

Rol del Estado en tiempos de PANDEMIA y Transparencia en la Información

En tiempos de pandemia, hemos sido testigos de la necesidad de un Estado fuerte, capaz de responder a las necesidades básicas de un pueblo sumido en el desencanto, la desconfianza, la fragilidad y la necesidad de protección, en momentos complejos y de una crisis sanitaria y económica mundial.

Vemos con “sana envidia” como otros países, a los que admiramos y algunos que no tanto, presentan sus propuestas de protección hacia la comunidad, generan paquetes de medidas que garantizan a su pueblo el empleo, la comida, la vivienda y la protección necesaria para cuidarse y cuidar de su entorno.

Nosotras y nosotros en el intertanto, miramos como en nuestro país, las medidas son tomadas bajo una lógica libremercantidista que lo único que provoca es mayor desconfianza, desprotección y desazón.

Nos invitan a quedarnos en casa, pero no nos garantizan “la casa”, la alimentación, la salud. Nos invitan a protegernos y a cuidarnos entre todos y todas, pero a la vez nos dicen háganse sus propias mascarillas, porque el Estado no se las puede dar. En definitiva, CUIDESE SOLO/A.

¿Es lo que queremos? ¿Es lo que anhelamos como sociedad? ¿Queremos un Estado que actúe solo donde el privado no puede hacerlo? ¿Queremos seguir recibiendo caridad de los grandes empresarios en tiempos de crisis? ¿Queremos seguir con los “Chile ayuda a Chile”, sin replantearnos el sentido y el porqué de ello?. No decimos con esto que no queremos seguir intentando ser solidarios! Solo queremos cierto piso mínimo de derechos que nos permita tener una mejor calidad de vida, que nos permita “Cuidarnos entre todos y todas” pero con certezas y reglas claras.

La falta de información clara y transparente en tiempos de PANDEMIA ha generado desconcierto y preocupación en el mundo científico, académico y político de la salud.

Hemos insistido hasta el cansancio que es importante contar con toda la información para generar análisis constructivos que nos permitan como sociedad enfrentar ésta crisis y dar las mejores respuestas a la población.

Esto no ha sido la tónica del Gobierno de Sebastián Piñera ni menos del Ministro Mañalich quienes han generado un ambiente de desconfianza mayor al que ya nuestro país estaba sometido post estallido social.

Ejemplos de ello tenemos varios, pero nos situaremos en algunos que han sido mas controvertidos y que nos generan mayores confusiones y dudas respecto al manejo de la crisis.

En el ámbito de la Red Asistencial

Falta de transparencia en la Capacidad de la Red Asistencial y el sistema integrado COVID19.

1. **Confusa información respecto a la cantidad de ventiladores disponibles**, uso de los mismos, reconversión de cantidad de UCI pediátrica, cantidad de máquinas de anestesia y disponibilidad clara de ventiladores a nivel público y privado, incluyendo en estos últimos: clínicas privadas, mutuales, psiquiátricos, geriátricos, FFAA, Universidades y Hospitales del Cobre.

Se ha dicho que el Sistema Integrado COVID19 incluye toda la capacidad sanitaria nacional pero **no se ha transparentado la cantidad de camas (básicas, intermedias, críticas, UCI con ventilador), la distribución de las mismas a nivel regional y el costo del uso de las camas extra sistema público que incluye FFAA que pese a que toda su capacidad es financiada por el FISCO, le cobran al MINSAL por el uso de cada una de sus instalaciones.**

2. **Confusa información respecto al uso de camas críticas a nivel nacional y su respectiva desagregación a nivel regional.**

SOCHIMI v/s MINSAL. Los registros de SOCHIMI (diarios) tienen una diferencia importante respecto a la información entregada diariamente por MINSAL. SOCHIMI realiza una encuesta diaria de 120 Unidades de Pacientes Críticos a nivel nacional (público y privado), con un porcentaje de respuesta promedio del 98%.

- En relación a los pacientes COVID19 en cama crítica, desde el 9 de abril a la fecha, SIEMPRE, los datos entregados por SOCHIMI son superiores a los entregados por MINSAL y éstas diferencias se han incrementado a partir del día 18 de abril en donde los datos de SOCHIMI superan en más de 110 pacientes a los del MINSAL. En los últimos dos días, es decir, 22 y 23 de abril éstas diferencias son de 159 y 124 pacientes respectivamente.
- En relación a los pacientes COVID19 en cama UCI ventilado, las diferencias persisten desde el 9 de abril en adelante. Si bien, entre el 9 y el 17 de abril los datos de SOCHIMI eran inferiores a los datos entregados por MINSAL a partir del día 18 de abril, los datos entregados por SOCHIMI son superiores en 25 pacientes diarios (promedio) a los entregados por MINSAL, llegando los días 19 y 20 de abril a presentar las mayores diferencias en donde la encuesta de SOCHIMI reflejaba una mayor cantidad de pacientes por 40 y 41 respectivamente.
- En relación a los ventiladores totales los datos de SOCHIMI superan SIEMPRE los datos de MINSAL, informando mayor disponibilidad de la que señala el MINSAL. Lo mismo para ventiladores disponibles. En los últimos 5 días en promedio SOCHIMI señala que existen 136 ventiladores más de los que señala el MINSAL.

INFORMACIÓN REGIONAL: solamente 3 SEREMI (Valparaíso, Araucanía y Los Lagos) entregan sistemáticamente información mas desagregada que la entregada por el MINSAL. Esta información permite ver los pacientes hospitalizados, los pacientes en camas críticas, los pacientes en cama UCI ventilados públicos o privados. Al revisar la información entregada por

MINSAL en relación a la información entregada por las tres SEREMIS anteriormente citadas, se presentan diferencias importantes. Por ejemplo:

- En la Región de Valparaíso al día de hoy el MINSAL informa 17 pacientes en cama críticas y SEREMI Valparaíso informa 23 en cama crítica y 18 en UCI con ventilación mecánica.
- En la Región de la Araucanía, una de las mas críticas del país, el MINSAL informa 38 pacientes en cama crítica y la SEREMI informa 54 de las cuales 32 se encuentran en UCI con ventilación mecánica.
- En la Región de Los Lagos, al día de hoy el MINSAL informa 21 pacientes en cama crítica, mientras la SEREMI informa 23 de los cuales 18 están en Cama UCI ventilados.

La información a nivel nacional es insuficiente por lo que se requiere que TODAS las SEREMIS informen de manera estandarizada, transparente y desagregada.

- 3. NO existe información asociada a la baja en la consulta de urgencia hospitalaria** y la debida estrategia conjunta con la Atención Primaria para enfrentar la posibilidad de efecto rebote o desescalamiento. Urge una estrategia de organización de la Red Asistencial **que permita enfrentar la campaña de invierno “normal” + COVID19.**
- 4. No existe información clara y transparente asociada a la cantidad de personal de salud disponible para abordar la crisis en peak. Desconocemos número de infectados reales** del personal de salud, de personal en cuarentena, de personal capacitado para trabajar en Unidad de Pacientes Críticos, etc. El Gobierno ha anunciado un “Plan para reforzar la red de salud” que implica la contratación de mas profesionales y técnicos a través del servicio civil. Es el único anuncio al respecto. **¿Se está realizando una estrategia de testeo el funcionarios de la salud? ¿Qué pasa en este contexto con los trabajadores a honorarios? ¿Se les está entregando las mismas garantías? ¿Se está priorizando a personal con experiencia para los lugares mas críticos?¿ Se está capacitando al personal de salud para el uso de los EPP como corresponde?.**
- 5. Recursos Financieros: Al comienzo de la crisis se anunció un primer paquete de ayuda desde el Ministerio de Hacienda de MM\$220.000** extrapresupuestarios para enfrentar la pandemia. Existe una total falta de transparencia respecto a información asociada al gasto público de la pandemia. Específicamente asociado a:
 - **Se ha detectado un sobre precio en la compra de ventiladores mecánicos.** En las últimas semanas se ha detectado a través de investigaciones periodísticas que el Estado está recurriendo a la modalidad de arriendo en donde se ha descubierto el pago de arriendos por ventiladores a valores de compra. Un ejemplo de ello es el Servicio de Salud O’Higgins que el 14 de abril arrendó a la empresa MEDIPLEX SA 10 ventiladores mecánicos a un precio de \$14.730.000 c/u. El 17 de abril el Hospital Salvador arrendó a la empresa International Clinics 7 ventiladores mecánicos a un valor de \$27.932.506 c/u y el 15 de abril el Hospital de Quilpué arrendó a la empresa Health Care 3 ventiladores mecánicos a un valor de \$4.020.153. Esto, a lo menos, tiene dos cuestionamientos. Esto es la diferencia de valores de arriendo por equipos similares. Los dos mayores valores se acercan a valores de compra y finalmente le estás arrendado equipos a las misma empresas a las cuales les estás comprando y que al momento de adjudicar la compra señalaron que no “tenían en plaza los equipos”.

- **Gasto asociado a valor cama:** las camas en clínicas privadas, las camas de las FFAA, principalmente ejército (PAME), Armada (Buque Sargento Aldea), compra de Hospitales Modulares (Hoy el MINSAL transparentó que se importaron estos Hospitales Modulares desde Canadá, sin entregar mayores antecedentes de la compra) y por último, todos los gastos asociados a transporte de la Fuerza Aérea.
- **Gasto asociado a residencias para cuarentenas.** Tipos de arriendo y costos de arriendo. Incluyendo Espacio Riesco.
- **Gasto asociado a compras de servicios, contratos firmados y ad portas de firmar** realizados por concepto de urgencia/emergencia sanitaria por PANDEMIA. Compra de carpas, mascarillas, insumos, elementos de Protección personal, además de las compras de servicio a personal externo.

En el ámbito de la Atención Primaria

NO existe o lo desconocemos una estrategia de Atención Primaria clara desde el territorio. Solo vemos afrontar la crisis desde una mirada biomédica. **Se requiere conocer la estrategia sanitaria para todas aquellas atenciones que se encuentran suspendidas. ¿Existe alguna estrategia preventiva con grupos vulnerables? Como por ejemplo los asilos de ancianos y los grupos de personas que viven en hacinamiento familiar.**

El Rol de la Atención Primaria en el sistema de Salud Público es fundamental. La promoción y prevención de la salud están centradas en la Atención Primaria y su rol en los territorios la convierte en el eje central de la PANDEMIA.

Relevar su rol, establecer una coordinación real con los Alcaldes que permita llegar a los territorios, realizar estrategias de testeo de acuerdo a criterios de salud pública, liderados por la ATENCIÓN PRIMARIA, es lo que se requiere.

En el ámbito de la Salud Pública

Falta de transparencia en capacidad de testeo masivo, lo que conlleva a una duda razonable en relación a la letalidad país.

- **Se nos ha dicho que hay una capacidad de testeo de 12.000 test diario.** Se dice que la estrategia es de testeo masivo pero claramente y de acuerdo a sus propias cifras diarias, esto no es así. El promedio de test diario de los últimos 3 días son 6.637, lo que equivale a un 55% de la capacidad de testeo del país según la información entregada por Subsecretario Zúñiga.
- **Se nos ha dicho que existen mas de 50 laboratorios acreditados a nivel nacional,** pero no se señala su ubicación, capacidad, la demora en análisis de resultado, etc. Hay regiones como Atacama y Coquimbo en que han pasado mas de 5 días sin información respecto a exámenes.

- **Se nos ha dicho que Chile está dentro de los países con menor letalidad, con un porcentaje de 1,41%** en un contexto mundial donde el mundo tiene un porcentaje del 6,97%, Europa 9,58% y América del Sur 4,61%, lo que se utiliza como un factor de éxito en las estrategias implementadas por el Gobierno, pero que genera dudas que tienen que ver con las causas de fallecimiento y los registros de los mismos.

Al 15 de abril según informe de la OCDE, Chile se encuentra entre los últimos lugares de cantidad de test por 1000 personas. Chile es el que presenta mejor porcentaje de Sud América, pero uno de los mas bajos a nivel de los países que integran la OCDE.

La baja letalidad ha generado dudas razonables respecto a la verdadera cifra de contagios y el registros de fallecimientos.

La Periodista Alejandra Matus ha publicado el día 24 de abril, información clave que debemos seguir profundizando para poder transparentar la realidad de la Pandemia.

“Aguda diferencia de fallecimientos en Chile entre marzo 2019 y marzo 2020: 932 decesos, un 12% más. Según datos oficiales que obtuve, es el mayor salto de la década, solo comparable con terremoto 2010. Según MINSAL, en marzo solo se registraron 16 muertes por COVID19. En marzo de 2019 se anotaron en Chile 7830 muertes. Este año, en el mismo período se registraron 8762. Los decesos de este año son también superiores, en un 11%, a los del promedio de los últimos 5 años. Los fallecimientos de marzo de este año se van acrecentando en la medida que aumenta la edad de las personas, con el mayor número de casos entre los 50 y 99 años: 881, pero también hay un aumento considerable en personas entre los 40 y 49. Ese comportamiento también es atípico. El clima no se puede considerar un factor determinante, pues según los datos publicados por la Dirección Meteorológica de Chile, al menos en los últimos tres años, marzo ha sido un mes de temperaturas similares y cálidas en el país”.

Existe una discusión histórica en el sector respecto al registro de fallecimientos. Muchas muertes son codificadas como paro cardio-respiratorio, neumonía atípica, etc. Seudo diagnósticos que van a enmascarar el real impacto del COVID19 en la mortalidad, pero además enmascaran habitualmente otras causas de muerte como las cardiovasculares.

Se requiere entonces, información clara respecto a las causas de muerte, lo que implica testeo post muerte de manera de codificar COVID19 como se está haciendo en varios países del mundo y avanzar agresivamente en la implementación del TESTEO MASIVO.

Se requiere transparentar información relativa a frecuencia de defunciones diarias, semanales y mensuales. Es necesario desagregar esos datos al menos a nivel regional, idealmente a nivel provincial y comunal, por edad y sexo, de manera de poder establecer comparaciones mas cercanas a la realidad de las poblaciones de riesgo y de la respuesta sanitaria local.

En el ámbito del Rol del Estado

Una crisis sanitaria como la que estamos viviendo, en donde **Aproximadamente el 75% de los pacientes COVID!9 están en cama crítica con ventilación mecánica en HOSPITALES PUBLICOS**, deja en evidencia que Chile tiene un Estado débil y libremercadista que genera grandes desigualdades. Un sistema de salud que pese a todos los esfuerzos realizados, sigue estando desfinanciado y sigue presentando precariedades importantes. Una ciudadanía sin derechos y sin protección.

Hoy nos vemos expuestos a situaciones límites que dejan al desnudo lo que somos, un país lleno de deficiencias, falta de equidad, justicia y derechos.

Chile requiere avanzar hacia Un Sistema Único de Salud, con una vigilancia epidemiológica integrada.

La salud debe ser un derecho consagrado en la Constitución. Ordenar todos los demás cuerpos legales en función de este derecho, implica acceso, oportunidad, financiamiento e intersectorialidad orientada a obtener ese derecho.

Avanzar hacia un Sistema de Salud Universal, solidario, equitativo y participativo, con un fuerte énfasis en la salud territorial, con una ATENCIÓN PRIMARIA fortalecida, es nuestro propósito.

Leticia Ramirez Arriagada, Administradora Pública. Diplomada en Gestión de Establecimientos de Salud

Sergio Teke Sandoval. Ingeniero Comercial. Experto en Infraestructura Pública de Salud.