ habitante, 3,7% del PIB) con un alto gasto directo de las familias. Aun cuando el gasto social creció en la región (19,1% del PIB en 2012-2013), o sea, el crecimiento del gasto en salud fue modesto pasando del 3,2% al 4,2%<sup>(13)</sup>.

Bajo este contexto, la estrategia de APS emerge como un consenso mundial para el logro de los derechos de salud, que se sintetizó a través del conocido eslogan "*Salud para Todos hasta el año 2000*" en las reformas neoliberales de los años 1980-1990 donde se produjo ajustes macroeconómicos. Marcado por un énfasis en la separación entre la financiación, la prestación de servicios, el discurso de mayor eficiencia en la gestión, y el estímulo a la competencia entre los servicios públicos con la constitución de un "mercado interior" o entre proveedores públicos y privados. Las referencias son los cambios implementados en el *Servicio Nacional de Salud* (en inglés National Health Service - NHS) en Inglaterra y un conjunto de medidas de gestión introducidas en el seguro privado estadounidense (*atención administrada*). A partir de ese momento, la APS es difundida por organismos internacionales como el Banco Mundial como una estrategia selectiva dirigida a grupos vulnerables y excluidos del proceso productivo. Y a finales de la década de 1990 hubo reformas a favor de la coordinación de la APS. Así surge la propuesta de cobertura universal para los países de ingresos medios y bajos, publicada en el Informe sobre la salud mundial en 2010<sup>(13)</sup>.

## Retos y potencialidades de los sistemas de salud en América Latina

Si bien las reformas que se han producido en el continente latinoamericano en las últimas décadas han reflejado las coyunturas internacionales mencionadas, es posible sugerir la hipótesis de que el continente americano constituye un gran laboratorio de políticas de salud y modelos de atención<sup>(13)</sup>.

En este caso, la dictadura de Pinochet introdujo las aseguradoras privadas – Instituciones de Salud Previsional– (*ISAPREs*) para estimular el modelo de mercado adaptado y se utilizó en Colombia como una manera de ampliar la cobertura a través del seguro subsidiado (Ley 100 de 1993), que se conocía como pluralismo estructurado, con una clara influencia del momento neoliberal. Ya en Brasil, la Constitución de 1988 reconoció la salud como un derecho y la prestación de servicios universales en su conjunto comenzó a ser realizada por el *Sistema Único de Saúde* (SUS por sus siglas en portugués), un sistema público integrado bajo financiamiento fiscal. Se trata de una reforma de carácter publicista cuyo discurso correspondió al momento democrático-racionalizador de la situación anterior, pero que acabó implementándose extemporáneamente en una situación neoliberal y adversa, produciéndose así una expansión significativa de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) con medidas recientes para mejorar el acceso y la calidad del servicio<sup>(13)</sup>. Ahora bien, el sistema de salud brasileño es un sistema universal con doble y desigual cobertura: mientras que la población de bajos ingresos utiliza el SUS, los usuarios del segmento suplementario pueden recurrir constitucionalmente a ambos, con derecho a exención de impuestos. Por otra parte, cabe destacar la aprobación de la Enmienda Constitucional N° 95 en diciembre de 2016 que estableció una congelación de los gastos públicos y las inversiones durante 20 años<sup>(13)</sup>.

En Chile, el proceso de redemocratización permitió reformas con la validez de dos nuevas leyes, a partir de 2005: la *Ley de Autoridad Sanitaria* y la *Ley de Garantías Expliciten en Salud*. El *Plan AUGE –Acceso Universal con Garantías Expliciten salud–* define o aborda la cobertura obligatoria (garantías) de los principales problemas de salud tanto en el sistema público como en el privado, llevándose a cabo acciones para ampliar el acceso, reorganizar y mejorar la calidad de los servicios con una mayor contribución fiscal, reducción de los copagos, retirada de subvenciones de ISAPRES, recuperación de la red pública, estimulación de la APS y organización de redes regionalizadas e integradas de servicios. Estos objetivos forman parte de un extenso Plan de Metas publicado por el Ministerio de Salud para el período 2011-2020. Aun así, el análisis de la composición de la financiación muestra que la contribución pública de fuentes fiscales con carácter redistributivo sigue siendo muy baja, siendo del orden del 40%<sup>(13)</sup>.

Por otro lado, las reflexiones que surgen del análisis del caso en Colombia tampoco parecen demostrar la superioridad de un modelo centrado en los operadores de seguros como estrategia para la universalización de la atención. Por ejemplo, en el período comprendido entre 1993 y 2003, la cobertura a gran medida se expandió significativamente, alcanzando el 90% de la población (es decir 38% del régimen contributivo y 51% las subvencionada). En otras palabras, el crecimiento del plan subvencionado fue casi tres veces mayor que el contributivo con una diferencia importante en la lista de servicios prestados en cada uno de estos planes. Luego, en 2010, en Colombia, una grave crisis institucional y financiera del *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS) llevó a la revisión de la Ley 100 que se había instituido con el voto de un nuevo marco legal en 2011 (Ley 1438). Dicha situación estuvo marcada por un intenso debate entre autoridades gubernamentales, políticos, entidades profesionales y la sociedad civil sobre los resultados, impases y posibilidades de mejora del sistema colombiano. Con esta nueva ley se estableció el acceso universal como derecho de ciudadanía y a la APS

como estrategia para organizar la prestación de servicios. A fin de lograr este propósito, el nuevo marco jurídico contempló la unificación de los planes de beneficios con una actualización cada dos años de los procedimientos cubiertos. Por consecuencia, en 2012, la arquitectura del sistema todavía estaba compuesta por los contributivos, subvencionados, especiales (militares, docentes, petroleros, entre otros) y, sin seguro, cuya atención se presta en los servicios disponibles de las Secretarías de Salud de entidades territoriales hasta ahora (Departamentos y Municipios)<sup>(12,13)</sup>.

En Argentina, el sistema de salud consta de tres subsectores: el público con gestión nacional, provincial y municipal, el seguro social y de salud de afiliación obligatoria compuesto por obras sociales y el seguro privado de afiliación voluntaria. Este sistema es responsable de cubrir el 47% de la población, pero comúnmente no tiene sus propios servicios, asegurando la prestación a través de proveedores privados u hospitales públicos<sup>(12)</sup>. Aunque, el sector público posee su propia red de hospitales y centros de salud. La mayor parte de la financiación y prestación de servicios corre a cargo de las provincias y los municipios, mientras que el Ministerio de Salud reserva funciones de normalización y regulación. No obstante, Las políticas de la APS son del tipo focalizado (distribución de medicamentos, salud materno-infantil, médicos comunitarios para acciones esencialmente de promoción y prevención a nivel local). La realidad es que el sistema se centra esencialmente en la atención médica curativa y el hospital<sup>(12)</sup>.

Así mismo, se destacan los cambios que se han estado produciendo en los sistemas de salud de Paraguay y Uruguay. En Paraguay, se han observado avances legales graduales con la consignación en el acceso e implementación de Unidades de Atención a la Familia como puerta de entrada al sistema público desde 2008. Mas, se estima que el 40% de la población sigue estando descubierta. Por mencionarlo, sólo el 13,9% tiene seguro público (Instituto de Previsión Social) y el gasto público sigue siendo muy bajo<sup>(12)</sup>. En Uruguay, en 2007, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), considerado seguro para la extensión gradual de la cobertura universal de atención integral. De esa manera, la financiación solidaria se ha establecido a través de un único fondo público y la prestación de servicios tiene en cuenta la combinación de proveedores de servicios y la importante presencia de mutuas (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva - IAMC), representadas por cooperativas médicas. Es bien dicho que con esta reforma se prevé un cambio en el modelo de atención en la dirección de la APS. Aunque, las dificultades de coordinación, organización y recursos humanos requerirán tiempo para que se expresen y operen en el sistema de salud<sup>(12)</sup>. En el [Cuadro 2 \(ANEXO 2\)](#) se presenta un análisis comparativo de las principales características de los sistemas de salud en Brasil, Chile, Argentina y Colombia.

### **Estrategias para fortalecer la capacidad del sistema para responder a la pandemia**

El impacto de la epidemia en la dinámica económica, social, política y cultural de la población ha puesto a prueba la gobernanza de los países y los organismos internacionales más allá de los problemas de salud<sup>(10)</sup>. Para empezar, En América Latina, la llegada de COVID-19 en relación con Asia y de Europa ha permitido a la mayoría de los países a adoptar estrategias para mitigar los efectos de la propagación del Sars-CoV-2<sup>(2)</sup>. Aunque, existen debilidades en los sistemas de salud en cuanto al acceso y cantidad de camas de cuidados intensivos y ventiladores mecánicos, lo que, sumado a la pobreza y las desigualdades sociales sistémicas, potencian la situación pandémica en estos países<sup>(4)</sup>.

Algunos investigadores han evaluado los efectos del brote COVID-19 en países de bajos ingresos, como América Latina, que presenta un escenario alarmante con una dinámica de brotes sin precedentes<sup>(3)</sup>. Según los investigadores, es urgente fortalecer el Sistema de Vigilancia de la Salud e invertir en el desarrollo de recursos humanos, financieros y de infraestructura de los servicios de salud para dar una respuesta eficaz a la pandemia<sup>(3)</sup>.

Por consiguiente, se destaca las primeras estrategias adoptadas por los gobiernos de estos países donde se centraron, sobre todo, en las medidas de distanciamiento social de las personas y en la búsqueda de la provisión de camas en la unidad de cuidados intensivos para pacientes críticos<sup>(10)</sup>. Aunque, algunos expertos asumieron, sobre la base del elevado número de casos en algunos países de América Latina, que la aplicación de medidas de mitigación de enfermedades fue tardía, particularmente en relación con el distanciamiento social y la fragilidad de la Vigilancia Epidemiológica<sup>(8)</sup>.

Por ejemplo, en México, cuando comenzó el brote de COVID-19, las autoridades declararon un riesgo subestimado, muy por debajo de la verdadera amenaza a la población, lo que llevó a las tensiones entre el gobierno y las acciones de algunos Estados, que actuaron de forma independiente<sup>(4)</sup>. Inclusive, en Brasil, a pesar de datos alarmantes, el gobierno también minimizó la pandemia y puso en jaque las medidas de mitigación que estaba proponiendo el Ministerio de Salud y reiteradas por la Organización Mundial de la Salud, generando dudas sobre el comportamiento a seguir de la población<sup>(15)</sup>.

**Para tener acceso al resumen de las principales medidas, acciones y políticas adoptadas por los países de América Latina y el Caribe, visite el siguiente enlace:**

<http://www.sela.org/media/3219723/covid-19-resumen-de-las-principales-medidas-estados-miembros-sela.pdf>

Según datos de la Universidad Johns Hopkins<sup>(6)</sup>, estos dos países se encuentran entre los que tienen mayor número de muertes en América Latina, 137.793 en Brasil y 72.803 en México (al 18 de septiembre de 2020). Ahora bien, Hay otros países latinoamericanos que también se destacan con los datos alarmantes y el mayor número de casos confirmados; como Argentina (613.658 casos confirmados), Colombia (750.471 casos confirmados) y Perú (756.412 casos confirmados).

**Para actualizar las estadísticas de casos confirmados y la mortalidad por el nuevo coronavirus en América Latina y en todo el mundo, visite el enlace a seguir:**

<https://coronavirus.jhu.edu>

Además de los aspectos relacionados con la gobernanza de estos países, deben considerarse otros determinantes sociales, como los datos sociodemográficos que influyen en los resultados de la pandemia en estos países. Aunque la población de América Latina es más joven en comparación con Europa y Estados Unidos (menos del 9% de la población latinoamericana es mayor de 65 años, en comparación con el 20% de la europea y el 16% de América del Norte)<sup>(2)</sup>, hay un gran contingente de personas mayores que viven en contextos de vulnerabilidad social, en hogares sin red de apoyo social y en condiciones precarias en Instituciones de Larga Estadía para Adulto Mayores (ILPIs – por sus siglas en portugués).

No cabe duda que es crucial identificar qué grupos dentro de una población tienen mayor riesgo de infección y muerte por COVID-19. Así mismo, saber qué sectores de la sociedad tienen más probabilidades de infectarse, morir o sufrir otras consecuencias graves, permite canalizar los recursos hacia quienes más los necesitan<sup>(16)</sup>. Por ejemplo, la situación que se produce en los hogares del Adulto Mayor es diferente de la que ocurre en otras instituciones de salud, que presentan riesgos específicos. Entre ellos, existen factores intrínsecos como el proceso de envejecimiento y la disminución de la capacidad funcional que dificulta la respuesta del sistema inmunológico en la lucha contra las enfermedades, además de las posibilidades de deterioro de la capacidad de locomoción, dificultades de comunicación y alteración de la autopercepción del cuerpo; todas estas características son inherentes a los espacios comunes que se insertan al Adulto Mayor, sumados a la corresponsabilidad de la atención que involucra a varios profesionales de la salud, familiares y cuidadores.

Vale la pena señalar que los países del mundo han tomado medidas para garantizar que los Adultos Mayores tengan acceso a servicios e información esenciales durante la pandemia COVID-19, y que las instituciones, especialmente las científicas, redoblen sus esfuerzos para satisfacer las necesidades sanitarias de este grupo de población. Pero esto no es sólo una responsabilidad de estas instituciones, es una obligación de todo el aparato estatal, garantizar la protección de la población más vulnerable a través de políticas públicas nacionales.

**Se están organizando diversos movimientos de atención a las personas mayores en la pandemia del nuevo coronavirus, como la Red de enfermeras en Salud del Adulto Mayor (REDESAM), desde eventos como congresos, charlas mediante *streaming*, videos educativos dirigidos a las personas mayores, desarrollo de la investigación, publicación de artículos entre otros, y también la disponibilidad del *E-book* ahora presentado.**

Frente a todos los desafíos de los sistemas de salud en América Latina, la pandemia COVID-19 representa una oportunidad para superar las desigualdades en el acceso y las inequidades en salud con el fin de calificar la atención integral de salud<sup>(9)</sup>. Esto refuerza la relevancia del rol de la APS en brindar respuestas más efectivas y sostenibles, dado su alto grado de capitalización y el alcance de un contingente mayor de población más vulnerable al COVID-19 por sus condiciones de vida<sup>(10,11)</sup>.

### **El papel de la APS frente a la pandemia de COVID-19**

La Atención Primaria de Salud (APS) representa el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, y debe estar lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas y constituir un elemento organizativo de un proceso de atención médica continuo.

Dentro de la APS, se habla sobre cuatro atributos que deben cumplirse, descritos por Bárbara Starfield: Accesibilidad y primer contacto, donde debe existir un fácil acceso al sistema sanitario; Longitudinalidad, donde se debe establecer una relación personal y continua entre el médico y paciente; Integralidad, que da solución a las necesidades de salud más frecuentes de la comunidad; y Coordinación, que significa un trabajo en conjunto entre los médicos de Atención Primaria, otros especialistas. Así como la orientación familiar y comunitaria<sup>(17,18)</sup>.

Existe un consenso de la APS sobre la importancia de mejorar los indicadores de salud de una determinada población empadronada en un territorio. Un estudio señala que más del 80% de los problemas de salud de una determinada población pueden resolverse en la APS y debe conciliar especialmente las acciones de atención con la prevención y promoción de la salud, además de coordinar la atención brindada en otros niveles del sistema<sup>(17,19-22)</sup>.

Sin embargo, durante una pandemia en la que se desarrolla una enfermedad emergente cuya historia natural no se ha dilucidado del todo, como el COVID-19, los sistemas y profesionales de salud que trabajan frente a las demandas de atención enfrentan numerosas y complejas dificultades en la rutina del trabajo. De hecho, la pandemia ha exigido a los profesionales, especialmente enfermeras, una mayor gestión y organización técnico-científica, psicológica y del proceso de trabajo para actuar en primera línea en el combate al COVID-19 con el fin de garantizar un servicio de alta calidad e integral a las comunidades<sup>(5,22)</sup>.

Por lo tanto, la APS debe considerarse un pilar importante para hacer frente a la COVID-19. Centrarse en los atributos esenciales y derivados de la APS, como el seguimiento de familias vulnerables y el seguimiento de casos sospechosos y leves, constituyen estrategias fundamentales tanto para contener la pandemia como para no agravar a las personas con COVID-19. La APS también es responsable de abordar los problemas derivados del aislamiento social prolongado y la precariedad de la vida social y económica, como los trastornos mentales, la violencia doméstica, el alcoholismo y el agravamiento o desarrollo de condiciones crónicas, cuyas consecuencias son difíciles de predecir, requiriendo una atención integral longitudinal<sup>(10)</sup>.

Por eso, para garantizar una atención segura y de calidad en la APS, es necesaria la planificación basada en datos, la reorganización de los servicios según las características de la epidemia, la asignación de recursos económicos y estrategias de actuación específicas para afrontar la pandemia actual. Así como, capacitar a los profesionales de la salud, realizar pruebas diagnósticas masivas; crear una estructura para solicitar exámenes complementarios con resultados de manera oportuna; espacio físico adecuado para albergar posibles casos sospechosos; stock de medicamentos; flujos y protocolos bien definidos con acceso prioritario a otros niveles y servicios de salud, a fin de mejorar la coordinación de la atención brindada por la APS; apoyo diagnóstico y asistencial compartido con el equipo de salud; suficientes profesionales; Equipo de Protección Personal (EPP) adecuado, esencial y suficiente, tanto para los profesionales de la salud así como para las personas sintomáticas. No hay duda de que la organización de procesos de trabajo que articulen las metodologías de acceso al servicio determinará; 1) la atención a las personas; 2) la producción de información que pueda retroalimentar el servicio y el sistema; 3) **afianzará** de manera fundamental la atención brindada a la población<sup>(10)</sup>.

La alta tasa de propagación del Sars-CoV-2, particularmente en espacios cerrados, incluidos los servicios de salud de la APS, y la necesidad de evitar una búsqueda masiva de servicios de salud en las primeras etapas de la epidemia han hecho que —los servicios de telesalud, estrategia de cuidados esenciales en varios países y sistemas de salud del mundo— permitan los usuarios contar con información calificada y oportuna sobre cómo proceder a nivel individual<sup>(10)</sup>. Es de destacar que la APS es potente en la reducción

de las inequidades en salud y debe, por tanto, ser fortalecida y estructurada como una de las principales respuestas del sector salud a la epidemia, dado su alto grado de capilarización en los territorios nacionales y llegando a porciones significativas de la población expuestos a riesgos excesivos debido a sus condiciones de vida. Finalmente, pandemias como de la COVID-19 ponen en tela de juicio discursos y prácticas para reducir el tamaño del estado, relajar las leyes laborales, dismantelar el sistema de protección social, devaluar y no invertir en ciencia, tecnología y educación, así mismo precarizar los servicios públicos de salud<sup>(10,11)</sup>.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Finalmente, la descripción y el análisis de la integración de la APS en los sistemas de salud en América Latina muestran que incluso en el caso de sistemas de base universal, persisten las segmentaciones con fragmentación de los servicios en este nivel de atención. Ante aquello, tanto los atributos esenciales y derivados de la APS deben estar interrelacionados para garantizar la expresión de las tres funciones sólidas: a saber, **1. resolución; 2. comunicación; 3. rendimiento de cuentas.** Además, de la búsqueda de un marco integral para la evaluación y el modo operacional de las APS en cada país, para que se tenga en cuenta los niveles de análisis interrelacionados, a fin de contribuir al avance en América Latina.

Los sistemas de salud pública universales anclados en una APS sólida, resolutive, integral, accesible y con orientación cultural y social constituyen uno de los pilares de una sociedad que respeta los derechos más elementales de las personas. Por eso es vital que la APS asuma su rol como coordinadora de cuidados y organizadora de la Red de Atención en Salud. Ya que de ella dependen: el éxito del enfrentamiento a dicha pandemia —la COVID-19; el futuro de los diferentes sistemas de salud; así mismo como la salud de los latinoamericanos.

Destacamos la importancia del papel de la enfermería, que lleva a cabo la protección, prevención y la atención integral tanto a los pacientes diagnosticados de COVID-19, como a los casos sospechosos y, sobre todo, focalizándose en la población en mayor riesgo de contaminación. Reforzamos que, en la APS, la enfermería actúa como vínculo entre la comunidad, los servicios de salud y los distintos sectores a los que se puede apoyar. Si bien en los países de América Latina existe una variación en el número de casos confirmados de COVID-19 a la fecha de esta publicación, las principales recomendaciones para enfrentar esta crisis de salud aún se centran en las medidas preventivas y mitigar la propagación del Sars-CoV-2, donde el equipo de enfermería de la APS juega un papel central y decisivo.

## **REFERENCIAS**

- 1- World Health Organization (WHO). [Internet]. Geneva. 2020. Coronavirus (COVID-19) events as they happen. Eventos de coronavirus (COVID-19) a medida que ocurren. [cited 2020 Sep. 19]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
- 2- Alvarez RP, Harris PR. COVID-19 in Latin America: Challenges and opportunities. Rev. Chil. Pediatr. 2020;91(2):179-182. DOI: <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i2.2157>
- 3- Caicedo-Ochoa Y, Rebellón-Sánchez DE, Peñaloza-Rallón M, Cortés-Motta HF, Méndez-Fandiño YR.

- Effective Reproductive Number estimation for initial stage of COVID-19 pandemic in Latin American Countries. *Int J Infect Dis.* 2020;95:316-318. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.04.069>
- 4- Pablos-Mendez A, Vega J, Aranguren FP, Tabish H, Raviglione. Covid-19 in Latin America. *BMJ.* 2020; 370 DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2939>
- 5- Burki T. COVID-19 in Latin America. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(5):547–548. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30303-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30303-0)
- 6- Johns Hopkins University [Internet]. Baltimore. 2020. Coronavirus Resource Center. [cited 2020 Sep. 19]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/>
- 7- Rodríguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C et. al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis.* 2020;35:101613. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101613>
- 8- Bautista-Molano W, Garrot LF, Toro C. Explorando el impacto de COVID-19 en América Latina. *J Clin Rheumatol.* 2020;26(6):218-219. DOI: <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001523>
- 9- Ezequiel GE, Jafet A, Hugo A, Pedro D, Maria MA, Carola OV et al. The COVID-19 pandemic: A call to action for health systems in Latin America to strengthen quality of care. *International Journal for Quality in Health Care,* 2020;1-2. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa062>
- 10- Sarti T, Lazarini W, Fontanelle L, Almeida Coelho APS. ¿Cuál es el papel de la atención primaria de salud en la pandemia de COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020;29(2):e2020166. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>
- 11- Farias LABG, Colares MP, Barreto FKA, Cavalcanti LPG. El papel de la atención primaria en la lucha contra el Covid-19. Impacto en la salud pública y perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020;15(42):2455. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455)
- 12- Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GVS, Bonfim JR, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M Jr, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Fiocruz; 2012. p. 591-659.
- 13- Conill EM. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* 2018; 31(4):1-13. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8779>
- 14- World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. 2007. *Everybody Business: Strengthening Health System to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action.* Available from: [https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)
- 15- Editorial the Lancet. COVID-19: learning from experience. *The Lancet.* 2020; 395(10229):1011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30686-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30686-3)
- 16- Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Beltekian D, Mathieu E, Hasell J, Macdonald B et. al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Our World in Data* [cited 2020 Sep. 19]. Available from: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
- 17- Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
- 18- Organización Panamericana de Salud (OPS) [Internet]. Brasília. 2020. *Atención Primaria de Salud;* [cited 2020 Sep. 19]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>
- 19- Mendes EV. *A construção social da atenção primária à saúde.* Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.
- 20- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly.* 2005;83(3):457-502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

- 21- Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet*. 2008;372(9647):1365-1367. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61524-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61524-X)
- 22- Bolina AF, Bomfim E, Lopes-Júnior LC. Frontline Nursing Care: The COVID-19 Pandemic and the Brazilian Health System. *SAGE Open Nursing*. 2020;6:1-6. DOI: <https://doi.org/10.1177/2377960820963771>