

Parada-Lezcano, Mario (Editor)

**“Gestión en Salud en Chile. Miradas desde las y los
estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso”**

(Libro digital)

Primera edición
Valparaíso, Chile
Septiembre 2021

ISBN 978-987-654-321-0

1. Gestión en salud, 2. Pandemia, 3. Atención primaria, 4. Educación en ciencias de la salud

Citar: Parada-Lezcano, Mario (Ed.) (2021). *Gestión en Salud en Chile. Miradas desde las y los estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso*. Valparaíso: Autoedición.

Equipo Editorial

Mario Parada-Lezcano y Paula Adones Soto

Diseño y Diagramación

Esteban Vásquez Muñoz

Imagen de Portada

“Valparaíso y la salud” de Francisca Ahumada Arellano

(Estudiante de 5° año de medicina UV CC)

Técnica Mixta. 20 x 30 cm

Publicación de libre circulación, autogestionada sin financiamiento externo

ISBN: 978-956-404-603-7



9 789564 046037

Gestión en Salud en Chile

Miradas desde los y las estudiantes de
Medicina de la Universidad de Valparaíso



Mario Parada-Lezcano
Editor





"Valparaíso y la salud" de Francisca Ahumada Arellano, Estudiante de 5° año de medicina UV CC. Técnica Mixta. 20 x 30 cm

Índice

11 **Prólogo**
Soledad Barría Iroumé

13 **Prólogo**
Carlos Montoya Aguilar

15 **Presentación**
Mario Parada-Lezcano

PARTE I

Enseñanza-Aprendizaje de Gestión en Salud con enfoque de Salud Colectiva

CAPÍTULO I

21 **Análisis crítico de la Gestión en salud a través de noticias.
Experiencia educativa en contexto de crisis sanitaria**

*Paula Adones Soto, Francisca Correa Cortez,
Erick Veas Llanos & Mario Parada-Lezcano*

CAPÍTULO II

31 **Análisis Crítico de la formación médica para APS desde
las y los protagonistas**

Paula Adones Soto & Mario Parada-Lezcano

CAPÍTULO III

47 **Pandemia y Atención Primaria en Salud en Chile.
Crónica de una ausencia anunciada**

Mario Parada-Lezcano

PARTE II:

Llegada del COVID-19 a un Sistema de Salud fragmentado e inequitativo

CAPÍTULO I

- 71 **Irregularidades en la relación público/privado:
el caso de “Espacio Riesco”**

*Francisca Correa Cortez, Javier Covarrubias Aravena, Giorgio Freire Rojas,
Aracelli Fuentes Aliaga, Cindy González Carreño & Claudio Vicencio Contreras*

CAPÍTULO II

- 77 **La autoridad sanitaria al banquillo de los acusados.
El manejo *sui generis* e improvisado del Ministro de Salud para
enfrentar la pandemia**

*Javiera Bustos, Constanza Cueto, Cecilia Delgado, Carlos Gardella,
Muriel González, Santiago Ruiz, Trinidad Ruiz & Natalia Segovia*

CAPÍTULO III

- 81 **El crónico colapso hospitalario agudizado en tiempos de COVID-19**

*Camila Díaz Peña, Camila Díaz Siré, Kimerly González Trujillo,
Isabella Lavagnino Contreras, Josefina Méndez Vera, Mayra Quevedo
Ronceros, Fernanda Reyes Carrera & María J. Vargas Gordillo*

PARTE III:

APS y la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento en debate

CAPÍTULO I

- 89 **La fragmentación del Sistema de Salud Chileno y su repercusión
en la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento**

*Juan Aldea, Matías Arenas, Abelardo Báez, Jesús Camacho,
Gerald Fernández, Alexandra Vargas, Erick Veas & Valeria Vicencio*

CAPÍTULO II

- 93 **La estrategia de TTA ¿aislando personas o deteniendo el contagio?**

*Felipe Azola Ortiz, M. Belén Borda, M. Soledad Comas Sáez,
Micaela Guglielmetti Macchiavello, Andrés Jalil Morello, Walter Meyer Bello,
Juan Olivera Hausforf & Matías Valencia Sapunar*

CAPÍTULO III

97 **Ni trazadores, ni educadores: la APS en la pandemia**

Javier Alarcón Chávez, Diego Aragón Caqueo, Macarena Carvajal Gallardo, Javier Fernández Salinas, Nicolás Godoy González, Patricio Lara Leal, Lucas Sánchez Mesina, Javier Suárez Vásquez & Diego Toledo Guerrero

PARTE IV: Rostros en la Gestión de la Pandemia

CAPÍTULO I

105 **Personal de la salud-enfermedad-atención ¿en pandemia o en guerra?**

Carolina Aguirre Campos, Javiera Galea Fuentes, Nicol Mercado Urizar, Paul Michaud Salinas, Francisco Navajas Rusque, Pablo Núñez Quiero, Mauricio Reyes Espinosa & Emilio Roa Muñoz

CAPÍTULO II

109 **La infancia vulnerada y COVID-19**

Aldo Ibani Chamorro, Antonia Márquez Pérez-de-Castro, Giorgio Nicolini Leiva, Gabriela Salamanca Aguirre, Catalina Soto Órdenes, Camila Vargas Castillo & Gabriel Vera Oyarzo

CAPÍTULO III

115 **La pandemia olvidada: personas que viven con VIH**

Karin Araya Horta, José De-La-Fuente Fernández, Gabriela Faccilongo Cickovic, Javier Nieto Valle, Pilar Salas Reyes, Pablo Sanhueza Vera & Javiera Vallespín Neira

PARTE V: Propuestas para la Transformación de Profesionales de Salud

123 **Hacia la formación de profesionales de salud que Chile necesita. Dilemas y Desafíos en las Enseñanzas-Aprendizajes de las Ciencias de la Salud**

UES por el territorio

Prólogo

Soledad Barría Iroumé¹

Durante los años 2020 y 2021 nos hemos visto desafiados, en Chile y en el mundo, por una gran crisis sanitaria, económica y social, producto del COVID-19. Esta crisis ha cambiado los diferentes aspectos de nuestra vida, de nuestro trabajo y estudio. Ante esta situación, la enseñanza de las ciencias de la salud ha debido innovar para lograr el objetivo de formar profesionales reflexivos, capaces de aportar a los grandes desafíos en que nos encontramos como sociedad.

Este libro es la expresión de la innovación en la formación, necesaria e indispensable, de una enseñanza-aprendizaje moderna, vinculada con su contexto y reflexiva, con participación activa de los/as mismas estudiantes. Ese es a mi juicio su principal valor.

Se reúnen en este libro cinco capítulos, cuatro vinculados al tema de gestión en salud, que recogen esos artículos escritos por las y los estudiantes de quinto año de medicina de la Universidad de Valparaíso y de algunos de sus ayudantes y docentes. Es notable cómo se incentiva y refleja la capacidad de reflexión analizando noticias, poniendo el foco en la salud colectiva, en el sistema de salud, en la atención primaria y cómo se ha respondido a la población en general, a grupos específicos y al personal de salud. El quinto capítulo recoge un documento de reflexión de académicos de cinco universidades sobre la formación actual en ciencias de la salud y la necesidad de cambiar el foco de dicha formación.

Estamos ante un desafío mayor, no sólo por la pandemia que sigue presente sino porque ésta ha evidenciado con la mayor crudeza las desigualdades que vivimos en nuestro territorio, donde la población que vive en comunas pobres sufre tres veces más la enfermedad por COVID, y también las muertes. Esas injusticias, tan básicas y atroces, deberán encontrar una nueva manera de ser enfrentadas a través de ese pacto social que debe ser nuestra nueva constitución. Este proceso en marcha puede, y debe, dar lugar a un país más justo, que será por tanto un país más sano, así como un nuevo Sistema Universal de Salud que de garantía del derecho a la salud.

1 Médica internista con formación en gestión. Desarrollo profesional en temas de políticas sociales, gestión de sistemas de salud, especialmente basados en atención primaria, de gestión hospitalaria y en desarrollo de recursos humanos. Conducción de equipos en niveles locales y directivos del ministerio de salud, en gestión, recursos humanos y como Ministra de Salud por casi 3 años. Formulación de políticas públicas en salud, sociales y género. Experiencia en proyectos y consultorías de gestión local y de redes, sistemas de salud y de recursos humanos para la salud en América Latina. Actualmente Profesora de la Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, especialista en temas de Promoción de la Salud y encargada de proyectos de la Fundación Puente Alto Puede Más.

Estoy convencida que a esa mejora en nuestro pacto social debemos agregar los necesarios cambios en la formación de los/as profesionales y técnicos/as en ciencias de la salud que el país requiere. Es urgente, como se señala en el documento de UES por el Territorio, cambiar el foco desde lo biomédico a la integralidad de lo bio-psico-social, desde lo hospitalario a la comunidad y atención primaria, desde lo individual a lo colectivo. En suma es indispensable avanzar desde la enfermedad hacia la salud. •

Prólogo

*Carlos Montoya Aguilar*¹

Este libro es, entre otras cosas, un valioso ejemplo de la aplicación a la enseñanza de gestión en salud de una pedagogía activa y –por lo tanto- motivadora- para los estudiantes. También lo es para un lector que – como es mi caso- ha dedicado su vida a estas disciplinas.

En tanto análisis de la formación recibida, se vincula con la investigación organizada en 1959 por iniciativa de los salubristas de aquella época. Hoy, después del “estallido social” del 18 de octubre del 2019, y del inicio de la “pandemia” en marzo de 2020, esta obra hace revivir el concepto de “atención integral de la salud” “como “primera medida” (p. 9) y hace concluir en la necesidad de un “Servicio de Salud” a nivel local, regional y nacional.

Denuncia la “salud dividida” y revela el valor de que las decisiones sobre la atención de la salud en el territorio se tomen con conocimiento de los hechos de los que da cuenta la prensa. Ahí están los errores del Sename, los suicidios de profesionales de la salud, las incertidumbres relativas a la conducta a seguir frente a la pandemia. Un ejemplo destacado aquí es la ausencia de la Atención Primaria de Salud en los primeros esfuerzos por controlar al CoVid-19. Otra, la estructura y la capacidad funcional incompleta del Ministerio de Salud, que no enfatiza la relación necesaria entre la atención de salud y la educación general, ni la determinación de las metas y etapas de un plan, y que aborda una enfermedad infecciosa en forma aislada de la problemática general de salud de las personas, y parece no comprender la matemática de las curvas naturales de evolución de dicho tipo de fenómenos.

Por último, y como corresponde a un producto universitario, el libro es muy claro y elocuente en los principios y deducciones de sus jóvenes contribuyentes. •

1 Médico especialista en salud pública y pediatría, con estudios de Psicología. Posgrados y viajes de estudios de salud pública en Estados Unidos y Europa. Organizador del centro de demostración de Medicina integral de Quinta Normal, 1956. Profesor de Medicina preventiva y social, Profesor titular de salud pública de la Universidad de Chile. Responsable de planificación en salud en la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1974- 1988. Cofundador de la división de apoyo a los países más vulnerables de la OMS, 1988-1990. Asesor del Ministerio de Salud de Chile, responsable del programa de equidad, 1990-1997. Miembro de la unidad de estudios del Ministerio, 2002-2010. Expresidente de la sociedad chilena de salubridad. Exdirector de Cuadernos Médicos Sociales Chile. Miembro del comité coordinador del programa de formación de especialistas para la Atención Primaria de Salud, Ministerio de Salud Chile, 2008-2013. Autor y editor de numerosas publicaciones sobre sus especialidades en Chile y en el extranjero. Más recientemente La salud dividida (2014), Dónde está nuestra salud y para dónde va (2015) y Seis temas básicos para la salud pública y la medicina social (2016) todas con Ceibo Ediciones.

Presentación

Mario Parada-Lezcano¹

El bloque curricular Gestión en Salud existe en la malla curricular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso desde la reforma al plan de estudio realizada en el 2005, siendo dictada por primera vez en el año 2010. Desde 1995 a 2010 se realizaba la asignatura “Administración en Salud”. Este planteamiento de bloques curriculares significa la integración de contenidos de manera interdisciplinaria y considerando la trayectoria de la enseñanza aprendizaje de la Salud Pública / Salud Colectiva / Medicina Social desde el primer año de la carrera.

Desde el inicio el planteamiento ha sido entregar herramientas para la comprensión y el análisis crítico de la realidad socio sanitaria especialmente en los aspectos referidos a las políticas públicas y sociales, el sistema sanitario y sus reformas, la gestión clínica, gestión del recurso humano, entre otros tópicos.

Con el tiempo se han ido ensayando diferentes metodologías para hacer este proceso de enseñanza aprendizaje más significativo, efectivo, más entretenido, motivador y siempre también se ha buscado que los/as estudiantes, que ya están en un nivel previo al inicio de sus prácticas clínicas intensivas, que robustezcan su capacidad de análisis crítico de su propia formación. En este sentido ha sido muy importante ensayar herramientas que permitan no quedarse en una enseñanza escolástica tradicional, verticalista y memorística, sino que entrar derechamente en el uso de metodologías de debate, más de entrega y recepción de opiniones de manera respetuosa.

En 2010, la Profesora Alma Vidales Maqueira, primera coordinadora del bloque curricular en Casa Central de nuestra Escuela de Medicina, introdujo la innovación académica de “lectura y análisis de noticias” con el objetivo explícito de “favorecer la mirada crítica en

1 Médico Salubrista, Doctor en Sociología. Profesor Titular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Miembro del Comité Académico del Programa de Magister en Salud Pública de la Universidad de Valparaíso. Secretario de la Comisión de Formación Interprofesional – Interdisciplinar de la Facultad de Medicina. Miembro del Claustro Académico del Doctorado en Estudios Interdisciplinarios sobre Pensamiento, Cultura y Sociedad. Representante de la Escuela de Medicina en el Departamento de Salud Pública del Colegio Médico Regional Valparaíso. Miembro de las Mesas Técnicas Plan Nacional de Salud 2021-2030, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud en representación de la ASOFAMECH. Miembro del registro de pares evaluadores de acreditación institucional de la educación superior por parte de la Comisión Nacional de Acreditación. Miembro del equipo interuniversitario “Ues por el territorio”. Docente Escuela de Medicina Universidad Andrés Bello – Viña. Miembro del Grupo de Trabajo de Estudios sociales para la salud de CLACSO. Miembro del Registro público de expertos en evaluación de programas e instituciones públicas. DIPRES – Ministerio de Hacienda. Corresponsal HIFA-es. Miembro del Comité científico de la Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Santander. Colombia. Representante del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina en la Red de Instituciones Formadoras en Salud Pública de Chile. Miembro de la Asociación Latina para el Análisis de Sistemas de Salud (ALASS) desde septiembre 2010 a la fecha. Profesor invitado al Magister en Salud Pública. Universidad Católica del Norte - Coquimbo. Miembro de la Asociación Latino Americana de Medicina Social (ALAMES) desde 2004 a la fecha.

nuestros estudiantes a través de una metodología participativa”. Desde esa fecha no se ha dejado de utilizar la metodología en la casa central y se utiliza también en el Campus San Felipe desde 2019, ya que ha demostrado su gran utilidad para fomentar y facilitar el análisis crítico de la realidad sociosanitaria. Es un legado más de la querida Profesora Alma Vidales.

En el último tiempo esto ha sido tremendamente valorado dado que se ha logrado hacer un análisis de la cotidianeidad, de lo que está ocurriendo en la realidad socio sanitaria chilena. Muy especialmente desde octubre del 2019 con el estallido social, o la rebelión de la determinación social, ha habido una oportunidad para aprender estos tópicos en medio de una situación de crisis social y luego dentro de una situación de crisis socio sanitaria a partir de la pandemia.

De hecho estábamos discutiendo temas de participación social y de la necesidad de reforma estructural del sistema sanitario cuando sobrevienen las paralizaciones y demandas desde los/as trabajadores/as de la salud y especialmente desde el colegio médico, cuando se produce el estallido social y eso nos permite tener conversaciones muy pertinentes respecto de lo que ocurre en nuestro país y en nuestra sociedad.

A partir de la pandemia, además se da la situación de incorporación de la formación online, que ha sido desafiante para todos los/as actores involucrados/as y por eso hemos ensayado otras metodologías sustentadas por las tecnologías de la información y la comunicación modernas, las famosas TICs. En ese contexto se da la situación de que una actividad, ya tradicional del bloque, que es el análisis de noticias relacionadas con gestión adquiere una relevancia y una calidad del trabajo realizado por los/as estudiantes muy importante, generándose una posibilidad de transformar ese trabajo, que era habitualmente sólo una presentación en Power Point, en un ensayo grupal con unas características bien definidas. El resultado fue un producto académico que tuvo un nivel de calidad muy apreciable y que motivó al equipo docente a plantearse como desafío hacer esta publicación que ustedes en estos momentos se encuentran leyendo y que ojalá disfruten y les sea útil.

En este desafío editorial, hemos agrupado los ensayos de los/as estudiantes en 3 grandes temáticas: Llegada de la covid-2019 a un sistema de salud fragmentado e inequitativo; APS y la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento en debate; y, Rostros en la gestión de la pandemia.

Además, hemos agregado dos artículos que el equipo docente ha hecho respecto de dos metodologías pedagógicas e innovadoras como son la presentación del análisis crítico de noticias (desde donde surge este libro) y el del análisis crítico de la propia formación recibida en la Escuela de Medicina para el ejercicio en Atención Primaria de Salud (APS). El equipo docente ha estado conformado por el coordinador y estudiantes ayudantes que con su juventud, inteligencia racional y emocional, creatividad y espíritu crítico han sido motores de cambio y de innovación para hacer más efectivo el proceso enseñanza aprendizaje significativo. Como dijo Violeta, ¡que vivan los estudiantes!

También hemos incluido dos documentos previamente publicados, que dada su alta pertinencia con la línea editorial de este libro, hemos considerado adecuado incluir. El primero es un artículo publicado previamente por CLACSO referido al manejo de la pandemia en Chile, específicamente el postergado rol de la APS en ella (con la autorización del Grupo de Trabajo de Estudios Sociales en Salud de CLACSO que editó el libro donde está dicha contribución). El segundo es un documento de posición / propuesta de un grupo de académicos/as denominado “Ues por el Territorio” en el cual se señalan elementos críticos respecto del presente y futuro de la formación de profesionales de la salud en Chile (también con autorización de los autores).

Esperamos que este esfuerzo editorial autogestionado nos permita aportar a la discusión y debate de temas tan importantes como los que están trabajados aquí en relación a la fragmentación del sistema de salud, la necesidad de mayor equidad, la despriorización de APS, la necesidad de incorporar el enfoque de derechos en la gestión sanitaria, etcétera. También esperamos que esta no sea la última vez que podamos publicar productos que nosotros consideramos de alta calidad.

Esta obra tiene también un sentido Político, en el sentido noble de la palabra, es decir que cada vez que se abren las oportunidades para una reflexión complejizadora de la realidad socio sanitaria se está politizando el quehacer, se está intentando contribuir a una transformación de la sociedad y qué momento más oportuno que este en que nos encontramos como sociedad chilena, el momento constituyente. Creemos que debemos contribuir a una transformación profunda de la realidad de tal manera que la matriz socio cultural existente dé paso a una en que las personas seamos respetadas, aceptadas en la legitimidad individual diversa, y a la vez la sociedad recupere la solidaridad, la colaboración y la justicia como valores intrínsecos y permanentes. Junto con Boaventura de Souza creemos que se debe radicalizar la democracia, llevarla efectivamente a todos los rincones sociales y culturales, y creemos que a través de la reflexión crítica le daremos más calidad, equidad y bienestar a nuestras vidas.

Por último, agradecemos a todas las personas que han colaborado en la realización de esta obra. Por supuesto en primer lugar a todos y todas las autoras de los ensayos y al grupo de estudiantes ayudantes que durante el 2020 y 2021 participaron de estos procesos académicos cuyos resultados presentamos y también un agradecimiento con homenaje a la Profesora Alma Vidales Maqueira por su visión innovadora y a los Profesores Soledad Barria Iroume y Carlos Montoya Aguilar que dan mayor realce a esta modesta contribución con sus prólogos. •

The background is a light blue gradient with a faint, stylized illustration of a city. Overlaid on this are several circular icons: a doctor in a white coat and mask holding a tablet, a water drop, a globe, a hand holding a plant, a hospital building with a cross, a water tower, a ladder, a question mark, and a stylized face with question marks. The main title is centered in white text.

Enseñanza-Aprendizaje de Gestión en Salud con enfoque de Salud Colectiva



PARTE I

CAPÍTULO I

Análisis crítico de la Gestión en salud a través de noticias. Experiencia educativa en contexto de crisis sanitaria.

*Paula Adones Soto, Francisca Correa Cortes,
Erick Veas Llanos & Mario Parada-Lezcano*

Introducción

Los medios de comunicación y, particularmente la prensa, poseen un gran potencial como recurso didáctico, siendo utilizado con diversos objetivos como metodología educativa tanto en la educación primaria y secundaria, como en la educación superior (1). Por ejemplo, en el ámbito de la ciencia, la divulgación de hallazgos científicos a través de la prensa se ha constituido como una manera de aprendizaje informal con el objetivo de contextualizar los contenidos científicos y fomentar el análisis crítico (2). También encontramos experiencias en España donde se utiliza el análisis de prensa en la educación de adultos, promoviendo el aprendizaje práctico relacionado con la vida cotidiana e incitando al educando a ser partícipe activo de su formación (1).

Desde el año 2010 utilizamos el análisis de noticias como una metodología pedagógica para el proceso de enseñanza-aprendizaje de los contenidos relacionados con Gestión en Salud, en el pregrado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, específicamente en quinto año de la Casa Central, permitiendo a los/as estudiantes aterrizar a la realidad nacional y local aspectos teóricos de la salud pública y gestión, desarrollar una mirada crítica y realizar un proceso de co-construcción del conocimiento (3). Los/as estudiantes llegan al curso habiendo recibido contenidos generales de salud pública, epidemiología, ciencias sociales y humanas en los bloques curriculares Salud y Sociedad I y II (definiciones de salud, derecho a la salud, salud pública, seguridad social, determinantes sociales de la salud, definiciones de políticas públicas y sociales, desigualdad e inequidad, modelos de atención, participación social, entre otros).

Las competencias declaradas para el bloque curricular Gestión en Salud son las siguientes: promover la salud y prevenir la enfermedad en las personas y comunidades, sobre la base del conocimiento integral del desarrollo normal del ser humano y de la sociedad; diagnosticar oportunamente las patologías humanas, sustentado en el conocimiento médico actualizado, y además realizar tratamiento y/o derivación a los pacientes de la manera más adecuada y oportuna, basándose en su capacidad para considerar y analizar todas las variables propias del médico, del paciente y del entorno que pudieran incidir en tal decisión; utilizar los recursos, materiales y financieros de manera eficaz y eficiente; demostrar una visión coherente, integral y respetuosa del ser humano como unidad bio-psi-

co-social unívoca y diversa, entregando un trato humano y ético hacia la persona, familia, el equipo de salud y la comunidad; adaptarse a los diferentes entornos social, cultural, religioso y/u organizacional así como a los cambios tecnológicos; interactuar eficazmente y promover el trabajo en equipos inter y multidisciplinarios e inter y multisectoriales, asumiendo un liderazgo positivo y participativo cuando las situaciones lo requieran y siempre contribuyendo al desarrollo del conocimiento científico; analizar críticamente el sistema de seguridad social en beneficio de las personas y las comunidades; gestionar recursos personales, del equipo y la red en resolución de problemas de salud de la población.

Los objetivos pedagógicos del bloque curricular son: comprender que la salud y la atención de salud es un derecho humano fundamental que se debe aplicar con un sentido de justicia social y sanitaria; comprender los fundamentos sociopolíticos y culturales de las intervenciones poblacionales, vinculados al ámbito de la ética, los derechos humanos y las relaciones entre salud y sociedad; comprender las políticas de salud, el sistema de salud y de la seguridad social del país, su historia, sus principios, su estructura, roles, funciones, complejidades e instrumentos; orientar y dar sentido a las actuaciones médicas, que conllevan derechos y beneficios, para las personas; analizar las fortalezas y debilidades de la institucionalidad sanitaria. Los principales contenidos entregados se detallan en la Tabla 1.

Las metodologías docentes utilizadas durante el proceso de enseñanza-aprendizaje son: clases expositivas, talleres grupales de discusión y plenarios, mesa redonda, trabajos grupales (tablero participativo, elaboración de podcast, ensayos), lecturas individuales, formulación de proyecto de intervención y análisis y discusión de noticias. Con el tiempo una de las más relevantes por la aceptación y utilidad referida por los/as estudiantes es el Análisis Crítico de Noticias (ACN). Esta consiste en realizar una revisión de una noticia de carácter nacional escogida por los mismos estudiantes, donde a partir del trabajo en grupo y el debate se busca integrar los contenidos entregados previamente en la asignatura, indagando acerca del fenómeno que se presenta en la noticia, cómo se relaciona con los elementos de gestión en salud, cómo influyen los elementos estructurales del sistema de salud y el contexto sociopolítico en dicho fenómeno, quiénes son los actores involucrados, entre otros elementos.

La pandemia de la Covid-19 ha provocado inesperados cambios en la forma en que desarrollamos nuestras actividades cotidianas y nos relacionamos unos/as con otros/as. Así se vivió en el ámbito de la educación donde diversas adaptaciones se debieron llevar a cabo para continuar con los procesos de enseñanza-aprendizaje en todos los niveles educativos (4), y la educación médica no fue una excepción. En el pregrado las clases presenciales tuvieron que ser llevadas a cabo a través de medios virtuales y las prácticas hospitalarias y en atención primaria, estas últimas ya muy escasas previo a la pandemia, han sido postergadas (5). Es así como la enseñanza tradicional ha tenido que ser adaptada al mundo digital con el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs), intentando situar en el centro del proceso educativo al estudiante, con una enseñanza flexible y favoreciendo el trabajo en equipo (4). Sin embargo, la transición de llevar el lugar de estudio

al hogar no está exenta de complicaciones, pues el aumento de las interacciones vía online como consecuencia del aislamiento físico y las dificultades para establecer límites entre el estudio y el hogar puede afectar a quienes participan en el proceso educativo (6), con consecuencias incluso para la salud mental (7).

Tabla 1. Contenidos entregados en el Bloque Curricular de Gestión en Salud

<ul style="list-style-type: none"> • Políticas Públicas y Sociales • Protección Social en Salud / Seguridad Social • Sistemas de Salud • Sistemas de Salud Chilenos y sus reformas • Financiamiento del Sector Salud • Salud Ocupacional • AUGE-GES • Administración en Salud • Gestión Clínica • Auditoría Clínica • Sistemas de Calidad • Seguridad del paciente • Red Integrada de Servicios de Salud • Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia y Contrarreferencia • Gestión en Atención Primaria de Salud • Atención Médica en APS • Gestión Hospitalaria • Gestión de las Personas • Marco Legal del Ejercicio Profesional • Liderazgo • Trabajo en Equipo • Sistema de Información en Salud • Planificación Estratégica en Salud • Marco Lógico • Formulación de Proyectos de intervención Evaluación/Control • Indicadores
--	--

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, en el área de la salud pública la llegada del SARS-CoV-2 también ha traído nuevos elementos para el análisis, pues el enfrentamiento de la pandemia ha requerido la movilización y coordinación de muchos y variados esfuerzos para disminuir las cifras de contagio en el país. Así se vio reflejado en los medios de comunicación, donde todos los días se muestran nuevos elementos en debate en torno al manejo de la pandemia por las autoridades sanitarias en un sistema de salud fragmentado y privatizado como lo es el chileno. De esta forma, la pandemia se configura también como una oportunidad de profundizar los aprendizajes en torno a la gestión en salud.

Es en este contexto realizamos la experiencia educativa presentada en el siguiente artículo, donde se resume la tarea de análisis de noticias publicadas en periódicos físicos o digitales cuya temática incorpore el enfrentamiento de la pandemia en nuestro país, realizada por estudiantes del quinto año del bloque curricular de Gestión en Salud de la carrera de Medicina de la Universidad de Valparaíso. El objetivo de la actividad fue analizar de manera crítica una noticia de carácter nacional en el área de gestión en salud en tiempos de pandemia.

Metodología

Se conformaron por afinidad 10 grupos de entre 6 a 8 personas de un total de 78 estudiantes. El trabajo se dividió en dos etapas: en primer lugar, se debió realizar una presentación del análisis de noticias y exposición frente al curso; y, en segundo lugar, se debió realizar un ensayo elaborando un resumen de los elementos abordados en las presentaciones e incorporando nuevos antecedentes al análisis.

En relación con la presentación del análisis de noticias, cada grupo seleccionó una noticia de carácter nacional sobre alguna de las problemáticas que surgieron a raíz del enfrentamiento a la pandemia en nuestro país. Esta debió ser enviada con un mes de anticipación al equipo docente del bloque curricular a través de correo electrónico, de esta forma se evitó la repetición de noticias.

El ACN y la investigación bibliográfica realizada por cada grupo se presentó en forma oral a través de la plataforma de zoom. La presentación debía contener los siguientes elementos: título, medio de prensa, fecha de publicación, fundamento de la elección (relevancia para la gestión en salud), antecedentes complementarios investigados (bibliografía), análisis crítico y conclusiones.

Con el propósito de que no existieran inequidades en el tiempo disponible para la confección de las presentaciones, se solicitó que cada grupo hiciera llegar con anticipación las presentaciones finales en una fecha límite. Cada grupo contó con 15 minutos para exponer y 5 minutos para responder preguntas, de esta forma generar debate en la clase. Estas sesiones se realizaron en dos días durante el horario definido para las actividades del bloque curricular de Gestión en Salud.

Respecto a la rúbrica de evaluación ésta se compuso de 6 criterios a evaluar con una calificación de 1.0 a 7.0, los cuáles fueron: calidad de la fundamentación de la elección de la noticia (relación con Salud Pública y la Gestión), calidad de los antecedentes complementarios investigados, calidad del análisis crítico, calidad de la exposición en general, calidad de las respuestas entregadas a las preguntas realizadas y respeto del tiempo asignado. Se promedió la nota de cada ítem para configurar la nota final de la actividad educativa.

Respecto a la segunda etapa de la actividad educativa, la cual fue meses después de la primera, cada grupo a partir del análisis crítico de las noticias ya realizado en la primera etapa, debió elaborar un ensayo con el objetivo de resumir, actualizar y profundizar lo ya desarrollado. El ensayo debió ser escrito con un límite de 1000 palabras (sin incluir el título, índice, gráficas y bibliografía) y ser dividido en las siguientes secciones: título, índice, introducción, desarrollo del tema, conclusiones y bibliografía.

En concordancia con lo consultado al curso, el desarrollo del ensayo reemplazaría el examen final del curso y por lo tanto la fecha de entrega fue cercana al término de la realización del bloque curricular.

Tabla 2. Rúbrica de evaluación ensayo análisis de noticias

Crterios por evaluar	Sobresaliente (4 puntos)	Bien (3 puntos)	Suficiente (2 puntos)	Insuficiente (1 punto)	No observado (0 puntos)
Redacción y coherencia	Cumple con el propósito comunicativo (se comprenden las ideas expuestas, está organizado y cumple la intención del tipo de texto requerido). El relato es totalmente coherente.	Cumple parcialmente con su propósito comunicativo. El relato tiene algunas/pocas incoherencias	Se comprende el texto, pero las ideas expresadas están incompletas y existen muchas incoherencias	No cumple con su propósito comunicativo (no hay claridad en el mensaje que se espera transmitir. pierde secuencia o cambia de tema. No presenta organización de las ideas). El relato es incoherente	No entrega el ensayo
Contenidos	Los elementos y contenidos expuestos corresponden al tema solicitado, y los planteamientos son precisos y correctos. Desarrolla el tema	Los elementos y contenidos expuestos corresponden al tema solicitado, y los planteamientos son precisos y correctos. Podría haber más desarrollo del tema.	Los elementos y contenidos expuestos corresponden al tema solicitado, pero hay planteamientos poco precisos o no atingentes.	No todos los elementos y contenidos expuestos corresponden al tema solicitado.	No presenta el ensayo
Calidad de antecedentes complementarios investigados	Establece la intención del ensayo al principio. Bibliografía atingente y actualizada (desde el 2000 a la fecha).	Se establece la intención del ensayo al principio del escrito. La bibliografía es atingente. La bibliografía no es actualizada.	Se establece la intención del ensayo al principio del escrito. La bibliografía no es atingente. La bibliografía no es actualizada.	No se establece la intención del ensayo al principio del escrito. La bibliografía no es atingente. La bibliografía no es actualizada.	No presenta el ensayo
Análisis crítico del tema	Realiza análisis crítico del tema asignado y presenta posibles soluciones.	Realiza análisis crítico del tema asignado, presenta posibles soluciones.	Realiza descripción del tema asignado y presenta posibles soluciones.	Realiza descripción del tema asignado y no presenta posibles soluciones.	No presenta el ensayo
Capacidad de síntesis	Realiza una buena síntesis de su crítica (máximo 1000 palabras) Envío del ensayo en el tiempo solicitado.	Falta capacidad de síntesis (sobrepasa las 1000 palabras) Envío del ensayo en el tiempo solicitado.	Falta capacidad de síntesis (sobrepasa las 1200 palabras) Envío del ensayo en el tiempo solicitado	Envío del ensayo fuera del tiempo solicitado.	No presenta el ensayo

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la rúbrica de evaluación, se evaluaron 5 criterios con una escala de 4 a 0 puntos (Tabla 2). Al igual que la presentación, los ensayos debían ser enviados vía correo al equipo docente del curso.

Resultados

A partir de la actividad realizada, se presentaron un total de 10 presentaciones en *PowerPoint* y ensayos en los que se analizaron temáticas en relación con la gestión en salud de la pandemia presente en nuestro país.

Los principales temas abordados fueron vigilancia sanitaria y epidemiología en los centros de salud y rol de la Atención Primaria en Salud (APS), saturación y colapso de la red asistencial, irregularidades en el arriendo de recintos privados como hospitales de campaña, acusaciones en contra de la gestión del ministro de salud, crisis en SENAME agudizada por la pandemia, precarizadas condiciones laborales del personal de salud durante la pandemia, y desabastecimiento de la terapia antirretroviral durante la pandemia. Los temas abordados en las noticias y contenidos trabajados en los análisis se resumen en la Tabla 3.

Dentro del análisis de todas estas grandes áreas del sector salud que se vieron afectadas por la crisis sanitaria, las/os estudiantes reflexionaron en torno al mal manejo de los presupuestos en salud, reflejado en la falta de tratamientos disponibles o en el traspaso de fondos públicos al sector privado por montos superiores a los establecidos legalmente. También se estudiaron las consecuencias negativas que implica en la gestión sanitaria la fragmentación del sistema de salud, siendo identificada como una de las principales causas de la deficiencia en la estrategia de Testeo Trazabilidad Aislamiento, puesto que hay un grupo de la población excluida de la Atención Primaria en Salud, eje central en dicha estrategia.

Así mismo, los/as estudiantes también analizaron cómo la precarización laboral de los/as profesionales de la salud es un reflejo de una gestión deficiente a nivel de macro y meso gestión, teniendo en consecuencia facilitadores del error clínico como la sobrecarga laboral, turnos excesivamente largos, el estrés, entre otras. Otro de los puntos fuertemente investigados por los/as alumnos/as fue el pobre rol que se le asignó a la Atención Primaria de Salud desde los inicios de la pandemia, priorizando la destinación de recursos a los centros hospitalarios para resolver el tratamiento a personas enfermas por COVID-19, dejando así de lado la promoción y prevención y el potencial trabajo que podía realizar la APS en la vigilancia y trazabilidad de la pandemia. En esta misma línea se analizó también el colapso de la red asistencial, explicando a nivel de macro gestión como debilidad del MAIS al tener un pobre enfoque preventivo, insuficiente fortalecimiento de la APS, e insuficiente información científica para establecer criterios epidemiológicos; y a nivel de la meso y micro gestión como lo expuesto anteriormente respecto a la fragmentación del sistema de salud, precarización laboral, entre otros. La negligente gestión presentada en pandemia por el gobierno de turno y el reflejo de históricos años de un enfoque inadecuado en cuanto a la administración del

sector salud además perjudicó procesos de crisis que ya se estaban viviendo al interior de algunas instituciones, como lo es el Servicio Nacional de Menores.

Finalmente, respecto a las calificaciones finales del ensayo, la media del curso fue de 7.0, el promedio fue de 6.8 y la mediana de 6.8. La calificación final surge al promediar la evaluación asignada por cada uno de las/os que integramos el equipo docente del curso, es decir, 3 estudiantes ayudantes y el coordinador del curso.

Tabla 3. Temas abordados en ACN y contenidos del bloque que fueron incluidos

Temas abordados	Contenidos incluidos
Irregularidades en el arriendo de recintos privados como hospitales de campaña	<ul style="list-style-type: none"> • Fragmentación del Sistema de Salud • Lógica de privatización en la salud • Eficiencia en al gestión
Saturación y colapso de la red asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de crisis sanitaria previa a la pandemia. • RISS • Uso de indicadores • Niveles de gestión: macro, meso y microgestión
Acusaciones en contra de la gestión del ministro de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de decisiones informadas • Eficacia, eficiencia y efectividad • Auditorias • Trabajo en equipo de salud
Vigilancia epidemiológica a nivel nacional	<ul style="list-style-type: none"> • Error en gestión • Fragmentación del Sistema de Salud • Sistemas de información y comunicación
Crisis en centros del SENAME agudizada por la pandemia	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la salud de niños, niñas, adolescentes y jóvenes • Macrogestión de salud • Protocolos clínicos
Condiciones laborales precarias del personal de salud durante la pandemia	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de personas en salud • Burnout en profesionales de la salud
Desabastecimiento de TARV para personas que viven con VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la salud de personas que viven con VIH • Desabastecimiento de fármacos e insumos
Vigilancia epidemiológica en la Atención Primaria de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque comunitario de la APS • Financiamiento a APS • Eficiencia en la utilización de recursos
Estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de recursos en salud • Participación en salud • Trabajo multidisciplinario jerarquizado • Sistemas de información y comunicación

Fuente: Elaboración propia

Discusión

La educación médica ha cambiado sus paradigmas en los últimos años y la pandemia de la Covid-19 nuevamente nos presenta desafíos. Sabemos que el área de la salud pública y particularmente la gestión en salud no siempre se enseña con la misma relevancia con que se imparten asignaturas clínicas, sin embargo, la situación sanitaria que hemos vivido en los últimos dos años nos muestra el rol fundamental que tiene el conocimiento de estas áreas de la medicina para lograr una buena salud de la población.

Es así, que la pandemia se presenta como una nueva oportunidad de aprendizaje, no sólo en términos de una nueva enfermedad y su manejo, sino también para revisar la forma en que estamos organizando nuestros sistemas de salud.

La experiencia pedagógica presentada en el presente artículo permitió a los y las estudiantes, a través del análisis de noticias de la situación sanitaria que ha vivido nuestro país, vincular contenidos de salud pública y gestión en salud, como la fragmentación del sistema de salud, el funcionamiento de las redes integradas de servicios de salud, niveles de gestión, trabajo en equipo multi e interdisciplinario, derecho a la salud, entre otros temas abordados por los grupos, con realidades concretas de salud. Esto, va en concordancia con los objetivos pedagógicos de la asignatura de Gestión en Salud pues favoreció la comprensión de la salud como un derecho, el análisis de los contextos sociopolíticos y culturales y la relación entre salud y sociedad, consolidar conocimientos acerca de políticas públicas, estructura, roles y funciones del sistema de salud, y analizar fortalezas y debilidades de la institucionalidad sanitaria.

Además, permitió el fortalecimiento de competencias como el análisis crítico del sistema de seguridad social, la gestión de recursos personales, del equipo y la red y la utilización de recursos materiales y financieros de manera eficaz y eficiente, en pos de mejorar la salud de la población.

De esta forma, la metodología de ACN permitió consolidar conceptos aprendidos durante el desarrollo del bloque, pudiendo ser replicada con diversas temáticas en relación con salud y presentando los análisis con distintos formatos, por ejemplo, a través de presentaciones o ensayos. Sin embargo, es importante reforzar que esta actividad debe apoyarse en la investigación realizada por los grupos y basada en evidencia científica para justificar las observaciones surgidas del análisis de las noticias, pues de esta manera permite generar nuevo conocimiento a partir de hechos ocurridos en la realidad país permitiendo la búsqueda de alternativas para el mejoramiento de la gestión de nuestro sistema de salud.

El equipo docente ha considerado especialmente exitosa la aplicación de ACN en 2020, generando como resultado final del proceso educativo la publicación de un libro con los ensayos realizados por los/as estudiantes.

Referencias

1. **Ricoy M.** *La prensa como recurso educativo: complejidad y pertinencia de su uso en la educación de adultos.* *Revista mexicana de investigación educativa* [Internet]; 2005 [citado: 2021 julio]; vol. 10, 125-163. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/140/14002407.pdf>
2. **Jiménez-Liso M, Hernández Villalobos L, Lapetina J.** Dificultades y propuestas para utilizar las noticias científicas de la prensa en el aula de ciencias. *Revista Eureka sobre enseñanza y divulgación de las ciencias* [Internet]. 2010 [citado: 2021 julio]; 7(1):107-126. Disponible en: https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/9866/Jimenez_Liso_et_al_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. **Lanio I, Godoy R, Hidalgo P, Vidales A. y Gregoire J.** Desarrollando una mirada crítica sobre Salud Pública en estudiantes de Medicina: Evaluación de una propuesta educativa. *Revista Educación en Ciencias de la Salud* [Internet]; 2012 [citado: 2021 agosto]; 9(1): 31-35. Disponible en: <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol912012/artinv9112c.pdf>
4. **García K; Arenas R; Valcárcel N; Hidalgo R; Massanet T; Lima L.** Las tecnologías de la información y las comunicaciones en tiempos de COVID-19: desafíos de la educación médica. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud* [Internet] 2021 [citado: 2021 julio 01]; vol. 12 (2): 176-183. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/2378/1495>
5. **Ahmed H, Allaf M. y Elghazaly H.** COVID-19 and medical education. *The Lancet Infectious Diseases* [Internet]. 2020, marzo 23 [citado: 2021, julio 30]; 20 (7): 777-778. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30226-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30226-7)
6. **Rose S.** Medical Student Education in the Time of COVID-19. *JAMA* [Internet]. 2020, junio 2 [citado: 2021, julio 30]; 323 (21): 2131-2132. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764138>
7. **Mac-Ginty S, Jiménez-Molina A. y Martínez V.** Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de estudiantes universitarios en Chile. *Revista chilena de psiquiatría y neurología de la infancia y la adolescencia* [Internet]; 2021 [citado: 2021 julio]; vol. 32. Disponible en: https://www.imhay.org/wp-content/uploads/2021/03/Rev-SOPNIA-2021_Impacto-de-la-pandemia-por-COVID-19-en-la-salud-mental-de-estudiantes-universitarios-en-Chile.pdf

CAPÍTULO II

Análisis Crítico de la formación médica para APS desde los y las protagonistas

Paula Adones Soto & Mario Parada-Lezcano

Introducción

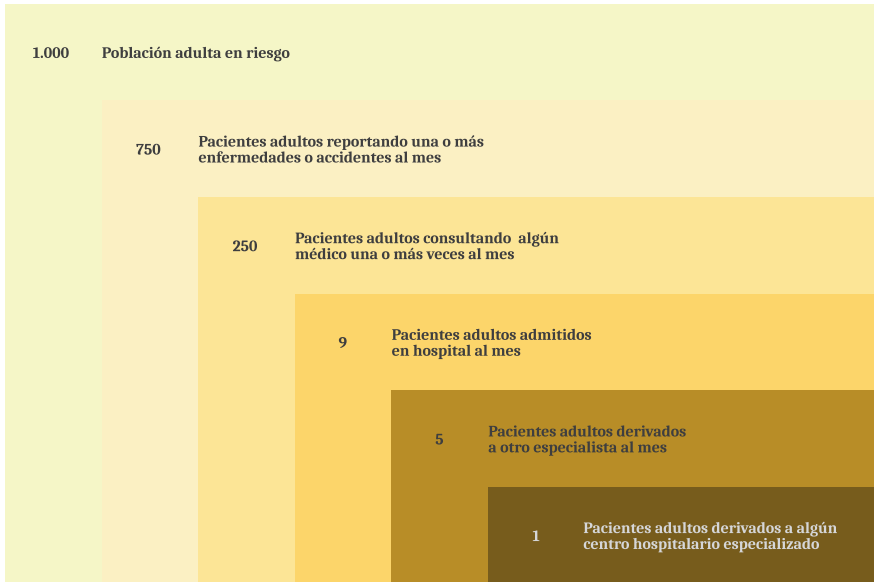
La formación de profesionales de la salud trae consigo diversos desafíos, pues se está educando a las personas encargadas de potenciar, proteger y mantener la salud de las comunidades. En esta tarea hay muchos conocimientos que se deben adquirir, desde ciencias básicas hasta enfrentamiento de patologías complejas, sin embargo, no existe una única mirada para llevar a cabo el proceso formativo de los futuros profesionales de la salud (1). Una de ellas realiza un esfuerzo por incorporar aspectos teóricos de las ciencias humanistas en la enseñanza de la medicina, teniendo como uno de los elementos principales la importancia de la formación basada en la comunidad con un enfoque hacia la Atención Primaria de Salud (APS).

De hecho, desde la década de 1960 se ha discutido respecto de cuál es el tipo de profesional médico/a que se requiere para lograr mejorar las condiciones de salud de las poblaciones, sobre todo las más desfavorecidas. White (1961) demostraba y denunciaba que solo una muy pequeña parte de la población requería de cuidados médicos especializados y que una gran mayoría de la población enferma necesita de cuidados mínimos y de la medicina general (Figura 1), señalando que la medicina hospitalaria e hiperespecializada es el fracaso de la atención entregada en etapas previas (2).

En aquel período, la crítica al rol de la corporación médica recrudece. Iván Illich (1975) señala en su libro *Némesis Médica* un ácido análisis respecto de la medicina y los médicos señalando, por ejemplo, que la asistencia clínica era incidental a la cura de la enfermedad, pero el daño causado por ella misma a la salud de personas y poblaciones resultaba muy significativo, agregando que la asistencia sanitaria se había transformado en una empresa productora de enfermedades debido a la intensidad de una “dedicación ingenieril” por parte de los médicos, esto dio pie a la creación del término “complejo médico-industrial”.

A nivel global, en la década de 1970, se comienza a producir un consenso político técnico respecto de los beneficios que mostraban múltiples experiencias en el mundo respecto de la medicina general aplicada a nivel comunitario, del trabajo para y con las comunidades, de los equipos multidisciplinarios, de la participación social, de la utilización de tecnologías apropiadas, entre otros elementos. Se produce un rescate de la Medicina Social como corriente de pensamiento crítico en salud que había surgido en Europa central a

Figura 1. Estimaciones mensuales del predominio de enfermedades en la comunidad y el rol de los médicos, hospitales y centros de atención médica especializados (adultos de 16 años o más).



Fuente: adaptación de White et al., 1961 (2).

mediados del siglo XIX y que en Chile fue actualizada bajo el liderazgo de Salvador Allende Gossens en la década de 1940 (3), posteriormente conocida en América Latina como Salud Colectiva. Además, desde las corrientes más funcionalistas se desarrolla el paradigma integrador de “La Salud Integral” y la Medicina Familiar.

En ese contexto se prepara y produce la Asamblea Mundial de la Salud de Alma-Ata en 1978 en donde surgió la Atención Primaria de la Salud como estrategia de desarrollo, posicionándose como núcleo esencial de los sistemas de salud, debido al alcance que este tiene hacia las personas, sus familias y las comunidades (4). La consigna que surgió allí “Salud para todos”, respondió a los valores de derechos humanos, equidad, solidaridad y justicia social, significando una meta social que no era simplemente alcanzar la salud para todos en el año 2000, sino que para el fin de siglo todos los países que suscribieron la Declaración de Alma Ata hubiesen definido sus políticas públicas de Estado en ese sentido, aplicando con claridad sus principios. Sin embargo, lamentablemente se produjeron muchos mal entendidos, malas interpretaciones involuntarias e intencionadas que hicieron sinónimo la Atención (cuidado, interés) a la prestación médica, el concepto de Primaria (fundamental y prioritario) a servicio básico y barato, y la Salud a la ausencia de enfermedad (5).

Figura 2. Naturaleza y complementariedad de miradas de Alma Ata

Componentes	Mirada técnica	Mirada política
Recursos humanos	Más gente formada y trabajando en el primer nivel	Posición de las universidades
Participación social	Multiplicación de las instancias de representación, consulta y control	Posición de los partidos políticos
Programación por necesidades	La epidemiología ayudando a definir la agenda del sector	Posición de las corporaciones
Tecnologías apropiadas	Nuevos desarrollos orientados a lo prevalente, a las enfermedades olvidadas	Posición de los productores
Nuevos modelos de organización	Cambiar la centralidad de los hospitales complejos, desarrollo amplio de nuevos escenarios de atención	Posición de los funcionarios
Articulación intersectorial	Pasar de salud a saludable involucrando a los otros sectores en esa construcción	Posición de los otros sectores
Reorientación del financiamiento	Mostrar las prioridades en el financiamiento sectorial e intersectorial	Posición de los financiadores
Cobertura total	Contribuir al derecho a la salud garantizando la equidad en la atención	Posición de los "donantes"

Fuente: Tomado de Rovere, M. 2009 (6).

Ciertamente había una mirada estratégica en todo lo que contenía la declaración de Alma Ata, que implicaba un desafío político de gran magnitud para los gobiernos y sus pueblos (ver Figura 2), pero dicha visión en la mayor parte del mundo no fue concretada por una serie de barreras ideológicas, políticas, financieras y culturales (6).

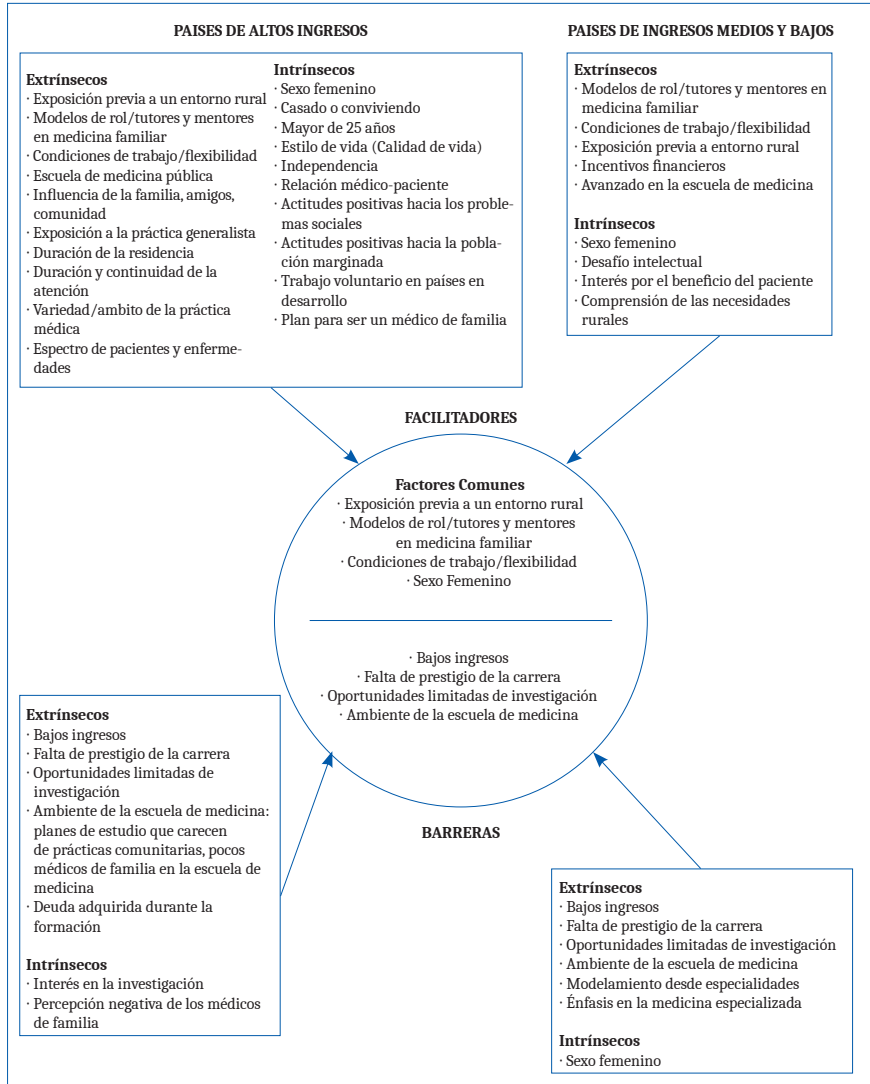
Dada la situación expuesta y los escasos resultados obtenidos a nivel global, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) decide reimpulsar la estrategia a través de la política que denominó "APS Renovada", en donde recomienda, entre otras cosas: cobertura universal, lo cual requerirá un volumen adecuado de profesionales capacitados en Atención Primaria; los recursos humanos deben planificarse de acuerdo a las necesidades de la población; la capacitación de los recursos humanos debe responder a las necesidades de salud y realizarse de forma permanente; deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) que permitan su ajuste a una labor específica; deben desarrollarse políticas y mecanismos que garanticen las condiciones adecuadas de trabajo y el mejor desempeño del personal de salud (7). Posteriormente, la OPS dedica su atención a la formación médica y recomienda específicamente una educación basada en la comunidad, con una orientación generalista, con contenidos de salud pública y salud familiar y comu-

nitaria, y fundamentalmente con un enfoque de atención primaria de salud, que permita al egresado/a el desarrollo de sólidas competencias técnicas y sociales, con pensamiento interdisciplinario y comportamiento ético (8). Así, el enfoque comunitario y participativo adquiere un nuevo impulso en la región buscando poner en el centro las necesidades y problemas de salud tanto personales como colectivos, con la participación activa de los actores implicados en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados (9).

Según lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud algunas de las causas de los problemas de implementación de un modelo de salud familiar y comunitario son la falta de compromiso social de las escuelas con la salud de la población, el alto costo de la salud debido a la elevada proporción de médicos especialistas versus generales y familiares, escasos conocimientos y habilidades de los egresados para trabajar en la APS, la centralización del aprendizaje situado en los hospitales, entre otros elementos (8,10). También la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo y Crecimiento Económico en Salud convocada por la ONU insta a potenciar una educación transformadora, de buena calidad, y el aprendizaje permanente para que todos/as los/as trabajadores sanitarios/as cuenten con competencias que se adecúen a las necesidades de las poblaciones en materia de salud y puedan trabajar dando lo mejor de sí mismos/as (11). El Plan de Acción de RHS 2018-2023 de la OPS (12) destaca que el personal de salud es un actor político fundamental que tiene suficiente poder para cambiar la manera en que las políticas de salud se formulan y se ejecutan. La eficacia de la atención de salud depende enormemente del desempeño de los trabajadores de salud y, en consecuencia, de su financiamiento, capacitación, selección, contratación y desarrollo, y de ofrecerles perspectivas de carrera integrales. Los servicios de salud integrados, de gran calidad, eficaces y centrados en la persona, dependen de una combinación acertada de trabajadores de salud que tengan las aptitudes adecuadas, en el lugar adecuado y el momento propicio. Comprendiendo el rol central de los Recursos Humanos en Salud (RHS), la Política Andina de RHS del ORAS – CONHU (Organización Regional Andina en Salud – Convenio Hipólito Unanue) y su Plan Estratégico 2018 – 2022, señalan que es necesario aumentar el conocimiento acerca de las competencias laborales (de desempeño), de formación de los/as médicos/as que se desempeñan en la APS, en el marco de la política de salud de cada país, y su aporte concreto a la solución de la problemática comunitaria local (13).

En términos generales, el problema que se identifica con mayor frecuencia respecto de los procesos de formación es la baja adecuación entre los perfiles de egreso y los perfiles ocupacionales o de desempeño requeridos para el funcionamiento del sistema de salud, hecho que pudiese estar relacionado con un bajo nivel de articulación entre los sistemas educativo y sanitario respecto a la formación del talento humano en salud (14). La literatura muestra explicaciones respecto de cuáles son los factores que interfieren en que los estudiantes de medicina prefieran la especialización en vez del ejercicio profesional como médicos/as generales o de familia. Tal como se aprecia en la Figura 3 muchos de esos factores extrínsecos tienen que ver con la Educación Médica (EM) recibida y con las Políticas de Desarrollo del RHS (15). En el mismo sentido, Giovannella et al. (2015) señalan que entre

Figura 3. Facilitadores y barreras que influyen en la elección del desempeño futuro en estudiantes de medicina, y factores que influyen subyacentes intrínsecos y extrínsecos, en países de alto, medio y bajos ingresos 2003-2013



Fuente: Puertas et al. 2013 (17).

los desafíos más importantes para la garantía de los cuidados integrales en salud están la formación y el desarrollo profesional continuos para la actuación en APS y para garantizar el acceso a servicios de salud en áreas remotas y desfavorecidas (16).

Por otra parte, Nebot et al. (2009), señalan que las competencias constituyen en la actualidad una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permiten mejorar la articulación entre gestión, trabajo y educación, características permanentes que se demuestran cuando se desarrolla una actividad, sea laboral o de otra índole (18).

En Chile, la atención médica ambulatoria territorializada organizada desde el Estado se inaugura en 1924 con el Seguro Obrero Obligatorio, la cual se ve impulsada con las políticas públicas de prevención junto con la protección del binomio madre/hijo(a) en 1936. La configuración de una Atención Primaria de Salud (APS) propiamente dicha se da a partir de 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) que implementa una red asistencial pública única, de cobertura nacional y con equipos de salud multiprofesionales. El gobierno del presidente Salvador Allende impulsa significativamente a la APS al introducir la democratización de los servicios de salud (Consejos de Salud Locales deliberativos) y el programa de alimentación complementaria infantil. Sin embargo, la dictadura cívico militar elimina el SNS durante la década de 1980, creando 29 servicios de salud segmentados y además municipaliza la APS, lo cual afectó la coordinación de la red asistencial pública y pauperizó las condiciones para la atención. Con los gobiernos de la Concertación (1990 – 2010) se adoptaron diversas medidas orientadas a fortalecer la APS con la búsqueda de la transformación de los consultorios en centros de salud con población a cargo; y pago per cápita de las acciones de APS, que reemplazó el pago previo por prestaciones efectuadas. Desde la Reforma de Salud del 2005, se inicia la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria a lo largo del país, sin embargo, este proceso no estuvo exento de dificultades (19).

Es innegable que la idea de incorporar el enfoque social en el campo de formación médica, desde el punto de vista de su incorporación como materia a ser ofrecida en forma de disciplinas, cursos, conferencias o seminarios, es una contribución de los ideólogos de la Medicina Preventiva y Social o de los que adoptaron las recomendaciones realizadas a mediados del siglo XIX respecto al tema (20). También, y ya desde 1972 (21), se hablaba de la necesidad de que la formación médica incluyera elementos que permitieran a los/as estudiantes hacer análisis crítico de los cambios, investigar la realidad en términos de sus contradicciones internas, estudiar tanto los niveles concretos de la realidad como los niveles estructurales y las relaciones entre ambos.

En lo referente a la educación médica para la APS en Chile, podemos señalar que su trayectoria ha estado fuertemente definida por los cambios ideológicos y políticos. Duarte (1997), apuntaba que la sistematización de las ciencias sociales, en su contenido y métodos tiene una orientación ideológica y depende de las personas que la implantan y de disposi-

ciones legales que puedan o no garantizar su lugar junto a otras áreas de conocimiento (22). En Chile esta se estructuró sobre la base de percepciones y posiciones políticas e ideológicas que entraron en contradicción luego del golpe de estado en 1973, de manera que la caída de la democracia significó un profundo retroceso respecto de la educación médica con estos enfoques necesarios para la comprensión y el trabajo en APS. Lo social cayó en desgracia, lo cual también tuvo su efecto en los espacios ganados dentro de la formación médica (23).

La recuperación del sistema democrático y los propios cambios al interior de la academia han permitido ir abandonando las miradas sesgadas en torno a la importancia de las ciencias sociales y estar en un punto en donde aparecen nuevos impulsos para que se retome, basándose en las evidencias que existen de que la incorporación de esta área del conocimiento es fundamental para los profesionales de la salud, específicamente los médicos y médicas.

El nuevo Perfil Profesional definido en 2004 por la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso señala que el/la profesional recién egresado/a es un/a médico/a general que está en condiciones de promover la salud y prevenir la enfermedad en las personas y en las comunidades, sobre la base del conocimiento integral del desarrollo normal del ser humano y de la sociedad. Su quehacer –promocional, preventivo, curativo y rehabilitador– se caracteriza por el diagnóstico oportuno de las patologías humanas, sustentado en el conocimiento médico actualizado y, además, por el tratamiento y/o derivación a los pacientes de la manera más adecuada y oportuna, basándose en su capacidad para considerar y analizar todas las variables propias del médico, del paciente y del entorno que pudieran incidir en tal decisión. En esta labor, tanto en servicios públicos como privados, utiliza los recursos humanos, materiales y financieros de manera eficaz y eficiente. Su formación en el método científico le permite demostrar una visión coherente, integral y respetuosa del ser humano como unidad bio-psico-social unívoca y diversa, entregando un trato humano y ético hacia la persona, la familia, el equipo de salud y la comunidad. Los/as egresados/as tienen capacidad de adaptación a los diferentes entornos: social, cultural, religioso y/u organizacional, así como a los cambios tecnológicos. En su desarrollo laboral interactúa eficazmente y promueve el trabajo en equipos inter y multidisciplinarios e inter y multisectoriales, asumiendo un liderazgo positivo y participativo cuando las situaciones lo requieran y siempre contribuyendo al desarrollo del conocimiento científico. Entonces, el proceso de innovación curricular tuvo el propósito de entregar una formación más humanista, de mejor calidad, desarrollando competencias en los/as futuros/as médicos/as que les permitan adaptarse a los nuevos escenarios del ejercicio profesional con especial énfasis en APS.

Dentro de este proceso, se decidió incorporar una serie de contenidos faltantes enfocados al desarrollo del conocimiento en áreas de Ciencias Humanas no biomédicas, focalizados en los nuevos Bloques Curriculares de Salud y Sociedad, Profesionalismo y Práctica de la Medicina, Introducción a la Clínica Médica, Clínica de Salud Familiar, Gestión en Salud y el internado de APS (24), y así abordar una de las deficiencias en la formación detectadas

que se refería a obstáculos en el autoaprendizaje y el desarrollo de materias de gran importancia, como los aspectos éticos y humanistas, sociológicos y comunitarios, en un contexto de un currículo excesivamente sobrecargado (23).

Sin embargo, en la práctica aún quedan muchos desafíos pendientes, siendo uno de ellos la formación médica para la Atención Primaria de Salud, pues a pesar de que se define una formación generalista en los perfiles de egreso de algunas escuelas de medicina del país esto no se logra cumplir cabalmente (25). Por otro lado, tampoco existe una estandarización del perfil del profesional necesario para responder ante las necesidades de salud de nuestro pueblo (26), debido a la falta de planificación conjunta entre las instituciones educativas y el sistema de salud (27), dejando una deuda a nuestras comunidades.

En los últimos años, dentro del Bloque curricular de Gestión en Salud, realizamos una actividad para realizar el análisis crítico de la propia formación recibida por los/as estudiantes para el futuro desempeño como profesionales generalistas en la APS. Todo con el objeto de traer a la superficie las diversas contradicciones existentes tanto a nivel formativo como a nivel de la política pública sanitaria.

En el presente ensayo presentaremos la experiencia educativa realizada con estudiantes cursando el quinto año de la carrera de Medicina en la Universidad de Valparaíso, en el taller denominado “Formación médica con enfoque en la Atención Primaria de Salud” que fue llevado a cabo a través de clases virtuales del bloque curricular de Gestión en Salud en su versión 2020. El objetivo del taller fue analizar críticamente la situación actual de la educación médica en relación con la preparación para ejercer en la APS.

Desarrollo

Se entregaron los siguientes contenidos teóricos previos a la realización del taller: estrategia de APS, recomendaciones internacionales para la educación médica para APS, facilitadores y barreras para el ejercicio futuro en APS, educación médica para la APS en Chile.

Para el desarrollo de la actividad se conformaron 10 grupos de entre 6 a 8 personas de un total de 78 estudiantes, quienes realizaron el análisis crítico de la formación médica con enfoque en la APS a partir de las siguientes preguntas orientadoras:

1. ¿Qué problemas observan en su formación médica?
2. ¿Cuáles creen que son los orígenes/causas de estos problemas?
3. ¿Cuáles serían los posibles impactos de esta formación en la futura atención médica en Atención Primaria de Salud?
4. ¿Cuáles creen que serían las posibles soluciones?

Figura 4. Ejemplo de tablero participativo elaborado durante el Taller “Formación médica con enfoque en la Atención Primaria de Salud”



Fuente: Tomado del Padlet elaborado por un grupo¹.

Uno de los elementos centrales de la planificación de la actividad fue la necesidad de incorporar nuevas metodologías de aprendizaje que se adaptaran al contexto de educación en línea debido a la pandemia por la Covid-19 (28) y que permitiera a los y las estudiantes un debate enriquecedor, tanto en cada grupo como con el curso en su totalidad.

El taller fue realizado utilizando la plataforma Padlet, una herramienta que busca convertir el periódico o diario mural típico de un aula de clases tradicional en un formato virtual, incorporando elementos visuales (cuadros de textos, imágenes y gifs), auditivos (archivos de audio y canciones) y audiovisuales (Figura 1). Los elementos del tablero participativo debieron seguir el formato de “árbol de problemas” identificando los problemas relacionados con la formación médica con enfoque hacia la APS, causas, consecuencias y posibles soluciones.

1 Disponible en: <https://padlet.com/gabrielasalamanca22/2mkznbasf9pxe6ve>

Posterior a la realización del tablero cada grupo presentó un resumen de lo realizado en una plenaria virtual con el resto del curso. A partir de esto se generó debate y se profundizaron los análisis de los distintos grupos.

Los principales problemas identificados por los grupos fueron:

- Enfoque médico paternalista, hospitalario y de especialista, en desmedro de la formación con un enfoque generalista.
- Escasa vinculación con la comunidad, desconocimiento del territorio en el que se desenvuelve la Universidad y, por ende, de sus necesidades particulares.
- Jerarquías de poder entre profesionales y al interior de las instituciones educativas.
- Exitismo y educación basada en el castigo y el miedo.
- Subestimación de la importancia de la salud mental de los y las estudiantes y profesionales del área de la salud.
- Sobrecarga académica y evaluaciones centradas en las notas y no en la adquisición de competencias.
- Educación basada en un estándar único: el individuo-hombre- “anatómicamente perfecto” y europeo.
- Mayor cantidad de prácticas profesionales en hospitales en comparación a la Atención Primaria de Salud.
- Noción del ejercicio en la APS como algo transitorio, un “puente” para llegar a la formación especialista.
- Preponderancia de valores como la competitividad e individualismo versus la cooperación y trabajo en equipo.
- Escasez o ausencia de trabajos interdisciplinarios, inclusive estando en una misma facultad donde se reúnen distintos profesionales del área.

En segundo lugar, se identificaron las principales causas que explicarían las problemáticas anteriormente identificadas:

- Persistencia del modelo biomédico como el hegemónico.
- Degradación de ciertas especialidades y profesiones frente a otros, basados en estereotipos. Esto se ve reflejado en la importancia de ciertas cátedras.
- Mallas curriculares donde se fragmenta el conocimiento, con escasos intentos por transversalizar e integrar lo aprendido.
- Elitismo del conocimiento, a raíz de las inequidades en la educación en niveles anteriores (básica y media).
- Relaciones asimétricas basadas en superioridad de médicos/as hacia otros/as profesionales, médicos/as hacia pacientes y docentes hacia estudiantes.
- Lógicas de mercado en la atención en salud y en educación, promoviendo la hiperespecialización.
- Educación médica basada en prácticas patriarcales y capitalistas.
- Docentes especialistas con escasas capacitaciones en docencia.

- Sistema de salud fragmentado e inequitativo.
- Pobre entendimiento de la salud como fenómeno social.

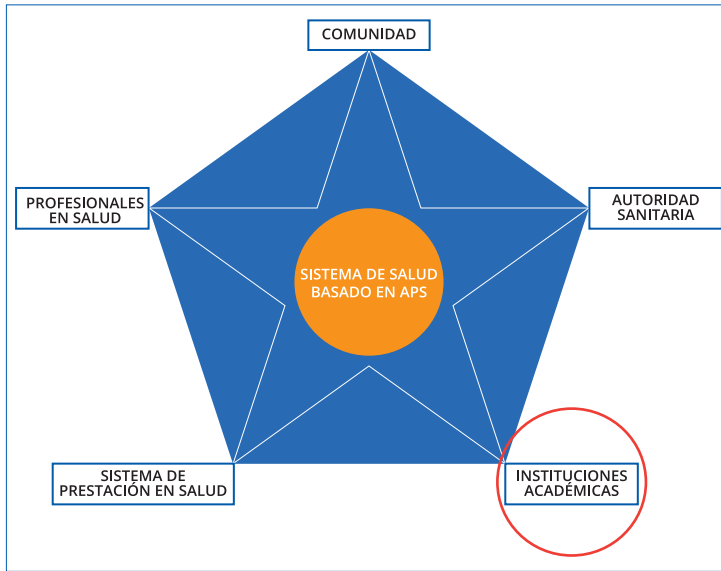
Las principales consecuencias de la formación deficiente hacia la APS identificadas por los grupos fueron:

- Perpetuación de un modelo curativo, hospitalocéntrico y especialista.
- Debilidades en habilidades comunicativas y sociales para el enfrentamiento de los pacientes con situaciones de salud y contextos complejos.
- Desconocimiento del funcionamiento y rol de la APS dentro de los sistemas de salud, generando mayor riesgo de errores en la atención.
- Baja resolutivez de la APS, debido tanto a la falta de recursos como al desconocimiento del funcionamiento.
- Incapacidad de generar un verdadero seguimiento a los pacientes a través del ciclo vital.
- Malos tratos y deterioro de la autoestima de los/as estudiantes, y sobre todo hacia las mujeres por la perpetuación de conductas patriarcales en el pregrado y en prácticas clínicas.
- Desestimación de problemas de salud mental de estudiantes y profesionales.
- Perpetuación de los prejuicios entre profesionales, dificultando la coordinación para otorgar una atención integral e interdisciplinaria a los/as pacientes.
- Sesgo de género en la atención en salud y, en consecuencia, desatención a problemáticas en relación con el género.
- Discriminación hacia mujeres y personas LGBTIQ+.
- Discriminación con motivo de cultura y nacionalidad.
- Subvaloración del médico/a no especialista, por ende, los y las médicas generales no se mantienen trabajando en la APS generando una alta rotación y dificultando el vínculo del equipo de salud con la comunidad.

Además, se identificaron soluciones para enfrentar las falencias de la formación médica en concordancia con los problemas identificados, podemos resumir estas reflexiones en:

- Necesidad de una transformación en la educación médica, con un enfoque predominantemente centrado en la Atención Primaria,
- Aumento de la cantidad de prácticas clínicas en dicho sector, siendo educados por médicos/as generalistas y familiares,
- Profundización del entendimiento de la salud como fenómeno social en toda su complejidad,
- Incorporación de actividades con las comunidades y con un abordaje interdisciplinario, permitiendo avanzar hacia el abandono del modelo biomédico clásico que aún se encuentra arraigado en las escuelas de medicina.

Figura 5. El pentágono de la transformación de la declaración de Túnez



Fuente: adaptado de Declaración de Túnez – 2015 (29).

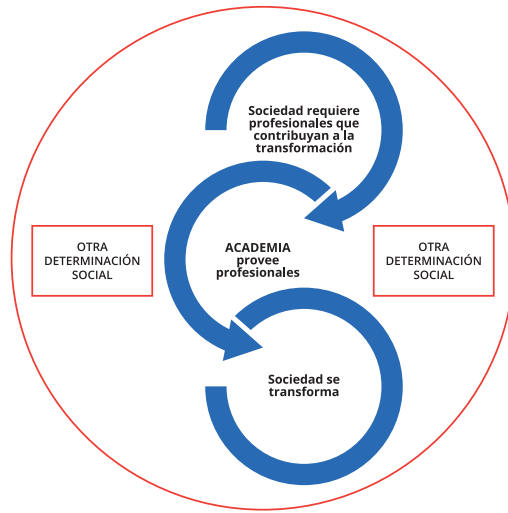
Conclusiones

La educación médica con énfasis en la salud familiar y comunitaria, materializada fundamentalmente en la Atención Primaria de Salud, aún tiene muchos desafíos y muchas barreras que derribar, para ser una realidad. Así queda demostrado en la experiencia educativa del presente ensayo, donde los y las estudiantes identifican algunas de las problemáticas y sus causas que concuerdan en su mayoría con lo señalado en la evidencia sobre el tema.

Todo indica que para realizar un real cambio de paradigma en la educación médica también se requiere un cambio profundo en la concepción y configuración de nuestro sistema de salud, pues si continuamos con un sistema de salud fragmentado y basado en el lucro, la educación de los profesionales que ejercerán en él responderá a las mismas lógicas. Se requiere que confluyan los intereses y voluntades de todos los actores relevantes para que la transformación necesaria para alcanzar la coherencia entre la política pública de salud y de educación se alcance finalmente (ver Figuras 5 y 6).

Es por esto, que se hace necesario avanzar hacia una educación participativa y que fomente el pensamiento crítico, donde las y los mismos estudiantes sean protagonistas de su aprendizaje y cuestionen la medicina que tradicionalmente se nos enseña. Este taller intenta aportar un grano de arena en ese lento proceso.

Figura 6. Ciclo de transformación de la sociedad y rol de la academia



Fuente: Elaboración propia.

Comprendiendo los elementos anteriormente señalados surgirá como un paso lógico la formación de profesionales de la salud con un enfoque prioritario hacia la Atención Primaria, desprendiéndose de las construcciones sociales jerárquicas para relacionarse con otros/as, y con mallas curriculares concordantes con dicho perfil.

Quizás la principal tarea del pregrado es lograr que el/la estudiante adquiera un conocimiento que le permita, básicamente, formarse una visión de la determinación social del proceso salud – enfermedad – atención – cuidados y de la práctica en salud como fenómeno social. Ampliar la mirada hacia los aspectos sociales de la salud permite situar los límites de lo biológico y sus explicaciones en términos de la salud individual y visualizar la salud colectiva y aunque esa transmisión sea hecha en términos teóricos, el análisis crítico que origina es fundamental para la formación de la persona universitaria.

Los procesos de cambio que se han vivido en Latinoamérica y en nuestro país en los últimos años no pueden pasar desapercibidos para el mundo de la educación médica, por ende, se deben tomar medidas que permitan avanzar con los cambios que este nuevo período nos demanda.

Referencias

1. **Pinzón C.** Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. Acta Médica Colombiana [Internet]; 2008 enero-marzo [revisado en 2021 agosto 8]; vol. 33(1). Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1750/734>
2. **White K.L; Williams T.F y Greenberg B.G.** The ecology of medical care 1961. Bull NY Acad Med [Internet]. 1996, summer [revisado en 2021, julio 30]; vol 73(1):187-212.
3. **Allende S.** La realidad médico-social chilena. Chile: Ministerio de Salubridad; 1939.
4. **World Health Organization.** Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care; 1978 Sept [revisado en 2021 agosto 8]; Alma-Ata, Kazakstán, old USSR: Geneva: WHO; 1979.
5. **Tejada de Rivero D.** Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2013 [revisado en 2021, julio 20]; vol. 30(2): 283-287. Disponible en: <https://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=36328562020>
6. **Rovere M.** ¿Es estratégica la estrategia de atención primaria? En: Ana Hardoy (ed.). Salud para Todos, una meta posible. Argentina: IIEDS; 2009. p. 119-126.
7. **Organización Panamericana de la Salud.** Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2007, julio [revisado en 2021 agosto 8]. Washington, DC: OPS 2007.
8. **Organización Panamericana de la Salud.** La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2); 2008 julio [revisado en 2021 agosto 8]; Washington D.C: OPS 2008.
9. **Martín Z. y Jodar G.** Atención familiar y salud comunitaria [Internet]. España: Elsevier; 2011 [revisado en 2021 agosto 7]. Capítulo 1. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Disponible en: https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf
10. **Organización Panamericana de la Salud.** Educación médica hacia la APS renovada y libros de texto. Informe de la Reunión; 2012 diciembre [revisado en 2021 agosto 8]; Buenos Aires, Argentina: OPS 2012.
11. **Organización Mundial de la Salud.** 70a Asamblea Mundial de la Salud: Recursos

humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas. Informe de secretaría. 2017, mayo 15 [revisado en 2021 agosto 8].

12. **Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.** Comité Regional para las Américas: Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023. 2018, septiembre [revisado en 2021 agosto 8]. Washington, D.C: OPS, 2018.
13. **Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue.** Plan estratégico de integración en salud 2018-2022 del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. 2018, agosto [revisado en 2021 agosto 8]. Lima, Perú: ORAS-CONHU, 2018.
14. **Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue.** Planificación y gestión de recursos humanos en salud en los países andinos. Evidencia para la toma de decisiones. 2015, octubre [revisado en 2021 agosto 8]. Lima, Perú: ORAS-CONHU, 2015.
15. **Parada M. y Romero M.I.** Política de formación médica para la atención primaria de salud en Chile, crisis y desafíos. Cuad Méd Soc (Chile). 2018 [revisado en 2021 agosto 8]; 58(1): 61-68.
16. **Giovanella L, Fidelis P, Vega R, Oliveira S, y Tejerina H.** Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde em Debate [Internet]. 2015, abril-junio [revisado en 2021 agosto 10]; 39 (105). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>
17. **Puertas EB, Arósquipa C. y Gutiérrez D.** Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. Rev Panam Salud Pública. 2013; 34(5):351-8
18. **Nebot C, Rosales C. y Borrell R.** Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev Param Salud Pública [Internet]. 2009 [revisado en 2021 agosto 10]; 26(2): 176-83. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n2/176-183/es>
19. **Parada-Lezcano M.** Ausencia de la APS en la pandemia: crónica de una ausencia anunciada, en América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia / José León Uzcátegui ... [et al.]; coordinación general de Carolina Tetelboin Henrion; Daisy Iturrieta Henríquez; Clara Schor-Landman; prólogo de Asa Cristina Laurell. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso, 2021. Libro digital, PDF. [revisado en 2021 agosto 8] Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210312065632/America-Latina-Sociedad-politica-y-salud.pdf>

20. **Duarte E.** Las ciencias sociales en los planes de estudio de graduación y post-graduación en Ciencias Sociales y Salud en la América Latina. Tendencias y perspectivas. Mon-tevideo: OPS-CIESCU, 1986; 443-472.
21. **Organización Panamericana de la Salud.** Aspectos teóricos de las Ciencias Sociales aplicadas a la medicina. Reunión sobre enseñanza de las Ciencias Sociales en las Facul-tades de Ciencias de la Salud (Cuenca, Ecuador 1972). Educación Médica y Salud. 1974; 8(4): 354-359.
22. **Duarte E.** Las ciencias sociales en salud en América Latina: Una historia singular. Es-pacio Abierto [Internet]. 1997 [revisado en 2021 agosto 10];6(2). Disponible en: [https:// produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/2289](https://produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/2289)
23. **Parada M. y Eguiguren P.** Situación de la enseñanza de contenidos de Ciencias Socia-les en la formación médica de la Universidad de Valparaíso. 9º Congreso Latinoameri-cano de Medicina Social. ALAMES, Lima, Perú. Agosto 2004.
24. **Parada M, Gregoire J, Casanova D. y Vidales A.** Incorporación de contenidos de Ciencias Sociales y Humanas en el currículum de Medicina de la Universidad de Valpa-raíso. Cuad Méd Soc (Chile). 2009 [revisado en 2021 agosto 8]; 49 (4): 238-245.
25. **Parada-Lezcano M, Romero M. y Moraga F.** Educación médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. Rev. méd. Chile [Internet]; 2016 agosto [revisado en 2021 agosto 8]: vol. 144 (8). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000800014>
26. **Parada-Lezcano M, Romero M. y Moraga F.** Perfiles de egreso de las carreras de Me-dicina en Chile. Revista Médica de Chile [Internet]; 2015 abril [revisado en 2021 agosto 8]: vol. 143 (4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000400014>
27. **De-La-Fuente J.** Problemas globales de salud de impacto local. Introducción. Gaceta Médica de México [Internet]; 2011 [revisado en 2021 agosto 8]: 147: 449-450. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/GMM_Vol_147_-_6_2011.pdf#page=74
28. **Almarzooq Z, Lopes M. y Kochar A.** Virtual Learning During the COVID-19 Pandemic. A disruptive Technology in Graduate Medical Education. JACC [Internet]. 2020, mayo 26 [revisado en 2021, julio 30]; vol. 75(20): 2653-2658. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7159871/pdf/main.pdf>
29. **Declaración de Túnez – V Foro Social Mundial de la Salud y Seguridad Social.** Posicionamiento del FSMS y SS sobre debate de cobertura universal de salud y Post-ODM 2015. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 2013; 17(2), p. 193-195. Disponible en: [doi:10.5354/0719-5281.2013.27123](https://doi.org/10.5354/0719-5281.2013.27123).

CAPÍTULO III

Pandemia y Atención Primaria en Salud en Chile: crónica de una ausencia anunciada¹

Mario Parada-Lezcano

Introducción

Chile es un país neoliberal, modelo cristalizado en la Constitución de 1980 de la Dictadura Cívico-Militar aún vigente, con una sociedad movida por relaciones mercantiles, fracturada en clases sociales y en donde el mercado, junto con el Estado subsidiario, regula el sistema social. Se ha naturalizado la desigualdad, con reducción y privatización de derechos sociales (salud, educación, vivienda, transporte, pensiones, etc.), impactando de manera dramática en la vida de las personas más pobres del país, tensionando la definición de las políticas públicas y sociales. Las diferencias entre los grupos sociales y los bolsones de pobreza en el escenario de las desigualdades, mantenidas por la *sui generis* democracia chilena, permitió la irrupción del sector privado depredador en lo social, dándose condiciones propicias y abusivas al empresariado para implementar con vigor el modelo neoliberal².

Chile muestra pocos avances y múltiples retrocesos en la consecución del derecho a la salud. Desde el inicio de la seguridad social en salud de responsabilidad del Estado en 1924, se ha instalado una crisis de legitimidad, ya que nunca se cumplió con el principio de universalidad. Los diferentes sistemas implementados excluyen alguna parte de la población, generando fragmentación e inequidad. Se trata de una fragmentación/fractura clasista reproducida socialmente, casi impermeable a concepciones más progresistas y al análisis crítico de algunas propuestas de transformaciones estructurales. Esta forma de minimizar el derecho a la salud ha traído consigo la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) como opción mayoritaria desde lo público y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) como intermediarios financieros, para la atención médica desde el campo privado, siendo protagonistas del incremento en el costo de los programas de atención y cuestionables ganancias corporativas³ (Parada-Lezcano y Moraga-Cortés, 2019). A continuación, se muestra la fragmentación y segmentación del sistema de salud chileno, con 5 sistemas y segmentaciones en cada uno de ellos.

1 Artículo publicado originalmente en América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia / José León Uzcátegui ... [et al.]; coordinación general de Carolina Tetelboin Henrion; Daisy Iturrieta Henríquez; Clara Schor-Landman; prólogo de Asa Cristina Laurell. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso, 2021. Libro digital, PDF. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210312065632/America-Latina-Sociedad-politica-y-salud.pdf>

2 Uno de los efectos concretos del estallido social iniciado el 18 de octubre de 2019 es el inicio de un proceso Constituyente que será plebiscitado en octubre de 2020 preguntando a la gente si está de acuerdo con cambiar la constitución de 1980 y si para ese cambio prefiere una Convención constituyente.

3 Sin perjuicio de lo anterior, existen otros sistemas que, siendo minoritarios, son evidencia de la fragmentación y segmentación aún más el acceso a los servicios sanitarios.

Cuadro 1. Sistema de Aseguramiento en Salud en Chile. 2020

Sistema	Administración/Tipo	Fuentes de Financiamiento	Prestadores	Características Generales
SNSS - FONASA	Estatal	Individuos: Cotizaciones obligatorias: 7% sueldo. Tope de ingreso imponible mensual es 80,2 UF / Copagos / Otros gastos de bolsillo. Estado: Subsidio a "indigentes" y Bienes Públicos de toda la población (campanas sanitarias, etc.)	Estado (Modalidad de Atención Institucional - MAI) Privados con fines de lucro (Modalidad de Libre Elección MLE y compra de servicios)	Solidario: Cobertura 77% Población. Sin discriminación. Sistema de Priorización GES, genera exclusión de facto NO GES. Fiscalizado por la Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL. Con acceso a Seguros Privados Complementarios fiscalizados por Superintendencia de Valores y Seguros
	Bismarckiano (Bipartito)			
ISAPRE	Privada con fines de lucro. Abiertas y cerradas.	Individuos: Cotizaciones obligatorias: 7% sueldo. Tope de ingreso imponible mensual es 80,2 UF / Prepagos: cotizaciones voluntarias (promedio 3% del sueldo) / Copagos / Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro	No solidario: Cobertura 17% Población. Discrimina por ingresos, estado de salud, sexo y edad. Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) de MINSAL. Con acceso a Seguros Privados Complementarios fiscalizados por Superintendencia de Valores y Seguros
	Liberal			
Fuerzas Armadas	Estatal Bismarckiano (Tripartito)	Individuos: Cotizaciones obligatorias (5,5%) Tope de ingreso imponible mensual es 80,2 UF / Copagos / Otros gastos de bolsillo. Estado como empleador: 1,5% de la cotización obligatoria / 1% para fondo de medicina preventiva	Estado (red propia)	Solidario: Cobertura 3%. Última revisión legal en 1996. Sin fiscalización del MINSAL, solo del Ministerio de Defensa. Con acceso a Seguros Privados Complementarios fiscalizados por Superintendencia de Valores y Seguros
Seguro de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales	Privada sin fines de lucro: Mutuales	Empleadores: cotización obligatoria variable, equivalente al 0,9 a 3,5% del sueldo de los trabajadores. Tope de ingreso imponible es 80,2 UF. Individuos: Otros gastos de bolsillo	Privados sin fines de lucro (red propia)	Solidario Dentro de cada mutual. No existen mecanismos de redistribución inter-mutual, ni con el ISL. Cobertura 70% trabajadores asalariados. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) del Ministerio del Trabajo y previsión social
	Bismarckiano			
	Estatal: Instituto de Seguridad Laboral ISL	Empleadores: cotización obligatoria variable, equivalente al 0,9 a 3,5% del sueldo de los trabajadores. Tope de ingreso imponible mensual es 80,2 UF Individuos: Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro y Públicos	Solidario ISL tiene algunos programas a los desprotegidos esto lo realiza en conjunto con MINSAL. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) del Ministerio del Trabajo y previsión social
	Bismarckiano			
	Estatal: Administración delegada a grandes empresas estatales (ej. CODELCO)	Empleadores: cotización obligatoria variable, equivalente al 0,9 a 3,5% del sueldo de los trabajadores. Tope de ingreso imponible mensual es 80,2 UF Individuos: Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro y Públicos	Solidario dentro de cada administración delegada. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) del Ministerio del Trabajo y previsión social
	Bismarckiano			
Teletón	Privada sin fines de lucro Liberal	Individuos: a través de caridad (colecta nacional televisada)	Privados sin fines de lucro (red propia)	Solidario Da cobertura al 100% de niños/as con discapacidades físicas. Sin discriminación. Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL

Fuente: Actualizado desde Parada-Lezcano y Moraga- Cortés (2019).

Hace décadas venimos señalando que existe un problema de fondo, que siempre ha estado presente, pero no lo hemos logrado trabajar o intervenir. Hemos insistido, en múltiples oportunidades, que se hace necesaria la transformación de los valores impuestos por una sociedad neoliberal, hacia valores que permitan el buen vivir de cada una de las personas que conforman la sociedad (Breilh, 2011 / 2020: Farah y Vasapollo, 2011).

Hay amplio reconocimiento internacional, al menos desde Alma Ata en 1978, de que la Atención Primaria de Salud (APS) es la mejor y más eficiente forma - sanitaria y socialmente- de organizar los esfuerzos societarios para hacer frente a la salud-enfermedad de los pueblos. Existen múltiples evidencias científicas que respaldan que existen mejores resultados sanitarios (indicadores tradicionales y satisfacción de las personas) con menos gastos, en países en donde la APS es robusta, desarrollada y acorde a los principios orientadores de Alma Ata. No se trata de opinión derivada de posicionamiento ideológico.

En Chile, la atención médica ambulatoria territorializada organizada desde el Estado se inaugura en 1924 con el Seguro Obrero Obligatorio, la cual se ve impulsada con las políticas públicas de prevención de las enfermedades más mortales y prevalentes junto con la protección del binomio madre/hijo(a) en 1936. La configuración de una Atención Primaria de Salud (APS) propiamente dicha se da a partir de 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) que implementa una red asistencial pública única, de cobertura nacional, con presencia en el área urbana y rural con equipos de salud multiprofesionales. El gobierno del presidente Salvador Allende impulsa significativamente a la APS, al introducir la democratización de los servicios de salud (consejos de salud locales deliberativos) y el programa de alimentación complementaria infantil. La dictadura cívico militar elimina el SNS, crea 29 servicios de salud segmentados y además municipaliza la APS, lo cual afectó la coordinación de la red asistencial pública y pauperizó las condiciones para la atención.

Con los gobiernos de la Concertación (1990 – 2010) se adoptaron diversas medidas para fortalecer la APS con la búsqueda de la transformación de los consultorios en centros de salud con población a cargo; y pago per cápita de las acciones de APS, que reemplazó el pago previo por prestaciones efectuadas. A continuación, se muestran los dispositivos de APS existentes en Chile. En los cuadros siguientes se sintetizan algunas de las características importantes de la APS en Chile.

En 2005 se produce una reforma funcional del sistema público que instaló el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria, dando centralidad a la APS en el discurso oficial⁴. Los consultorios y centros de salud tradicionales fueron transformados Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)⁵.

4 En 2001 nace este Modelo que se "oficializa" en 2005, el cual modificó la forma de concebir la atención en salud, puesto que la prestación de servicios se basa en el trabajo con el individuo, su familia y la comunidad por medio del contacto permanente con un equipo de cabecera, no solo en el proceso de enfermedad sino también en el de salud. (Rodríguez, 2019).

5 Los CESFAM son establecimientos que ofrecen servicios asistenciales de tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción, ade-

Cuadro 2. Características Generales de la APS en Chile

Modelo de Atención / Incorporación de Enfoque de Equidad	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (2005 y 2013) Sin formulación de Programas con enfoque de equidad
APS como base del sistema	NO en lo real, pero SI, si se toman los documentos oficiales que señalan explícitamente la centralidad del modelo de salud familiar y la APS No existe APS en Isapre y en las FFAA existen algunas experiencias pero no es política
Equipo multiprofesional	Médico/a, enfermero/a, matron/a, trabajador/a social, nutricionista, odontólogo/a, psicólogo/a, kinesiólogo/a, educadoras de párvulos, técnicos/as de enfermería, asistente administrativo/a, auxiliar de servicio
Territorialización	Si, usuarios registrados por sector territorial con equipos específicos (sectores)
Participación Social	Solo consultiva a través de los Consejos Locales de Salud
Intersectorialidad	Escasa, definida por algunos programas de salud específicos destinados a mejorar coberturas. Realizada a partir de 2005 fundamentalmente por la Subsecretaría de Salud Pública

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 3. Algunas características de gestión en la APS de Chile

Mecanismos para transferencias financieras a APS	Per cápita a municipios (Existen otras dos modalidades pero que son excepcionales: per cápita a empresas privadas, sin fines de lucro (Ancora) y Presupuesto histórico para dispositivos pertenecientes a los Servicios de Salud (no municipales) Transferencias para la ejecución de programas específicos denominados de "reforzamiento"
Copago en APS	Gratuidad
Principal responsable de la gestión / organización	Municipios, de manera directa o a través de Corporaciones privadas de derecho público (sin fines de lucro, encargadas de administrar además Educación y Cementerios)
Coordinación	Función de filtro de servicios de APS a otros niveles. Mecanismos de referencia implementados en función de GES (Priorización que otorga garantías de atención), Contrarreferencia muy incipiente.
Cobertura de población estimada nuevo modelo	Población beneficiaria FONASA 2018 14.242.655 (75,2% del total) Población inscrita validada APS 12.642.904 (66,8% del total; 89,1% de la beneficiaria)

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 4. Dispositivos de APS en Chile, 2019

Tipo de Establecimiento	SIGLA	NÚMERO
Consultorio General Urbano (*)	CGU	386
Consultorio General Rural (*)	CGR	207
Total de Establecimientos Base		593
Postas de Salud Rural	PSR	1.170
Centro Comunitario de Salud Familiar	CECOSF	254
Servicio de Atención Primaria de Urgencia	SAPU	242
Servicio de Atención Primaria Urgencia Alta Resolutividad	SAR/SUR	40
Total de Establecimientos		2.299

(*) Casi la totalidad son Centros de Salud Familiar.

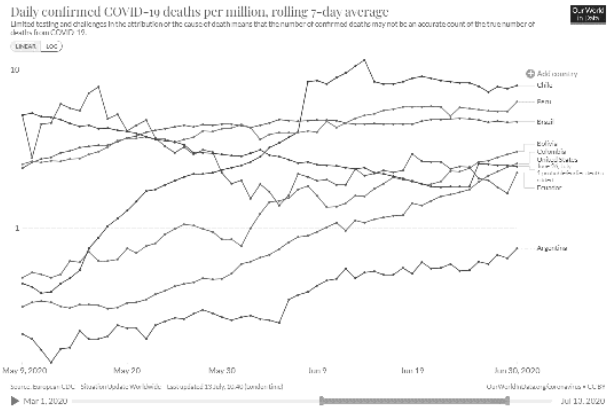
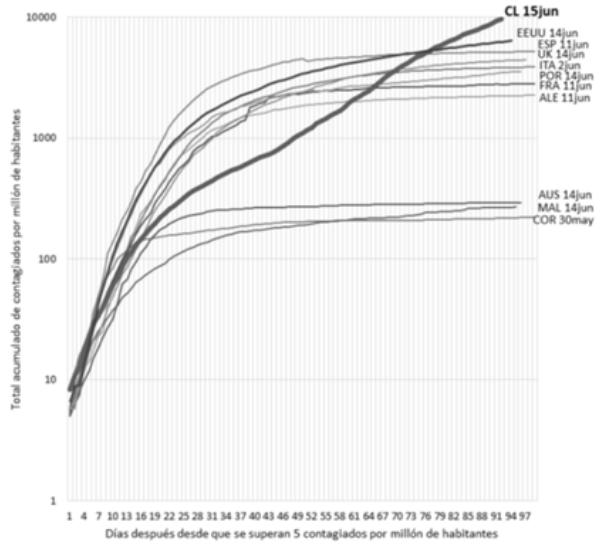
Fuente: MINSAL (2020f)

En este contexto se inicia la pandemia en Chile, la cual ha producido, al 30 de junio, 313.023 casos de COVID-19 (282.043 con confirmación de laboratorio y 30.980 probables, sin confirmación de laboratorio), lo que implica una tasa de 1.608,7 por 100.000 habitantes; 6.554 personas fallecidas, tasa de 33,7 por 100 mil hab. Con una letalidad de 2.1% (MINSAL, 2020i)^{6,7}. Al 30 de junio el sistema de salud estaba saturado, las UCI de la capital están a su máximo nivel de ocupación.

más de programas transversales dentales y de kinesiología, entre otros. Organizan su trabajo en un sector que idealmente tiene entre 20.000 y 40.000 habitantes, trabajan con equipos de cabecera multidisciplinarios y realizan actividades intersectoriales y de participación comunitaria. Los CECOSF son estructuras más pequeñas y con mayor proximidad territorial, con estrategias comunitarias desconcentradas de los CESFAM a través de las cuales se entrega a una población máxima ideal de 5 mil personas parte de las prestaciones del Plan de Salud Familiar, haciendo énfasis en acciones de promoción y prevención.

- 6 De los casos notificados confirmados y probables, en EPIVIGILA, la mediana de edad es de 39 años, donde el 4,7% correspondieron a menores de 15 años, el 24% a personas de 15-29 años, el 31,3% a personas de 30-44 años, el 29,6% a personas de 45-64 años, mientras que el 10,4% restante a adultos de 65 y más años.
- 7 Chile lideraba en la cifra de muertes por millón de habitantes en toda América al 30 de junio (University of Oxford, 2020).

Figura 1. Evolución diaria de casos y fallecidos por millón de habitantes. Países seleccionados



Fuente: Arroyo, Pardow y Simonetti (2020) y University of Oxford (2020).

Figura 2. La épica esperada de la intervención de la APS en la pandemia



Fuente: Ilustración de Dr. Naty en Twitter (<https://twitter.com/DrNatyMFIC/>, 30 de marzo de 2020)

La respuesta gubernamental a la pandemia se caracteriza por: a) liderazgo débil, porque el Gobierno y el Ministerio de Salud, que son las entidades que concentran la autoridad en este caso, tienen una baja legitimidad social⁸; b) una especie de “hoguera de vanidades”, auspiciada por la televisión, la cual ha involucrado a actores políticos y científicos, c) un elevado nivel de desinformación, y también ocultamiento de esta, provocando que los resultados de las estrategias adoptadas por el gobierno, aun no se puedan evaluar con certeza.

Desde muy al comienzo de la pandemia, la discusión más importante de los diferentes actores sociopolítico-técnicos ha estado centrada en cómo aplanar la curva de contagios y se ha debatido profusamente respecto de cuál es la medida (o conjunto de ellas) más adecuada para ello.

Por otra parte, ha estado muy presente, en el discurso de los medios de comunicación masiva y de los/as políticos/as, el término épica, para referirse al inmenso y/o heroico esfuerzo de los/as trabajadores de salud en el enfrentamiento de la pandemia. Se ha intentado construir una especie de narrativa en relación a los héroes/heroísmos que se han ido configurando a nivel internacional y nacional en relación a la pandemia del COVID 19 (ver imagen).

8 Esta deslegitimación del gobierno se presenta con fuerza desde el “estallido social” de octubre de 2019, quedando en evidencia en múltiples encuestas de opinión la baja credibilidad y confianza de las autoridades, las instituciones del Estado y también los políticos partidistas. Además, las encuestas durante la pandemia daban cuenta del alto nivel de desaprobación del gobierno en general y del Ministro de Salud en particular.

En ese escenario, siempre estuvo ausente la anunciada/posible intervención desde la Atención Primaria en Salud. La estrategia que debería ser la primera línea sanitaria es de facto la última línea. De allí surgen las siguientes preguntas: ¿Hay alguna novedad en que la APS no haya sido considerada desde un comienzo en el manejo de la pandemia en Chile, o más bien, se trata de “una crónica de una ausencia anunciada”? ¿Cuáles son las posibles causas de este fenómeno?

El presente ensayo pretende discutir/analizar algunas de las posibles razones socio-culturales que expliquen la “anunciada ausencia” de la APS en el abordaje inicial de la pandemia en Chile.

Desarrollo

Chile se encuentra sometido a dos crisis de manera simultánea. La primera es la social, visibilizada desde el 18 de octubre de 2019, provocada por el virus del neoliberalismo, inoculado por la dictadura cívico militar (1973 – 1990) y “arrullado” por la Concertación y la Nueva Mayoría (1990 – 2010 / 2014 - 2018). La segunda, es la crisis sanitaria, instalada en marzo por la llegada del virus SARS-CoV-2, que vino a dejar aún más evidenciada la viremia neoliberal.

Algunos hechos (no supuestos, ni opiniones) de la pandemia en Chile, al 30 de junio, son: ignoramos el número real de personas infectadas; existe una falta de testeo poblacional; los sistemas de notificación, tanto de casos confirmados, como de muerte, son muy heterogéneos, diversos y opacos; existen elevados grados de incertidumbre por la falta de liderazgo y la desinformación, esta última a veces incluso generada por exceso de información sin peso metodológico real; no existe una curva de proyección creíble!

Es bien conocido que la estrategia de APS es la que permite el contacto directo y cercano con la población, es el pilar del trabajo comunitario, la participación social, la acción intersectorial para la efectiva promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En relación con la acción curativa, la APS otorga la continuidad/longitudinalidad e integralidad en la atención y el cuidado. Es la que permite coordinar de una manera más eficaz y efectiva los distintos componentes del sistema de atención (Minué, 2020a-b).

Esta es una mirada teórica, pues hasta el momento son los hospitales los que han sido el centro de la estrategia. Tenemos el supuesto que centrar los esfuerzos en el medio hospitalario, supondrá consecuencias dramáticas a corto, mediano y largo plazo, ya que los hospitales no han sido diseñados para realizar/practicar prevención. La pérdida de control del brote observado a fines de junio parece dar razón a nuestro supuesto.

La estrategia de abordaje de la pandemia por parte del Ministerio de Salud en sus políticas sanitarias, da cuenta desde sus inicios de una dispersión normativa, lo que configura

Cuadro 5. Línea de tiempo COVID 19 en Chile, 2020

	Febrero
05	Alerta Sanitaria
	Marzo
03	Primer caso en Chile
15	Cierre de Colegios y Universidades
16	Fase 4. Cierre de Fronteras; cines, restaurantes, Actividades Deportivas, Centros comerciales, etc.
18	Estado de excepción constitucional por catástrofe
20	Creación de Mesa Social
21	Fallece 1ª persona por COVID
22	Se implanta toque de queda en horario de noche
25	Primeras cuarentenas “dinámicas”, localizadas y móviles, cordones sanitarios, etc.
	Abril
16	Gobierno anuncia implementación de carnet COVID
17	Uso obligatorio de mascarilla en lugares públicos, transporte, etc.
19	Gobierno anuncia “nueva normalidad”
20	APS inicia implementación de estrategias Fase 4
	Mayo
13	Cuarentena para el 90% de la Región Metropolitana
17	Gobierno anuncia la entrega de cajas de alimentos
25	Anuncio de Acuerdo Nacional
30	Carta al Presidente de la República de 40 expertos, científicos y divulgadores de diversas ramas: Propuestas para evitar una catástrofe por COVID-19
	Junio
01	Se superan los 1.000 contagios
04	Gobierno dispone que los establecimientos de APS ejecuten seguimiento epidemiológico territorial (Res. Exenta 420)
13	Renuncia de Ministro Mañalich que es reemplazado por E. París.

Fuente: Elaboración propia.

controversias particulares en el enfoque utilizado, centrado en acciones biomédicas y hospitalocéntricas, con un vacío en el reconocimiento de la atención integral como primera medida de abordaje, lo que se refleja desde la institucionalidad en los marcos de acción y operatividad indicados a los Servicios de Salud y centros de atención respectivamente dependientes de la Atención Primaria y por su puesto en los anuncios comunicados públicamente a la población, siendo un botón de muestra los llamados a “nueva normalidad o el Plan retorno seguro” (MINSAL, 2020a-d).

A partir del 20 de abril la APS chilena comenzó a realizar oficialmente las siguientes estrategias: reducción máxima de atención presencial no pertinente; triage previo por medios remotos para orientar, según corresponda, atención presencial o no presencial; diferenciar red de atención presencial de cuadros respiratorios de otras atenciones presenciales; realizar acciones para mantener controles de salud impostergables y compensación de pacientes crónicos⁹ (MINSAL, 2020e).

Desde el inicio de la pandemia los equipos de la APS reorientaron su quehacer supuestamente para dar la continuidad del cuidado a la población, y hacer seguimiento clínico y estudio de contactos en personas con COVID-19 junto con tratamiento de las personas con síntomas leves y moderados. Sin embargo, en gran parte del país, se suspendió la atención preventiva de problemas diversos de salud, los controles a lo largo del ciclo vital, manteniendo sólo los controles vinculados a las poblaciones de riesgo como embarazadas, recién nacidos y control de tres meses con médico/a, se ha suspendido incluso la atención de población de riesgo: cardiovasculares, oncológicas, entre otras, que no sea de urgencia¹⁰.

Los equipos de salud han demostrado un gran compromiso, a pesar del miedo, capacidad de resiliencia e innovación para dar atención a su población a cargo, sin hacerse cargo, eso sí, de los desafíos preventivos de la pandemia en la mayoría de los municipios del país (vigilancia y seguimiento epidemiológicos)¹¹.

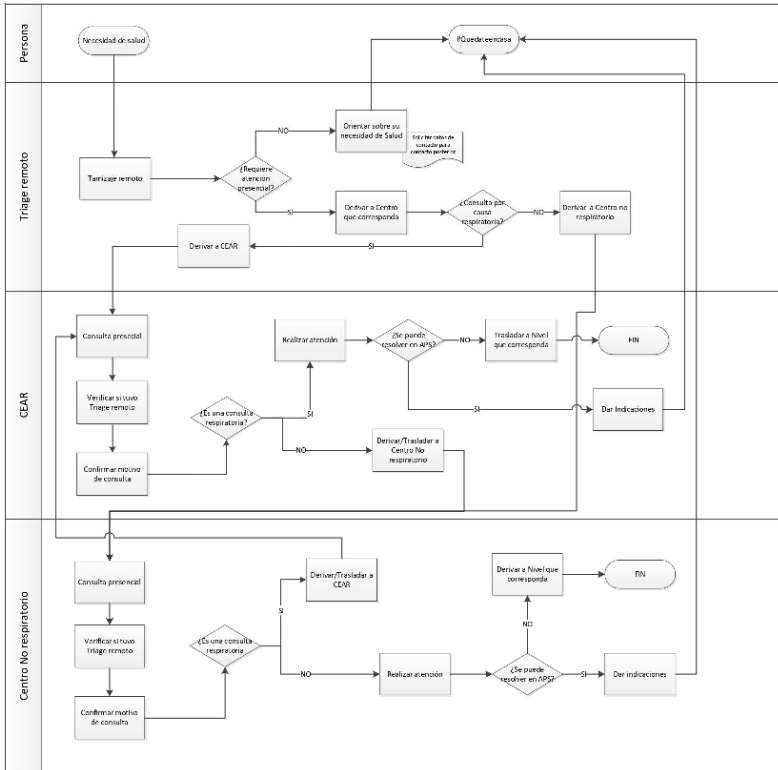
Además, los equipos de APS dejaron de articularse con las organizaciones comunitarias, solidarias y autónomas que existían o que surgieron a partir de la “Rebelión de la

9 Cabe destacar que muchos municipios ya habían comenzado a implementar estas y otras medidas dos a cuatro semanas antes del mandato ministerial. Los centros de salud reorganizaron sus procesos de atención, definiendo espacios físicos, desde lo curativo / enfermológico con la convicción de evitar el contagio masivo (evitación de aglomeraciones), entre consultas respiratorias y no respiratorias, generando sistemas de turnos de trabajo de los/as trabajadores implementando el teletrabajo y la telemedicina, despachando medicamentos a domicilio y manteniendo, en algunos sitios, la atención presencial en pacientes crónicos descompensados, morbilidades espontáneas y otras prestaciones de alta prioridad (vacunación antinfluenza insitu y domiciliaria, ecografía obstétrica, urgencias odontológicas, solo algunos exámenes para confirmar GES, curaciones complejas, entrega de alimentos, controles de enfermera de infantes de 0 a 6 meses).

10 La SEREMI de Salud de cada región del país es la responsable de contar con la información epidemiológica de Casos de Covid-19 y contactos estrechos, con el fin de determinar el perfil de salud y tomar las acciones de salud pública que le permitan mitigar los efectos de la Pandemia por Covid-19 en su territorio.

11 El aumento de los recursos para el enfrentamiento de la pandemia sólo ha sido del 2,17% para la APS (Goyenechea, 2020). En cuanto al recurso humano, los más afectados han sido los profesionales de salud que mantenían vínculo contractual bajo el sistema de honorarios antes de la pandemia, ya que fueron desvinculados muy prontamente.

Figura 3. Flujograma del Plan de Acción en APS Fase 4 pandemia COVID19



Fuente: MINSAL (2020e).

Determinación Social¹² de octubre o en este momento (ollas comunes, organizaciones de vecinos, etc.). Asimismo, la acción intersectorial también fue abandonada mayormente.

Existen pocas pero significativas experiencias de trabajo comunitario para el abordaje de la pandemia, con o sin involucramiento institucional, autogestionados, enfocados en lo asistencial / solidario (ollas comunes), comunitario / preventivo (cordones / fronteras sanitarios), comunitario / epidemiológico (seguimiento de casos y contactos directos), so-

12 El fenómeno de movilización masiva para reivindicar dignidad y demandas sociales profundas se conoce como "estallido social", sin embargo, para nosotros resulta insuficiente o poco adecuado, debido a que puede evocar a un proceso puntual, de escasa temporalidad, un "cambio de humor" societario. En cambio, nos parece que el término rebelión se hace cargo de mejor manera de la profundidad de esta movilización y la referencia a la determinación social, la sitúa en un espacio reivindicativo estructural, profundo y complejo.

lidario / promocional (alimentación y cuidados domiciliarios a población adulta mayor), derecho a la educación / información (a través de Facebook o WhatsApp), presentando éstas, brechas socioeconómicas, comunicacionales, con escasa pertinencia cultural y tecnológica, impactando en el derecho a la información de la población adulta mayor, personas con capacidades diferentes, migrantes, pueblos originarios y la población que previo a la pandemia ya se encontraba en contexto de encierro, como son los recintos carcelarios y centros asociados al cuidado de niños, niñas y adolescentes, dependientes del Servicio Nacional de Menores, entre otras¹³.

Ante el fracaso evidente de las estrategias implantadas por el gobierno, recién el 4 de junio el MINSAL dispuso que los equipos de APS asumieran el diagnóstico e implementación de medidas de aislamiento de casos de COVID-19, junto al estudio de sus contactos, aprovechando su capacidad instalada y vinculación con los territorios y sus comunidades (MINSAL, 2020h)¹⁴. Este cambio sustantivo se produjo debido a la fuerte presión de las agrupaciones médicas y científicas¹⁵, al posicionamiento contradictor del Consejo Asesor de Gobierno¹⁶, la Mesa Social COVID¹⁷, entre otros. Además de la evidente ineficacia de la estrategia hospitalocéntrica emprendida por el gobierno desde un comienzo. A partir de dicho acto administrativo se publicaron protocolos de acción a fines de junio para la reorganización de las funciones y tareas entre las SEREMI de Salud, los Directores de Servicio de Salud y la APS (MINSAL, 2020g)¹⁸. Aun los equipos no han sido capacitados para llevar a cabo los nuevos lineamientos de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA).

13 Tres Universidades Estatales se encuentran realizando a la fecha una consulta nacional acerca de la respuesta comunitaria de la pandemia con el objeto fundamental de visibilizar, compartir, copiar, difundir el trabajo comunitario autogestionado, en red, institucional que se ha realizado.

14 "1º Realizar la identificación de los contactos estrechos de las personas que han sido diagnosticadas con Covid-19 mediante un examen de PCR o caracterizadas como caso probable de Covid-19, y se comunicarán con ellos, con el objeto de informar las indicaciones y cuidados que éstos deban adoptar. 2º Asimismo, los establecimientos de Atención Primaria de Salud podrán efectuar las tareas de diagnóstico de personas afectadas por Covid-19, para que inicien el proceso de aislamiento, de ser necesario, según lo dispuesto en las resoluciones del Ministerio de Salud sobre la materia. 3º Dichos establecimientos podrán disponer también las indicaciones de traslado de toda persona que deba cumplir cuarentena o aislamiento como medida sanitaria individual, a locales habilitados para el cumplimiento del aislamiento del periodo de cuarentena, siempre bajo la supervisión de la Autoridad Sanitaria. 4º Los establecimientos de Atención Primaria de Salud deberán adoptar progresivamente el muestreo mediante técnica de PCR en muestras de saliva de los pacientes bajo investigación por una potencial infección por SARS-Cov-2. 5º Déjase constancia que los establecimientos de Atención Primaria de Salud deben orientar su labor de acuerdo a las indicaciones y definiciones dispuestas por la Autoridad Sanitaria, especialmente aquellas contenidas en las resoluciones exentas Nº 403 y Nº 409, que disponen medidas sanitarias que indica por brote de Covid-19, ambas del Ministerio de Salud, publicadas en el Diario Oficial los días 30 de mayo y 3 de junio de 2020, respectivamente, sin perjuicio de otras indicaciones y definiciones que puedan adoptarse por la Autoridad Sanitaria con posterioridad. 6º Déjase constancia que la coordinación de lo resuelto en el numeral 1º será efectuada por el Ministro de Salud, a través de la División de Atención Primaria de Salud, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a través de las Secretarías Ministeriales de Salud" (MINSAL, 2020h).

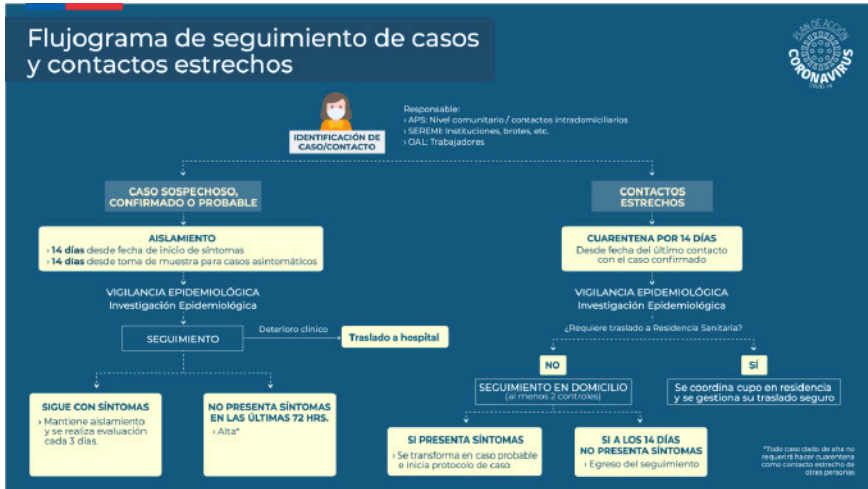
15 Colegio Médico, Sociedad Chilena de Epidemiología, Red de Instituciones Formadoras en Salud Pública, entre otras.

16 Constituido por el Ministerio de Salud, presidido por el ministro y conformado por especialistas en epidemiología, salud pública y gestión sanitaria.

17 Constituido por el gobierno, liderado por el ministro del Interior, con participación de representantes de organizaciones civiles y de la Asociación Chilena de Municipalidades.

18 El 13 de junio el Ministro de Salud renuncia ante el descontrol de la pandemia y una serie de escándalos mediáticos relacionados con el ocultamiento de información.

Figura 4. Flujoograma de seguimiento de casos y contactos estrechos.



Fuente: MINSAL (2020g).

Situar en el rol central/principal a la APS, con el objetivo de realizar un mejor abordaje promocional/preventivo (epidemiológico) de la situación tuvo que esperar. Lo primero fueron las medidas para asegurar que el tratamiento de los casos graves estuviese asegurado, casi sin importar el número de ellos, sino contar con los ventiladores mecánicos para hacer frente a la infección, olvidando la epidemiología básica y por cierto a la estrategia de APS para su implementación eficaz y efectiva¹⁹.

La crónica de la ausencia anunciada era efectivamente así porque la situación instalada desde antes en nuestra APS y el contexto sociosanitario existente están determinados estructuralmente por los siguientes fenómenos sociológicos hegemónicos:

a) Modelo sanitario biomédico curativo hospitalocéntrico especialistomaniaco

Son hechos conocidos que: la atención hospitalaria es la que gasta la mayor cantidad de los recursos públicos; las clínicas privadas con fines de lucro han aumentado la oferta de camas en las últimas dos décadas; existe una presión “casi neurótica” de la población por la atención con médicos/as especialistas tanto a nivel público como privado; en el sector ISAPRE no hay APS por lo que la gente que toma decisiones en salud/enferme-

¹⁹ Ya en marzo, con la declaración de alerta sanitaria, se dieron atribuciones excepcionales a las instituciones públicas (FONASA, Servicios de Salud, CENABAST – Central Nacional de Abastecimiento) para la compra de camas críticas a prestadores privados con fines de lucro.

dad/atención conoce de qué se trata desde la teoría y no desde la práctica; en las FFAA existen experiencias puntuales de desarrollo de dispositivos de primer nivel de atención con tímidas incursiones en promoción de salud e intersectorialidad; la política pública de RRHH ha estado centrado en el aumento de la oferta de especialistas; la prioridad sanitaria impuesta por el GES está en lo curativo; la separación de funciones, entre salud pública y redes asistenciales, debilitó el rol de la APS en prevención y promoción de la salud. La sociedad chilena aspira cada vez más a la alta especialidad, la alta tecnología, casi como signo de estatus. Además, se reproducen socialmente estos elementos en las nuevas generaciones de profesionales médicos/as, teniendo una formación centrada en la especialidad y la práctica hospitalaria. Como dice Segura (2020), «ha aflorado (*nuevamente*) un modelo dominante biomédico-hospitalocentrista que desprecia lo comunitario». Y todo se expresó en realidades concretas: «Es muy posible que varios centros de salud cierren sus puertas por fuera, mientras otros cambiarán el giro de la producción y se transformarán en grandes Centros de Urgencia Respiratoria» (Becerra, 2020).

b) Modelo cultural neoliberal hegemónico

En el cuadro siguiente, se evidencian los valores compartidos por el Chile actual, en comparación con los valores del buen vivir, volviendo a recalcar la importancia de la salud colectiva/medicina social, que ha buscado aunar los distintos enfoques, con el objetivo de propiciar el buen vivir para las comunidades.

La APS desde Alma Ata, a nivel global, y desde siempre, desde la mirada de la Medicina Social, es la estrategia que más se aproxima al ejercicio de los valores del buen vivir. Es desde la APS desde donde se puede contribuir más potentemente, desde el sector salud, al desarrollo y mantención de estos valores. Una APS en un contexto neoliberal, tal como ocurre en el Chile actual, se asemeja más a los antiguos dispensarios o a los hospitales modernos. Cabe destacar que esta problematización en los valores socioculturales aparece como fortalecida en los últimos meses debido al “estallido social / rebelión de la determinación social / despertar de Chile”, con la percepción de un cambio esperanzador, que, de un modo u otro, señala que ya nada será igual, puesto que desde octubre del 2019 en Chile hemos enfrentado un momento histórico. Sin embargo, ningún cambio objetivo se ha dado, todo está en compás de espera de un proceso constituyente anunciado. La pandemia por COVID19, ha dejado más en evidencia aun, que las demandas públicas y sociales que movilizaron a miles de chilenos/as tiene un sustrato ideológico, cultural, que coloca en la superficie la intoxicación por el consumo, por el delirio aspiracional, el vacío, la ansiedad y un malestar que de a poco se ha ido acumulando y que posiblemente continúe eclosionando o explotando, mostrando las consecuencias de la cruda herencia de la dictadura y de 30 años de gobiernos “curadores” de dicho legado²⁰.

20 Implantación del modelo neoliberal en dictadura y la mantención “maquillada” en neodemocracia.

Cuadro 6. Valores del Chile actual y del Buen Vivir.

Valores Compartidos del Chile actual	Valores del Buen Vivir
<ul style="list-style-type: none"> • Individualismo diferenciador aspiracional • Competitividad - Agresividad • Hedonismo sin sublimación • Caridad • Libertad de Elección • Desconfianza - Inseguridad • Desidío - Desesperanza - Impunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto de la naturaleza • Cooperación • Solidaridad • Confianza • Comunidad • Compromiso • Legitimidad del otr@ • Compasión

Fuente: Elaboración propia.

En este escenario, la APS es para los pobres; ejercer como médico/a en APS es para los/as mediocres y/o un acto heroico/filantrópico; es una aspiración saltarse la APS, porque está bien para los demás, pero no para uno.

c) Matriz sociocultural clasista

Chile presenta una matriz sociocultural arraigada en la colonia que no ha evolucionado con la misma intensidad que en otros países de la región. Quizás el aislamiento geográfico ha contribuido a la generación/mantención de un “ser chilensis”, uno de cuyos elementos constitutivos es la segregación clasista, que transitó desde la monarquía/nobiliaria, pasando por el latifundio esclavista/mediero, hasta el patronaje/empresariado subordinador actual. Desde el Estado capitalista al Estado neoliberal actual, se ha instalado la fantasía del ascenso social meritocrático como camino legítimo para alcanzar el “sueño americano”. Espejismo que se devela aterrador cuando se conoce/reconoce que aún el poder económico se encuentra concentrado ya no en empresas, como ocurre en el mundo capitalista depredador, sino que anacrónica y colonialmente, en familias propietarias; que el “éxito” en las carreras profesionales están directamente relacionadas con haber estudiado en un cierto tipo de Colegio (particulares pagados, no subvencionados) y Universidades (católicas y privadas de las que tuvieron fines de lucro).

Un ejemplo trágico lo evidenciamos al momento de observar el cómo partió el manejo de la pandemia cuando los casos estaban concentrados en los barrios acomodados del gran Santiago, dándose un manejo diferenciado e incluso protector, evitándose medidas de salud pública, entre esas: el confinamiento obligatorio y el adecuado seguimiento de contactos. Por el contrario, se focalizó la atención en la atención especializada en dispositivos privados. Luego cuando se afectaron poblaciones pobres, hubo una nula visión/consideración de los determinantes sociales existentes al momento de decretar cuarentenas, entre otra serie de errores cometidos.

d) Miedo al contagio y a la muerte

El habitual miedo al contagio de enfermedades infecciosas y a la muerte debido a ello, se ha visto exacerbado por todos los modelos culturales antes mencionados, llevando a conductas concretas como la estigmatización de las personas contagiadas, ocultamiento de la información, además de la prohibición de la entrada de los equipos sanitarios y del personal de salud a algunas comunidades. Ha habido temor de la población con reacciones de rechazo y estigmatización, muy distantes de la necesaria solidaridad y colaboración, lo que ha fortalecido el discurso más biomédico y hospitalocéntrico: “Sujetos apedrearon e intentaron quemar la casa de una familia contagiada con COVID-19 en Vallenar” (CNN Chile, 2020); «Hasta se han prohibido las actividades comunitarias de los equipos de salud. Por eso, a veces me ha parecido que la épica ha vencido a la ética, especialmente a la ética de los cuidados» (Becerra, 2020). Una APS activa, presente, habría contribuido a atenuar ese miedo, a contener la angustia, dada su cercanía con el territorio, sus liderazgos y sus problemáticas específicas.

Estos fenómenos han ayudado al descontrol del brote pandémico, es por eso que se espera que la Determinación Social de esta crisis sociosanitaria sea visibilizada y transformada al máximo. “Si comparamos a Italia y España con lo que pasó en Wuhan, la diferencia principal es que en Wuhan no solo encerraron a la gente, sino que siguieron buscando los casos” (Ryan, 2020), y la comunidad ha sido más capaz de ello y de identificar aquellas necesidades no bien cubiertas por las instituciones o por las barreras de acceso, además de dar ayuda en la proximidad y en lo cotidiano.

Sumamos a esto que nos encontramos en una realidad altamente inequitativa, los niveles de desigualdad en nuestro país son altísimos. Es por ello que, al implementar cualquier medida, como las cuarentenas, debemos crear una política integral, que resguarde a las personas más vulnerables, entregando los elementos necesarios a las poblaciones y comunidades para que puedan luchar y combatir el problema. Si la medida más empleada para evitar la propagación del virus es el confinamiento social, este también debería estar presente a la hora de organizar la atención y los cuidados. Aquí el rol es importantísimo de la APS.

A pesar de todos los errores ya cometidos, vemos que las estrategias para combatir los problemas post pandemia, siguen sin visibilizar el rol de la comunidad, volviéndola inexistente. Entonces las preguntas que me surgen es que si está invisibilizada la comunidad: ¿Se puede hacer trabajo comunitario en contexto de pandemia? ¿Cómo acercarse a la comunidad en contexto de pandemia?

Pero a su vez, contestamos, que si se puede y se debe trabajar con la comunidad, esto es lo central y lo prioritario, por lo que debemos cambiar la estrategia. Para ello postulo que:

- Debemos salir del rol tutelado e infantilizado de la APS, para hacer política pública a escala territorial

- Hacer la cuarentena en conjunto con la comunidad porque resuelve la reproducción social de manera conjunta
- Crear, generar, potenciar, acompañar un tejido social vivo.

Se debe avanzar hacia un modelo de respuesta comunitaria a la pandemia. Se hace necesario recuperar e incorporar aquellos usos y saberes ancestrales, medicinas tradicionales que pueden contribuir al cuidado de la salud bajo un enfoque de interculturalidad.

Hace falta una pluralidad epistemológica más que una epistemología dominante. Un retomar la sabiduría ancestral. Es necesario comenzar a hablar del buen vivir, más que de calidad de vida.

Para ello, existen variados ejemplos comunitarios, en distintas comunas y por distintas organizaciones, que han puesto en marcha medidas para parar la crisis. Debemos ir más allá del concepto biomédico, debemos hablar de la determinación social, y cómo las organizaciones que conforman el tejido social son catalizadores activos para hacer frente a la pandemia.

Tenemos aún un deber en la articulación más amplia de un buen discurso que vincule la salud con el feminismo, un discurso propositivo que no sea solamente un discurso anti médico hegemónico, que es importante pero no es suficiente: “Creo que #quedateencasa es una excelente estrategia. Insisto, que es una estrategia sanitaria de cuidado. Pero no cualquier casa es un lugar donde te puedes quedar con tranquilidad y seguridad, hay gente que se le dificulta más y no es por razones de carencia, sino por dificultad de operar, de cuidar y cuidarse” (Tajer, 2020)²¹.

Por último no podemos olvidar la determinación social estructural: cambiar/mutar la formación de las fuerzas de seguridad para que sean empáticas con la población y eviten sobreactuaciones autoritarias; asegurar el acceso efectivo a la renta mínima de emergencia; reforzar la asesoría legal, oficinas de empleo e inspección de trabajo, para identificar despidos improcedentes, exposiciones laborales y facilitar la tramitación de ayudas; identificar colectivos en situación de especial vulnerabilidad y que sufren barreras de acceso a los servicios públicos; democratización de todos los espacios de decisión/ democracia sustantiva.

Conclusiones

Hubo una “anunciada ausencia” de la APS en el manejo de la pandemia, hasta el cambio oficial / documental del 4 de junio, que no se había concretado en la realidad hasta el 30 de junio.

21 Se ha publicado una gran cantidad de información y análisis desde la visión feminista de esta pandemia que debe ser consultada por quienes deseen profundizar en este importantísimo elemento de la Salud Colectiva.

No se trata de que los hospitales no tengan un rol en el abordaje de la pandemia, se trata de que la APS debe tener un rol central porque “en esta nueva fase urge movilizar a las redes comunitarias y al talento colectivo, minimizando los daños colaterales de esta ‘batalla’” (Segura, 2020) y es la APS quien sabe o debería saber cómo hacerlo.

Si analizamos la realidad nacional, podemos observar serias falencias en las políticas implementadas, hemos llegado a prohibir el trabajo y las actividades comunitarias por parte de los equipos de salud. Es por ello que postulo que la épica ha vencido a la ética, especialmente a la ética de los cuidados.

¿No será que el poder hegemónico sabe muy bien que activar la APS y la acción comunitaria puede ser peligrosa y llevarnos a un verdadero cambio de paradigma? En Chile se abre una nueva oportunidad histórica para transformaciones en los paradigmas que hegemonizan la atención y cuidados en salud-enfermedad. Los retos ante la pandemia y las medidas de enfrentamiento desde la APS desde nuestra mirada son:

- El primer desafío para evitar la transmisión es la detección temprana de casos.
- Hacer coherencia entre la prioridad discursiva de la APS y los recursos financieros disponibilizados para su trabajo.
- Alcanzar la pertinencia territorial que releve los recursos, iniciativas y cohesión social para el cuidado mutuo/colectivo/comunitario, reconociendo la riqueza de la diversidad intercultural, de género y de integración de personas con capacidades diferentes.
- Fortalecer las redes comunitarias e intersectoriales instaladas en los territorios para el enfrentamiento de la pandemia.
- Mejorar la integración de la red asistencial entre los equipos de APS y nivel terciario, estableciendo en cada urgencia hospitalaria un referente para la comunicación directa entre equipos (Colmed, 2020).
- Asegurar la continuidad de la atención de todas las personas con enfermedades crónicas GES y No GES en la APS.
- Seguridad biomédica y seguridad social universal para los trabajadores de salud de todos los niveles, especialmente para los/as de APS.

Se siente que se valida con mayor potencia lo señalado por Jaime Breilh (2017), quien señala que “No hay enfermedades de la pobreza. Hay enfermedades de la riqueza con desigualdad. Es necesario cambiar el punto de vista, porque si no aparecen los pobres como responsables de las enfermedades. Lo que el modelo de salud pública dominante llama “enfermedades de la pobreza” debería llamarse “enfermedades generadas por un sistema social que necesita de la desigualdad” (Breilh, 2017).

Se requiere de profundas transformaciones sociales y culturales para que estos desafíos sanitarios se puedan alcanzar. La determinación social estructural, vale decir la matriz socio cultural neoliberal debe ser mutada hacia una del buen vivir. Chile se encuentra en una situación de fuerte incertidumbre en donde no es posible dimensionar la profundidad

real de lo que está en juego con la movilización social iniciada en octubre de 2019: ¿es descontento del ser consumidor frustrado en sus aspiraciones de progreso?, o más bien ¿es indignación por la falta de dignidad, de derechos y de valores como solidaridad e igualdad? Esta respuesta es fundamental para proyectar el futuro.

Bibliografía

Arroyo, Camila; Engel, Eduardo; Pardow, Diego y Simonetti, Pablo (2020). Informe sobre la evolución de la epidemia de covid-19 en Chile. Espacio Público. 15 de junio de 2020. En <https://www.espaciopublico.cl/wp-content/uploads/2020/06/CoVidChile1506vf.pdf> Acceso 10 de julio de 2020.

Becerra, Camilo (2020). ¿Qué va a hacer la atención primaria con la sala de espera vacía? Nuevas oportunidades en tiempos de pandemia. Abr 13, 2020. En <http://familiarcomunitaria.cl/FyC/2020/04/13/que-va-a-hacer-la-atencion-primaria-con-la-sala-de-esperavacia-nuevas-oportunidades-en-tiempos-de-pandemia/> Acceso 10 de julio de 2020.

Breilh, Jaime (2020). Buen vivir: la fuerza de un pensamiento emancipador propio sobre el modo de vivir – Prólogo. En Guillermo Churuchumbi, Usos cotidianos del término Sumak Kawsay en el territorio Kayambi. Una filosofía para la vida. Ai ACONDA COMUNICACIÓN SIM CÍA. LTDA. (2020).

(2017). No hay enfermedades de la pobreza. Página 12. 02 de agosto de 2017. En <https://www.pagina12.com.ar/53910-no-hay-enfermedades-de-la-pobreza> Acceso 10 de julio de 2020.

(2011) La subversión del buen vivir (rebeldía esclarecida para el siglo XXI: una perspectiva crítica de la obra de Bolívar Echeverría. Salud Colectiva, Buenos Aires, 7(3):389-397, Septiembre - Diciembre, 2011.

CNN Chile (2020). En https://www.cnnchile.com/coronavirus/apedrean-intentan-que-mar-casa-familia-covid-19-vallena_20200422/ Acceso 10 de julio de 2020.

Colegio Médico de Chile AG. (2020). Reconocimiento, recursos y atribuciones para la Atención Primaria de Salud como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia COVID-19. Junio de 2020. En <http://www.colegiomedico.cl/reconocimiento-recursos-y-atribuciones-para-la-atencion-primaria-de-salud-como-actor-estrategico-en-el-enfrentamiento-de-la-pandemia-covid-19/> Acceso 10 de julio de 2020.

Farah, Ivonne y Vasapollo, Luciano (Coordinadores) (2011). Vivir bien: ¿Paradigma no capitalista? CIDES-UMSA, 2011

Goyenechea, Matías. (2020). Minuta de actualización de la ejecución presupuestaria de salud en el contexto del COVID-19. En https://www.researchgate.net/publication/342132181_Minuta_de_actualizacion_de_la_ejecucion_presupuestaria_de_salud_en_el_contexto_del_COVID Acceso 10 de julio de 2020.

Ministerio de Salud (2020a) Protocolo de manejo de contactos de casos COVID-19. Fase 4. Subsecretaría de Salud Pública. División de Planificación Sanitaria| Departamento de Epidemiología. 19 de marzo 2020.

(2020b) Manual de Estrategias y Buenas Prácticas frente a COVID-19 a Nivel Municipal. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Difundidas mediante Ord. Nro. 806, del 27 de marzo de 2020

(2020c) Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de Atención Primaria de salud en contexto de pandemia SARS-CoV-2. Marzo 2020. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria.

(2020d) Orientaciones Técnicas Estrategias COVID-19 en establecimientos de atención primaria 2020. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Borrador: Abril 2020.

(2020e) Plan de acción en atención primaria. Fase 4 de pandemia COVID-19. (transformación estratégica). Marzo 2020. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

(2020f) DEIS. Departamento de Estadísticas en Salud. Serie REM 2019. En <https://deis.minsal.cl/#datosabiertos> Acceso 10 de julio de 2020.

(2020g) Protocolo De Coordinación Para Acciones De Vigilancia Epidemiológica Durante La pandemia COVID-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento. Subsecretaría de Salud Pública. División de Planificación Sanitaria. Departamento de Epidemiología. Junio 2020.

(2020h) Resolución Núm. 420 exenta. Dispone que los establecimientos de atención primaria de salud ejecuten las medidas que se indican. Subsecretaría de Salud Pública. Santiago, 4 de junio de 2020.

(2020i) 30º informe epidemiológico enfermedad por COVID-19. Departamento de Epidemiología. 01 de julio. En https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Informe-EPI-010720_RA.pdf Acceso 10 de julio de 2020.

Minué, Sergio (2020). La pandemia COVID-19: lo que hemos aprendido hasta ahora desde España. En <https://apsemrevista.org/aps/issue/view/4> Acceso 10 de julio de 2020.

(2020b). Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca. Granada. En https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2626 Acceso 10 de julio de 2020.

Parada-Lezcano, Mario y Moraga-Cortés, Fabián (2019). Crise do seguro saúde no Chile: doença crônica socialmente transmissível. *Revista Electrónica Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 13(2), 177-203. DOI:<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v13i2.2678>

Rodríguez, Mauricio (Comp.) (2019). Aportes de la medicina familiar a la APS en Iberoamérica: revisión hermenéutica 1971-2016 / Bogotá: Universidad El Bosque, 2019.

Ryan, Michael (2020). Director del programa de emergencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 31.03.2020. En <https://elpais.com/sociedad/2020-03-30/la-oms-avisa-a-espana-de-que-no-basta-con-medidas-de-confinamiento-para-vencer-la-epidemia.html> Acceso 10 de julio de 2020.

Segura, Javier (2020). Más allá del #QuédateEnCasa y otras épicas. 15 de abril de 2020. En <https://www.cuartopoder.es/ideas/2020/04/15/mas-alla-del-quedaateenca-sa-y-otras-epicas-javier-segura/> Acceso 10 de julio de 2020.

Tajer, Debora (2020). Sanitarismo feminista y pandemia. Red latinoamericana de género y salud colectiva de ALAMES. PDF del 05.04.2020.

University of Oxford (2020). Coronavirus pandemic: daily updated research and data. En <https://ourworldindata.org/grapher/daily-covid-deaths-per-million-7-day-average?yScale=log&time=2020-05-09..2020-06-30&country=ARG~BOL~BRA~CHL~COL~ECU~PER~USA> Acceso 10 de julio de 2020.

Llegada de la COVID-2019 a un Sistema de Salud fragmentado e inequitativo



PARTE II

CAPÍTULO I

Irregularidades en la relación público/privado: El caso de “Espacio Riesco”

*Francisca Correa Cortez, Javier Covarrubias Aravena,
Giorgio Freire Rojas, Aracelli Fuentes Aliaga,
Cindy González Carreño & Claudio Vicencio Contreras*

Introducción

Durante el año 2020 el mundo se vio sorprendido por una situación desconocida para las generaciones actuales: una pandemia por un virus considerablemente contagioso, cuya expansión alcanzó todos los continentes en apenas unos meses. Inicialmente se llamó a la calma, pero al ver como muchos países veían sus sistemas de salud en jaque, se hizo palpable la necesidad de tomar medidas de acuerdo con esta contingencia.

En este contexto, el Estado de Chile decidió utilizar recintos públicos y privados como residencias sanitarias con el fin de evitar el colapso de los centros de salud del país producto del aumento masivo de casos. Uno de estos establecimientos fue el Espacio Riesco, en Santiago, cuya contratación es, hasta el día de hoy, una importante controversia. En el presente ensayo analizaremos la noticia denominada “Contralor Bermúdez por Espacio Riesco “Aparentemente se estarían pagando en dos contratos las mismas prestaciones”” publicada el 22 de septiembre del 2020¹.

Desarrollo

El Espacio Riesco, centro de eventos en la región Metropolitana perteneciente a la empresa Centro de Convenciones Santiago S.A (CCS), fue arrendado como hospital de emergencia, siendo utilizado por un corto periodo de tiempo debido al poco uso que finalmente tuvo (1).

Al poco tiempo de su contratación, comenzaron a surgir una serie de irregularidades con respecto a este proceso, las cuales fueron expuestas a la opinión pública y denunciadas por algunas/os diputadas/os, alegando, entre otras cosas, que se podría haber preferido la utilización de un inmueble fiscal y que, de usar un recinto privado, el Estado tenía la posibilidad de hacerlo sin desembolsar inmediatamente recursos fiscales, bajo las posibi-

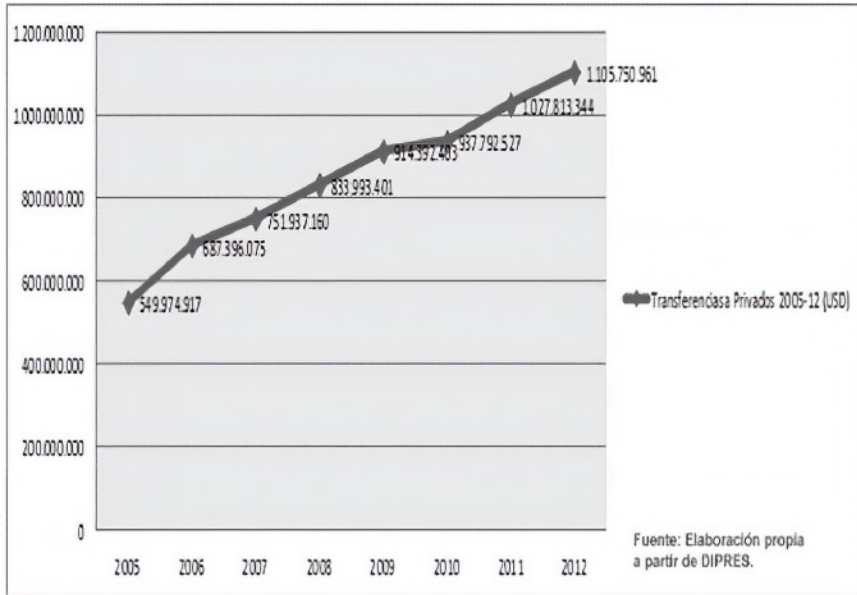
1 Contralor Bermúdez por Espacio Riesco: “Aparentemente se estarían pagando en dos contratos las mismas prestaciones”. El Mostrador [publicación periódica en línea]. 2020, septiembre 22. Sección País. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/dia/2020/09/22/contralor-bermudez-por-espacio-riesco-aparentemente-se-estarían-pagando-en-dos-contratos-las-mismas-prestaciones/>

Figura 1. Revisión de contratos y pagos a Residencias Sanitarias.



Fuente: Recuperada de @Contraloriaci, Twitter. 17 de diciembre, 2020. Disponible en: <https://twitter.com/Contraloriaci/status/1339626614657789958>

lidades del estado de excepción (2). Esto llevó, en primera instancia, a que la Contraloría General de la República (CGR) declarara ilegal un segundo contrato celebrado entre dicho centro y el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), en el cual se encontraron una serie de prestaciones duplicadas con relación al primer contrato. Este hecho no fue aislado, pues tras una corta investigación se evidenció que situaciones similares habían ocurrido con diferentes centros en todo el país (Figura 1), lo que dejó en evidencia un modo de actuar negligente casi institucionalizado por parte del Ministerio y Servicios de Salud (3).

Figura 2. Traspaso de recursos fiscales a clínicas privadas (2005-2012), millones de dólares.

Fuente: Goyenechea M. (9).

La Subsecretaría de Redes Asistenciales (SSRA) declaró que el monto a pagar por el contrato de arriendo no superaría las 0,2 UF (2) por metro cuadrado utilizado, lo cual se contradice con los datos recabados en la noticia *"El lío de deudas con Espacio Riesco que salpicó a La Moneda"* publicada en La Tercera (4) pues CCS había fijado un precio a pagar de 0,7 UF más IVA mensual por metro cuadrado.

Con relación al segundo contrato, el SSMN se comprometía a pagar por la prestación de servicios un monto máximo de 1.600 millones de pesos, algo que no se justifica según la Contraloría, pues estas obligaciones ya estarían incluidas en el primer contrato adscrito por la SSRA (5).

Tras varios meses de escándalo mediático se llegó a un acuerdo cercano a los 2.000 millones de pesos con un nuevo contrato, cifra no menor, pero inferior a los 2.900 millones que alegaba CCS, por lo que solo faltaría que la Contraloría tome razón de este nuevo contrato y se proceda al pago (6), aunque es menester mencionar que estos 2.000 millones superan con creces los 20 millones mensuales que, según el exministro de salud Jaime Mañalich, se pagarían por dicho recinto (7).

La correcta gestión en salud habría prevenido estas irregularidades, evitando gastos millonarios, ya que, al respetar los principios de la administración, entre ellos evaluación y control, se debiese haber evaluado la negativa relación costo/beneficio de este gasto.

Estos sucesos no fueron aislados, sino más bien se enmarcan en la creciente tendencia a la privatización en Chile, pues se prefirió el uso de recintos privados en vez de públicos, lo cual ha tenido como consecuencia la precarización de éstos últimos. Esta ineficiencia termina por afectar negativamente a la población ya que, sumado a un sistema de salud fragmentado, lleva a la superposición de redes, ausencia de complementariedad de servicios y de continuidad de cuidados, e imposibilidad de atención integral (8).

La ineficiencia expresada, también se manifiesta en las diferentes formas en las que sucesivos gobiernos han traspasado fondos de las arcas fiscales a los prestadores privados con fines de lucro, siendo algunas de estas la modalidad libre elección de FONASA, la compra de servicios y el bono AUGE. Hechos como este han llevado a traspasos de la magnitud de 6.890 millones de dólares desde el estado a privados entre 2005 y 2012 como se muestra en la Figura 2 (9).

Conclusiones

El escándalo del Espacio Riesco nos trajo a colación nuevamente la relevancia de la Gestión en Salud. La falta de control y regulación en esta situación son un reflejo de una historia de administraciones ineficientes en pro de la privatización, lo que termina repercutiendo directa y negativamente en el servicio que es entregado a la población.

Es urgente que en Chile el derecho a la salud se vuelva una garantía consagrada por el orden jurídico que nos rige, que permita la entrega de prestaciones de calidad y que satisfaga las necesidades de los usuarios; esto implica inevitablemente que se produzcan modificaciones profundas en la administración del sector salud, generando cambios estratégicos en las inversiones y así destinar fondos a la red asistencial pública de forma directa.

Es importante destacar que los intereses de mercado no pueden estar presentes para lograr el derecho a la salud, pues generan y perpetúan un círculo vicioso de mala gestión en favor del enriquecimiento de unos pocos. Si se requiere de la intervención de terceros, esta debe realizarse con regulaciones estrictas de los gastos ejecutados y estándares elevados de calidad.

Todo lo anterior debe complementarse con el avance hacia una democratización de la gestión en salud y una mayor transparencia, ya que acercará a la población a las decisiones tomadas y, con ello, debiese llegar a mejores resultados que no sólo favorezcan a unos pocos, sino que nos sean favorables a todas/os.

Referencias

1. Andrews J. Zúñiga por Espacio Riesco: Servicio de Salud Norte debe despejar "si habría cosas incluidas en primer contrato que también estarían en el segundo." La Tercera [publicación periódica en línea]. 2020, octubre 5 [revisado en 2020 diciembre]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/zuniga-por-espacio-riesco-habria-cosas-incluidas-en-primer-contrato-que-tambien-estarian-en-el-segundo-que-servicio-de-salud-norte-debe-despejar/Z3FXWX-MOK5APJL22WFJZ6XE7OY/>
2. Contraloría General de República. Subsecretaría de redes asistenciales está facultada para celebrar vía trato directo el contrato por el que se consulta, en la medida que ello se haga a través de un acto fundado. Además, en dicha contratación, debe observar los principios de eficiencia, eficacia y economicidad. Santiago. Oficio N°4.798. 2020, mayo 5 [revisado en 2020 diciembre].
3. Carvajal G. Diputada Marcela Hernando analiza polémica de Espacio Riesco: "El Gobierno ha mentido en esto y en muchas otras cosas". Diario U De Chile [publicación periódica en línea]. 2020, agosto 12 [revisado en 2020 diciembre]. Disponible en: <https://radio.uchile.cl/2020/12/08/diputada-marcela-hernando-analiza-polemica-de-espacio-riesco-el-gobierno-ha-mentido-en-esto-y-en-muchas-otras-cosas/>
4. Catena P. y Latorre R. El lío de deudas con Espacio Riesco que salpicó a La Moneda. La Tercera [publicación periódica en línea]. 2020, diciembre 9 [revisado en 2020 diciembre]. Sección La Tercera PM. Disponible en: <https://www.latercera.com/la-tercera-pm/noticia/el-lio-de-deudas-con-espacio-riesco-que-salpico-a-la-moneda/UHFPPYFZYVAHJNQ6VQ3DHAL6GQ/>
5. Contraloría General de República. Modifica resolución N°102, de 2016, que crea las Contralorías Regionales Metropolitanas de Santiago y fija su organización interna. Santiago. Resolución N° 13. 2017, marzo 29 [revisado en 2020 diciembre].
6. Andrews J. Minsal llega a acuerdo con Espacio Riesco por arriendo del lugar utilizado como centro hospitalario: Cifra alcanza los \$2 mil millones. La Tercera [publicación periódica en línea]. 2020, diciembre 17 [revisado en 2020 diciembre]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/minsal-llega-a-acuerdo-con-espacio-riesco-por-arriendo-del-lugar-utilizado-como-centro-hospitalario-cifra-alcanza-los-2-mil-millones/Q34TNQLUMVH5ICXF-CQC37COEU/>
7. Espacio Riesco acusa al MINSAL de deberle más de US \$4 millones. La Tercera [publicación periódica en línea]. 2020, diciembre 8 [revisado en 2020 diciembre]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/>

espacio-riesco-acusa-al-minsal-de-deberle-mas-de-us-4-millones/AIOEPESR-
L5AM5MNFTEQTFW5KUQ/

8. Boccardo G, Ruiz F y Caviedes S. 30 años de política neoliberal en Chile. Nodo XXI [en línea]. 2020, abril [revisado en 2020 diciembre]. Disponible en: https://www.nodoxxi.cl/30_anos_neoliberalismo_chile-nodoxxi-2020_compressed/
9. Goyenechea M. y Sinclair D. La Privatización de la Salud en Chile. Revista Políticas Públicas USACH [en línea]; 2013 [revisado en 2020 diciembre]; vol. 6 (1), 35–52. Disponible en: <https://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/politicas/article/view/1196>

CAPÍTULO II

La autoridad sanitaria al banquillo de los acusados. El manejo sui generis e improvisado del Ministro de Salud para enfrentar la pandemia.

*Javier Bustos, Constanza Cueto, Cecilia Delgado, Carlos Gardella,
Muriel González, Santiago Ruiz, Trinidad Ruiz & Natalia Segovia*

Introducción

La falta de evidencia científica en la toma de decisiones para abordar la pandemia por parte del Ministro Mañalich, implicó que éstas fueran éticamente cuestionables y que las medidas tomadas (cuarentenas dinámicas) no fueran eficaces, eficientes ni efectivas. Por otro lado, la falta de trabajo en equipo por parte del exministro al no considerar al comité asesor COVID-19, demostró sus escasas habilidades como líder y recalca la importancia del ejercicio de auditorías para la evaluación de la gestión.

Ante las cuestionadas decisiones del ministro para el enfrentamiento de la pandemia, surgen diversas denuncias y posteriormente querellas realizadas por figuras políticas de la oposición, entre ellas dirigentes de la Agrupación Nacional de Empleados Fiscales (ANEF) y la Federación Democrática de Profesionales Universitarios de Salud R.M. (FEDEPRUS), donde se acusa al exministro Mañalich y al presidente Sebastián Piñera de tomar decisiones a partir de datos incompletos, sin considerar opinión de expertos, generando mayor propagación del virus y muertes como consecuencia de la pandemia.

El presente ensayo tiene por objetivo actualizar la presentación sobre el análisis crítico de la noticia: “El duro informe de la Fiscalía: acusa manejo ‘sui generis’ e ‘improvisado’ de Mañalich para enfrentar la pandemia”, publicada el 18 de septiembre del 2020¹. En dicha noticia se comentan algunas de las conclusiones que la Fiscalía Centro Norte envió a la Corte Suprema a raíz de la querrela interpuesta por los delitos de negación de auxilio y cuasidelito de homicidio, exponiendo las responsabilidades de las autoridades sanitarias y solicitando la incautación de correos del exministro para continuar la investigación.

1 El duro informe de la Fiscalía: acusa manejo “sui generis” e improvisado de Mañalich para enfrentar la pandemia. El Mostrador [publicación periódica en línea]. 2020, septiembre 18. Sección País. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/destacado/2020/09/18/el-duro-informe-de-la-fiscalia-acusa-manejo-sui-generis-e-improvisado-de-manalich-para-enfrentar-la-pandemia/>

Desarrollo

Sobre las cuarentenas dinámicas

En el análisis previo de la noticia se destacó la disyuntiva entre la decisión de adoptar cuarentenas dinámicas por parte del gobierno y la carencia de evidencia científica que las respaldaran. Recientemente, un estudio analizó la efectividad de esta medida en Santiago y sus factores determinantes. Su autor comenta que “las cuarentenas localizadas han sido una opción política, porque imponen menos costos que intervenciones a mayor escala. Sin embargo, hasta ahora no había evidencia empírica sobre sus efectos causales en la transmisión viral” (1).

“Las cuarentenas localizadas fueron denominadas en Chile como ‘dinámicas’, pues suponía el abrir comunas o zonas mientras otras permanecían cerradas, o viceversa, incluso en territorios aledaños dentro de una conurbación. Teóricamente, imponen menos costos socioeconómicos que estrategias a mayor escala y, por lo tanto, serían más sostenibles en el tiempo” (1). Se destaca el efecto de las comunas vecinas de aquellas sujetas a cuarentenas dinámicas: “la duración de la cuarentena y los efectos indirectos de las comunas vecinas afectan fuertemente su efectividad. Esto sugiere el desafío de suprimir la transmisión del virus usando estrategias focalizadas en áreas geográficas que consideren las interdependencias existentes, como por ejemplo en Santiago” (1).

Por otro lado, una revisión Cochrane reveló que la aplicación temprana de cuarentena y su combinación con otras medidas de salud pública contribuyen en el control de la propagación del virus, sin embargo, persisten incertidumbres sobre la mejor manera de adoptar estas medidas y cuando pueden flexibilizarse (2).

En resumen, al aplicar cuarentenas localizadas resulta trascendental comprender el efecto de la movilidad de las áreas contiguas. Por ejemplo, el estudio muestra el control deficiente en comunas como Lo Barnechea, Providencia y Santiago, dado las importantes redes de contagio activas; en cambio, cuarentenas localizadas en comunas aisladas, como Punta Arenas u Osorno, donde existen pocas interdependencias, las cuarentenas funcionaron (1).

Sobre la acusación a Mañalich

En primer lugar, en noviembre del 2020, el exministro declaró que utilizaba 3 fuentes para entregar reportes públicos, que según él eran complementarias. Estos consistían en los datos de Epivigila (registro informático oficial on line de casos, contactos estrechos, casos probables, etc.), los casos obtenidos directamente por laboratorios y la información de personas fallecidas recopilada por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI). Sin embargo, el fiscal demostró a través de un informe epidemiológico de junio, que las cifras de contagiados eran discordantes entre los laboratorios y Epivigila. Se consultó a Mañalich

si estas cifras se sumaban o se daba el reporte diario más alto o bajo, a lo cual respondió: “a veces hay que sumar, a veces hay que restar, y de lo que se trata es obtener el dato más confiable” (3). Esto nos parece inadecuado y sospechoso: el ministro da a entender que se manipulaban los datos, lo que permite plantear dudas sobre los criterios utilizados para entregar la información.

Por otro lado, la solicitud de correos electrónicos al Minsal para avanzar en la investigación, fue denegada por el ministro Paris (4). La Corte Suprema intervino y decidió que se podía acceder a los correos de forma parcial, omitiendo los que afecten la seguridad nacional (5), lo que permitió ingresar a correos desde el 1 de febrero hasta el 24 de noviembre (4). Por ahora, se espera conocer la responsabilidad penal de las autoridades hasta que la investigación finalice, por los delitos de negación de auxilio y cuasidelito de homicidio.

Por último, la comisión investigadora del actuar de las autoridades concluyó que los actos del exministro contribuyeron a una mayor desconfianza de la población y más conductas de riesgo al minimizar los riesgos y dar cifras de letalidad menores. Además, declaró que el gobierno cometió errores de comunicación al entregar mensajes confusos y al polemizar con las recomendaciones de expertos (6).

Conclusiones

Después de meses tras la aplicación de cuarentenas dinámicas, recién se cuenta con estudios más confiables. Por lo tanto, fue poco ético experimentar sin respaldo en la evidencia y, en vista de la información revisada, concluimos que la medida fue inadecuada en gran parte de Santiago.

Dado que los correos del Ministerio de Salud contienen información que debiese ser de conocimiento público, creemos que la autoridad tenía la obligación de colaborar ya que la población chilena fue impactada por las decisiones que se conversaron y resolvieron por dicho medio. Además, la tergiversación de información con fines políticos constituye un delito, y de existir los responsables deben hacerse cargo. Por último, es cierto que se debe tener cuidado con información que pudiese afectar la seguridad nacional, y la justicia debe sopesar argumentos y determinar eventuales culpabilidades.

Por otro lado, a partir del análisis de la nueva información recabada concluimos que es deber del Estado intervenir de forma de garantizar la equidad en el acceso a la salud, y al no cumplir su deber, se pueden inducir graves injusticias, las que pueden originarse en imprudencia, negligencias o conflictos de interés que deben ser investigadas por ser constitutivas de delito.

Referencias

1. Pontificia Universidad Católica de Chile. Investigación muestra que efectividad de “cuarentenas dinámicas” depende de la interdependencia entre comunas. Escuela de Gobierno UC [publicación periódica en línea]. 2020, noviembre 11 [revisado en 2020, diciembre 23]. Sección Noticias y Agenda. Disponible en: <https://gobierno.uc.cl/es/noticias-y-eventos/noticias/1527-investigacion-muestra-que-efectividad-de-cuarentenas-dinamicas-depende-de-la-interdependencia-entre-comunas>
2. Cochrane Iberoamérica. Nueva revisión rápida sobre la efectividad de la cuarentena [Internet]. 2020 [revisado en 2020, diciembre 23]. Disponible en: [tps://es.cochrane.org/es/news/nueva-revis%C3%B3n-r%C3%A1pida-sobre-la-efectividad-de-la-cuarentena](https://es.cochrane.org/es/news/nueva-revis%C3%B3n-r%C3%A1pida-sobre-la-efectividad-de-la-cuarentena)
3. Vera D. Mañalich dice que usaron otras fuentes para complementar Epivigila y no hubo “registro paralelo”. Biobiochile [publicación periódica en línea]. 2020, noviembre 11 [revisado en 2020, diciembre 23]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2020/11/11/manalich-justifica-conteo-paralelo-a-epivigila-por-falla-en-el-sistema-le-faltaban-decenas-de-casos.shtml>
4. Matus J. Caso Covid: PDI incautó correos de exministro Mañalich y subsecretaria Daza en oficinas de Entel. La Tercera [publicación periódica en línea]. 2020, noviembre 24 [revisado en 2020, diciembre 23]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/caso-covid-pdi-incauto-correos-de-exministro-manalich-y-subsecretaria-daza-en-oficinas-de-entel/SLEOW2U5ABAZPK7TP-7J2VWKYGE/>
5. Reyes C. Con fallo dividido, Corte Suprema decide otorgar a la Fiscalía acceso parcial a correos del Minsal. La Tercera [publicación periódica en línea]. 2020, octubre 15 [revisado en 2020, diciembre 23]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/con-fallo-dividido-corte-suprema-decide-otorgar-a-la-fiscalia-acceso-parcial-a-correos-del-minsal/LGSVRUD7B5GBBFSLLC5DS2C7KA/#:~:text=S%C3%A9%20parte%20de%20la%20comunidad%20de%20La%20Tercera.&text=La%20Corte%20Suprema%20decidi%C3%B3%20en,al%20manejo%20de%20la%20pandemia>
6. Informe de comisión investigadora del manejo del COVID-19 en Chile acusa que Mañalich, Daza y Zúñiga son “los responsables de entregar información errónea”. El Mostrador [publicación periódica en línea]. 2020, diciembre 15 [revisado en 2020, diciembre 23]. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/dia/2020/12/15/informe-de-comision-investigadora-del-manejo-del-covid-19-en-chile-acusa-que-manalich-daza-y-zuniga-son-los-responsables-de-entregar-informacion-erronea/>

CAPÍTULO III

El crónico colapso hospitalario agudizado en tiempos de COVID-19

*Camila Díaz Peña., Camila Díaz Stré, Kimberly González Trujillo,
Isabella Lavagnino Contreras, Josefina Méndez Vera, Mayra Quevedo Ronceros,
Fernanda Reyes Carrera & María J. Vargas Gordillo*

Introducción

Año a año en nuestro país vemos el colapso del sistema público de salud en la temporada de invierno, tanto a nivel hospitalario como en la Atención Primaria de Salud (APS) (1-3), generalmente debido a enfermedades bronquiales que afectan principalmente a niños y personas mayores. Se muestra en los medios de comunicación la saturación de las salas de espera, personas hospitalizadas de pie debido a la falta de camas, muertes por retraso en la atención, entre otras situaciones, que reflejan las condiciones precarias en las que se encuentran los usuarios del sistema de salud en dichas temporadas.

La actual pandemia de COVID-19 viene a aumentar la demanda de recursos que ya eran insuficientes, dejando aún más en evidencia las deficiencias del sector público de salud.

El presente ensayo tiene por objetivo analizar la noticia “COVID-19: Expertos alertan por colapso en servicios de salud del sector suroriente que registra por primera vez 100% de ocupación” publicada el 24 de mayo de 2020, que da cuenta de que la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (SOCHIMI) informa que se registra un aumento de la demanda por camas críticas de pacientes por coronavirus, llegando a un nivel de ocupación, en promedio, de un 95% en Santiago. Según la SOCHIMI el 23 de mayo los servicios de salud metropolitano suroriente tiene un 100% de ocupación y los servicios occidente, central y norte tienen un 95-97%¹.

Desarrollo

Antes de continuar, nos parece importante aclarar que el significado de colapso a nivel hospitalario se entiende tradicionalmente como la situación en que las personas esperan largas horas para ser atendidas (3). Esta situación no es exclusiva de nuestro país, ocurre

1 Fernández O; Ojeda JM. Covid-19: Expertos alertan por colapso en servicios de salud del sector sur-oriente que registra por primera vez 100% de ocupación. La Tercera [publicación periódica en línea]. 2020, mayo 24. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/covid-19-expertos-alertan-por-colapso-en-servicios-de-salud-del-sector-sur-oriente-que-registran-por-primera-vez-100-de-ocupacion/LW3CHAK3ZRB4XBYPUIAZ6HWQQA/?outputType=amp>

también en países como Estados Unidos y Canadá, donde hay disponibles más camas por 100.000 habitantes que el promedio de la OCDE. Sin embargo, en Chile la situación es más precaria, y se calcula que aproximadamente faltan 10.000 camas en el sistema público (3); esto tiene diversas consecuencias, entre ellas el aumento de muertes de personas que fallecen esperando una cama en el servicio de urgencia (3) (ver Figura 1).

Figura 1. Traspaso de recursos fiscales a clínicas privadas (2005-2012), millones de dólares.



Fuente: Elaboración propia a partir de Arteaga (4).

En relación con la respuesta de nuestro sistema de salud, esta debe ser considerando el conjunto de la red asistencial. Sin embargo, un elemento crítico es la capacidad de camas de cuidados intensivos (UCI). En el caso del Reino Unido (2,5 camas totales/1.000 h; 10,5 camas UCI/100.000 h), se estimó que se requería aumentar en ocho veces el número de camas UCI para enfrentar la demanda de atención por COVID-19. En Estados Unidos (2,77 camas totales/1.000 h; 25,8 camas UCI/100.000 h), también se ha estimado que se sobrepasará largamente la capacidad disponible de camas de cuidados intensivos. En Chile, tenemos 2,2 por cada mil habitantes, lo que corresponde a 38.571 camas totales (ver Figura 2) (4). En los últimos días la autoridad sanitaria ha informado un incremento de las camas totales (públicas y privadas) hasta alrededor de 43.000 y también un incremento de camas UCI a 1.400 (7,3/100.000 h).

La pandemia actual requiere desarrollar planes de continuidad en la atención en salud y un aumento en la capacidad de respuesta del sector sanitario, así como también fortalecer la transparencia y la educación de la ciudadanía para disminuir los contagios. Particularmente en Chile, la pandemia se instala en un contexto donde ya existía escasez de recursos en el sistema sanitario, además de una ineficiente coordinación de los esfuerzos entre las distintas instituciones encargadas de generar acciones en torno a la salud.

Figura 2. Indicadores de camas hospitalarias en Chile, Reino Unido y Estados Unidos.



Fuente: Elaboración propia a partir de Arteaga (4).

La crisis sanitaria exigía la generación de medidas que lamentablemente no fueron tomadas o no se establecieron correctamente, tales como la protección económica para los ciudadanos, intervenir los precios del mercado en materia de insumos médicos para protección personal, entregar información e instrucciones claras al personal sanitario y a la población general, y además potenciar el rol de la Atención Primaria en Salud (APS) en la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento.

Otros elementos importantes para dar respuesta a la pandemia, expuestos por el Colegio Médico de Chile (COLMED) en la mesa social COVID-19, son la necesidad de transparentar y actualizar las bases de datos del número de casos y mantener una comunicación fluida y transparente con los equipos sanitarios para así incorporarlos en la generación de soluciones locales y nacionales, y de esta forma facilitar la generación de estrategias más adecuadas para enfrentar la pandemia (5).

Si analizamos los distintos niveles de la gestión en salud, en el área de la gestión asistencial se presenció un gran déficit en cuanto a la prevención del contagio y la resolutivez de la APS, pues la mayoría de los recursos estaban centrados en la detección (PCR) y tratamiento de pacientes COVID. Por otro lado, se evidenció la falta de implementación de protocolos y medidas de prevención del colapso de la red sanitaria, así como también planes para proteger al personal de salud del contagio. Esto llevó a recurrir a nuevas estrategias que permitieran una mejor distribución del personal y del número de camas disponibles entre sectores, como por ejemplo la habilitación de espacios destinados a otros servicios para ser utilizados como UCI-COVID. Por supuesto, este manejo debió haberse complementado de forma oportuna con prevención, educación y trazabilidad, labores que son desarrolladas fundamentalmente por la APS.

También el manejo de recursos humanos se mostró deficiente como consecuencia de un enfoque hospitalocéntrico en nuestra Sistema de Salud. La escasez de personal, ya evidente, se hizo más grave con la mayor demanda, sumado al hecho de que el personal disponible no contaba con elementos adecuados para evitar contagio, ni materiales suficientes para dar una atención integral. Además, hay un aumento de la carga laboral, tanto por la atención a usuarios contagiados, como por la tarea de mantenerse informado de los nuevos datos con respecto al virus, las precauciones y protocolos establecidos por la autoridad sanitaria; implicando mayor estrés laboral, lo que afecta la productividad y, aún más relevante, deteriora la salud mental de quienes deben enfrentarse a esta precaria situación laboral y que además deben lidiar preocupaciones de índole económica, social y personal.

Respecto a los aspectos positivos, la pandemia ha traído consigo, en algunos centros, un aumento en el número de camas de cuidados críticos, de los equipos para realizar PCR, ventiladores mecánicos, entre otros recursos. Si bien la mayoría de las medidas implementadas son más reactivas que preventivas, debemos destacar algunas medidas como los sistemas de trazabilidad, el testeo preventivo, las cuarentenas y cordones sanitarios, y la vacunación con prioridad trabajadores de la salud de nuestro país.

Conclusiones

La actual pandemia vino a evidenciar aún más las deficiencias de nuestro sistema de salud, como el colapso de los hospitales públicos en época invernal, situación de total conocimiento por las autoridades sanitarias, y, por lo tanto, no podíamos esperar resultados muy distintos a los señalados, estando lejos de aspirar a la respuesta que han tenido a la pandemia algunos países europeos. Frente a lo anterior, era aún más urgente aprovechar los escasos recursos disponibles de forma criteriosa y estratégica, pero por el contrario fuimos testigos de discrepancias en el quehacer de las distintas instituciones encargadas de la salud de la población, con información incongruente y escaso énfasis en la utilización consciente de recursos.

Nos parece relevante una adecuada educación y concientización a la ciudadanía acerca de la enfermedad por COVID-19, en la que los profesionales de la salud tienen un rol fundamental (6) y se debería propiciar un ambiente apto para que las personas aclaren sus dudas y les sean entregados consejos de forma breve acerca del virus en cada consulta; esto teniendo como base que *“la información oportuna y basada en evidencia es la mejor vacuna contra los rumores y la desinformación”* (7).

Asimismo, para poder cumplir los objetivos sanitarios explicitados en la Estrategia Nacional de Salud, con o sin pandemia, se hace necesario lograr una correcta coordinación entre los distintos niveles del sistema de salud para trabajar en conjunto, de manera que las acciones realizadas sean complementarias, con labores y protocolos bien definidos y un expedito flujo de información.

Referencias

1. Gobierno refuerza la red de hospitales públicos ante su colapso. El Mostrador [publicación periódica en línea]. 2019, junio 9 [revisado en 2021, enero 2]. Sección País. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/dia/2019/06/09/gobierno-refuerza-la-red-de-hospitales-publicos-ante-su-colapso/>
2. Obrador P. Pacientes denuncian colapso y esperas de hasta 10 horas en Hospital San Juan de Dios. Bío Bío Chile [publicación periódica en línea]. 2017, marzo 16 [revisado en 2021, enero 2]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-metropolitana/2017/03/16/pacientes-denuncian-colapso-y-esperas-de-hasta-10-horas-en-hospital-san-juan-de-dios.shtml>
3. Martínez S. Colapso en las urgencias: ¿De qué estamos hablando realmente? Universidad de Chile [Internet]. 2016, septiembre 15 [revisado en 2021, enero 2]. Sección Noticias. Columna de Opinión. Disponible en: <https://www.uchile.cl/noticias/126334/colapso-en-las-urgencias-de-que-estamos-hablando-realmente>
4. Arteaga O. COVID-19. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2020, marzo [revisado en 2021, enero 2]; 48(3). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000300279&lng=es&nrm=iso&tlng=es#B10
5. Colegio Médico de Chile. Resumen ejecutivo Mesa Social COVID 19. Colegio Médico de Chile [Internet]. 2020, mayo 8 [revisado en 2021, enero 2]. Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/05/MINUTA-8-DE-MAYO-2020-COLMED-MESA-SOCIAL-COVID19-.pdf>
6. Alexandre-Benavent R, Castelló-Cogollos L, y Valderrama-Zurián JC. Información y comunicación durante los primeros meses de Covid-19. Infodemia, desinformación y papel de los profesionales de la información. EPI [Internet]. 2020, julio 13 [revisado en 2021, enero 2]; 29(4). Disponible en: <https://revista.profesionaldelainformacion.com/index.php/EPI/article/view/79622>
7. Organización Panamericana de la Salud. Comunicar los riesgos para la salud de COVID-19: una acción clave para ayudar a la población a protegerse y a mitigar su propagación [Internet]. 2020 [revisado en 2021, enero 2]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15751:communicating-the-risks-to-health-posed-by-covid-19-is-key-to-protecting-populations-and-mitigating-spread&Itemid=1926&lang=es

APS y la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento en debate



PARTE III

CAPÍTULO I

La fragmentación del Sistema de Salud Chileno y su repercusión en la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento

Juan Aldea, Matías Arenas, Abelardo Báez, Jesús Camacho, Gerald Fernández,
Alexandra Vargas, Erick Veas & Valeria Vicencio

Introducción

La fragmentación del Sistema de Salud Chileno ha sido una problemática desde hace décadas, sin embargo, en la contingencia actual hemos visto cómo se ha convertido en un obstáculo para la implementación de la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA). A continuación, analizaremos la siguiente noticia “Alcalde sampedrino señala que los municipios sólo pueden hacer trazabilidad a pacientes Fonasa” publicada el 26 de agosto del 2020. En dicha noticia se señala lo siguiente: *“En todos los municipios a lo largo del país el sistema funciona de igual manera, es decir, por protocolo los municipios deberán hacerse cargo de la trazabilidad de los recintos que administran, por tanto, se desconocen los resultados de aquellas personas que se realizan exámenes en recintos privados. Será la Seremi de Salud quien se encargue de hacer el trabajo de trazabilidad a los casos ISAPRE”*.

Desarrollo

Para entender la fragmentación en nuestro sistema de salud, es necesario hacer una breve revisión histórica. Durante la dictadura cívico-militar se imponen múltiples reformas al antiguo Servicio Nacional de Salud, buscando la descentralización y el desarrollo del sector privado, llevándonos al estado actual donde no se garantiza el derecho a la salud, sino solo el acceso a los servicios (1). La Atención Primaria en Salud (APS) pasó a manos de las municipalidades y se crean los seguros público FONASA y privados ISAPRE, vigentes hasta el día de hoy (2).

A partir de la formulación de objetivos sanitarios para el año 2000-2010 se llevaron a cabo distintas reformas al sistema sanitario, donde uno de sus ejes centrales fue el establecimiento de las funciones del Ministerio de Salud y la creación de dos subsecretarías: Salud Pública (SSSP) y Redes Asistenciales (SSRA) (2).

1 Stuardo M. Alcalde sampedrino señala que municipios sólo pueden hacer trazabilidad a pacientes que son Fonasa. Bio Bio Chile [publicación periódica en línea]. 2020, agosto 26 [citado 16 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-del-bio-bio/2020/08/26/audito-retamal-senala-que-municipios-solo-pueden-hacer-trazabilidad-a-pacientes-que-son-fonasa.shtml>

Actualmente el sistema de salud realiza las siguientes 4 funciones: la primera es la rectoría encabezada por el MINSAL, dividiendo sus competencias en la SSSP que cumple funciones en los bienes públicos como diseñar políticas, normas relativas a la promoción, vigilancia, prevención y control de enfermedades, epidemias/pandemias, campañas sanitarias y la SSRA encargada los bienes privados o individuales, fundamentalmente asociados a la atención de la enfermedad a través de la articulación y desarrollo de la red asistencial. La segunda es la fiscalización, representada por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Superintendencia de Salud, encargadas de vigilar el cumplimiento de normas, planes, programas y políticas nacionales. En tercer lugar, está la función de aseguramiento, representados por FONASA, ISAPRE y CAPREDENA (Caja de la Defensa Nacional para Fuerzas Armadas). La cuarta función es la prestación que incluye hospitales, APS, CENABAST, laboratorios y prestadores privados (2).

Según el “Protocolo de Coordinación para Acciones de Vigilancia Epidemiológica durante la Pandemia COVID-19 en Chile” en vigencia desde julio de 2020, la SSSP debe llevar el registro diario nacional de la información, preparar el reporte diario a la autoridad e informar diariamente a cada región el número de casos activos, totales y el avance en los procesos de investigación epidemiológica, mientras que el rol de la SSRA es generar una estrategia intersectorial que potencie el trabajo con los municipios y que apoye la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento, entre otras (3).

En teoría ambas secretarías tienen funciones distintas, pero en la práctica muchas veces se terminan solapando y duplicando tareas, y esta no fue la excepción. Por un lado, esto se explica por la dificultad inherente de dividir funciones íntimas y por otro, un mal liderazgo que dificulta la coordinación. Estos factores dieron como resultado un retraso en la entrega de un protocolo de TTA por parte de la SSSP, lo que generó que otros actores, como los municipios, iniciaran esquemas propios de trazabilidad, en busca de poder controlar la pandemia en sus territorios.

A esto se suma el obstáculo de la división entre sistema público y privado, ya que como se observa en el plan de TTA, no existe trazabilidad realizada por privados conectada a la que hace la autoridad sanitaria. Esta tarea la realizan las SEREMI, lo que tiene por resultado, otra vez, la duplicación de funciones.

Vemos entonces como la fragmentación y segmentación, tanto dentro de la organización del MINSAL con su separación de funciones, como en el sistema dual público y privado, han contribuido de manera negativa a la implementación de la estrategia TTA, la cual no ha sufrido grandes modificaciones desde julio. Sin embargo, a pesar de que aún exista una escasa conexión entre las SEREMI, la APS y los Servicios de Salud, se ha logrado funcionar de manera cada vez más eficiente y ahora incluyendo más estrategias de búsqueda activa de casos en lugares de trabajo, mapas de calor (es decir, lugares con mayor cantidad de casos activos), clúster, poblaciones de riesgo, zonas con hacinamiento y lugares con acceso limitado a servicios básicos. (4,5,6).

Conclusiones

Durante la dictadura cívico-militar en nuestro país se cambiaron paradigmas respecto a la salud en el marco de reformas neoliberales. Al considerar esta nueva forma de ver la salud, el derecho a una salud digna, justa y de calidad ha pasado a segundo plano, teniendo actualmente con fin último la perpetuación de políticas neoliberales que responden a los intereses del mercado en desmedro de las necesidades de la población.

Existen distintos tipos de prestadores e instituciones de salud, lo cual dificulta su coordinación. Además, las instituciones privadas en la mayoría de los casos no tienen un sentido de salud pública, sino más bien son movilizadas por el lucro. Esto, nos lleva a caer en ineficiencias en las estrategias adoptadas en pandemia, ya que, tratando de respetar el modelo a toda costa, no se tomaron las acciones necesarias para hacer frente a la situación sanitaria.

La acción tardía de la SSSP en determinar la estrategia de TTA y el rol de la APS en ella, generó problemas de coordinación en los distintos actores de la red de salud, llevando a la duplicación de funciones y ejemplificando que la fragmentación del sistema de salud se asocia a peores resultados en términos de salud pública. A pesar de lo anterior, se ha avanzado en la implementación de mejores estrategias de TTA, basadas en la búsqueda activa de casos, por ejemplo, en lugares de trabajo y mapas de calor.

Considerando lo anterior, se hace necesario avanzar hacia la generación de un nuevo modelo que garantice el derecho a la salud y donde se limite la fragmentación del sistema, permitiendo responder de manera eficiente y eficaz ante las necesidades de la población en todo momento, incluyendo aquellas situaciones de emergencia sanitaria.

Referencias

1. Goyenechea M. y Sinclair D. La Privatización de la Salud en Chile. Revista Políticas Públicas USACH [en línea]; 2013 [revisado en 2020, diciembre 30]; vol. 6 (1), 35–52. Disponible en: <https://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/politicas/article/view/1196>
2. González C, Castillo-Laborde C. y Matute I: [ed]. Serie de salud poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. CAS-UDD [Internet]. 2019 [revisado en 2020, diciembre 30]. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/files/2019/12/Estructura-y-funcionamiento-del-sistema-de-salud-chileno-2019.pdf>
3. Ministerio de Salud, Chile. Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y aislamiento [Internet]. 2020, julio [revisado en 2020, diciembre 30]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-tecnico/>

4. Departamento de Epidemiología MINSAL. Manual operativo para la búsqueda activa de casos en la comunidad y diagnóstico precoz de Covid-19. Ministerio de Salud, Chile [Internet]. 2020 [revisado en 2020, diciembre 30]. Versión 3.0: p1-18. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/201005-MANUAL-BAC.pdf>
5. Ministerio de Bienes Nacionales. Visor territorial COVID-19 [Internet]. 2020 [revisado en 2020, diciembre 30]. Disponible en: <https://covid.visorterritorial.cl/>
6. Latorre R. y Sandoval G. Salud refuerza indagatoria para mejorar trazabilidad. La Tercera [publicación periódica en línea]. 2020, diciembre 2 [revisado en 2020, diciembre 30]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/salud-refuerza-indagatoria-para-mejorar-trazabilidad/NM77LLU7Y-VBGXHSEZXEYSHQYYU/>

CAPÍTULO II

La estrategia de TTA ¿aislando personas o deteniendo el contagio?

*Felipe Azola Ortiz, M. Belén Borda Pinto, M. Soledad Comas Sáez,
Micaela Guglielmetti Macchiavello, Andrés Jalil Morello,
Walter Meyer Bello, Juan Olivera Hausforf & Matías Valencia Sapunar*

Introducción

El presente ensayo tiene como finalidad analizar brevemente la noticia titulada “Epidemióloga sobre trazabilidad: No fortalecimos lo fundamental del control de una pandemia: evitar nuevos casos” publicada el 4 de septiembre de 2020¹. El objetivo es actualizar perspectivas respecto a la gestión sanitaria en tiempos de pandemia por COVID-19 y contrastar brevemente la noticia con los sucesos que han ocurrido y los nuevos conocimientos disponibles hasta el momento de elaboración de este ensayo.

La noticia analizada aborda la problemática de la trazabilidad desde la perspectiva de una médica chilena, quien señala una serie de críticas sobre las medidas adoptadas por los organismos de salud del país, principalmente en cuanto a la falta de coordinación y lentitud de los procesos, las deficiencias sostenidas en los criterios de trazabilidad en el país y el mal desarrollo de la gestión de seguimiento de casos y contactos, lo que se ha traducido en un déficit comunicacional entre el sistema de salud y la comunidad en nuestro país.

Desarrollo

La trazabilidad de casos se define como el proceso que permite identificar de manera continua a las personas que tuvieron contacto con un caso contagiante, en este caso, contactos expuestos a los casos índice por COVID-19 (1). Para ello, la OMS ha planteado la estrategia de “Testeo, trazabilidad y aislamiento” (TTA) (Figura 1), como el método más efectivo para combatir la pandemia. Ésta puede resumirse en una serie de tareas asignadas a equipos sanitarios con la finalidad de poder tomar decisiones respecto a personas contagiadas con el virus y hacer una investigación de sus posibles contactos (1).

La estrategia TTA fue publicada por el Ministerio de Salud (MINSAL) a comienzos de julio del 2020, demorándose cinco semanas en confeccionar el protocolo para la población

1 Riffo J. Epidemióloga sobre trazabilidad: “No fortalecimos lo fundamental del control de una pandemia: evitar nuevos casos” Interferencia [publicación periódica en línea]. 2020, septiembre 4 [citado el 2020 Oct 9]. Sección Entrevista. Disponible en: <https://interferencia.cl/articulos/epidemiologa-sobre-trazabilidad-no-fortalecimos-lo-fundamental-del-control-de-una-pandemia>.

chilena junto a la entrega de fondos para su implementación en las municipalidades (2). Este protocolo requiere una acción eficaz y coordinada entre las SEREMI de Salud, los directores de Servicio de Salud y la Atención Primaria de Salud (APS) municipal.

Gestionar una trazabilidad efectiva significa desarrollar acciones que fortalezcan la APS y que exista una distribución eficiente de recursos sostenida en el tiempo, ya que constituye un servicio esencial, accesible y que se encuentra asociado a una mejor continuidad asistencial. Esta distribución eficiente no es posible si los organismos encargados de la gestión a nivel nacional hacen caso omiso de las peticiones emanadas desde distintos organismos de atención en salud y de la misma comunidad.

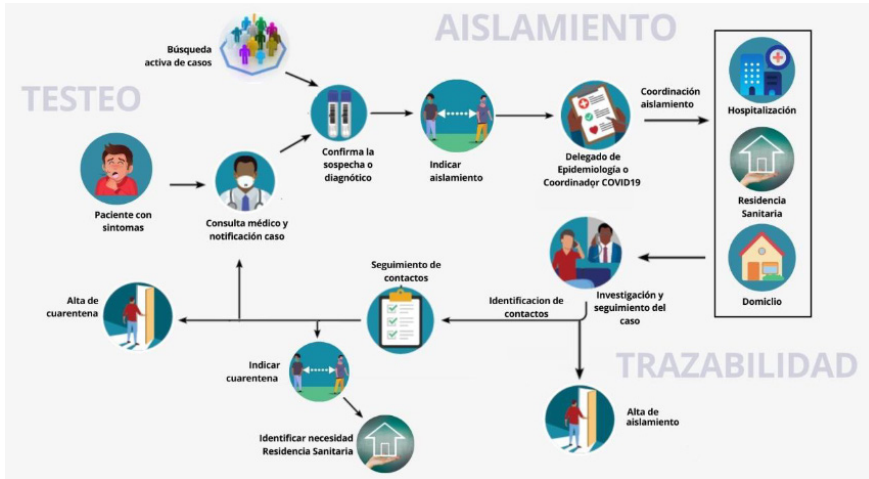
Respecto a los puntos criticados en la noticia publicada en septiembre del 2020, realizaremos una revisión del progreso de las problemáticas allí señaladas evaluando los distintos niveles de gestión sanitaria del país y comparando con los datos actuales.

En macrogestión fue señalado el desequilibrio existente entre el financiamiento para el nivel terciario y el primario, destacándose una inversión insuficiente en APS. Si bien el panorama general de cómo se organiza el sector salud en el país no ha cambiado, sí ha existido un enfoque más dirigido al trabajo en APS (4). Esto sigue siendo un problema al momento de realizar acciones conjuntas entre sectores públicos y privados (en el sector ISAPRE no existe APS), aunque la regularización y el uso del Sistema de Vigilancia Epidemiológica EPIVIGILA ha sido un primer paso para unir estos sectores históricamente casi sin coordinación (2).

En la mesogestión podemos destacar tres fenómenos principales. En primer lugar, la ineficiente coordinación entre los agentes de la red asistencial pública, lo cual se evidencia en el seguimiento epidemiológico que por un lado lo realiza el MINSAL a través de EPIVIGILA con alcance nacional y, por otro lado, los equipos de APS quienes tienen sus propias plataformas de vigilancia digital (además de EPIVIGILA, donde deben traspasar los datos a nivel central), lo que genera a veces seguimientos paralelos de casos y contactos estrechos, de manera descoordinada. Además, destacan los obstáculos y límites para la entrega de recursos a los municipios, lo que dificulta el envío de ayuda social a personas que deben realizar cuarentena o aislamiento. Finalmente, la existencia de una relación jerárquica y vertical desde el equipo del MINSAL hacia las avanzadas territoriales.

Por último, en la microgestión se han realizado campañas de educación respecto a prevenir contagios y promover bienestar en la pandemia, sin embargo, todavía existe una escasa participación ciudadana en el control de trazabilidad de los territorios y poca adherencia a medidas preventivas dentro de los hogares. Esto refleja de cierta forma, la desconfianza que existe por parte de la población hacia la autoridad política y sanitaria, quien en más de una ocasión ha entregado mensajes confusos y contradictorios reforzando la conducta irresponsable de la ciudadanía.

Figura 1. Resumen de estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento



Fuente: MINSAL (2020) (1).

Ya pasados algunos meses tras la publicación de la noticia, el panorama nacional y mundial respecto de la pandemia ha cambiado muchísimo. A medida que avanzan los meses, se hallan nuevas cepas, se han creado vacunas que ya circulan por el territorio nacional y aparecen nuevos horizontes de tratamiento. Sumado a esto, ha habido un aumento de casos y de fallecidos dadas las aglomeraciones ocurridas durante las fiestas de navidad y año nuevo (4, 5). Todo esto, recalca la importancia de una correcta implementación de la trazabilidad y gestión sanitaria, y del fortalecimiento del sistema de salud chileno como un todo y no como el sistema fragmentado que existe actualmente.

Conclusiones

La APS, la ciudadanía y las organizaciones sociales son herramientas fundamentales que se deben empoderar para combatir la pandemia, su ayuda en la prevención, trazabilidad y aislamiento son medidas que se han demostrado eficaces para controlar la pandemia tanto a nivel nacional como internacional. Una adecuada gestión en todos los niveles, el reforzamiento de la APS y de los recursos asistenciales son la única forma en que las medidas para frenar el avance de la pandemia tengan un real efecto.

Con la mejoría de la educación, el fortalecimiento de los gobiernos locales y la creación de un sistema nacional de salud coordinado e integrado, se podría mejorar estructuralmente la manera en que abordemos adversidades futuras en nuestro país.

Referencias

1. Ministerio de Salud, Chile. Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y aislamiento [Internet]. 2020, julio [revisado en 2020, octubre 5]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-tecnico/>
2. Comunicaciones Escuela de Salud Pública U Chile. Segundo reporte de resultados: Monitorización de estrategia de Testeo-Trazabilidad-Aislamiento en la APS [Internet]. 2020, julio 21 [revisado en 2020, octubre 5]. Disponible en: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/165407/monitorizacion-de-estrategia-de-testeo-trazabilidad-aislamiento-aps>.
3. Colmed entrega informe sobre atenciones en salud mental: 67% de médicos de APS disminuyó consultas para priorizar COVID-19. El periodista [publicación periódica en línea]. 2020, diciembre 22 [revisado en 2021, enero 4]. Sección Portada. Disponible en: <https://www.elperiodista.cl/colmed-entrega-informe-sobre-atenciones-en-salud-mental-67-de-medicos-de-aps-disminuyo-consultas-para-priorizar-covid-19/>.
4. Fin de año con luz amarilla: Minsal informa cifras que no se veían desde julio y el reporte ICOVID insiste en que uso de camas UCI en todo Chile está en nivel de “riesgo”. El Mostrador [publicación periódica en línea] 2002, diciembre 21 [revisado en 2021, enero 4]. Sección País. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/12/31/fin-de-ano-con-luz-amarilla-minsal-informa-cifras-que-no-se-veian-desde-julio-y-el-informe-icovid-insiste-en-que-uso-de-camas-uci-en-todo-chile-esta-en-nivel-de-riesgo/>.
5. Ministro Paris por el alza de contagios COVID-19: “Si no tiene que salir, no salga”. Chv Noticias [publicación periódica en línea]. 2021, enero 2 [revisado en 2021, enero 4]. Disponible en: https://www.chvnoticias.cl/coronavirus/ministro-paris-alza-contagios-covid19-si-no-tiene-que-salir-no-salga_20210102/.

CAPÍTULO III

Ni trazadores, ni educadores: la APS en la pandemia

Javier Alarcón Chávez, Diego Aragón Caqueo, Macarena Carvajal Gallardo, Javier Fernández Salinas, Nicolás Godoy González, Patricio Lara Leal, Lucas Sánchez Mesina, Javier Suárez Vásquez & Diego Toledo Guerrero

Introducción

Tras insistentes llamados de agrupaciones médicas para asignarle un rol relevante a la Atención Primaria en Salud (APS) en el enfrentamiento de la pandemia, el Ministerio de Salud (MINSAL), el 4 de junio de 2020 anunció la destinación de recursos para este fin, entregando financiamiento para aumento de personal, elementos de protección personal y costos de traslados, todo enmarcado en la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA)¹. Esto, vendría a responder al problema de la dificultad de la trazabilidad de casos, cuyas principales causas y soluciones identificadas se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Causas y soluciones propuestas frente a la dificultad de trazabilidad de los casos COVID-19

Causas	Soluciones
Descoordinación de los centros de trazabilidad	Unificar esfuerzos entre SEREMI y APS
Modelo de financiamiento de la APS	Otorgar los recursos necesarios en la APS
Esfuerzos enfocados en la pesquisa de casos y no en aislamiento	Responsabilizar al sector primario de la estrategia de TTA
Enfoque curativo hospitalocéntrico	

Fuente: Elaboración propia.

1 Reyes R. Minsal se compromete con recursos a la Atención Primaria de Salud para el trabajo de trazabilidad de contagios de Covid-19. La Tercera [publicación periódica en línea]. 2020, junio 4 [citado en: 2021 enero 5]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/minsal-aportara-con-recursos-a-la-atencion-primaria-de-salud-para-el-trabajo-de-trazabilidad-de-contagios-de-covid-19/DC7JYZJ15BGPZG37BT7VV4RU44/>

Este trabajo propone que, para cumplir las medidas de prevención y aislamiento, se requiere tener un mínimo de condiciones como acceso a alimentación, fármacos, ingresos estables o gestión de licencias de trabajo, entre otras cosas. Lo anterior se puede realizar a través de estrategias comunitarias que permitan conocer mejor la realidad de cada vecine, fomentando la colaboración y gestionando recursos desde los centros de salud.

Desarrollo

Estrategias de trazabilidad

Chile en un principio establece una estrategia mixta de control, basada en medidas restrictivas sin un cierre y desconfinamiento completo y asumiendo la capacidad de testear, identificar y aislar a la población contagiada oportunamente. Muy pronto se posiciona como el país con mayor capacidad de testeo en Latinoamérica. Además, adopta una estrategia hospitalocéntrica reflejada en el precoz aumento de las camas críticas en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), compra de ventiladores mecánicos y contratación de personal sanitario especializado (1,2). Lamentablemente esta estrategia inicial no logró un control satisfactorio de la pandemia y el 15 de mayo de 2020 se declara cuarentena total para Santiago y otras regiones. Posteriormente, a medida que las evidencias se hacían más disponibles, se establece la estrategia TTA. Sus objetivos se aprecian en la Tabla 2. Para dicha labor, se establecen centros de trazabilidad establecidos por parte de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública, la APS municipal y de los Servicios de Salud dependientes técnicamente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que trabajan en conjunto con el soporte informático entregado por la plataforma denominada Epivigila.

Tabla 2. Objetivos de la estrategia de TTA

Objetivos
• Ampliar la cobertura del examen PCR, acercándolo a nivel comunitario
• Disminuir el tiempo que transcurre entre la detección del caso positivo (por clínica o laboratorio) y la investigación epidemiológica
• Aislar a todos los casos sospechosos desde el inicio de síntomas o desde el momento de la primera consulta
• Aumentar la efectividad de las medidas de aislamiento y cuarentena, a través de la fiscalización aleatoria
• Potenciar el seguimiento de casos índices y sus contactos estrechos
• Identificar y aislar a todos los contactos estrechos y establecer su cuarentena efectiva en las primeras 24 horas

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Ministerio de Salud de Chile (3).

Por otra parte, en el mundo existen otras estrategias de trazabilidad en colaboración con el territorio como el uso de aplicaciones móviles junto con la utilización de códigos QR para rastrear la movilidad de las personas en los barrios y negocios locales (4,5), las cuales serían factibles de aplicar en nuestra población considerando que Chile tiene la mayor tasa de smartphones per cápita de Sudamérica (6,7).

Rol de la APS en la pandemia

La implementación de la APS está asociada a mejores resultados de salud, menores costos y mayor equidad, por tanto, la OMS reconoce que esta debe tener un rol esencial en el manejo de la pandemia, ya sea en la identificación y tratamiento de casos, el estudio de contactos, realizar vigilancia epidemiológica y fortalecer la participación comunitaria (8). En Chile, la resolución exenta N°420, dispone que los equipos de APS asuman el diagnóstico e implementación de medidas de aislamiento de casos COVID-19 (9).

Las medidas de prevención requieren tener un mínimo de condiciones en la vida diaria tales como seguridad alimentaria, ingresos estables, gestión de licencias de trabajo, entre otras múltiples determinaciones. Lo anterior se puede realizar a través de estrategias comunitarias que permitan conocer mejor la realidad de cada vecine, territorio o comunidad, fomentando la colaboración y gestionando recursos desde los centros de salud. En la Tabla 3 se ejemplifican acciones de vinculación entre la APS y el territorio. Por otra parte, en la consulta ciudadana “Respuesta comunitaria a la pandemia COVID-19” se analizaron 1202 respuestas de diferentes territorios y organizaciones que gestionaron acciones de colaboración mutua durante la pandemia. Un tercio de los participantes declaró que estas acciones fueron llevadas a cabo trabajando con instituciones sanitarias, lo cual ejemplifica que el trabajo unificado entre estas últimas y la comunidad es posible (10).

Tabla 3. Propuesta de tareas de vinculación entre la APS y el territorio

Tareas
• Educación comunitaria en ollas comunes
• Trabajo con ferias libres
• Formación de monitores de salud
• Catastros comunitarios para identificar grupos vulnerables
• Mapeos comunitarios

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al financiamiento, en julio la Contraloría General de la República tomó razón del decreto del MINSAL para destinar cerca de 90 mil millones a la APS, de los cuales 13 mil millones serían para trazabilidad (11). En el quinto reporte del Colegio Médico para monitorizar la estrategia TTA en la APS se encuestó a más de 224 integrantes de CESFAM y direcciones de salud municipal del país. Los resultados fueron: 89% afirmó que se estaba realizando búsqueda activa de casos; sólo el 42% de los centros refiere disponer de los recursos para aplicar la estrategia de TTA de acuerdo con el protocolo ministerial durante septiembre y el mismo porcentaje puede aislar efectivamente a todas las personas que lo requieran en un plazo menor a 24 horas, lo cual es muy preocupante dado que este es uno de los pilares de la estrategia (12). Además, hay una baja disponibilidad de recursos de movilización/transporte para todas las acciones de TTA (solo 46% dispone de movilización) y sobrecarga laboral del personal de salud reportada en la sección cualitativa de las encuestas (12). Esto demuestra que los recursos económicos para la estrategia continúan siendo un punto crítico.

Finalmente, la fragmentación de nuestro sistema de salud y la duplicidad de funciones y roles que se le atribuyeron a la SEREMI en un principio, sumado al pobre reconocimiento social y económico a la APS, frena la capacidad resolutive y la adecuada trazabilidad en la pandemia.

Conclusiones

Otorgar una serie de herramientas a los hospitales no fue completamente negativo como estrategia de control de la pandemia, pues ayudó en gran medida a que el sistema no colapsara inicialmente. No obstante, el problema fue que dicha estrategia hubiese sido más sólida si se hubiera apoyado en la APS, pues ésta estuvo en gran medida ausente en etapas iniciales de la pandemia. Por lo tanto, sin la APS, sólo se apuntó a pacientes que ya se encontraban comprometidos por la infección, y no se enfatizó la importancia de cortar la cadena de contagios, sino más bien en enfrentar sus consecuencias.

Pese al cambio de estrategia otorgando más recursos a la APS, este no se aplica de inmediato en todo el país, lo que sigue entorpeciendo el manejo de la pandemia, el aplanamiento de la curva de contagios y una adecuada trazabilidad.

Es por esto que la APS pudo haber sido un gran ente trazador al ser un servicio que abarca a una gran cantidad de gente, potencia las redes y la organización territorial, facilitando la llegada a la población afectada y aumentando la oportuna educación sobre medidas de protección personal. Todo esto con un financiamiento que sea directamente de parte del Estado, distribuyendo los recursos por territorio con la finalidad de disminuir la brecha de inequidad entre municipios.

Referencias

1. Ferrer C. Epidemióloga aboga por cambio de estrategia ante el virus: “El manejo ha sido hospitalocéntrico”. Emol [publicación periódica en línea]. 2020, junio 1 [revisado en 2021, enero 5]. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2020/06/01/987781/Epidemiologa-estrategia-virus-hospitalocentrico.html>
2. Mañalich compromete aumento a 4.859 camas con ventiladores para fines de junio. CNN Chile [publicación periódica en línea]. 2020, mayo 26 [revisado en 2021, enero 5]. Disponible en: https://www.cnnchile.com/coronavirus/manalich-aumento-4-859-camas-ventiladores-junio_20200526/ (Revisado por última vez el 5 de enero de 2021).
3. Ministerio de Salud, Chile. Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y aislamiento [Internet]. 2020, julio [revisado en 2021, enero 5]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-tecnico/>
4. National Health Service. Create a coronavirus NHS QR code for your venue. NHS [Internet]. 2020 [revisado en 2021, enero 5]. Disponible en: <https://www.gov.uk/create-coronavirus-qr-poster>
5. Coronavirus cases: South Korea imposes QR log in system. Deutsche Welle [publicación periódica en línea]. 2020 [revisado en 2021, enero 5]. Disponible en: <https://www.dw.com/en/coronavirus-cases-south-korea-imposes-qr-log-in-system/av-53779757>
6. Endo A, et al. Implication of backward contact tracing in the presence of overdispersed transmission in COVID-19. Wellcome Open Res [Internet]. 2020 [revisado en 2021, enero 5], 5:239. Disponible en: <https://wellcomeopenresearch.org/articles/5-239>
7. Lu T. LATAM individual markets overview 2019. In insights. Counterpoint [Internet]. 2020 [revisado en 2021, enero 5]. Disponible en: <https://www.counterpointresearch.com/latam-individual-markets-overview-2019/>
8. World Health Organization. Role of primary care in the COVID-19 response. WHO [Internet]. 2020 [revisado en 2021, enero 5]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf>
9. Resolución exenta N° 420, de 4 de junio de 2020. Diario Oficial de la República de Chile. 2020 [revisado en 2021, enero 5] Disponible en: <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2020/06/06/42674/01/1770543.pdf>

10. Universidad de Chile, Universidad de Concepción, Universidad de Valparaíso, Universidad de Santiago de Chile, Universidad de la Frontera. Consulta ciudadana respuesta comunitaria a la pandemia Covid-19. Primeros resultados. Escuela de Salud Pública U Chile [Internet]. 2020, julio [revisado en 2021, enero 5]. Disponible en: <http://www.saludpublica.uchile.cl/extension/presentacion/165664/consulta-ciudadana-respuesta-comunitaria-a-la-pandemia>
11. Reyes R. Contraloría toma razón de decreto del Minsal que destina recursos a la Atención Primaria de Salud para estrategia de trazabilidad. La Tercera [publicación periódica en línea]. 2020, julio 2 [revisado en 2021, enero 5]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/contraloria-toma-razon-de-decreto-del-minsal-que-destina-recursos-a-la-atencion-primaria-de-salud-para-estrategia-de-trazabilidad/BANTJ22SZFCGXARZ65DASJSGJU>
12. Monitorización de estrategia de Testeo-Trazabilidad-Aislamiento en la APS. Quinto reporte de resultados. Colegio Médico de Chile A.G. 2020, septiembre 2 [revisado en 2021, enero 5]. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/09/Informe-Monitoreo-TTA-04_09.pdf

Rostros en la Gestión de la Pandemia



PARTE IV

CAPÍTULO I

Personal de la salud-enfermedad-atención ¿en pandemia o en guerra?

*Carolina Aguirre Campos, Javiera Galea Fuentes, Nicol Mercado Urizar,
Paul Michaud Salinas, Francisco Navajas Rusque, Pablo Núñez Quiero,
Mauricio Reyes Espinoza & Emilio Roa Muñoz*

Introducción

Desde la aparición del nuevo coronavirus Sars-Cov-2 nos hemos visto enfrentados a uno de los fenómenos sanitarios más relevantes en los últimos años: una pandemia por la COVID-19. Esto ha obligado a convivir con una nueva realidad, con confinamientos, uso de mascarilla en lugares públicos, cuarentenas y distanciamiento físico, entre otras cosas. Se han producido consecuencias económicas, sociales y culturales. Uno de los sectores que más se ha visto afectado con la amenaza de la pandemia, es el sector salud, siendo los profesionales que se dedican a este rubro los/as más expuestos/as y afectados/as por esta situación, tanto en el ámbito laboral como emocional, repercutiendo directamente en la población atendida por ellos/as. En el siguiente ensayo se analizará la noticia “Era como si me enviaran a la guerra sin nada. Amnistía Internacional desnuda la vulnerabilidad de la primera línea de la salud al enfrentar el COVID-19”, publicada el 18 de agosto del 2020¹.

Desarrollo

Amnistía Internacional ha recopilado información y evidencia de la vulnerabilidad de los/as trabajadores/as de la salud desde sus propias voces, con el fin de desenmascarar las diversas dificultades, individuales y colectivas, a las que se han tenido que enfrentar. Las deficientes condiciones laborales, sanitarias y déficit de elementos de protección personal (EPP) a las que se ven enfrentados/as día a día gran parte de los funcionarios/as de centros hospitalarios del país producto de la pandemia y su consiguiente manejo por parte de las autoridades se han puesto en evidencia en el reporte. Jornadas extenuantes de trabajo, condiciones inseguras con equipos de protección insuficientes, sobrecargas emocionales y ausencia de protocolos claros de testeo, llevaron a tener un personal de salud agotado y trabajando al límite (1).

1 Era como si me enviaran a una guerra sin nada”: Informe de Amnistía Internacional desnuda la vulnerabilidad de la “primera línea” de la pandemia. El Mostrador [publicación periódica online]. 2020, agosto 18 [citado en: 2020 diciembre 16]. Sección País. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/destacado/2020/08/18/era-como-si-me-enviar-an-a-una-guerra-sin-nada-informe-de-amnistia-internacional-desnuda-la-vulnerabilidad-de-la-primera-linea-de-la-salud-para-enfrentar-el-covid-1/>

Desde el punto de vista de la gestión en salud se identifican diversas problemáticas. En primer lugar, respecto a la macro gestión, no existen políticas sanitarias estandarizadas de aplicación nacional respecto al manejo de la COVID-19 (2), impidiendo garantizar realmente una entrega de servicio eficaz. Por otro lado, existe una falta de coordinación entre el sistema de salud público y privado, generando que el sistema público se vea sobrecargado, el cual atiende a una población predominantemente de mayor edad y más vulnerable, favoreciendo el colapso de la red asistencial con graves consecuencias en la salud de la población chilena.

Asimismo, no existen protocolos de testeo ni suficientes elementos de protección personal para los profesionales de la salud, que se exponen día a día al virus, y en caso de contagiarse propagan en cadena entre sus pares. Esta situación perpetúa el sentimiento de agotamiento e inseguridad por parte de los/as trabajadores/as de salud.

Además, se observa la presencia de facilitadores para cometer errores en la atención como son la sobrecarga de trabajo, estrés, la necesidad de procesar rápido múltiples datos para tomar decisiones, turnos de trabajo extremadamente prolongados, procedimientos no estandarizados y comunicaciones deficientes, entre otros. Todo esto aumenta la probabilidad de incidentes, eventos adversos y centinelas, generando secuelas transitorias o permanentes, pérdida de recursos e incluso la muerte (3).

Consecuencias en los profesionales de la salud

La crisis sanitaria ha llevado a los trabajadores de la salud al límite, debiendo realizar jornadas extenuantes con turnos de 24, 36 e incluso 48 horas, suspendiéndose vacaciones y permisos administrativos, exponiéndose a falta de recursos y debiendo separarse de sus familias por miedo al contagio; estas y otras situaciones se señalan en los relatos recopilados en el informe de Amnistía Internacional.

De acuerdo con el estudio realizado por Matamala y Barrera (2020) los profesionales de la salud están severamente afectados por el desgaste profesional o burnout y con un riesgo psicosocial laboral elevado, generando consecuencias negativas tanto en la salud física como mental de los trabajadores. Esto debido a diversos factores, algunos presentes incluso previo a la pandemia, entre ellos destacan: extensión de la jornada laboral, temor al contagio, colapso y agobio mental, licencias médicas, alta demanda de trabajo, entre otros. Cabe destacar que particularmente las mujeres trabajadoras de la salud obtuvieron valores más altos de desgaste profesional y riesgos psicosociales al tener mayor dificultad para compatibilizar la vida laboral y familiar (4).

Es así como las condiciones de alta demanda física y emocional han provocado un profundo cansancio, agotamiento y estrés de los profesionales de la salud, también relacionados con una sobreexposición a la atención del paciente y al enfrentamiento constante con el dolor, la muerte y la falta de recursos para el desempeño óptimo de los servicios (5). Esto conlleva una disminución de la seguridad del paciente pues se dificulta la capacidad

de tomar buenas decisiones, con un aumento de la posibilidad de accidentes y complicaciones evitables.

Una forma de sobrellevar esta situación es abordar los problemas de agotamiento y estrés con un enfoque psicosocial, generando intervenciones individuales y grupales con equipos especializados, que nos permita enfrentar este desafío y abordar la necesidad de una cultura de seguridad.

Conclusión

Existen problemas de gestión en la pandemia que requieren una corrección imperante para enfrentarse a los posibles rebrotes y, en un futuro, a una nueva emergencia sanitaria. Dentro de las problemáticas más importantes destacamos la falta de estandarización del manejo del COVID-19 (2), por ejemplo, a través de una guía clínica, la poca coordinación entre los centros de salud, deficiente administración de recursos y falta de insumos para hacer frente a la pandemia.

Las causas que identificamos a raíz de las problemáticas planteadas son: la falta de experiencia al no haber precedentes de una situación similar, insuficiente inversión y administración de recursos, y la incapacidad de garantizar la cobertura de necesidades primordiales como insumos básicos y personales.

Es esencial corregir los errores que surgieron a raíz del manejo de la pandemia, para ello un elemento que podría ser útil son las auditorías, para avanzar a un sistema más estandarizado y eficaz para el presente y el futuro.

Si bien esta noticia aborda la situación de una pequeña parte de la población chilena, que son los profesionales de la salud, esto podría extrapolarse a otros sectores, de allí la importancia de analizar y corregir las condiciones en las que la población enfrenta la pandemia. Algunos estudios (5, 6) ya han dilucidado el impacto en salud mental que esto ha generado en la población de Chile y el mundo, con énfasis importante en el personal de salud. El cerebro y motor que hace funcionar al sistema de salud son los individuos que la componen, en este caso los profesionales de la salud, por ende, se hace indispensable cuidarlos para mantener una correcta operatividad.

Referencias

1. Amnistía Internacional. Ya no podemos ser pacientes. Por tu derecho a la salud y de quienes nos cuidan. Amnistía Internacional Chile [Internet]. 2020, agosto [revisado en 2021]. Santiago: 2020. Disponible en: <https://amnistia.cl/wp-content/uploads/2020/08/YANOPODEMOSSERPACIENTES-1.pdf>

2. Diprece Minsal [Internet]. Recomendaciones clínicas basadas en evidencia. Coronavirus/ Covid-19. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-enfermedades-transmisibles/covid-19/recomendaciones/>
3. Parada M. y Marín S. Error en atención-cuidados. Apunte Gestión en Salud. Bloque Curricular Gestión en Salud; 2020.
4. Matamala J. y Barrera A. Desgaste y Riesgos Psicosociales en profesionales de la salud durante la pandemia en Chile. Grupo de Estudios TRASAS. 2020, agosto [revisado en 2021, enero]. Disponible en: http://confenats.cl/wp/wp-content/uploads/2020/08/Informe_desgaste-profesionales-salud.pdf
5. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miguel J, Leal-Blanquet J, et al. Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. Medicina Clínica [Internet]. 2020, noviembre 27 [revisado en 2021, diciembre 16]; 155(10): 434-440. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775320304838?via%3Dihub>
6. Hernández J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Mediacentro Electrónica [Internet]. 2020, julio 1 [revisado en 2020, diciembre 16]; 24(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578

CAPÍTULO II

La infancia vulnerada y COVID-19

*Aldo Ibani Chamorro, Antonia Márquez Pérez-De-Castro,
Giorgio Nicolini Leiva, Gabriela Salamanca Aguirre, Catalina Soto Órdenes,
Camila Vargas Castillo & Gabriel Vera Oyarzo*

Introducción

El Servicio Nacional de Menores (SENAME) es el organismo gubernamental encargado de la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, y de los/as jóvenes entre 14 y 17 años que han infringido la ley (NNAJ). El Sename cuenta sólo con 5% de infraestructura propia del total de lugares disponibilizados, encargándose de subvencionar a organizaciones privadas para que acojan a NNAJ que lo requieren. Los primeros corresponden a los Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD) y los segundos a las Organizaciones Colaboradoras Acreditadas (OCA). Este dato no es menor, dado que estas instituciones tienen la potestad de administrar los centros bajo su jurisdicción, tanto técnica como económicamente, lo que -sumado a una insuficiente fiscalización por parte del SENAME- da pie a posibles irregularidades.

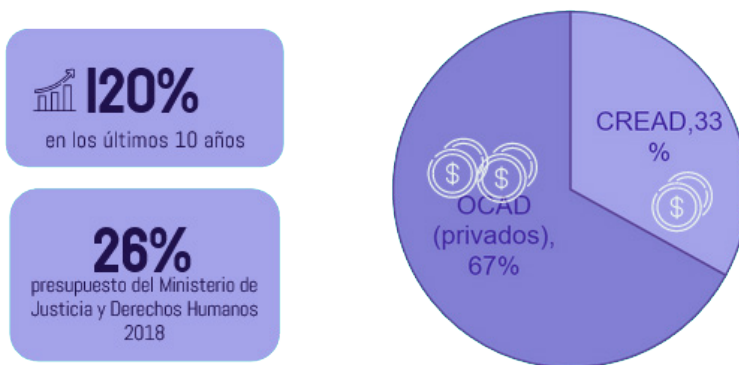
La situación pandémica ha aportado a destapar, aún más, la crisis interna del SENAME. Así se evidencia en la noticia denominada “Funcionarios del Sename piden al Gobierno evitar catástrofe sanitaria en recintos de menores” publicada el 11 de abril del 2020¹. Es a partir del análisis de ésta que surge el presente ensayo.

Desarrollo

Según el “Plan de acción de Sename para enfrentar coronavirus” (1) todas las residencias y centros de la red SENAME se encuentran en cuarentena preventiva, lo que contempla restricción en las visitas y la aplicación de diversos protocolos para evitar el contagio. Sin embargo, no hay claridad respecto del organismo a cargo del dar cumplimiento y realizar la fiscalización, y mucho menos del financiamiento necesario para su realización. Se sabe que existen “Proyectos de emergencia COVID” (2) que han sido adjudicados a diferentes centros del país y que el sistema de donaciones en pandemia, proveniente de privados, ha sido constante para algunos centros, pero esto, más allá de lo material, profundiza la brecha social que ya atañe a los NNAJ (Figura 1).

1 Flores J. Funcionarios del Sename piden al Gobierno evitar catástrofe sanitaria en recintos de menores. *Bio Bio Chile* [publicación periódica en línea]. 2020, abril 11. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2020/04/11/funcionarios-del-sename-piden-al-gobierno-evitar-catastrofe-sanitaria-en-recintos-de-menores.shtml>

Figura 1. Resumen del financiamiento de organizaciones del SENAME



Fuente: Elaboración propia a partir de Observatorio para la Confianza (3).

En el portal de SENAME se pueden observar cifras de contagios (4) entre los meses de marzo y noviembre del año 2020. De acuerdo con dichos datos, se puede ver que el número de contagios en los distintos centros de protección y justicia juvenil asciende a un total de 364, con un peak observado en el mes de julio. Ello correspondería a un porcentaje cercano al 6% del total de NNAJ al cuidado de la institución. Cerca de dos tercios de los casos de NNAJ contagiados se ha dado en residencias OCA.

Ahora bien, respecto al preocupante aumento de contagios en el sur de Chile durante los meses octubre y noviembre, la dirección regional del SENAME Los Lagos efectuó un balance positivo (5) a principios del mes de diciembre de 2020, señalando que de los 334 NNAJ que pertenecen al sistema de residencias de su territorio, sólo 3 se habían contagiado de COVID.

Sin embargo, al igual que el resto de la población, en paralelo al riesgo de contagio por COVID-19, esta pandemia conlleva otras adversidades, como el confinamiento y las ya mencionadas restricciones de visita. Éstas suelen revestir particular relevancia para los NNAJ, en vista de su especial vulnerabilidad. En ese sentido, hay distintas acciones que se han llevado a cabo en el último tiempo, como la entrega de material educativo y kits de astronomía en 52 centros (6), en el contexto del reciente eclipse solar, por iniciativa del Ministerio de Ciencia, o la presentación de un programa de apadrinamiento (7) para niños/as del SENAME en Providencia. No obstante, cabe recordar que lo anterior se da en un escenario de conmoción nacional que resultó luego de un procedimiento de carabineros al interior de un hogar del SENAME, a mediados de noviembre, tras el que resultaron dos adolescentes baleados por un funcionario (8).

Servicio Nacional de protección especializada a la Niñez y la Adolescencia

El 28 de octubre del 2020 se aprueba en el Congreso Nacional el proyecto de ley presidencial enviado en 2018 para dar término al SENAME mediante la creación del nuevo Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia debido a las graves falencias presentadas por su antecesor. El nuevo “Servicio Mejor Niñez” estará bajo la tutela del Ministerio de Desarrollo Social (9, 10) y dentro de los cambios propuestos está la inclusión de la familia de los NNAJ vulnerados/as dentro de la atención del servicio y el fomento de las familias de acogida antes de la elección de una residencia que “no será similar a los CREAD”, sin existir mayores referencias a sus características.

Sin embargo, el nuevo sistema ya presenta falencias estructurales como la falta de garantías del derecho al acceso a la Justicia, la continuación con un sistema de subvenciones, severa y categóricamente cuestionada por el Comité de los Derechos del Niño y la defensoría de la niñez (11), propio de una visión tutelar y caritativa, perpetuando, precisamente, la estructura que ha promovido y favorecido la vulneración de los derechos humanos de NNAJ y la falta de un sistema de garantías que permita la promoción de derechos, prevención de vulneraciones y protección administrativa.

Cabe señalar que aún no existe claridad sobre la aprobación del proyecto que incluye a los jóvenes infractores de la ley.

Conclusiones

Nos parece que existe un manejo eminentemente mediático respecto de la reforma y creación del sistema a cargo de estos NNAJ. Durante diciembre se han publicado infinidad de noticias respecto a donaciones y actividades recreativas para estos niños; además de la revelación y “promulgación” de la nueva ley. Esto no revela la intención de un cambio profundo ni el interés en la reincorporación y protección de los niños en un sistema que los resguarde de vulneraciones de sus derechos.

Por otra parte, no existe información suficiente para evaluar la calidad de esta ley y las consecuencias que podría traer, a nivel estructural, en el sistema a cargo de los menores. Sin embargo, como fue dicho, es un proceso aún incipiente que requiere tiempo para finalizar y esperamos tenga resultados positivos para los NNAJ, quienes finalmente son los/as sujetos/as de derechos, sobre todo en tiempos de crisis socio-sanitaria.

Referencias

1. Sename [Internet]. Chile: Medidas implementadas por el Sename para enfrentar la pandemia; 2020 [actualizado 2020 marzo 24; revisado en 2020 diciembre 21]. Disponible en: <https://www.sename.cl/web/index.php/2020/03/24/conoce-las-medidas-implementadas-por-sename-en-resguardo-de-los-ninos-ninas-y-adolescentes-que-estan-bajo-proteccion-del-estado/>
2. Sename [Internet]. Chile: Proyectos para adjudicación de fondos para enfrentar la pandemia; 2020 [actualizado 2020 abril 14; revisado en 2020 diciembre 21]. Disponible en: <https://www.sename.cl/web/index.php/2020/04/14/sename-valparaiso-se-adjudico-proyecto-del-gobierno-regional-para-enfrentar-el-coronavirus/>
3. Observatorio para la confianza. Informe técnico N°4: Análisis al gasto presupuestario del servicio nacional de menores. Observatorio para la confianza [Internet]. 2018 octubre [revisado en 2020 octubre 14]. Disponible en: <http://observatorio-paralaconfianza.cl/wp-content/uploads/2018/10/Informe-T%C3%A9cnico-N%C2%B04-PDF-An%C3%A1lisis-al-gasto-presupuestario-del-Sename.pdf>
4. Sename [Internet]. Chile: Cifras de contagios COVID-19 en centros de protección y justicia juvenil; [revisado en 2020 diciembre 21]. Disponible en: <https://www.sename.cl/web/index.php/cifras-de-contagios-covid-19-en-centros-de-proteccion-y-justicia-juvenil/>
5. Mennickent C. Los Lagos: Sename realiza balance positivo de trabajo preventivo por covid-19 en hogares. BioBioChile [publicación periódica en línea]. 2020 diciembre 2 [revisado en 2020 diciembre 22]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-de-los-lagos/2020/12/02/los-lagos-sename-realiza-balance-positivo-de-trabajo-preventivo-por-covid-19-en-hogares.shtml>
6. Qué pasa. En víspera del eclipse total más de 50 residencias Sename recibieron material educativo y kits de astronomía. La Tercera [publicación periódica en línea]. 2020 diciembre 13 [revisado en 2020 diciembre 22]. Disponible en: <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/en-vispera-del-eclipse-total-mas-de-50-residencias-sename-recibieron-material-educativo-y-kits-de-astronomia/642MU-3SO6VGKRI7CNLA66LV3JI/>
7. Salgado D. Providencia presenta programa de apadrinamiento para niños del Sename. BioBioChile [publicación periódica en línea]. 2020 noviembre 24 [revisado en 2020 diciembre 22]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-metropolitana/2020/11/24/providencia-presenta-programa-de-apadrinamiento-para-ninos-del-sename.shtml>

8. Díaz C. Dos adolescentes heridos a bala deja procedimiento de carabineros al interior de hogar del Sename. BioBioChile [publicación periódica en línea]. 2020 noviembre 18 [revisado en 2020 diciembre 22]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-del-bio-bio/2020/11/18/dos-menores-de-hogar-dependiente-del-sename-resultaron-heridos-durante-procedimiento-de-carabineros.shtml>
9. Ministerio Secretaría General del Gobierno [Internet]. Congreso aprobó proyecto de ley que crea el Servicio Nacional de Protección a la Niñez y Adolescencia en reemplazo del Sename; 2020 [actualizado 2020 junio 5; revisado en 2020 diciembre 22]. Disponible en: <https://dos.gob.cl/congreso-aprobo-proyecto-de-ley-que-crea-el-servicio-nacional-de-proteccion-a-la-ninez-y-adolescencia-en-reemplazo-del-sename/>
10. Lara E. Piñera promulga ley que crea reemplazante del Sename. BioBioChile [publicación periódica en línea]. 2020 diciembre 22 [revisado en 2020 diciembre 22]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2020/12/22/pinera-promulga-ley-que-crea-reemplazante-del-sename.shtml>
11. Defensoría de la niñez [Internet]. Declaración pública sobre la aprobación del Veto Presidencial al proyecto de ley que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada de la Niñez y Adolescencia; 2020 [actualizado 2020 octubre 29; revisado en 2020 diciembre 22]. Disponible en: <https://www.defensorianinez.cl/noticias/declaracion-publica-sobre-la-aprobacion-del-veto-presidencial-al-proyecto-de-ley-que-crea-el-servicio-nacional-de-proteccion-especializada-de-la-ninez-y-adolescencia/>

CAPÍTULO III

La pandemia olvidada: personas que viven con VIH

*Karin Araya Horta, José De-La-Fuente Fernández,
Gabriela Faccilongo Cickovic, Javier Nieto Valle, Pilar Salas Reyes,
Pablo Sanhueza Vera & Javiera Vallespín Neira*

Introducción

En Chile el VIH alcanza una prevalencia de 0.5% en personas de 15-49 años, afectando más a hombres (1). Se estima que hay 5.000 casos nuevos anualmente, y que esta cifra infravalora la situación real del contagio.

Durante marzo del 2020 el MINSAL implementó acciones para proteger a la población en el contexto del COVID-19 y, acogiendo recomendaciones internacionales (2), se ordena la dispensación trimestral de medicamentos para patologías crónicas, incluyendo la terapia para el VIH, según la modificación del Decreto N°4 publicada el 7 de abril (3).

Sin embargo, ya había antecedentes de desabastecimiento para el programa de Salud Sexual e ITS en varias regiones (4). Como resultado, las denuncias no tardaron en llegar y en mayo se conocieron irregularidades en la entrega de la terapia antirretroviral (TARV) tanto en cantidad de dosis, como en la dispensación en lugares que no resguardan la confidencialidad. Ante esto, la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) indicó que los casos denunciados eran aislados, pero admitió que había 5 medicamentos (TARV) que tendrían problemas de disponibilidad y se entregarían mensualmente. Así se señala en la noticia analizada en el presente ensayo, denominada “Cenabast finalmente reconoce que no todos los laboratorios han cumplido con la entrega apropiada de medicamentos VIH/SIDA” publicada el 5 de julio del 2020¹.

Así, surge preocupación por parte de diversas organizaciones, ante la disminución de la atención para personas con VIH, la suspensión de testeos y la disminución de actividades de prevención, llevando al desarrollo de la Campaña #TerapiasVIHMultimes para presionar a las autoridades.

1 Cenabast finalmente reconoce que no todos los laboratorios han cumplido con la entrega apropiada de medicamentos VIH/SIDA. El Desconcierto [publicación periódica en línea]. 2020, julio 5. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/nacional/2020/07/05/cenabast-asegura-que-ha-realizado-todos-los-esfuerzos-para-abastecimiento-de-medicamentos-del-programa-vih-sida.html>

Desarrollo

El 4 de junio la situación de conflicto llega al nivel judicial cuando se interpone el primer recurso de protección con la denuncia de irregularidades en la entrega de las TARV (5), la cual es acogida (6) y el 20 de junio la Corte de Apelaciones ordena al MINSAL la entrega de TARV por tres meses (7). Días después se suman 8 recursos de protección por la misma razón (8).

Un problema de múltiples niveles

Olvidar una pandemia como el VIH supone un problema médico, ético, legal, social y también de gestión. La no entrega adecuada del tratamiento retroviral configura un desmedro en la salud de estos pacientes, exponiéndoles a un sinfín de enfermedades, incluyendo la propia COVID-19 y, por tanto, a ser vectores activos de SARS-COV2 con posible alta letalidad (9).

Además del retraso en la entrega, la terapia fue proporcionada fuera de los estándares aceptados: entregados incluso en espacios no pertenecientes a centros de salud, atentando contra la integridad y privacidad de quienes viven con VIH, en un país donde aún se les discrimina. Es una situación desalentadora donde nuevamente esta población es invisibilizada, siendo que en pandemia corresponden a un grupo de alto riesgo. En este sentido, es inevitable exigirle al Estado generar mejores medidas de protección. El incumplimiento de la norma de la terapia multi-times refleja la limitación de recursos para un grupo que se vuelve, para las autoridades, “sacrificable”.

Si bien el desabastecimiento también afecta a otras patologías crónicas, puede argumentarse que la ausencia de stock de fármacos para las TARV tiene mayor gravedad por dos motivos: (a) su alto valor imposibilita a una amplia mayoría cubrirlo con gasto de bolsillo (un antirretroviral promedia los \$400.000 al mes) y (b) la interrupción del tratamiento significa por sí mismo un riesgo, al disminuir la calidad inmunitaria de los/as pacientes (por aumento de cargas virales y disminución de CD4+) lo que representa un riesgo para ellos/as mismos/as y la salud pública.

Ante lo anterior, se hace evidente el manejo inadecuado de los presupuestos destinados a salud en el contexto de pandemia, pues a pesar de las gestiones para aumentar los recursos, no parece que se haya logrado uno de los objetivos más importantes de la red asistencial, que es mantener las prestaciones farmacológicas accesibles y constantes para los pacientes.

Por otro lado, en pos de priorizar la pandemia y su manejo, el gobierno llevó a que todas las “patologías no COVID” se viesen afectadas en su control y manejo. Esto es contraproducente en sí, ya que significa más descompensaciones, aumento de las tasas de incidencia y peores resultados, gatillando a largo plazo, mayor carga de enfermedad y gasto público al sistema (10, 11).

Aterrizar medidas

Del total de casos de COVID-19 hasta el 15/11/20, 2.123 personas contaban con confirmación o notificación por VIH/SIDA y 3% de ellas fallecieron, sin embargo, estos datos no son un reflejo confiable de las personas diagnosticadas con VIH considerando que durante la pandemia el testeo disminuyó a la mitad (12).

La medida adoptada por el gobierno y sugerida por la ONU (dispensación trimestral) (13) se basa en el supuesto de que los países tendrán los recursos suficientes para tener un gran stock de medicamentos en poco tiempo. Chile, que es un país que se ha visto afectado por la pandemia de múltiples formas y que además posee problemáticas estructurales arrastradas por años, se ha visto sobrepasado aún más con aquellas tareas que no logró responder pre-pandemia. Por lo tanto, es importante recalcar que el seguir guías de organizaciones mundiales no garantiza el éxito de estas, pues las condiciones de cada país varían, tanto en sus determinantes sociales estructurales, como en recursos humanos, logísticos y económicos.

Finalmente, la escasa comunicación entre los diferentes niveles de la red asistencial (desde APS hasta las autoridades ministeriales) alejan las posibilidades de lograr una solución a corto plazo. Al no existir comunicación entre los distintos estratos de gestión, no se pueden tomar medidas coherentes con el modelo de salud. Por lo mismo el diálogo es fundamental para lograr una gestión interna y externa exitosa.

Conclusiones

Tomando en cuenta lo analizado, deben proponerse soluciones concretas como iniciar la entrega de la terapia a domicilio; no se deben reducir los costos para el manejo del VIH si esto puede significar aumentarlos mañana; aterrizar siempre las recomendaciones internacionales antes de aplicarlas; y, de base, mejorar sustancialmente el Modelo de Atención de VIH/SIDA e ITS así como los esquemas comunicativos entre los niveles de gestión de la red, al día de hoy, importantemente disgregada.

Por último, las autoridades deben entender que las decisiones logísticas nunca están separadas de quienes son afectados por ella y que, para aquellos/as que viven con VIH, el COVID-19 no solo es una nueva pandemia sino que es, de cierta forma, el olvido y marginalización de la suya propia.

Referencias

- 1.- Cáceres K. Informe: situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017. Rev. Chil. Infectol. [Internet]; 2019 abril [revisado en 2020 octubre 17]: vol. 36(2). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182019000200221

- 2.- Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). 2020 enero 30. Ginebra: WHO, 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- 3.- Modifica decreto N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta alerta sanitaria por el periodo que señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia nacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV). Publicado en Diario Oficial de la República de Chile, CVE 1737786, (2020 marzo 7).
- 4.- García T. Medicamentos para el VIH: El fantasma del desabastecimiento en medio del coronavirus. El Desconcierto [publicación periódica en línea]. 2020 mayo 22 [revisado en 2020 octubre 18]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/2020/05/22/medicamentos-para-el-vih-el-fantasma-del-desabastecimiento-en-medio-del-coronavirus/>
- 5.- VIH en tiempos de COVID-19: Interponen recurso de protección por riesgosa negligencia en la entrega de medicamentos. El Desconcierto [publicación periódica en línea]. 2020 junio 4 [revisado en 2020 octubre 18]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/2020/06/04/vih-en-tiempos-de-covid-19-interponen-recurso-de-proteccion-por-riesgosa-negligencia-en-la-entrega-de-medicamentos/>
- 6.- Corte acoge recurso por negligencia del Minsal en entrega de medicamentos para el VIH/SIDA. El Desconcierto [publicación periódica en línea]. 2020 junio 6 [revisado en 2020 octubre 18]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/2020/06/06/corte-acoge-recurso-por-negligencia-del-minsal-en-entrega-de-medicamentos-para-el-vih-sida/>
- 7.- Corte de Apelaciones ordena al Ministerio de Salud la entrega de terapia para VIH por tres meses. El Desconcierto [publicación periódica en línea]. 2020 junio 20 [revisado en 2020 octubre 18]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/2020/06/20/corte-de-apelaciones-ordena-al-ministerio-de-salud-la-entrega-de-terapia-para-vih-por-tres-meses/>
- 8.- Negligencias en entrega de medicamentos VIH: Cada vez más afectados acuden a la justicia y complican al Ejecutivo. El Desconcierto [publicación periódica en línea]. 2020 junio 25 [revisado en 2020 octubre 18]. Sección Nacional. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/2020/06/25/negligencias-en-entrega-de-medicamentos-vih-cada-vez-mas-afectados-acuden-a-la-justicia-y-complican-al-ejecutivo/>

- 9.- ONUSIDA [Internet]. Lo que las personas que viven con VIH deben saber sobre el VIH y COVID-19; 2020 [actualizado 2020 marzo 28; revisado en 2020 octubre 18]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/infographics/hiv-and-covid-19>
- 10.- HIVinfo [Internet]. Cumplimiento del régimen de tratamiento del VIH; 2020 [actualizado 2020 octubre 6; revisado en 2020 octubre 18]. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/cumplimiento-del-regimen-de-tratamiento-del-vih>
- 11.- Organización Panamericana de la Salud. Experiencias exitosas en el manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral en Latinoamérica. OPS. 2011 junio [revisado en 2020 octubre 18]; 5-6.
- 12.- Jara C. Las cifras que el gobierno no reporta: Coinfección de VIH y COVID-19 ha afectado a más de 2 mil personas en Chile. El Desconcierto [publicación periódica en línea]. 2020 diciembre 2020 [revisado en 2021 enero 2]. Sección Reportajes. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/reportajes/2020/12/18/las-cifras-que-el-gobierno-no-reporta-coinfeccion-de-vih-y-covid-19-ha-afectado-a-mas-de-2-mil-personas-en-chile.html>
- 13.- Organización Panamericana de la Salud. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) y VIH: asuntos y acciones claves. OPS/OMS; news. 2020 marzo 24. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-3-2020-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-vih-asuntos-acciones-clave>

Propuestas para la Transformación de Profesionales de la Salud



PARTE V

Hacia la formación de profesionales de salud que Chile necesita. Dilemas y Desafíos en las Enseñanzas-Aprendizajes de las Ciencias de la Salud¹

Universidades por el Territorio²

Introducción

La pandemia que nos ha venido azotando desde marzo de 2020 en adelante nos ha cambiado.

En abril nos encontramos algunos académicos y académicas de cinco universidades: La Frontera, Valparaíso, Concepción, de Santiago y de Chile, pertenecientes a unidades como salud pública, salud o medicina familiar, atención primaria, educación en ciencias de la salud, para explorar juntos lo que estaba sucediendo en los territorios. Se trató de buscar entender, aprehender y aprender de la tremenda fuerza del movimiento social que se organizaba en las bases, ahora para enfrentar la pandemia, así como lo habían hecho meses antes, en el estallido social contra las desigualdades.

Es así como realizamos en mayo de 2020 una “Consulta Ciudadana” donde participaron más 1.200 personas pertenecientes a diversas organizaciones sociales mostrando la maravillosa capacidad de reacción de nuestra base social y cuyos resultados fueron mostrados en julio de ese año (1). En ese momento, considerando las reflexiones de actores sociales y académicos vinculados a las enseñanzas de ciencias de la salud, nos auto denominamos como “Universidades por el Territorio” y destacamos la variedad y riqueza de las diferentes organizaciones a lo largo del país. Sin embargo, nos llamó poderosamente la atención que sólo un tercio de las organizaciones de base mantenían vinculación, en los territorios, con los establecimientos de salud primaria.

Este grupo de académicas y académicos de “Universidades por el Territorio”, continuamos trabajando y buscando por todos los medios influir para que se incorporara la dimensión de participación social en la respuesta oficial frente a la pandemia. En septiembre de

1 Documento publicado originalmente en PDF con circulación en redes de comunicación masiva y alojado en el sitio web <https://www.uchile.cl/portal/facultades-e-institutos/medicina/departamento-de-atencion-primaria-y-salud-familiar/redes/176603/hacia-la-formacion-de-profesionales-de-salud-que-chile-necesita> No se han incluido los anexos del original.

2 Grupo de académicas y académicos de las siguientes casas de estudios: - Universidad de Chile: María Soledad Barria Iroume, Lidia Campodónico Galdames, Deiza Troncoso Miranda, Sandra Oyarzo Torres, Mónica Espinoza Barrios y Hernán Aguilera Martínez. - Universidad de Valparaíso: Astrid Arévalo Salinas y Mario Parada Lezcano. - Universidad de Concepción: Patricia Villaseca Silva y Bárbara Sepúlveda Bustamante. - Universidad de La Frontera: Roxana Sepúlveda y Lilian Fernández Fernández - Universidad de Santiago: Pedro Yáñez Alvarado.

2020, elaboramos el documento “Participación comunitaria en desconfinamiento” (2) que tenía por objeto exponer la necesidad de incorporar una perspectiva comunitaria, participativa y descentralizada al proceso de desconfinamiento.

Este trabajo fue presentado, al igual que el trabajo anterior, en la mesa COVID que el Ministerio de Salud tiene con diversos actores sociales. Hasta ahora, desgraciadamente, no ha existido de parte de las autoridades una real apertura a la participación de la comunidad.

Nos preguntamos entonces qué estábamos realizando, como académicos, para incorporar efectivamente a la comunidad en la enseñanza de las ciencias de la salud. Como equipo entendemos la salud como un bien social, determinado mayoritariamente por las condiciones sociales, económicas y ambientales en que viven y se desarrollan esas comunidades. Por ello la promoción de la salud requiere, de manera completamente relevante, una acción de la misma comunidad por mejorar su calidad de vida, por mejorar sus condiciones que determinan su salud. Si no es así, sólo nos abocaremos a recuperar enfermedades y no a promover la salud de nuestra población. Así, nos preguntamos si estábamos entregando en nuestras facultades las herramientas para que los estudiantes analizarán la salud como un bien social y contarán con las competencias en el área social o si conocían, durante su desarrollo, las organizaciones sociales de base y la atención primaria como estrategia de desarrollo de las comunidades o siquiera como establecimientos centrales del sistema público de salud.

Por ello organizamos en el mes de enero 2021 un seminario de nombre “El Currículo enfermo” donde participaron activamente: comunidad, académicos/as, trabajadores de salud y estudiantes para reflexionar sobre la enseñanza de las ciencias de la salud. La pregunta eje: ¿Cómo estamos formando a los y las personas que se van a desempeñar posteriormente en esos territorios?

El presente documento, reúne las principales revisiones que se realizaron de manera previa para el Seminario, a saber, Atención Primaria (APS) y Currículo, Comunidad y Campos Clínicos, las cuales se enviaron a los más de 100 inscritos; se trabajó en tres grupos de discusión con una fantástica participación, y los principales resultados los encontrarán en la sección III y IV de este documento.

Preparamos en base a todo el proceso anterior, algunas conclusiones (sección V) que queremos poner a disposición de los diferentes actores académicos, políticos, culturales y otros que puedan incidir en los cambios que se necesitan. Estamos convencidos y convencidas de que requerimos un fuerte cambio en la enseñanza de las ciencias de la salud. Varias de nuestras universidades han realizado cambios curriculares, sin embargo, ello no ha sido suficiente. Seguimos formando para la enfermedad y no para la salud, para los hospitales y no para la atención primaria, para individuos y no desde la transdisciplinariedad para la comunidad. Esperamos continuar este análisis hasta lograr cambios efectivos.

Deseamos invitarles a sumarse en este camino de “Universidades por el Territorio”. Estamos seguros y seguras de que somos mayoría quienes deseamos estar al servicio de la Comunidad. Para efectos de la lectura y reflexión de este documento, hablamos de comunidad cuando encontramos un sistema de interrelaciones, de construcciones sociales, un espacio geográfico con sentido de pertenencia e historicidad, espacios de diálogo participativo, de consenso y disenso, espacios autónomos, colaborativos, espacios de diversidad en evolución, de lo geográfico a lo humano de lo humano, de paradigmas positivistas a interpretativos, sentipensantes, que configuran el llamado territorio. Comunidad de personas que logran un consenso de valores, visiones y se transforman en motores de acción que requieren ser reconocidas e integradas para lograr desarrollos territoriales y humanos con sentido para quienes la conforman y para retroalimentar las futuras políticas públicas.

Antecedentes/Marcos referenciales

Cuando hablamos de educación en ciencias de la salud, estamos hablando de un modelo pedagógico que debe transitar desde prácticas tradicionales a un modelo socio-constructivista, que integre profesionales de diversas áreas para solucionar problemas de salud con pertinencia social, para propender por un aprendizaje significativo y profundo de discentes y docentes, con apoyo de la Tecnología de la Información y Comunicación (TIC), pero realzando el papel de maestro facilitador como tutor que motiva y apoya al futuro profesional (3, 4). Este modelo, en sintonía con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde los años ochenta, sobre un nuevo enfoque para la formación de profesionales de la salud centrada en el proceso de formación del estudiante con un aprendizaje profundo y significativo versus superficial y memorístico, para trabajar en el proceso de aprendizaje sobre los problemas prioritarios (5, 6), para avanzar de los objetivos al desarrollo de competencias profesionales integradoras de conocimientos, habilidades y actitudes.

A nivel internacional, Harden aportó desarrollando el modelo curricular SPICES, con nuevas estrategias centradas en el estudiante, en la concepción holística del ser humano y en la integración de las disciplinas mediante la resolución de problemas, así como en el establecimiento de una relación más estrecha con la comunidad (7).

En Chile, la Educación en Ciencias de la Salud (ECS) necesita redefinirse y realizar un cambio hacia la comunidad, formación generalista y enfoque APS. Se debe repensar las bases de la ECS y la planificación curricular en las Escuelas que forman a los/as profesionales de Salud.

Los/as actores del proceso educativo mantienen prácticas profundamente arraigadas en la cultura institucional, demostrando resistencia a los cambios de paradigmas, pese a que formalmente hay una adhesión a los objetivos de formación generalista que aborde la política sanitaria existente, lo que explica el distanciamiento entre los perfiles de egreso y el producto final (8).

En el ámbito del currículo informal en la formación, se ha demostrado que el modelaje de los docentes propicia la reproducción del modelo profesional 'hospitalocéntrico', curativo y biologicista, incentivando estos rasgos en las preferencias del estudiantado. Se evidencia una marcada ausencia de docentes que se desempeñen en la APS, lo que dificulta una educación basada en la comunidad, con orientación generalista, con contenidos de ciencias sociales y humanas, salud pública, salud familiar-comunitaria, en definitiva, con enfoque de APS.

Los currículos en medicina presentan diversidades al revisar universidades en Chile, rescatando los esfuerzos de algunas por introducir contenidos de ciencias sociales, determinantes sociales en salud, educación entre otros, pero aún no suficientemente significativos para el logro del cambio.

Una de las razones que se esgrimen para no fortalecer el trabajo comunitario en la formación de los profesionales de la salud, es que no se tienen suficientes evidencias del impacto que tenga en la salud de la población el trabajo que se realiza hacia la comunidad. Al respecto cabe destacar que existe abundante evidencia de los éxitos que tiene el trabajo con la comunidad y el empoderamiento de la población cuando se trata de su situación de salud (9).

Por otra parte se ha hecho un llamado de la comunidad internacional para promover y defender la misión social de las Instituciones formadoras de recursos humanos en salud; asegurando el desarrollo de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la práctica, investigación y educación socialmente responsables de los futuros trabajadores de la salud y del público; un enfoque con especial énfasis a las poblaciones más necesitadas, reconociendo al mismo tiempo las innegables fortalezas dentro de estas comunidades. Esto requiere de líderes diversos en todos los niveles que puedan promover su visión y unificar grupos y poblaciones hacia la justicia social; desarrollo y la aplicación de sistemas de evaluación y acreditación fundados en los principios de responsabilidad social para todas las facultades de ciencias de la salud e instituciones involucradas en la selección y producción de profesionales y profesores socialmente responsables; apoyo de las más altas autoridades políticas en los sectores de la salud y la educación (10).

La enseñanza de las carreras de Ciencias de la Salud ha sufrido cambios. La mayoría de las universidades chilenas han buscado innovaciones para cumplir con las expectativas de contar al final de las carreras con él o la profesional que la sociedad y el país necesita. Se ha buscado cambiar el currículo, se han introducido o reforzado importantes temas como la comunicación, algunas universidades han introducido nuevas asignaturas como Medicina General Familiar, sin embargo, el paradigma bajo el cual trabajamos parece no cambiar sustantivamente.

Se continúa mirando la medicina y las otras carreras de las ciencias de la salud, desde la enfermedad y no desde la salud. En la práctica seguimos formando, salvo raras excepciones, personas para trabajar en la recuperación de la enfermedad más que en la salud

y para sistemas hospitalarios dispersos más que para sistemas integrados. Trabajando en redes basadas en Atención Primaria que se hagan cargo de sus poblaciones y territorios, que reconozcan la riqueza y cultura de estas.

Siendo la experiencia de la salud, una construcción individual y colectiva se transforma en una cosmovisión tal como lo señala un amplio repertorio de marcos de referencia³. Ya Alma Ata en 1978 se resalta la relevancia de la participación comunitaria para alcanzar una mejor salud y la necesidad de integrar los saberes tradicionales con los científicos: “se requieren profesionales de la salud formados y multidisciplinarios para responder a las necesidades de su comunidad, los cuales deben procurar integrar los saberes científicos con los tradicionales en salud, y establecer un diálogo de saberes” (11).

Más gráficamente Trevor Hancock, en su artículo “The mandala of health: a model of the human ecosystem” (12), enfatizan la necesidad de profesionales y sistemas de salud que realicen un abordaje integral con un enfoque holístico centrado en las personas y en su salud, más que en la medicina y la enfermedad.

De esta manera los paradigmas actuales entorno a la concepción de salud, exigen una revisión del currículo de enseñanza de las ciencias de la salud, principalmente en la pertinencia social de los abordajes que sus futuros egresados desarrollen. Sin embargo, “Las universidades de América Latina son reflejo de la realidad social y en la mayoría de los países se desempeñan en el contexto de políticas neoliberales y de democracias débiles e incompletas, donde las profundas inequidades y la determinación social de la salud explican gran parte de las desigualdades sanitarias y donde el derecho a la salud todavía es más una declaración que una realidad cotidiana” (13).

La instalación de conocimientos, actitudes y habilidades de los estudiantes se debe realizar en función del contexto social que lo queramos o no, configura la comprensión y expresión de la salud y/o en la enfermedad por parte de las personas y comunidades que la conforman.

Sí quisiéramos poner el énfasis en la salud como horizonte y la formación del personal que requieren sistemas de salud que trabajan en redes basadas en Atención Primaria, requerimos probablemente reforzar la entrega de contenidos sociales en el pregrado de las carreras de la salud y no sólo de salud pública o del área biológica (14). Necesitamos entregar herramientas para el trabajo comunitario, participativo y bases de investigaciones cualitativas como la Investigación Acción Participativa (IAP) (15, 16). Nuestro personal de salud debe contar con las habilidades y destrezas para trabajar para, con y en la comunidad.

3 Propuestas al respecto han sido realizadas en otros contextos, por ejemplo, es lo que se declara en la Estrategia salud 21 de la Región Europea de la OMS. “Política Salud 21 para Europa: 21 objetivos para el siglo XXI” en <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/viewFile/586/592>

Hoy día, este nivel primario de atención es el primer nivel de la Red del Sistema Público y encarna, o sigue buscando encarnar, en ese nivel toda la Estrategia de Atención Primaria de Alma Ata, cuarenta años después. En efecto, es el nivel de relación con las personas, las familias y comunidades, lugar de trabajo de un gran equipo multiprofesional que va de lo social a lo tecnológico y que debe hacer de la participación social no sólo una estrategia de validación de las políticas como muchas veces sucede, sino que debe genuinamente fomentar el empoderamiento de esas poblaciones para que ellas logren ir modificando sus condiciones de vida y así ir construyendo una mejor salud.

Sector Sanitario en Chile

En Chile, contamos como eje de desarrollo del sector sanitario con 2 componentes estratégicos (18) vinculados a la co-construcción social de la salud:

1. En el **Modelo de Atención Integral de Salud**, de carácter familiar y comunitario, declarado a comienzos de los años 2000, nuestro Sistema de Salud, se define como un Sistema basado en Atención Primaria, y se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad. Se entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su cuidado. Su énfasis radica en la puesta en práctica de enfoques integrales para el abordaje de la salud y la enfermedad, desde la promoción de la salud: Integralidad, Participación, Continuidad de los Cuidados, Intersectorialidad, Resolutividad, Interculturalidad.
2. En el **Modelo de Redes Integradas**, el desafío es avanzar en cambios culturales que faciliten superar la fragmentación administrativa, institucional y organizacional en la cual se desempeña el sector salud, lo cual permitirá incorporar la integralidad y continuidad de los cuidados. Se espera que este modelo pueda brindar mayor humanización, accesibilidad, oportunidad y respuesta a la situación de salud que presenta la población.

Sin lugar a duda, las Universidades en Chile debieran estar ejerciendo un rol trascendental en la implementación y consolidación de estos modelos declarados, considerando que su éxito implica el ejercicio de nuevas competencias y tecnologías en los funcionarios de la red sanitaria, alfabetización en salud de las comunidades usuarias, prácticas vinculantes-colaborativas en la red de salud, medicina basada en la evidencia, medicinas integrativas, etc. Sin embargo, sigue centrado el sistema de enseñanza en el hospital, no incorporando estas miradas declaradas, necesitamos avanzar hacia una compleja dinámica de relaciones y construcciones sociales de la salud, centradas en la persona y su entorno como espacios generadores de salud y/o enfermedad.

En la Cumbre de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas del 25 de septiembre de 2015, los líderes mundiales adoptaron la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible (19), un conjunto de 17 Objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, y poner freno al cambio climático en el horizonte de 2030.

Los gobiernos locales y regionales jugaron un papel importante influyendo en la definición de los ODS, obteniendo el reconocimiento internacional por el papel fundamental que les compete en la causa.

En aquel momento, donde se establece la agenda 2015-2030, el secretario general de las Naciones Unidas de la época, Ban Ki-moon, envió un mensaje claro en este sentido, reconociendo que, en un mundo que se urbaniza rápidamente, “Los espacios locales son, el lugar clave para la provisión y el desarrollo, y, como tales, los gobiernos locales son centrales al éxito del desarrollo sostenible. El consenso un enfoque integrado, multinivel y multilateral y en su ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

“Los sistemas de salud debilitados son uno de los principales obstáculos en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de salud. Un conjunto de evidencias en políticas públicas y sectoriales de salud dan cuenta de la difícil respuesta a este desafío” (20).

Metodología

La metodología de trabajo implicó la conformación de un equipo de docentes de cinco Universidades del país, que se desafían a generar un grupo de pensamiento, reflexión y acción en función del objetivo propuesto. Este equipo avanza en la siguiente ruta:

El primer encuentro de los miembros de las Universidades por el territorio surge a partir de la crisis sociosanitaria generada por la pandemia de COVID19 y la inquietud compartida frente a un débil involucramiento de la Atención Primaria de Salud en las estrategias ministeriales definidas para enfrentar la pandemia y la invisibilización de la gestión comunitaria, ante la ausencia del estado en los territorios. Se constataba a través de la prensa y medios locales de comunicación el arduo y variado trabajo de las organizaciones de voluntariado en las comunidades, para enfrentar las graves consecuencias sanitarias y sociales de la pandemia sobre la vida de las personas, tal es el caso de acciones como ollas comunes, cordones sanitarios autogestionados, acciones de salud integral psicosocial, ayuda solidaria a grupos altamente vulnerables, etc.

Se decide realizar una consulta ciudadana con alcance nacional para levantar información respecto de cómo la comunidad estaba haciendo frente a la pandemia, cómo la organización social se hacía cargo o no de las necesidades emergentes, cuáles eran los mecanismos de comunicación social más utilizados, etc.

Para esta iniciativa surge la necesidad de explicitar que no se trataba de una investigación ni un diagnóstico con fines académicos, sino como una forma de aportar desde la academia, desde las universidades, a las soluciones posibles de implementar y que permitieran integrar a toda la red socio-sanitaria. Se trataba de alejarse lo más posible de modelos tradicionales utilitaristas de relación con las comunidades y la sociedad civil en general. Es allí donde surge la idea de nombrar a este grupo como “Universidades por el Territorio”. Realizada la consulta se elaboró un informe ampliamente difundido para que las comunidades se vieran representadas, reflejadas, se pudieran compartir experiencias, se constataron las necesidades y las fortalezas del trabajo realizado por las organizaciones sociales de manera autónoma en su mayoría y con cooperación de la institucionalidad principalmente la Atención Primaria de Salud.

Posteriormente, en esta alianza trascendental de Universidades por el Territorio, acordamos avanzar observando las prácticas académicas en la enseñanza de las ciencias de la salud en tres componentes: Currículo, Vinculación con la Comunidad y Campos “Clínicos”, logrando proponer cambios innovadores en el currículum, de acuerdo con las señales del contexto social imperante. El propósito de esta tarea consistió en analizar los dilemas y desafíos en la enseñanza de las ciencias de la salud en el contexto del marco social imperante, para construir una propuesta participativa orientada a fortalecer el currículum de enseñanza de ciencias de la salud.

En lo específico esto implicó:

1. Generar un espacio de reflexión entre distintos actores acerca de los tres ejes estratégicos: Currículo; Vinculación con la Comunidad; Campos Clínicos.
2. Organizar un Seminario de nombre “El currículum Enfermo”, de convocatoria abierta a las comunidades territoriales, universitarias e institucionales, motivadas por aportar en una propuesta de cambio.
3. Configurar un documento final de propuesta, para el cambio en el currículum de enseñanza de ciencias de la salud, a fin de difundir los resultados en la red participante.
4. Presentar a autoridades claves de las Universidades, el documento de propuesta para establecer líneas estratégicas de avance.

Definición y desarrollo de tres áreas de trabajo

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, la reflexión y discusión sobre las preocupaciones sentidas por este grupo se concretaron bajo el análisis de tres grandes áreas de la formación de profesionales de salud: *Currículo, Comunidad y Campo clínico*.

En cada una de estas áreas trabajó un subgrupo de profesionales. La construcción de formulaciones y contenidos estuvo dada por la búsqueda de acuerdos, la redacción conjunta y la revisión colectiva de los documentos que más tarde se convirtieron en propuestas

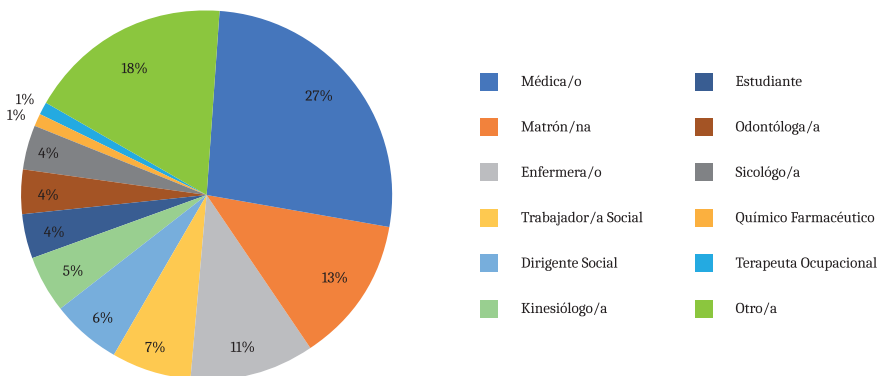
para cada área. En este documento están recogidas en el apartado que sigue a continuación denominado “Reflexiones iniciales”. Con ellas se realiza posteriormente la convocatoria al seminario “El currículum enfermo”, esperando acoger las visiones de la comunidad interna y externa participante en los procesos de enseñanza de ciencias de la salud. Se convocaron dirigentes sociales, líderes comunitarios y docentes desde distintas experiencias de formación universitaria pero altamente vinculadas con el aspecto social de la salud.

Cada subgrupo de profesionales desarrolló estrategias para identificar dilemas y desafíos en el área a cargo. Por ejemplo, en el subgrupo de campos clínicos se realizó una consulta digital, cuya información sirvió para orientar la motivación y la discusión del seminario. Esta consulta efectuada entre el 23 diciembre de 2020 y el 9 enero de 2021, respondida por 130 personas de distintas regiones del país y consideró la opinión de estudiantes y profesionales de distintas disciplinas de la salud y de las ciencias sociales.

Desarrollo de seminario nacional de docentes, alumnos y comunidad denominado “El Currículum Enfermo”

El seminario se celebra el 14 de enero de 2020 entre 9:00 y 13:00 horas, de forma remota (a través de la plataforma Zoom). La realización de este evento se fundamenta con la intención de que el debate y propuestas surgidas desde este grupo de docentes pudiesen dialogar con las personas que quisieran expresar su opinión al respecto, por ello se realiza una convocatoria abierta a las comunidades territoriales, universitarias e institucionales, motivadas por aportar en una propuesta de cambio. La invitación a participar es amplia y a través de distintos medios disponibles (correos electrónicos, redes sociales, medios de comunicación, etc.).

Se inscribieron 195 personas al evento, quienes al momento de registrarse contestaron una pequeña encuesta, donde destacamos la profesión u ocupación de las y los asistentes:



La coordinación informática del Seminario, estuvo a cargo del equipo APS al día del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile y la gestión de su desarrollo a través de presentaciones breves de los dilemas, facilitación de los trabajos multidisciplinarios de análisis y discusión, síntesis y plenaria, a cargo de la activa participación de académicos de la Universidad de La Frontera, Universidad de Valparaíso, Universidad de Concepción, Universidad de Santiago y Universidad de Chile. Todas integrantes de la alianza de Universidades por el territorio.

Destaca la diversidad de los participantes en el evento que reunió a estudiantes, docentes, trabajadores de APS, autoridades universitarias, funcionarios de Servicios de Salud, entre otros. Además, destaca que estuvieron conectados desde distintos puntos del país e incluso contó con participantes que lo hicieron desde el extranjero.

La programación del seminario fue la siguiente:

- Bienvenida
- Introducción a la reflexión grupal a través de video con intervenciones de actores comunitarios vinculados por su participación en las enseñanzas de ciencias de la salud: Juan Sancho (representante del Consejo de Salud Norte -RM), Paula Adonea (representante Centro de estudiantes, Universidad de Valparaíso) y Lilian Fernández (docente Universidad de la Frontera).
- Trabajo en pequeños grupos –currículo, comunidad y campos clínicos-.
- Plenaria del trabajo en grupos.

Elaboración de un documento síntesis

Se compila en un mismo documento las reflexiones iniciales realizadas por las y los académicos de este grupo más las discusiones y propuestas realizadas por las y los participantes al seminario. Se generan propuestas finales y conclusiones de este proceso.

Gestiones por un cambio en las enseñanzas de las ciencias de la salud

Con el objeto de que las propuestas recogidas en este proceso sean conocidas por las autoridades y decisores, se realizarán presentaciones a autoridades de las universidades participantes de este grupo (facultades, escuelas), y de forma externa con las instituciones y organismos a quienes incumbe la labor educativa de las y los profesionales de salud del país, con el fin de establecer líneas estratégicas de avance.

Reflexiones Iniciales

Las reflexiones con las que se invitó a la participación en el seminario se estructuraron en tres ejes estratégicos: APS y Currículo, Integración con la Comunidad y Campos Clínicos. A continuación se detallan los textos motivadores enviados en forma previa a quienes se inscribieron en el evento:

Ámbito 1: Currículo de la formación de profesionales de ciencias de la salud

La esperada centralidad o prioridad de la APS no se ha concretado en los currículos de la mayoría de las Escuelas de pregrado del país, ni en la mayoría de los países de América, configurándose una crisis en la Educación en Ciencias de la Salud (ECS) para la APS en Chile. Los principales elementos que han contribuido a este escenario de crisis son los siguientes (21):

- Ausencia de una política pública explícita.
- Liberalización de la Educación Superior con escasa regulación.
- Surgimiento de gran cantidad de nuevas carreras de la salud.
- Reforma sanitaria del 2005 que sólo discursivamente dio centralidad a la APS y la salud familiar, y que a 15-20 años no ha permitido consolidar el modelo propuesto.
- Centralidad del discurso socio político de carencia de especialistas, junto con la mayor valoración económica del especialista.
- Desinterés progresivo de médicos formados en Chile por trabajar en APS.
- Aumento de médicos formados en el extranjero trabajando en Chile, prioritariamente en APS.
- Formación con contenidos, actividades prácticas y docentes estructurados por la especialidad, lo que refleja un modelo e influencia especializante en los estudiantes de pregrado⁴.
- La percepción de ausencia de carrera funcionaria en APS y de malas condiciones laborales.
- La escasez de RHS y la visión del trabajo de médico general como una transición a la especialidad.
- Muchos planes de estudios contemplan prácticas en APS, pero éstas son escasas y cortas, casi todo el trabajo práctico se desarrolla en centros de alta complejidad, entonces cuando el profesional debe actuar en atención primaria no muestra un buen desempeño.

4 Específicamente, en la formación de las y los profesionales médicos, en 2015, se demostró que la mayoría de los perfiles de egreso publicados de las Escuelas de ASOFAMECH no consideran la política pública de salud, ni los objetivos sanitarios como eje movilizador de su formación, junto a un escaso discurso en relación con el trabajo en APS, donde la mayoría de las Universidades no orientan su formación médica hacia el ejercicio de una APS Renovada (22). También, se señaló que los perfiles de egreso definidos presentan una brecha frente al médico que se está formando en estas instituciones, evidenciando un fuerte contraste entre el currículo formal, que es público y conocido, y el informal / oculto que no es explícito y que, de alguna manera, funciona en contraste con el formal (23).

En 2018 el Ministerio de Salud definió el perfil de desempeño del Médico/a General en entorno RISS basada en APS, el cual no ha sido sancionado ni decretado (24). A continuación, algunos detalles:

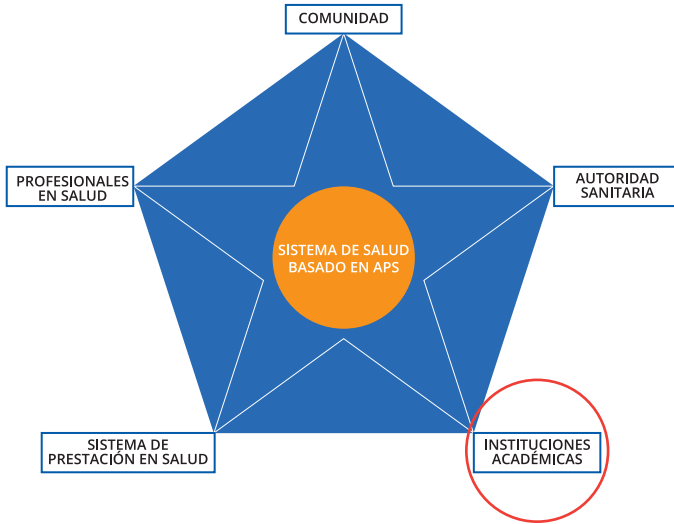
Recuadro: Perfil de Desempeño del Médico/a General en entorno RISS basada en APS

El perfil del Profesional Médico General preparado para desempeñarse en un entorno de RISS basada en Atención Primaria de Salud, es el de un profesional con sólida formación científica, clínica, ética y humanista, consciente de su rol y compromiso con la sociedad en la que está inserto. Actúa con profesionalismo, aplicando principios éticos y logrando una comunicación efectiva con las personas. Entiende que la persona es el centro de la salud – enfermedad -. Su actitud es reflexiva, con capacidad de autorregulación, de formación continua, de adaptación a los cambios y de autocuidado. Orienta sus preferencias laborales en los ámbitos sociales del país en donde más se necesita su presencia, brindando atención integral, especialmente a quienes se encuentran alejados del acceso universal a los servicios de salud. Se desempeña en diferentes contextos, principalmente en la Atención Primaria de Salud, resolviendo patologías prevalentes, prioritarias y situaciones urgentes no derivables, y derivando a otro nivel de atención cuando se requiera. Realiza acciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención, curación, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, considerando los determinantes sociales de la salud y el análisis crítico de la realidad. Trabaja en equipos multiprofesionales (interdisciplinarios) e intersectorialmente, y está preparado para el trabajo en el sistema de salud chileno, en coherencia con el marco legal vigente.

Valores del Perfil y sus definiciones

- **Integridad:** Congruencia entre los valores y la conducta.
- **Honestidad:** Actuar con verdad y probidad.
- **Transparencia:** Posibilidad de que su accionar sea auditado. Relacionada con la honestidad y el bien común.
- **Respeto:** Consideración con la autonomía y valores de otra persona. Ser inclusivo/a.
- **Humildad:** Conocer las propias limitaciones y debilidades y actuar de acuerdo con tal conocimiento.
- **Responsabilidad:** Capacidad de compromiso o de cuidado de una persona consigo misma y con su entorno humano, social y físico.
- **Bien Común:** Considerar el bienestar colectivo de un grupo por sobre el interés individual.
- **Equidad:** Contribuir a que todas las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud, de tal modo que su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales, no sean un impedimento para ello.
- **Colaboración:** Capacidad para trabajar en conjunto con otras personas para realizar una acción. Prestar ayuda.

Esquema: El pentágono para la transformación



Fuente: Adaptado de Declaración de Túnez

Desde las instituciones académicas entonces corresponde realizar una GRAN REFORMA CURRICULAR para orientar la formación profesional hacia las necesidades sociales, epidemiológicas y demográficas, el derecho a la salud, la salud Familiar y la APS.

Ámbito 2: Campos clínicos para la formación de profesionales de la salud

Sabemos del enorme impacto de los determinantes sociales en la salud y debemos relevar la lucha contra las inequidades en salud, debemos preparar personas para actuar frente a cada realidad (25). Debemos formar equipos para “construir salud” con sus comunidades. Eso significa tener habilidades de trabajo participativo, de liderazgo que van más allá del área biológica. También en posgrado es indispensable relevar el trabajo del personal de Atención Primaria, de la salud familiar como especialidad en ese nivel y con médicos formados en medicina familiar capaces de valorar no sólo a los individuos sino las familias y comunidades, trabajando en el sentido anteriormente dicho.

Probablemente no será posible sacar las ciencias de la salud de las garras de la enfermedad y llevarla al campo de la construcción de salud si no ahondamos decididamente en el conocimiento y práctica de nuestros estudiantes en la **Atención Primaria como campo clínico preferente**.

Y ello es especialmente posible y practicable en nuestro país. En efecto, contamos con una Atención Primaria vigorosa, desarrollada, con más de 2.000 establecimientos a lo largo del país. Aun cuando no se reconozca adecuadamente, es la base de un sistema público que cubre al 80% de la población en lo recuperativo y, en la práctica, al 100% de la salud en lo promocional y preventivo, como ha quedado claro en la pandemia. Pese a todos los problemas, ha sido y es un pilar; aun cuando no el único, de los buenos resultados sanitarios de nuestro país y tiene el reconocimiento desde las comunidades (26).

Incluso desde antes de Alma Ata, nuestra Atención Primaria fue inspirada por grandes de nuestro país como Cruz Coke, Jorge Mardones y Salvador Allende. La precoz vinculación en Chile de las causas sociales con las enfermedades -que hoy llamaríamos Determinación Social o Determinantes Sociales- hicieron posible, por una parte, políticas públicas integrales como el agua potable, saneamiento básico, educación obligatoria, etc. Por otra parte, fomentaron el desarrollo, prácticamente continuo, de una gran red de establecimientos de Atención Primaria, en los años 60 y 70 como policlínicos periféricos o barriales de Atención primaria hasta los Centros de Salud Familiar de hoy, a cargo de la salud de sus poblaciones en determinados territorios.

Hoy día, este nivel primario de atención es el primer nivel de la Red del Sistema Público y encarna, o sigue buscando encarnar, en ese nivel toda la **Estrategia de Atención Primaria** de Alma Ata, cuarenta años después. En efecto, es el nivel de relación con las personas, las familias y comunidades, lugar de trabajo de un gran equipo multiprofesional que va de lo social a lo tecnológico y que debe hacer de la participación social no sólo una estrategia de validación de las políticas como muchas veces sucede, sino que debe genuinamente fomentar el empoderamiento de esas poblaciones para que ellas logren ir modificando sus condiciones de vida y así ir construyendo una mejor salud. Se trata no sólo de la recuperación de las enfermedades sino de ser capaces de construir salud y para ello el trabajo indispensable con las poblaciones y con los otros sectores que inciden en esa calidad de vida, lo que hoy llamamos “intersector”, socios en esta construcción de salud.

En el desarrollo de esta tarea conjunta -Atención Primaria y Universidades- se presentan dificultades en algunas localidades para establecer acuerdos de trabajo centrados en la identidad, pertenencia y destino común en los territorios. En el marco de las licitaciones de campos clínicos, en ocasiones se privilegian valores ajenos a lo comunitario e intersectorial propiamente tal, lo que no aporta a la construcción de identidad y culturas de integración en el territorio, operando con lógicas de corto plazo, desconfianzas y de créditos individuales.

A pesar de lo anterior, para cambiar la formación de nuestros profesionales contamos con sólidas herramientas, textos normativos ministeriales (27), el sueño de miles de personas que participaron en el año 2017 del Congreso de Atención Primaria relevando el rol y valor social de la APS (28) y el interés de miles de funcionarios de la Atención Primaria por trabajar con las universidades. Es una enorme oportunidad la que las Universidades tenemos para trabajar de forma efectiva, para que la Atención Primaria sea en efecto el

campo clínico preferido para la enseñanza de las ciencias de la salud. Aclaremos que al hablar de campos clínicos nos referimos a ellos como escenarios de formación, es decir, “oportunidades para explorar no sólo los aspectos asistenciales ambulatorios, sino que se produzca un verdadero intercambio con la comunidad para identificar necesidades, priorizar problemas y formular planes de acción, que involucren al estudiante como un actor clave que aprende en la interacción y en la reflexión colectiva de sus acciones, con metodologías basadas en aprendizaje experiencial” (29).

En la Consulta Ciudadana “Respuesta Comunitaria a la Pandemia” (30) realizada por las “Universidades por el territorio” entre mayo y junio del 2020, con la finalidad de darle visibilidad a los esfuerzos de los ciudadanos en torno a la crisis sociosanitaria en Chile, reveló que, de un total de 1.220 respuestas analizadas, menos de un tercio de las organizaciones estaban vinculadas a instituciones del sector salud (señalando principalmente su articulación con CESFAM y CECOSF).

Llama profundamente la atención la desvinculación de estas organizaciones con el sector salud, planteándose una serie de interrogantes, entre éstas: *¿Comprendemos la APS como estrategia de desarrollo local o sólo como primer nivel?*, *¿Las políticas sanitarias continúan poniendo el énfasis en el daño y escasamente en el cuidado de la salud?*, *¿Los equipos de APS cuentan con las competencias necesarias para trabajar con y en la comunidad?*, las universidades continúan formando profesionales en campos clínicos hospitalarios, centrados en el daño, egresando profesionales de la salud que además desconocen la APS y sus principios orientadores.

Con el objeto de conocer la opinión de profesionales de APS, académicos y estudiantes de las carreras de la salud sobre estas interrogantes, el 24 de diciembre difundimos una encuesta cuyas respuestas nos hacen un llamado de atención. De un total de 130 participantes, frente a la pregunta: Como estudiante o docente, ¿considera relevante aumentar el porcentaje de tiempo de formación de pregrado en establecimientos de APS, (en comparación al tiempo dedicado actualmente a nivel hospitalario)? Un 79.2% responde que sí y un 65.65% considera necesario aumentar a lo menos un 50% del tiempo de formación en APS y un 18.2% hasta o más de un 75%. Un 80% considera necesaria la participación de agentes comunitarios en la formación de pregrado. Un 90% considera relevante la incorporación de los profesionales de APS en la docencia de pregrado, quienes refieren la necesidad de capacitarse en docencia.

Durante el trabajo de grupo en el Seminario “El currículum enfermo” se pusieron en común algunos conceptos por parte de las facilitadoras con ayuda de una presentación, señalando preguntas/propuestas a ser trabajadas por los grupos, tales como:

Propuestas para la discusión:

1. El 50% de los ramos clínicos en las diferentes carreras se deben realizar en y con la gente de APS y a lo menos el 50% del internado.

2. Incorporar agentes comunitarios como parte de los docentes, tanto en Salud Pública como en Salud Familiar
3. La docencia en establecimientos de APS debe ser mixta: personal de la APS y personal docente
4. Establecer un compromiso de las universidades para formar al personal de APS en los temas de docencia propiamente tal y exigirles a los docentes hospitalarios que conozcan la APS.

Ámbito 3: La enseñanza de ciencias de la salud en integración con la comunidad

En esta alianza transcendental de Universidades por el Territorio, comenzamos a observar las prácticas académicas en la enseñanza de las ciencias de la salud en su componente comunitario-territorial. En las primeras reflexiones vamos coincidiendo en aspectos que vivenciamos en las distintas experiencias universitarias:

- No siempre se logra vincular la teoría con el contexto social, ni representar al mundo cotidiano de las personas,
- No se validan las fuerzas de la comunidad.
- La enseñanza de lo biomédico está desvinculada de la influencia de la realidad social, en las dinámicas de expresión de la enfermedad,
- Las prácticas comunitarias se asocian a riesgo, inseguridad, pobreza,
- Existe un desconocimiento de programas y del quehacer del equipo multiprofesional en APS,
- Las pasantías por APS, sin oportunidad de conocer, no se logra vivenciar el enfoque y principios de la APS, en su componente comunitario,
- Los perfiles de egreso, sin las competencias para vincularse con la APS como estrategia de desarrollo,
- Ausencia del enfoque psicosocial, espiritual y cultural, en la comprensión del fenómeno salud - enfermedad,
- Se observan dificultades en la integración de los contenidos comunitarios en la mirada biomédica. Esta situación ha ido generando en el trabajo con la comunidad, experiencias de exclusión, desconfianza, con crisis de liderazgos, estigmatización y desinformación en la relación entre las instituciones y el territorio, especialmente en situaciones de crisis como la Pandemia.

En el ámbito sanitario, encontramos dificultades para promover la participación comunitaria y el ejercicio democrático del poder. La participación y el empoderamiento de la comunidad se consideran fundamentales para lograr una atención primaria de salud equitativa y centrada en las personas, se destaca la necesidad de una práctica democrática y un poder de decisión compartido. Sin embargo, observamos que las políticas públicas sólo muestran una vaga conceptualización de cómo empoderar a las comunidades y una falta de estrategias para promover la participación de los grupos vulnerables.

La participación de la comunidad representa la “sangre vital” que permite la “práctica concreta de la democracia”. La participación significa activar a las personas para que se apropien y lideren los factores y servicios que afectan a sus vidas. Para conseguirlo, no basta con utilizar una “técnica participativa”; hay que implicar a las personas en verdaderos tomadores de decisiones para que los servicios se co-construyan y sean gestionados con la participación de los ciudadanos.

Cada vez más, la gente quiere y espera tener voz en la planificación de las prioridades sanitarias y en la aplicación de estas prioridades en su comunidad. Mejor informados y mejor conectados gracias a los medios sociales y a los nuevos modos de comunicación, hacen valer más fácilmente su derecho a la salud, demostrando que son conscientes de la gobernanza y exigiendo responsabilidades.

En el enfoque de Atención Primaria en Salud, el sistema sanitario (junto con otros sectores) contribuye a empoderar a las personas mediante la mejora de la educación y la información sanitaria. Se debe prestar especial atención a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, tratando de satisfacer sus necesidades de información y proporcionar orientación para mejorar la salud. Este componente, identificado como punto crítico, destaca el papel esencial de las personas y las comunidades como participantes activos en la creación de salud y bienestar, a través de tres amplias y necesarias expresiones de empoderamiento y compromiso: como defensores de políticas y acciones multisectoriales para la salud, como co-desarrolladores de los servicios sanitarios y sociales, y como auto-cuidadores y cuidadores.

La Atención Primaria de salud concebida como estrategia de desarrollo y las redes integradas de salud, no son tal, sino incorporan de manera real y efectiva a la comunidad en el proceso de planificación sanitaria, considerando en realmente hacer efectivo un modelo de salud centrado en la comunidad, basado en la construcción de relaciones de confianza, en el ejercicio del poder compartido y de valores generados en conjunto, que permitan avanzar, involucrar a todos los actores, fortalecer y mantener esta co-construcción (31, 32).

A lo anterior, debemos sumar que en más aún en épocas de transformación social, se han evidenciado una serie de desafíos para promover la participación de la comunidad con enfoque de género, derechos humanos e interculturalidad, durante la actual pandemia Covid19 (33), validando la necesidad de abordajes conjuntos- poblacionales, para enfrentar cualquier escenario de crisis como es hoy la pandemia y contrarrestar sus consecuencias socio sanitarias.

La literatura especializada sobre el tema —como Thinking for Health Systems Strengthening, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2009— nos señala que la utilización del pensamiento sistémico puede contribuir en gran medida a entender y potenciar el desarrollo de los sistemas de salud (34).

“El problema de la salud es que se ve desde el olimpo, con fuertes estructuras de poder y sin participación real de las personas. No se ve a las personas como un todo”

Texto extraído de las reflexiones en Seminario “El Currículo Enfermo” 2021

Cuando hablamos de un enfoque sistémico, integrado, comunitario ¿De qué estamos hablando? De acuerdo con los planteamientos de Stanfield en su artículo: “¿Cuáles son los elementos de un enfoque de sistema completo para la salud pública centrada en la comunidad?” (35), en un estudio cualitativo con líderes de salud pública en las áreas de autoridades locales de Inglaterra, identifica cuatro ejes de acción y once elementos para lograr un enfoque sistémico integral de salud pública y centrado en la comunidad:

Eje de acción 1. Participación de las comunidades, lo cual considera:

- Generación de conocimiento (investigación cualitativa) junto a las comunidades que permita comprender mejor la vida de las personas, las necesidades y las prioridades de la salud pública.
- Desarrollo de comunidades activas, la acción social y el apoyo a los enfoques de base y la transferencia de activos de la comunidad.
- Implementación de acciones que permitan la participación, la coproducción y la toma de decisiones participativa, como los foros de barrio que reúnen a organismos y miembros de la comunidad para desarrollar acciones conjuntas y relaciones de confianza a largo plazo entre y dentro de las comunidades, los profesionales y las organizaciones, reforzando la capacidad y la habilidad.

Eje de acción 2. Reforzar la capacidad y la habilidad de las comunidades, que consiste en:

- Fortalecimiento de la capacidad comunitaria, trabajando con las organizaciones de la comunidad local, los voluntarios y los líderes de la comunidad.
- Desarrollo de los conocimientos y habilidades del personal para crear comunidades conectadas y empoderadas a través de formas de trabajo centradas en la comunidad.
- Integración de la comunidad en toda la red de servicio público de salud.

Eje de acción 3. Ampliación de la práctica, orientada a:

- Una serie de servicios y enfoques de prevención centrados en la comunidad como parte de la salud pública, la asistencia social y servicios nacionales de salud, con enfoques integrados, centrados en la comunidad, a través de trabajo y recursos basados en el territorio descrito como el funcionamiento de los participantes a nivel local, prestando atención a los elementos culturales y abordando las desigualdades en materia de salud.

Eje de acción 4. Mantener los resultados, a través de:

- Fortalecer a las comunidades, manteniendo una estrategia conjunta de trabajo, entre los diferentes sectores participantes.
- Generar indicadores a corto y medio plazo de los determinantes de la salud a nivel comunitario, manteniendo las comunidades resilientes, conectadas y empoderadas.

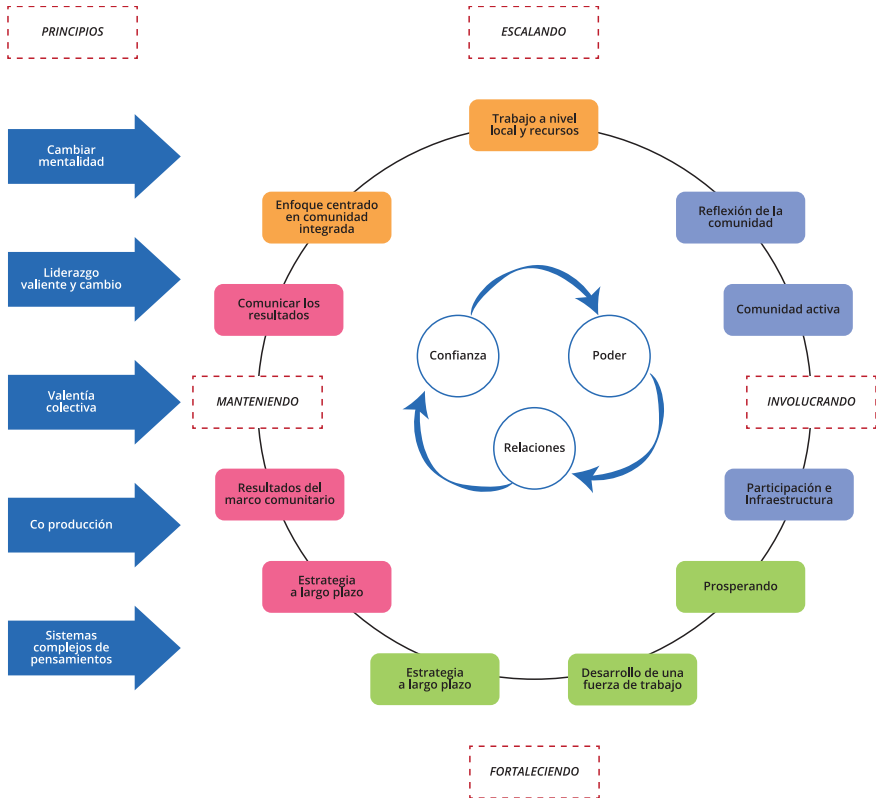


Diagrama adaptado y traducido por S. Oyarzo T. desde: Stansfield J, South J, Mapplethorpe. What are the elements of a whole system approach to community centred public health? A qualitative study with public health leaders in England's local authority areas. BMJ Open 2020.

En este caso de Inglaterra, llama profundamente la atención que establecen como valores centrales de un enfoque sistémico integrado: la confianza, las relaciones sostenibles y el poder. Reconocen que los líderes locales de salud pública están en una posición sólida para desarrollar un enfoque sistémico integral, para reducir las desigualdades en salud que ponga a las comunidades en su centro.

Los elementos, valores y principios (figura anterior) podrían ser aplicados por áreas locales para mejorar la efectividad y sostenibilidad de la acción para construir comunidades saludables y mejorar la salud de toda la población. En el modelo sistémico integral planteado, toma alta relevancia la generación de conocimientos a favor de la salud y de competencias para ser participe en la producción de salud a través de comunidades activas, conectadas, que sean parte en algún momento del ciclo de programación sanitaria.

Entonces nuestras reflexiones ¿Qué nos ha ocurrido? ¿La institucionalidad está enferma? ¿Estamos en una ruptura al perder el contacto con la realidad? ¿No nos sentimos parte de ...no participamos del cotidiano de los otros-otras para construir un Nosotros? ¿Sólo participación del estilo de manipulación y contención? ¿Seguimos pensando que los expertos en realidad social están en las Universidades? ¿El grupo objetivo de las Universidades son clientes, usuarios, ciudadanos, personas? ¿Para quienes estamos formando profesionales?

El equipo de trabajo preparó algunos insumos de reflexividad en el ámbito de Universidad-Comunidad-Territorio para el Seminario “El Currículum Enfermo”, desarrollado en Chile el día 14 de enero de 2021, entre las Universidades que han conformado la llamada Universidades por el Territorio y en una invitación a participar conversando y analizando la enseñanza de las ciencias de la salud, se propusieron las siguientes preguntas reflexivas:

1. ¿Qué deben contener los currículos, las metodologías docentes, para ser considerados “pertinentes en lo social”, es decir, que garanticen un vínculo significativo y transformador con la sociedad para la cual se desarrolla?
2. ¿Cómo deben ser los docentes que ejerzan el modelaje de los estudiantes de ciencias de la salud? ¿Cuál es el perfil de docente que se necesita para hacer el cambio?
3. ¿Cuál es el rol de la comunidad en la formación de nuestros estudiantes? Los participantes del seminario denominado “El Currículo Enfermo”, entregaron sus experiencias, compartieron visiones y reflexiones frente a las preguntas gatilladoras del equipo de trabajo.

SEMINARIO

Ámbito 1. Currículo

Principales temas tratados en los grupos:

- Temas de contexto.
- “Falla” en el desarrollo y la formación transversal de los estudiantes.

- No haremos una revolución, pero sí generaremos cambios.
- Valorización del trabajo interdisciplinar e interprofesional
- Necesidad de la formación inicial: Más arte, más filosofía, más ética. Humanización de la medicina.
- Los/as alumnos/as ingresan con sentido de vocación, pero algo pasa en el camino universitario.
- Cambios curriculares y fuerzas homologadoras.

¿Qué nos falta?

- Un cambio profundo.
- Perspectiva desde el que padece “paciente” y la comunidad.
- Aprendizaje de la ética desde la práctica.
- Mayor integralidad en los primeros años, manteniéndolo en forma transversal.
- Pensamiento crítico, Inclusión de lo social y comunitario.
- Evidencia y experiencia desde la base del aprendizaje.
- Incluir agentes comunitarios y sociales.
- Incorporar la mirada de los estudiantes
- Modelo educativo centrado en las capacidades de los estudiantes, intereses, características, aprendizajes previos, con trabajo transdisciplinar, integral.
- Incorporar en la carrera de medicina más prácticas en atención primaria y con la comunidad, hay que destacar lo que se espera como logro de aprendizaje, para que se cumpla en todos los estudiantes.

Cómo avanzamos en la implementación del cambio curricular:

- Profundizar desde el pregrado la práctica con Modelo de Salud Familiar; los estudiantes debieran realizar prácticas en Atención Primaria y Salud Familiar.
- Aclarar los conceptos del modelo Salud Familiar, comunitario y social.
- Generar competencias en habilidades de comunicación.
- Incluir planificación participativa como parte del currículo.
- Cambiar el modelo de campos clínicos por escenarios formadores. Se necesitan recursos desde la universidad y desarrollo de estrategias conjuntas para generar un programa con la comunidad.
- Cambio en el sistema de salud para realizar la formación desde la práctica con equipos alineados en esta misma dirección.
- Se necesita ampliar la visión de lo comunitario, participación en conjunto con la comunidad con enfoque de género y Derechos Humanos en todas las carreras de pregrado
- Habilitación docente, formación en prácticas pedagógicas más horizontales, donde sea valorado el conocimiento y la experiencia de todos.

Comentarios destacados de los participantes:

- Tener en consideración desde el inicio de la carrera los determinantes sociales de la salud, en la visión de la medicina, que los valores e ideales de los estudiantes no cambien durante la formación y se mantengan hasta el egreso.
- Lo que nos gustaría tener es un profesional con: sólida formación ética, vocación de servicio, comprensión profunda de la naturaleza humana en todas sus aristas, incluyendo lo social y espiritual, compenetración con los recursos científicos y tecnológicos, comunicación fluida con el medio social, medicina como una profesión social. Satisfacción tanto en lo mental como en lo físico.
- Horizontalidad en los docentes, ser integrantes de un equipo y ser buenos modelos para los estudiantes.
- Ampliar el ingreso a trabajadores de la salud a carreras profesionales de la salud, permitiría combatir el currículum oculto.
- Selección “elitista” de profesionales de la salud en base a puntajes de ingreso, permite formación sesgada de profesionales, aumentando la brecha.
- Que la formación incorpore más espacios de prácticas y no tanta teoría.
- Involucrarse en un nivel político si se desea que la educación sea más transversal y con acceso universal, no limitado por el ingreso.
- El modelo biopsicosocial no responde a todos los cambios a los cambios de la sociedad. Incorporar modelos como el de teorías críticas y otros permitiría hacer un abordaje más integral en la formación.
- Incorporar en las asignaturas temas de derechos, género, diversidad, discapacidad, interculturalidad, migración y medio ambiente.
- No sobrecargar el currículo, sino favorecer la integración de las asignaturas existentes.

Ámbito 2. Atención Primaria como Campo Clínico

Se conformaron dos grupos de trabajo y discusión que generaron reflexiones y propuestas expuestas en la plenaria final del evento.

Síntesis del trabajo de grupos sobre Campos Clínicos como escenarios de formación:

- Desde hace aproximadamente 30 años se ha realizado el esfuerzo de formar profesionales con las competencias necesarias para desempeñarse en APS. Las voluntades de modificar la relación con los campos clínicos han estado condicionadas por aspectos políticos y estructurales.
- La mayor parte de los egresados inician su vida laboral en APS, y se da la paradoja que en el pregrado han tenido un contacto desproporcionado con el espacio hospitalario con relación al de la Atención primaria.
- Los campos clínicos son una oportunidad para compartir entre las universidades procesos de formación, en calidad e investigación. Es necesario intercambiar expe-

riencias y contenidos de currículum entre las diversas carreras de la salud y en este ámbito avanzar en docencia y trabajo interdisciplinario. En las carreras de la salud hay distintos avances, nutrición y enfermería están más avanzados que Medicina.

- Desde un punto de vista ético ocurre en la academia un falso saber: el creer saber lo que no se sabe. El verdadero saber se construye en el consenso, en la conversación, nadie tiene la verdad hasta que no la comparte con otro y logran un consenso. Se debe reconocer el saber de la comunidad, validarlo e integrarlo como elemento clave en el trabajo en los territorios.

Sobre el currículum:

- Los estudiantes deben iniciar desde sus primeros años su inserción en APS. Es importante que conozcan los recursos, la estructura y articulación de la red, la interculturalidad entre otros. Además de intencionar la relación entre dirigentes/comunidad, el CESFAM y la universidad. Los agentes comunitarios deben ser incorporados para centrar la formación en las necesidades reales de la comunidad.
- Los campos clínicos se ven condicionados por el currículum de las universidades. Se debe evaluar la forma en que se establece la relación docente asistencial pensando en cuál es el profesional de salud que se requiere y considerar el desarrollo de las habilidades blandas desde la formación de pregrado.
- Es necesario incrementar sustantivamente el número de horas que las y los estudiantes realizan en APS y la comunidad. Para ello se debe revisar la carga horaria de los campos clínicos de APS y hospital.
- Es necesario implementar ciclos básicos multidisciplinarios en todas las carreras. La idea de cambio social debe considerar a todos los actores, incluidos los líderes sociales.
- Se propone trabajar en un proyecto común entre las universidades y la APS, con mirada integradora de todas las profesiones. Debe buscarse un objetivo común, entre la APS y las Universidades.
- Se debería introducir la salutogénesis, promoviendo la mirada de salud en positivo y empoderar a la comunidad en función de su propia salud.
- Se propone utilizar EUNACOM para que se convierta en una herramienta que permita evaluar las competencias para desempeñarse en APS.
- Las casas de estudio deben incorporar la mirada de la acreditación en salud, desconocida por muchos alumnos que se desempeñan en la APS. Nuestros límites son las normativas que se han transformado en barreras para la formación de pregrado, por ello el trabajo en equipo interministerial es muy importante.
- Incorporar la telesalud en la formación de los estudiantes como oportunidad de mejorar la resolutivez, el modelaje de los campos clínicos es fundamental.

Sobre la docencia en APS:

- Se debe crear un sistema nacional docente asistencial que reconozca a la APS como campo clínico fundamental, así como reformular la política de campos clínicos con

una regulación docente asistencial que incluya a la APS.

- Se deben generar sistemas de incentivos para los profesionales de APS para participar en la formación de los estudiantes, establecer un plan de desarrollo común entre los campos clínicos y las universidades con objetivos estratégicos en común, revisar los perfiles de egreso y desde ahí intencionar los cambios, la relación curricular es fundamental con los campos clínicos, relacionando las cátedras con las prácticas y de esta forma evitar que cuando los alumnos llegan a la APS no sea ese el primer conocimiento que tienen.
- Se debe considerar que la infraestructura de los campos clínicos en APS que influye en la capacidad de brindar espacios de formación. Evaluando la cantidad de estudiantes vs la infraestructura de los centros.
- Es importante el compromiso de las universidades con los procesos de capacitación de los profesionales y técnicos de la APS.

Ámbito 3. Propuestas de abordaje para educación de las ciencias de la salud en “integración” con la comunidad.

Los participantes del Seminario denominado “El Currículo Enfermo”, entregaron sus experiencias, compartieron visiones y reflexiones frente a las preguntas realizadas por del equipo de trabajo, concluyendo 3 líneas de abordaje:

LÍNEA 1: INNOVACIÓN EN EL CURRÍCULUM

- Subsanan las brechas entre la teoría y la praxis, transmitir contenidos acordes al contexto social, vinculantes con los fenómenos sociales que enfrentan las personas, las familias.
- Incluir asignaturas relacionadas a la sociología, antropología, historia, economía y pedagogía, ciencias humanistas. Estas disciplinas deberían ser transversales en todas las carreras de ciencias de la salud, porque sus marcos referenciales, enfoques y metodologías cualitativas, permiten profundizar el conocimiento de lo complejo y desarrollar pensamiento crítico.
- Revalorizar la APS como estrategia de desarrollo que debe incorporar el trabajo de lo social como herramienta fundamental de cambio social, es decir con una práctica con reales vínculos a la comunidad.
- Dialogar más con otras asignaturas, erradicando el imaginario que estigmatiza lo comunitario como algo poco serio.
- Trabajar con la persona y no con la enfermedad. Establecer una formación de sustrato humanista.
- Contar con docentes acreditados en experiencia práctica y académica, asociada al desarrollo de la salud comunitaria.
- Propiciar en los enfoques y acciones, la pertinencia social y cultural. Es fundamental incluir la perspectiva de determinación social, integrando el enfoque de derecho, territorialidad, formación e información para generar adhesión, vínculos significa-

tivos, valorar la comunidad, “Dar poder y autonomía a la comunidad, para liderar sus procesos de salud-bienestar” e instalar acciones de alfabetización en salud para aumentar los niveles de autogestión”.

- Incorporar la idea de encender la llama del saber en los docentes y que las Universidades retomen el concepto de SER UNIVERSIDAD. Dar espacio amplio a la reflexión, RECONOCERNOS.
- Fortalecer la idea de representatividad y reconocimiento para generar confianzas.
- Que la APS vuelva a ser reconocida como un agente comunitario relevante, como un espacio trascendental en el desarrollo social.
- Incorporar la enseñanza de los saberes populares y ancestrales, como una forma de enfrentar la hegemonía cultural e instalar competencias de facilitación y liderazgo participativo, de procesos de transformación social.

LÍNEA 2: ROL DE LA COMUNIDAD EN LA ENSEÑANZA DE CIENCIAS DE LA SALUD

- Participar, exigir nuestros derechos, saberse ciudadano, organizar espacios de participación, elegir sus representantes verdaderos.
- Fortalecer desde el estado la participación efectiva.
- La comunidad debe tener integrado el modelo de salud para tener lenguaje común o ¿Debemos volver a escribirlo JUNTOS?
- Deben seguir estando, una invitación a no abandonarnos, esperarnos para que avancemos en el mismo carro.
- Permanente en el tiempo, de igual a igual.
- Que la comunidad participe en la academia y la academia en la comunidad.
- Tenemos que relacionarnos con la comunidad organizada, consejos de la red asistencial, consejos de desarrollo local que trabajan para disminuir brechas de atención a usuarios de la salud, estas personas pueden participar en la academia planteando problemática y necesidades.
- La comunidad desea estar en conocimiento del modelo de atención integral de salud comunitaria y familiar, apropiarse de su rol en la creación de salud, creando puentes y lenguaje común.
- Comunidad preparada y formadas para poder interactuar, ejemplos pacientes expertos, grupos de pacientes en relaciones de ayuda mutua, pacientes-personas facilitadores del autocuidado por la salud integral.
- Ampliar promoción y prevención de la salud a acciones en la comunidad intersectorial.
- La comunidad nos va a recibir en la medida que nosotros aportemos primero a ellos, debemos salir al territorio.
- Invitar a agentes de la comunidad a las aulas y/o desarrollar escenarios de formación para los estudiantes en el territorio.
- Se enfatiza en el respeto, la empatía, la acción colaborativa y de apoyo mutuo.

INTEGRAR la capacidad de las personas en las comunidades, “Autogestión”

LÍNEA 3: PERFIL DOCENTE

- Incorporar a otros actores, actoras en un rol docente, que permitan comprender el territorio.
- Propiciar docentes con formación y preparación en APS y experiencia y contacto real con la comunidad.
- El modelaje es dar el ejemplo de esa vinculación, a favor del desarrollo territorial.
- Hacer énfasis en los factores sociales asociados a la salud y la enfermedad, priorizando enfoque preventivo-promocional-anticipatorio en todas las acciones, del continuo salud-enfermedad.
- Propicia un estudiante, como agente transformador, innovador y con herramientas creativas, movilizadoras y en contacto con la realidad.
- Profesionales y docentes deben integrar a las personas y saber escuchar.
- Cuidado con las categorías profesionales, “el otro debe hacer esto”
- Formar estudiantes que apliquen Innovación, transformación, ideas novedosas. Atreverse a salir de lo tradicional.
- Promover la participación entre los estudiantes, profesores empáticos, que propicien desde las emociones.
- Docencia participativa.
- Se sugiere que en el primer ciclo los docentes no sean médicos, más bien una diversidad de disciplinas.
- El Docente debe salir de las cuatro paredes, debemos salir a la comunidad. El rol docente debe ser de integración: la persona no vive sola.
- Para ser agente de cambio uno debe partir por uno mismo: el concepto de MODELAJE es fundamental. Reflexionar que no se trabaja con pacientes. Para hacer un cambio estos tienen que partir de una misma.
- Se cuestiona la palabra paciente, la idea es trabajar con las familias, entorno y buscar soluciones conjuntas.
- Hay que considerar con respeto, el aporte de las personas en el proceso de salud.

“El perfil del docente debe ir de la mano de la reflexión sobre el perfil de estudiante que pueda acoger todo esto. ¿Cómo movilizamos a les estudiantes?”

Texto extraído de las reflexiones en Seminario “El Currículo Enfermo”, 2021.

PROPUESTAS FINALES

Hacer que los currículos y las metodologías docentes sean “pertinentes en lo social”, es decir, que garanticen un vínculo significativo y transformador con la sociedad para la cual se desarrolla.

Declaraciones Fundamentales para la Formación en Ciencias de la Salud en Integración con la Comunidad

<p>Propósito de la Práctica Educativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Actuar con pertinencia social en la era del pensamiento complejo. · Ser Universidades que logran introducir cambios que le otorguen pertinencia a su acción educativa en ambientes complejos. · Fomentar un conocimiento autónomo para objetivos transformadores del futuro. · Formar ciudadanos provistos de los instrumentos que les permitan interactuar con el entorno de una manera creativa, ética e involucrada con las necesidades de su entorno, “Constructores y Cuidadores de saberes”. · Facilitar la expresión de lo “más humano de lo humano”.
<p>Práctica Educativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Más Pertinente, Más Sensible, Más democrática, Integradora de las Ciencias Sociales, Naturales y Humanísticas, Entrelaza, conecta polos aparentemente antagónicos. · “Se crea y Recrea en el caminar”. · Logra lo multidimensional, lo integrador, lo intercultural y transdisciplinario. · Aprendizaje rizomático, orientado al entrelazamiento de conocimientos y vivencias que trascienden el espacio disciplinar.
<p>Postula a</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Universidades con un modelo inclusivo, de puertas abiertas. · Un nuevo modo de pensar, basado en lo dialógico, la recursividad, lo multidimensional, el arte, la articulación. · Pensar por medio de macro conceptos, capaces de migrar de un área de conocimientos a otra, emergiendo nuevos. · Un conocimiento con efectividad social. · “Derribar los esquemas mentales que, desde el comienzo de la ciencia moderna, nos han sido impuestos (entre ellos: la visión de un mundo fragmentario y mecánico). Por ello, desde esta perspectiva se habla, no sólo de una nueva educación, sino de una “reforma del pensamiento””. (10) · Contextos de aprendizajes NO lineales.
<p>Estrategias para desaprender desde el espacio universitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Cursos transdisciplinarios entre carreras de la salud. · Formaciones integrales para docentes y actores comunitarios. · Declaración de valores y principios universales en los programas de formación. · Competencias transversales orientadas a lo complejo, al pensamiento crítico, a la determinación social de la salud, medicina social y colectiva, desarrollo de lo local, salud integral, salutogénesis. · Incorporación de actores, actrices y actantes sociales, a los espacios formales de diálogo y planificación. · Prácticas profesionales vinculadas a expectativas y necesidades de los grupos objetivos y sus territorios. · Alfabetización digital y herramientas para el diálogo transformador.

Innovación en el currículo

Perfiles profesionales

1. Declaración de valores y principios universales en los programas de formación.
2. Cambiar el currículum de acuerdo a las necesidades de la población.
3. Inclusión de competencias transversales orientadas a lo complejo, al pensamiento crítico, a la determinación social de la salud, medicina social y colectiva, desarrollo de lo local, salud integral, salutogénesis.
4. Orientación hacia el trabajo con la persona y no con la enfermedad.
5. Establecimiento de una formación de sustrato humanista. Facilitar la expresión de lo “más humano de lo humano”.
6. Promoción de un nuevo modo de pensar, basado en lo dialógico, la recursividad, lo multidimensional, el arte, la articulación de saberes.
7. Fomentar un conocimiento autónomo para objetivos transformadores del futuro.
8. Formar ciudadanos/as provistos de los instrumentos que les permitan interactuar con el entorno de una manera creativa, ética e involucrada con las necesidades de su entorno, “Constructores y Cuidadores de saberes”.
9. Erradicación de los currículos explícitos y ocultos del imaginario que estigmatiza la APS como básica, innecesaria, sin resolución, de mala calidad, etc.; de lo comunitario como algo poco serio.
10. Inclusión de las perspectivas de determinación social, que integre el enfoque de derecho y el enfoque territorial.
11. Propicia un/a estudiante, como agente transformador, innovador y con herramientas creativas, movilizadoras y en contacto con la realidad.
12. Para propiciar el cambio se debe propiciar la participación a diversos grupos especialmente incorporando a la comunidad, equipos de salud, empleadores etc., involucrar a socios y ejercer un liderazgo transversal, plural y amplio.

Plan de Estudios – Contenidos

1. APS como estrategia de desarrollo que debe incorporar el trabajo de lo social como herramienta fundamental de cambio social, es decir con una práctica con reales vínculos a la comunidad.
2. Incluir asignaturas relacionadas a la socio-antropología, historia, economía y pedagogía, ciencias humanistas. Estas disciplinas deberían ser transversales en todas las carreras de ciencias de la salud, porque sus marcos referenciales, enfoques y metodologías cualitativas, permiten profundizar el conocimiento de lo complejo y desarrollar pensamiento crítico.
3. Inclusión de los enfoques: derechos, salud colectiva, participación social, determinación social de la salud, equidad en salud, equidad de género, transculturalidad, salud familiar.

4. Énfasis en los factores sociales asociados a la salud-enfermedad-atención-cuidados, priorizando el enfoque preventivo-promocional-anticipatorio en todas las acciones.
5. Alfabetización digital y herramientas para el diálogo transformador.
6. Incorporación de la mirada de la acreditación en salud, desconocida por muchos alumnos que llegan a la APS.
7. Introducción de la salutogénesis, promoviendo la mirada de salud en positivo y empoderar a la comunidad en pro de su propia salud.

Metodologías y estrategias pertinentes

“El perfil del docente debe ir de la mano de la reflexión sobre el perfil de estudiante que pueda acoger todo esto. ¿Cómo movilizamos a los estudiantes?”

Texto extraído de las reflexiones en Seminario “El Currículo Enfermo”, 2021

1. Docencia participativa, interprofesional e interdisciplinar.
2. Formación transdisciplinaria entre carreras de la salud y otras.
3. Aprendizaje rizomático, orientado al entrelazamiento de conocimientos y vivencias que trascienden el espacio disciplinar.
4. Transitar desde la formación disciplinar o por especialidad, hacia una formación en bloques curriculares integradores e integrados.
5. Generación de confianzas entre los/as actores/as involucrados/as: academia, comunidad, servicios de salud, otros.
6. El 50% de los ramos clínicos en las diferentes carreras se deben realizar en y con la gente de APS.
7. Profesores generalistas, especialistas en Salud Familiar, Profesores especialistas clínicos en actuación excepcional (clase magistral de actualización).
8. Agentes comunitarios incorporados como parte de los/as docentes, en todos los momentos pertinentes, especialmente en Salud Pública, Salud Colectiva, Salud Familiar.
9. Compromiso de las universidades para formar al personal de APS en docencia propiamente tal.
10. Propiciar el modelaje de los/as docentes con formación y preparación en APS y experiencia y contacto real con la comunidad, a favor de esa vinculación y del desarrollo territorial.
11. Exigirles a los docentes hospitalarios que conozcan la APS.
12. Generación de conocimiento junto a las comunidades que permita comprender mejor la vida de las personas, las necesidades y las prioridades de la salud pública (investigación cualitativa).
13. Aporte al desarrollo de comunidades activas, la acción social y el apoyo a los enfoques de base y la transferencia de activos de la comunidad.
14. Implementación de acciones que permitan la participación, la coproducción y la toma de decisiones participativa, como los foros de barrio que reúnen a organismos y miembros de la comunidad para desarrollar acciones conjuntas y relaciones de

confianza a largo plazo entre y dentro de las comunidades, los profesionales y las organizaciones Reforzar la capacidad y la habilidad.

15. Fortalecimiento de la capacidad comunitaria, trabajando con las organizaciones de la comunidad local, los/as voluntarios/as y los/as líderes de la comunidad.
16. Generación de indicadores, de corto y medio plazo, de los determinantes de la salud a nivel comunitario, manteniendo las comunidades resilientes, conectadas y empoderadas.

Campos de enseñanza-aprendizaje teóricos y prácticos

1. Contextos de aprendizajes NO lineales.
2. El 50% de los internados en las diferentes carreras se deben realizar en y con la gente de APS.
3. Prácticas: 1/3 directamente en la comunidad, 1/3 entre los distintos dispositivos de la red incluyendo a la comunidad y 1/3 en desarrollar una capacidad crítica para resolver problemas complejos, está el tema interdisciplinario, gestionando casos.
4. Desde el 1er año en dispositivos de APS como experiencias significativas, en el territorio; con comunidades de base, en hospitales de baja complejidad, excepcionalmente en hospitales de mediana y alta complejidad, fundamentalmente en contextos de atención ambulatoria no cerrada, centradas en la práctica generalista.
5. Hospitalización domiciliaria, aprender cómo se maneja un paciente en sala desde la perspectiva de cómo haríamos esto en la casa.
6. Generación de sistemas de incentivos para los profesionales de APS para participar en la formación de los estudiantes, establecer un plan de desarrollo común entre los campos clínicos y las universidades con objetivos estratégicos en común.
7. Privilegiar la asignación de campos de aprendizaje y práctica a los centros formadores que tengan currículos coherentes con las propuestas señaladas.
8. Potenciamiento de la integración de la comunidad en toda la red de servicio público de salud.
9. Docencia en establecimientos de APS de carácter mixto: personal de la APS y personal universitario.
10. Docentes acreditados/as en experiencia práctica y académica, asociada al desarrollo de la salud comunitaria.
11. Prácticas profesionales vinculadas a expectativas y necesidades de los grupos objetivos y sus territorios.
12. Creación de un sistema nacional docente asistencial que reconozca a la APS como campo clínico fundamental, así como la reformulación de la política de campos clínicos, con una regulación docente asistencial que incluya a la APS.
13. Considerar la infraestructura de los campos clínicos que influye en la capacidad de brindar espacios de formación. Evaluar la cantidad de estudiantes vs infraestructura.
14. Desarrollo de una asignatura multicéntrica, dirigida a estudiantes de pregrado (y postgrado) que recoja las mejores prácticas docentes en Salud Comunitaria, que funcione como asignatura electiva durante el proceso de formación de todos los profesionales de salud.

CONCLUSIONES

Las nuevas demandas de salud de la población, vinculadas a fenómenos demográficos y epidemiológicos, sumado a las circunstancias de esta pandemia, han puesto de manifiesto, la necesidad de iniciar un verdadero camino de transformación en la formación de pregrado de las/los futuros profesionales de la salud.

Estas nuevas demandas han puesto de manifiesto la compleja labor de las universidades en la formación de los futuros profesionales de la salud. En este contexto, consideramos la Atención Primaria de Salud como un espacio privilegiado de formación de pregrado, basado en un enfoque familiar y comunitario. Transitando hacia sistemas de cuidados integrales y contextualizados de la salud, a través de toda la experiencia de vida, de personas, familias y comunidades; desde un enfoque salutogénico. La experiencia en este enfoque no ha sido suficiente en los estudiantes, manteniendo un enfoque hospital céntrico en la formación.

Consideramos a la Atención Primaria de Salud, como campo formador de privilegio a nivel de pregrado, desde los primeros años de estudios. Percepción compartida por todas las personas que participaron en el Seminario “El currículum enfermo”, académicas/os, profesionales de la salud que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud (APS), población usuaria de APS, estudiantes de las carreras de la salud.

Se han realizado esfuerzos en este sentido, pero han sido insuficientes, segmentados, des-coordinados y con énfasis teórico. Se necesitan programas formativos interdisciplinarios, co-laborativos, basados en los principios de la APS, con experiencias significativas en el territorio.

En contexto de pandemia, Chile ha sido reconocido internacionalmente por su exitoso proceso de inmunización, atribuido fundamentalmente a nuestra amplia red de Atención Primaria de Salud, con cobertura nacional, con conocimiento de la comunidad, con atención centrada en las personas, sus familias y comunidades.

Proponemos la incorporación de la Atención Primaria de Salud, en los planes de formación de las carreras de la salud desde los primeros años, con experiencias significativas en el territorio, participación activa de los agentes comunitarios en la formación, con buenos modelos docentes con formación y experiencia en APS, incorporando prácticas en la comunidad basadas en el trabajo en equipo interprofesional e interdisciplinar, para transitar a un currículum integrado en las carreras de la salud, cuyo centro es la persona y su familia.

Hacemos un llamado a la acción, existen evidencias, estudios, llamados internacionales. La salud de nuestra población no puede seguir esperando. Debemos actuar.

La alianza de universidades por el territorio puede ser un motor de desarrollo de nuevos modelos de formación con énfasis en APS.

BIBLIOGRAFÍA

- (1, 30) Universidades por el Desarrollo. Consulta Ciudadana: Respuesta Comunitaria a La Pandemia [Internet]. Julio 2020 [consultado 18 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.medicina.uchile.cl/atencionprimaria/Otros/universidades-por-el-territorio/respuesta-comunitaria-a-la-pandemia>
- (2) Universidades por el Desarrollo. Participación comunitaria en desconfinamiento [Internet]. Septiembre 2020 [consultado 18 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.medicina.uchile.cl/atencionprimaria/Otros/universidades-por-el-territorio/participacion-comunitaria-en-desconfinamiento.html>
- (3) Pinilla-Roa A. Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud [Internet]. Acta Med Colomb 2011[Consultado 18 de mayo 2021; 36: 204-218. Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1451/427>
- (4) Pinilla-Roa A. El maestro universitario como profesional autónomo. Una mirada desde las ciencias de la salud [Internet]. Rev. Fac. Med. 2015 [Consultado el 18 mayo 2021]; 63(1):155-63. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/44740>
- (5) Venturelli J. Modernización de la educación médica: ¿Ilusiones inútiles o necesidad imperiosa? En: Venturelli J. (Ed.) Educación Médica. Nuevos enfoques, metas y métodos. Segunda edición. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2003. p. 1-32.
- (6) Caillon A. Flexibilidad y competencias profesionales en las universidades latinoamericanas. En: Pedroza R. (Compil.). Flexibilidad y competencias profesionales en las universidades iberoamericanas. Barcelona, México: Pomares. 2006. p. 178-95.
- (7) Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med Educ 1984; 18: 284-297.
- (8) Parada-Lezcano M, Romero MI. Política de formación médica para la atención primaria de salud en Chile, crisis y desafíos[Internet]. Cuad Méd Soc (Chile) 2018, 58 (N°1): 61-68. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872016000800014&script=sci_arttext&tlng=e
- (9) World Health Organization. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final. World Health Organization. 2008 [consultado el 18 mayo 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>

- (10) The Network: Towards Unity for Health (TUFH). Tunis Declaration World Summit on Social Accountability. Hammamet, Tunisia. 2017 [consultado el 18 mayo 2021]. Disponible en: <https://thenetworktufh.org/wp-content/uploads/2017/06/Tunis-Declaration-FINAL-2.pdf>
- (11) World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Roles de los profesionales de la salud en APOC Primary Health Care. Alma Ata: World Health Organization (WHO); 1978.
- (12) Hancock T. The mandala of health: a model of the human ecosystem. *Family & community health: the journal of health promotion & maintenance*. 1985; 8(3): 1-10.
- (13) Artaza O, Santacruz J, Girard JE, Alvarez D, Barria S, Tetelboin C, et al. Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. *Rev Panam Salud Publica*. 2020 [consultado el 18 mayo 2021];44:e83. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52503/v44e832020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (14) Herreras E. La Docencia a Través de la Investigación-Acción. *Revista Iberoamericana de Educación* [Internet]. 2004 [consultado 18 mayo 2021], 35(1), 1-9. Disponible en: <https://rieoei.org/historico/deloslectores/682Bausela.PDF>
- (15) García Pérez R, Ballbé A, Pina R, Iglesias N. El análisis de la situación de salud y la investigación acción participativa en la formación médica. *Gac Méd Espirit* [Internet]. 2015 Dic [consultado el 18 mayo 2021]; 17(3): 92-102. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300012&lng=es
- (16) Peixoto M, Jesus W, Carvalho R, Assis M. Formación médica en la Atención Primaria de la Salud: experiencia con múltiples abordajes en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019 [consultado el 18 mayo 2021]; 23(Suppl 1): e170794. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000600502&script=sci_arttext&tlng=es
- (17) Batista MA, Rojas HNM, González AO, et al. Educación para la Salud desde el currículum electivo como experiencia de formación integral de estudiantes universitarios [Internet]. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*. 2015 [consultado el 18 mayo 2021];29(3):555-565. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2015/cem153n.pdf>
- (18) Ministerio de Salud. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red [Internet]. 2021 [consultado el 18 mayo 2021]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf

- (19) Global Taskforce of Local and regional Governments. Guía para la Localización de los ODS: Implementación y Monitoreo Subnacional [Internet]. 2016 [consultado 18 mayo 2021]. Disponible en: <https://ods.gub.uy/images/GUIA-GLOBAL-TASKFORCE---ODS-Subnacional-1.pdf>
- (20) Erazo A. Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud [Internet]. Rev Panam Salud Pública. 2015 [consultado el 18 mayo 2021];38(3):248-53. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n3/248-253>
- (21) Parada M, Romero MI, Moraga F. Perfiles de egreso de las carreras de Medicina en Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 [consultado 18 Mayo 2021]; 143(4): 512-519. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8872015000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- (22) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC: OPS; 2007.
- (23) Parada M, Romero MI, Moraga F. Perceptions of faculty members and students about undergraduate training in primary health care. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 [consultado 18 May 2021]; 144(8): 1059-1066. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000800014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- (24) Ministerio de Salud (MINSAL). Ordinario C3 / 1198 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales a Ministra de Salud. Referido a Perfil de desempeño del médico/a general. 2018.
- (25) Pupo N, Hernández L, Presno C. La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 [consultado 18 Mayo 2021]; 33(2): 218-229. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200007&lng=es.
- (26, 28, 31) División de Atención Primaria (DIVAP). Atención Primaria de Salud Construyendo Valor Social: Documento de posición respecto del valor social de la atención primaria de salud [Internet]. 2017 [Consultado 18 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/032.Documento-de-posici%C3%B3n-respecto-al-valor-social.pdf>
- (27) Ministerio de Salud: Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud. Serie Cuadernos de Redes N°18 [Internet]. 2005 [Consultado el 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>

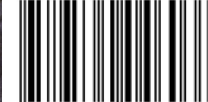
- (29, 32) Borrell RM, Godue C. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud [Internet]. OPS, 2008 [Consultado 19 mayo 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31318>
- (33) The Inter-Agency Standing Committee (IASC). Risk Communications and Community Engagement (RCCE) and the Humanitarian System: Briefing Pack [Internet]. 2020 [consultado 24 abril 2021]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/covid-19-risk-communications-and-community-engagement-rcce-and-humanitarian-system>
- (34) Savigny D, Adam T (Eds.). Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud [Internet]. OMS, 2009 [consultado 18 mayo 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44222/9789243563893_spa.pdf
- (35) Stansfield J, South J, Mapplethorpe T. What are the elements of a whole system approach to community-centred public health? A qualitative study with public health leaders in England's local authority areas [Internet]. 2020 [consultado 18 mayo 2021]; 10:e036044. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/8/e036044.full.pdf>



Universidad
de Valparaíso
CHILE



ISBN: 978-956-404-603-7



9 789564 046037