



**INSTITUTO
DE ECONOMIA,
GESTIÓN Y SALUD**
EQUIDAD, SOLIDARIDAD, INNOVACIÓN

Nº 01
BOLETÍN

Políticas para la economía gestión y salud

Estrategias y Gestión en Pandemia.

WWW.IDEGYS.CL

Contenido

- 1- Editorial. **Pág 3**
- 2- Consejo editorial. **Pág 4**
3. Participación Ciudadana en Salud - Alejandro Iglesias. **Pág 5**
4. La Lupa que el Coronavirus colocó sobre la Gestión en la Salud Ecuatoriana - Ruth Alicia Lucio Romero. **Pág 8**
- 5 Atención primaria y comunitaria: un camino para salir fortalecidos de la crisis de nuestro Sistema de Salud - Camilo Bass del Campo. **Pág 11**
- 6 Dispositivos médicos en Chile: vergüenza internacional - Tomás Ignacio Lagomarsino Guzmán. **Pág 13**
7. La gestión sanitaria local en tiempos de pandemia: la experiencia de la Alcaldía Ciudadana de Valparaíso. Alejandro Escobar Lobos. **Pág 15**
8. La Atención Primaria de Salud como primera línea en la gestión de la emergencia sanitaria: perspectivas de investigación desde y para las ciencias sociales. Alessandra Olivi. **Pág 18**



Editorial

Boletín Idegys: Políticas para la Economía, Gestión y Salud

Estrategias y Gestión frente a la Pandemia

No es, ni será la primera vez que enfrentemos una pandemia. Tampoco es la primera vez que buscaremos diversas respuestas a una amenaza que cada cierto tiempo vuelve y nos recuerda lo frágiles que podemos ser, incluso, considerando que se creía que la sofisticación de la tecnología de la salud a nivel mundial nos podría proteger sin muchos problemas. Cada país ajustado a su propia realidad ha sufrido pérdidas significativas en lo humano, en lo económico, y en lo político.

Las estrategias, la gestión y las propuestas frente a la pandemia, a diferencia de otras problemáticas que aquejan a los modelos y sistemas de atención en salud, han sido de un pragmatismo poco acostumbrado en los círculos que definen las reglas de convivencia de los distintos agentes productores de salud.

Toma relevancia nuevamente la participación organizada de las personas en comunión con el personal de salud, los sistemas sociales, económicos y de ingeniería, para solventar las decisiones de abastecimiento de insumos, protección y, sobre todo, la necesidad de buscar superar los problemas que la pandemia comenzó a agudizar. ¿Qué quedará cuándo se supere la pandemia? Al parecer podríamos volver a una “normalidad” que manifestó todas sus debilidades, carencias e injusticias o, aprovechar la oportunidad para transformar la economía y gestión de la salud a favor de las personas, para una sociedad más libre, más empoderada, y con claridad para enfrentar futuros escenarios, como el que nos ha hecho vivir el SARS – CoV-2 este año 2020.



Consejo Editorial

Viviana Garcia Ubillo

Fonoaudióloga

Profesor Adjunto Universidad de Valparaíso

Formación en Gerontogeriatría; salud y economía y en derechos humanos, políticas públicas y vejez.

Directora Ejecutiva Geropolis UV.

Rafael Urriola Urbina

Economista de la Salud.

Magister en Economía Pública y Planificación. Past President. Asociación de Economía de la Salud de Chile 2017 - 2019. Investigador y docente del Instituto de Economía Gestión y Salud. IDEGYS

Dr. Antonio Orellana Tobar

Neurocirujano,

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, cargo en el cual ha sido reelecto en dos oportunidades (en 2015 y 2019).

Es miembro del Directorio de CONACEM (Corporación Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas).

Fabián Norambuena Contreras

Ingeniero Industrial.

Maestría (c) Economía y Gestión en Salud.

Director asociación de Economía de la Salud de Chile 2017 - 2019.

Presidente Instituto de Economía Gestión y Salud. IDEGYS.



Participación Ciudadana en Salud: ¿Un tema pendiente?



Alejandro Iglesias Bonsses.
Presidente Red de Salud
Comunitaria de Puente
Alto y Director espacio
comunicacional “A
Desalambrar la Salud Mental”.

Mucho se ha escrito sobre la necesidad de involucrar a la ciudadanía en la construcción de políticas públicas, pero la realidad -aquella “donde las papas queman”- pareciera mostrar algo más complejo, y digo esto más allá de que existan documentos como la Declaración Internacional sobre Derechos



Humanos -que indica explícitamente el derecho a la participación ciudadana en la dirección de los asuntos públicos- o más allá de la promulgación de la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la gestión pública. Es evidente que algo ocurre entre el diseño de las públicas y lo que sucede cuando esas políticas se llevan a la práctica, algo pareciera no cumplirse como se espera, algo del orden de la participación ciudadana pareciera estar siempre pendiente, pero ¿Por qué?

El año 2014 se elabora la Política Nacional de Participación Social en Salud, con un gran foco en los vínculos con organizaciones comunitarias y su participación en la gestión de políticas socio-sanitarias, concibiendo a la ciudadanía desde distintos niveles de acción. Dentro de

esos niveles -y otros que se proponen desde el estado- podemos ver instancias que van desde conocer la opinión de la gente sobre determinados temas en salud (participación consultiva), otras donde la comunidad se involucra directamente en el diagnóstico, ejecución y evaluación de distintos programas públicos (participación ejecutora), hasta aquellas donde las acciones abren la posibilidad de realizar propuestas al estado, influyendo directamente en la toma de decisiones (participación decisoria). ¿Qué sucede realmente entre lo propuesto en estos niveles de participación y lo que pasa en el cotidiano de nuestros centros de Salud? ¿Qué tipo de participación vemos en estas instituciones habitualmente?

Lo cierto, es que la institucionalidad en nuestro país tiene mucho trabajo por delante para facilitar la participación real de las comunidades en niveles profundos de gestión pública. En parte hemos podido observar este punto en el contexto del COVID-19, con un gobierno que no solo debe actuar rápidamente, sino que – idealmente-, debe tener gran capacidad para articular diversas miradas hacia la toma decisiones. Sabido es, que desde diversos ámbitos (académicos, científicos, municipales, comunitarios, entre otros) se han hecho distintos ofrecimientos al Ministerio de Salud para poder colaborar en el contexto actual, sin embargo, sabemos que la apertura a este diálogo ha sido muy compleja.

La pandemia, una y otra vez, ha permitido mostrar estas –u otras- situaciones, que si antes eran relativamente evidentes, ahora quedan totalmente develadas a la opinión pública, y no solo me refiero a la compleja situación de la falta de alimentos, precariedad laboral, hacinamiento en las viviendas o desigualdad en la educación, sino también, a la gran inflexibilidad que tienen las instituciones a la hora de incorporar opiniones que permitan destrabar situaciones de emergencia, como la que hemos estado viviendo los últimos meses.

Sin ir más lejos, a comienzos del mes de Junio, el presidente Sebastián Piñera anuncia un nue-

“El único modo posible para construir políticas públicas, es considerar también en las gestiones y decisiones, a aquellas personas que saben y viven cotidianamente las prácticas en salud, aquellas que conocen muchos sensibles detalles de la vida comunitaria.”



vo programa llamado “Saludablemente”; este programa no solo iría a fomentar una mayor cobertura de atención profesional para la población afectada por temas de salud mental, sino también, se conformaría (durante 90 días) una mesa de experta/os en el área, integrada por personas del ámbito científico, académico, fundaciones, parlamento y servicios socio-sanitarios del gobierno. Al revisar varias veces el listado de esta mesa, se comprueba –con cierta desesperanza aprendida– que no hay ninguna persona que represente ni a grupos de usuario/os, ni sus familiares, ni otros actores claves de la sociedad civil, frente a lo cual nos preguntamos ¿Qué tipo de decisiones y acciones pueden emerger de una mesa que no cuenta con la representatividad de organizaciones comunitarias expertas en el tema Salud Mental?. Posiblemente se crearán propuestas que podrían tener un cierto impacto en grupos objetivos, e incluso, algunas personas de la mesa intentarán representar lo mejor posible a las agrupaciones sociales no convocadas, sin embargo, la historia parece repetirse: decisiones a nivel público sin considerar a las organizaciones comunitarias en salud, aquellas que saben cuánto se demoran las interconsultas, que saben cuánto cuesta tomar horas frente a situaciones de salud mental, que han visto a trabajadores de su Cesfam con altísimos niveles de sobrecarga, que saben de la inmensa preocupación que trae el no tener trabajo. ¿Cómo incorporar las voces de monitores comunitarios que llevan años ayudando a sus vecinas y vecinos ahí donde la cobertura

en salud es insuficiente? ¿Cómo resultarían las propuestas en salud si contaran con estos actores sociales fundamentales? ¿Por qué no, si ya tenemos claro el porqué sí?

Es así que vuelvo al punto inicial: tenemos un país con leyes que promueven la participación ciudadana, tenemos documentación que ha indicado la necesidad urgente de incorporar a las comunidades en la gestión de salud en todos sus niveles, contamos con investigaciones académicas que dan cuenta del enorme potencial que radica en la participación ciudadana dentro de los procesos decisivos de políticas públicas. ¿Qué estamos esperando? ¿En qué momento detendremos la máquina y reformulamos esta historia? ¿Cómo hacer para que todo lo que se diga respecto a la participación ciudadana se vea reflejado en la realidad?. La respuesta para mí es clara: el único modo posible para construir políticas públicas, es considerar también en las gestiones y decisiones, a aquellas personas que saben y viven cotidianamente las prácticas en salud, aquellas que conocen muchos sensibles detalles de la vida comunitaria, aquellas personas que han visto por años las papas quemándose.

Correo:

alejandroiglesiasb@gmail.com



La Lupa que el Coronavirus colocó sobre la Gestión en la Salud Ecuatoriana



Ruth Alicia Lucio Romero. Sureste: Economía de la Salud y Excelencia Médica, Coordinadora área de economía de la salud.

Debido a la ola de escándalos de corrupción, anclados a compras de insumos y medicamentos, y construcciones de hospitales, no existe mejor momento en Ecuador para hablar sobre economía y gestión en la salud.

Entre los efectos no intencionados, la pandemia del coronavirus provocó que los ojos de todos se enfoquen en el sector de la salud, levantando de manera inmediata inquietudes en materia de sistemas de compras, precios, tipos de proveedores, mecanismos de asignación de contratos y otros detalles insignificantes.

El asunto empezó a evidenciarse por simplezas como precios muy diferentes por bienes exactos. En un medio en el cual la corrupción está entronizada hasta la médula, se empezó a sospechar de todo y todos, lastimosamente la mayoría de las veces con mucha razón, así las principales situaciones encontradas pueden resumirse en las siguientes:

1. Instancias y altos funcionarios públicos, a nivel nacional y sub nacional, realizaron contrataciones de obras y adquisiciones de insumos médicos

con sobrepuestos o caducidad limitada, bajo una ley de emergencia emitida por el coronavirus, que se encuentran actualmente en los ámbitos fiscal y judicial por los problemas mencionados.

2. La necesidad de camas hospitalarias generales y camas de unidades de cuidados intensivos (UCI), evidenció para una población desesperada, las enormes carencias de acceso a las que se enfrentaba, la poca articulación entre subsistemas públicos y sobre todo la inexistencia de un sistema de referencia o derivación entre niveles de atención dentro de cada subsistema. Específicamente se constató que no existe un número suficiente de UCI, aun para situaciones normales, no se diga para una situación en la que se pone a prueba a todo el Sistema. Se suma a lo anterior la idiosincrasia nacional de que Quito y Guayaquil (Pichincha y Guayas) son el país, lo cual genera cuellos de botella más graves en las restantes 22 provincias del Ecuador.

3. La capacidad restringida en servicios de apoyo diagnóstico como los laboratorios rápidamente se evidenció. Ciertamente que ningún país estaba preparado para lo que vino, sin embargo en Ecuador la organización y manejo de un sistema de apoyo diagnóstico se encuentra todavía en ciernes, y el INSPI -laboratorio de referencia nacional- tiene todavía asignaturas pendientes.

4. Una industria nacional dependiente en alto grado de materiales e insumos internacionales, enfrentó rápidamente limitaciones para producción local de insumos médicos básicos, ello provocó lo que los economistas conocemos muy bien, que el incremento de la demanda ante una oferta restringida provoca incremento de precios. La lógica nacional fermentó el caldo en el cual se ofertó insumos con una variabili-

dad de precios entre 100% y 1000%.

El corolario de las situaciones mencionadas son algunas medidas de políticas públicas muy interesantes y ciertas ideas descabelladas que hay que prevenir. Entre las políticas destacan al menos tres: la revisión del sistema de compras públicas a través del SERCOP, para generar un sistema

“En un medio en el cual la corrupción está entronizada hasta la médula, se empezó a sospechar de todo y todos, lastimosamente la mayoría de las veces con mucha razón”

centralizado que permita un mejor control de precios y calidad de los insumos médicos, y ciertas garantías sobre quienes los suministran. El montaje acelerado y aparentemente eficiente que se ha realizado de camas hospitalarias y de UCI, que podría dejar sentados algunos recursos una vez que pase la pandemia. Y el establecimiento de unidades de mando que permiten organizar a todos los subsistemas públicos en el ámbito local de manera que brinden una respuesta única y jerarquizada.





Ideas a prevenir son la privatización de los servicios del IESS, pues todos conocemos que la racionalidad entre los servicios de salud públicos y privados es diferente, los primeros observan una de servicio social a la colectividad y en el mejor de los casos buscan el uso eficiente de los recursos asignados, en el segundo caso existe una racionalidad de lucro o ganancia. La justificación de evitar la corrupción entregando los servicios a proveedores privados no puede ser mas pueril en el mejor de los casos, en el peor es refrendar corrupción precisamente por que no existen sistemas de control para la provisión pública, con menor incentivo se puede pensar en contar con controles en el mundo de lo privado, no al menos en Ecuador, donde todavía está pendiente demostrar que el sistema judicial sancione eficientemente.

Luego del coronavirus, cuando ha quedado claro que los sistemas de salud públicos son las joyas de la corona, es necesario salvaguardarlos y fortalecerlos. Por ello es preciso establecer sistema de gestión y administración centralizados y eficientes, pues por increíble que suene, ni el Ministerio de Salud, como tampoco el IESS poseen una cabeza efectiva o unidad con todas las facultades para encargarse de administrar, verificar y controlar el funcionamiento de las unidades de su sistema. Por ello no extraña que cada unidad, hospital funcione administrativamente como una isla, en algunos casos feudos, mientras en la parte de provisión se hacen esfuerzos desmesurados por tener acciones articuladas, integradas, sistémicas con una lógica sanitaria. En Ecuador es necesario apuntalar los sistemas de provisión públicos incluso a costa de ellos mismos.

Correo:
ruth.lucio@sureste.org

Atención primaria y comunitaria: un camino para salir fortalecidos de la crisis de nuestro Sistema de Salud



Camilo Bass del Campo. Programa de Salud y Comunidad (Escuela de Salud Pública – Universidad de Chile), Académico.

En relación a la difícil situación en que se encuentra actualmente el mundo, parece importante compartir aprendizajes en torno a las pandemias como fenómenos sociales que deben enfrentarse colectivamente. Además, que no ha existido una única estrategia para afrontarla, ya que cada país ha optado en función de su contexto político, social y cultural. Por otro lado, es fundamental el manejo de la información y la comunicación efectiva. Así como la determinación social de salud, que influye de manera definitiva en el desarrollo de la crisis, las diferentes maneras de organización comunitaria y las actividades que realiza la Atención Primaria de Salud (APS).

De manera solidaria y con cierta frustración, colegas de otras latitudes nos revelan algunos errores cometidos, como las nefastas consecuencias de las políticas de ajuste que han debilitado los sistemas de seguridad social, la consideración de los establecimientos hospitalarios como en el centro del sistema de respuesta (a diferencia de otras estrategias sociales) o descuidar lugares de confinamiento de personas como las residencias de personas mayores. Por lo que el mensaje cada vez se repite con más frecuencia (al parecer aún sin la suficiente fuerza como para impactar en actuales tomadores de decisiones): para enfrentar la pandemia se deben fortalecer las clásicas funciones de la APS (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y apoyar las estrategias desarrolladas por las comunidades.

En cuanto a la APS de nuestro país, en la década de 1980, como consecuencia de las refor-



mas impulsadas por la dictadura, se modificó el rol y la importancia del Estado, promoviendo el sector privado. Se comenzó el traspaso de la administración de establecimientos de nivel primario de atención a las municipalidades¹. Esta medida habría sido ideada como una manera encubierta para iniciar la privatización del sistema de salud, ya que luego de la entrega de los consultorios a los municipios, se podría realizar la transferencia a privados².

Por otra parte, se produce la separación de una porción de la salud del gobierno central, lo que origina una inequidad entre unos pocos municipios con más recursos en desmedro de la mayoría pobre. Posteriormente, los dogmas de la nueva gestión pública, alejan a los equipos de atención primaria de una de sus principales funciones: trabajar con y para la comunidad. Para llenar de metas de cumplimiento con números de atenciones, sin una necesaria lógica sanitaria que impacte en el nivel de salud de la población.

Por lo tanto, hoy la APS efectivamente es más necesaria que nunca, ya que la interrelación entre la comunidad y los equipos de salud es muy relevante para el éxito de la implementación y desarrollo de las políticas de salud a nivel local. En este sentido, cobra importancia la sinergia que se puede producir en la interrelación de los/as trabajadores de salud con la ciudadanía, la que debe contar con mecanismos

efectivos de participación vinculante en la toma de decisiones y de fiscalización de la utilización de los recursos en salud, buscando una gestión triestamental.

Se requiere una profunda transformación del sistema de salud chileno, con financiamiento solidario y provisión de servicios de calidad en la red asistencial pública, que resuelva efectivamente los problemas de salud de la población en todos sus niveles.

El Sistema de Salud debe orientarse desde una perspectiva multisectorial, considerando el enfoque de la determinación social de salud, para resolver de forma integral los problemas presentes en el estado de salud de la población, con una APS fuerte.

Por lo tanto, en este contexto donde durante más de 45 años la sociedad chilena ha estado ob-

ligada a caminar por las veredas del neoliberalismo, con desigualdad y exclusión, se hace necesario trabajar la capacidad de alianzas de los movimientos políticos, sociales y comunitarios, para llevar a cabo las transformaciones necesarias, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad y gratuidad, con una nueva Constitución que garantice el Derecho a la Salud mediante un Servicio Nacional o Sistema Universal de Salud, que nos permita salir fortalecidos de esta crisis.

Correo:

camilobass@gmail.com

“los dogmas de la nueva gestión pública, alejan a los equipos de atención primaria de una de sus principales funciones: trabajar con y para la comunidad”



Dispositivos médicos en Chile: vergüenza internacional



**Tomás Ignacio
Lagomarsino Guzmán**
Presidente Fundación Equidad

¿Qué tienen en común la mascarilla que ocupa el presidente, ministros de Estado, parlamentarios, trabajadores de salud y toda la población? Que ninguno tiene un registro sanitario en Chile que garantice su calidad. Sí, como leyó, ninguno de ellos cuenta con la autorización del Instituto de Salud Pública (ISP). Uno de los tantos cuestionamientos que esta Pandemia ha provocado es ¿cómo hoy le aseguramos a nuestros trabajadores de salud que están en la primera línea que los Elementos de Protección Personal (EPP) que ocupan, y que son considerados dispositivos



médicos, cumplen correctamente su función? No podemos y esto constituye una grave vulneración a todos ellos.

En nuestro país los únicos dispositivos médicos sujetos a control obligatorio por ley, es decir, a registrarse y probar su calidad, son: guantes de examinación, guantes quirúrgicos, preservativos, agujas y jeringas hipodérmicas estériles de un solo uso. La falta de regulación en esta materia constituye una vergüenza internacional que hoy reflota por la Pandemia. La industria ha apelado por años a la autorregulación y al mercado, y ha utilizado los eventuales costos extra y los tiempos que tardarían los registros como argumentos para no avanzar en estas políticas. Sin embargo, por el otro lado tenemos cientos de miles de pacientes que por años han recibido prestaciones que incluyen estos dispositivos sin ninguna garantía del Estado.

Esto no solo afecta a las mascarillas, sino también a los equipos de PCR, sus reactivos, los ventiladores mecánicos y todos los dispositivos médicos como son scanners, resonadores, ecógrafos, prótesis traumatológicas, válvulas cardíacas, implantes mamarios, máquinas de hemodiálisis, marcapasos, otros menos complejos como baja lenguas y una larga lista que parece interminable. A tal llega esta crisis que mientras países han rechazado remesas de EPPs de dudosa calidad por sus políticas in-

ternas, estos han sido redirigidos a países con menor regulación como el nuestro, en los que entran como si fueran televisores, ropa o cualquier otro artículo comercial.

Igual situación ocurre con los test rápidos para la detección de anticuerpos contra el SARS-CoV-2. Dada la falta de políticas en esta materia, y para “salir del paso”, el Ministerio de Salud publicó un listado referencial de aquellos que serían más confiables por estar registrados en otros países. Publicación que no contaría con el respaldo de ningún registro sanitario en Chile.

La industria de dispositivos médicos ha tenido años de *laissez faire* y enormes utilidades. Avanzar en estas regulaciones es imperioso para permitir una autorización autónoma y soberana entregando seguridad a quienes los ocupen. Mientras, sus productos han sido y son utilizados por cientos de miles de pacientes y trabajadores de la salud, sin garantías por parte del Estado.

Originalmente publicado en El Mostrador.

Correo:
tlagomarsino@equidad.cl



La gestión sanitaria local en tiempos de pandemia: la experiencia de la Alcaldía Ciudadana de Valparaíso



Alejandro Escobar Lobos. Director del Área de Salud Corp. Municipal de Valparaíso.

La pandemia desatada por el virus SARS cov-2, evidencia no sólo las tasas de letalidad y contagio, sino también los niveles de desigualdad e inequidad de nuestra sociedad. Chile, hasta fines de Junio de 2020, encabeza la lista de países con mayor cantidad de contagiados a nivel mundial y con mayor nivel de desigualdad a nivel latinoamericano.

Comparativamente con los países de la OCDE Chile es uno de los países con menor gasto público social, así como en gasto en salud per cápita y el tercero en gasto de bolsillo.

Estas cifras repercuten directamente en el financiamiento del sistema sanitario público, que desde el estallido de Octubre de 2019 venía evidenciando una crisis a nivel de presupuestario y de sentido estratégico, sobre todo en la atención primaria de salud y financiamiento municipal.

Crisis que en comunas como Valparaíso evidencia el abandono del Estado y la inequidad en las dimensiones estratégicas para la reproducción de la vida como lo son la salud, la educación, la vivienda, el empleo y los ingresos,

condicionando el abordaje de la pandemia. En este marco la estrategia de cuarentena implementada por el Gobierno, más que asumir esta realidad intentó desde un enfoque biomédico, hospitalario y economicista intentar reducir esta complejidad a camas críticas y ventiladores mecánicos, combinado contradictoriamente con intentos de normalidad para sostener niveles de productividad, con altos niveles de desconexión con la realidad local.

En este contexto el rol de la alcaldía y de nuestro proyecto de salud fue asumir un enfoque epidemiológico social para brindar un abordaje integral de la pandemia, que entiende la salud desde una perspectiva colectiva o comunitaria, territorial y no hospitalocéntrica. Que sociopolíticamente considera a los gobiernos locales, sus territorios y comunidades como actores estratégicos y que socioculturalmente entiende la diversidad de actores e identidades barriales características de Valparaíso.

Con estos supuestos pensamos en el desarrollo de una política de cuidados que asume la dimensión barrial como el lugar de confinamiento estratégico que asegure la restricción de movilidad y control epidemiológico, pero también de la reproducción básica de la vida cotidiana.

Se trata de la construcción de anillos de protección en distintas escalas que permitan disminuir la exposición, generando medidas de prevención, protección y mitigación y actúe de manera oportuna ante la necesidad de aislar casos de contagio. Se trata de un modelo basado en la idea de los archipiélagos, en tanto supone dividir la comuna en un conjunto de unidades territoriales de acción comunitaria y municipal.

Así nos propusimos el contribuir en la disminución del riesgo de contagio y proteger a la población comunal, a través de tres objetivos, a saber: controlar el avance del contagio y espaciar la temporalidad de casos que requieren atención médica de urgencia; aumentar el desarrollo de capacidades comunitarias autónomas en los territorios y descentralizar las capacidades del gobierno central y comunal, generando medidas de protección social multiescalares.

En cuanto a las fases nos propusimos tres momentos de manera acumulativa, desde el inicio de los primeros contagios: prevención, protección y mitigación y nos concentramos en 5 ejes estratégicos de actuación: Descentralización de la gestión municipal en los ter-

“Crisis que en comunas como Valparaíso evidencia el abandono del Estado y la inequidad en las dimensiones estratégicas para la reproducción de la vida como lo son la salud, la educación, la vivienda, el empleo y los ingresos”



itorios; Seguimiento y control epidemiológico; Cuidado y prevención de salud con base comunitaria; Comunicación / educación sanitaria y Economía en salud.

En materia de descentralización nos propusimos constituir equipos de gestión descentralizados de carácter territorial, que posibiliten el confinamiento comunitario. En lo que respecta a la vigilancia epidemiológica nos planteamos aumentar capacidad de contención y mitigación a través del testeo, trazabilidad y aislamiento. Para el Cuidado y prevención de salud con base comunitaria nos planteamos desarrollar acciones de promoción y protección en salud de carácter colectivo y territorial. En cuanto a comunicación y educación sanitaria nos pusimos como objetivo entregar herramientas de prevención y protección a nivel individual, familiar e información de carácter masivo. Y finalmente en economía en salud mantuvimos nuestro objetivo asociado al plan de salud local en orden a contribuir a disminuir el gasto de bolsillo en salud más una en este contexto.

Como avance en cada uno de estos ejes podemos destacar, la constitución de 15 oficinas municipales zonales homologadas a los polígonos de los CESFAM, tres ordenanzas municipales, medidas de protección a trabajadores en riesgo y aseguramiento de EPP, campaña educativa preventiva para abordar la pandemia, vacunación contra la influenza con una cobertura del 93%, 6000 personas en seguimiento y vigilancia epidemiológica, habilitación de un laboratorio clínico municipal, la creación de la primera farmacia popular digital y la habilitación de 7 centros de atención respiratoria en centros de salud, entre otras medidas. Todas ellas encaminadas al logro de los objetivos antes descritos, pero también a la construcción de propuestas locales para el abordaje de la pandemia.

En este último aspecto, destacar la articulación con gremios, sindicatos de la salud, un grupo de alcaldes y universidades del país, en la elaboración de una propuesta nacional que sitúa el rol estratégico de la APS en la pandemia.

Propuesta y experiencia de Valparaíso que esperamos constituya un aporte para la construcción de políticas de abajo hacia arriba, capaces de democratizar los territorios y reformar el sistema sanitario con el propósito de garantizar el derecho a una salud y vida digna para todas y todos.

Correo:

aescobar@cmvalparaiso.cl



La Atención Primaria de Salud como primera línea en la gestión de la emergencia sanitaria: perspectivas de investigación desde y para las ciencias sociales



**Alessandra Olivi. Universidad de Valparaíso,
Profesora Adjunta Escuela de Sociología,
Coordinadora Centro Gerópolis.**

En el medio de la crisis sanitaria por COVID-19 y de su inédita incidencia a escala global, las evidencias desde los países que, por primeros y con un mayor grado de incertidumbre, han tenido que medirse con los efectos del contagio demuestran que la gestión de la pandemia no puede ser enfrentada en los hospitales, sino que tiene que ser controlada en primer lugar en el territorio. Alemania, por ejemplo, ha logrado buenos resultados alertando tempranamente los médicos en el territorio: ha observado los errores cometidos por el sistema de salud italiano y no los ha repetido.

En Chile, en los casi cuatro meses que van desde el primer caso oficial de COVID-19, las disposiciones del Gobierno sobre el rol de la Atención Primaria de Salud-APS en la gestión y control de la emergencia sanitaria han sido tardías y erráticas. Los centros de APS, en su gran medida administrados por las municipalidades, son las puertas de entrada al sistema de salud y, como tales, son los actores más próximos a la población, donde se manifiestan los efectos reales de la crisis socio-sanitaria en el contexto de la pandemia. Desde la disposición, de la Contraloría General de la República, a final de abril, de no entregar a las municipalidades la información sobre las personas contagiadas por Covid-19, recién a principio de junio el Gobierno tomó la decisión de encargar a los centros de APS el seguimiento activo de los casos, sus contactos y generar las alertas apropiadas para tener un aislamiento más efectivo. Pese a ello, desde el comienzo de la pandemia, los equipos de APS han seguido trabajando en el territorio. Han tenido que reorganizar su atención para dar continuidad a los cuidados de la población a su cargo y responder a la emergencia sanitaria, en la mayoría de los casos “a pulso” y sin mucha información, apelando al know-how acumulado en el trabajo directo con la población para realizar el seguimiento clínico de los casos de COVID-19, el estudio de trazabilidad y hacer el acompañamiento a la comunidad.

En este contexto, resulta sugerente aplicar la teoría de las burocracias callejeras o de primera línea (street-level bureaucracy), formulada por Lipsky en los años 80, para analizar las respuestas que las administraciones municipales de la salud y los propios equipos de



APS han ido plasmando en el contexto de la emergencia sanitaria. Los burócratas de primera línea son aquellos trabajadores vinculados con la prestación de servicios públicos, que garantizan el acceso a los programas del gobierno y proveen servicios dentro de ellos, que tienden a enfrentarse a una demanda de servicios en constante aumento, con recursos reducidos y que interactúan directamente con los ciudadanos (Lipsky, 2010)¹. En la práctica, los burócratas de primera línea aterizan y adaptan las políticas públicas diseñadas por los gobiernos a las necesidades de la población, volviéndose ellos mismo hacedores de política pública.

En Chile, como en muchos lugares donde el apoyo del Estado es limitado, la sociedad es profundamente desigual y las relaciones sociales y los medios de vida son frágiles y vulnerables, la primera línea de la APS ha tenido que volverse más creativa para hacer frente a la incertidumbre y a las presiones que genera la emergencia sanitaria a escala local. La capacidad desarrollada en “tiempos normales” de adaptar los protocolos a las características del territorio y a las distintas contingencias, afinando mecanismos de reparación a lo largo del camino, constituye hoy su mayor fortaleza. En el contexto de la pandemia, los datos, las mejores prácticas y los procesos no están disponibles o son inexistentes; se crean y cambian en tiempo real a medida que la situación evoluciona y acorde con las características específicas del territorio.

Acorde con esta perspectiva, hay muchos que aprender desde las prácticas locales para dar forma a la respuesta de COVID-19. La salida de la crisis sanitaria dependerá no sólo de las políticas del Gobierno, de los recursos disponibles y de la cooperación

con el sector privado, sino también de las estrategias que desarrollen los diversos actores de primera línea para aprovechar estos recursos en colaboración con la ciudadanía.

Las ciencias sociales resultan mejor equipadas para desarrollar investigaciones que tengan como meta generar evidencias empíricas sobre cómo se gestiona lo público en el contexto de la emergencia sanitaria, las imágenes, experiencias y representaciones que construyen los sujetos en la experiencia cotidiana de lo público (Sharma & Gupta, 2006)² y qué resultados específicos pueden esperarse de iniciativas institucionales concretas a escala local. Para aprovechar los puntos de fuerza de las estrategias que los funcionarios de la primera línea de la salud han puesto en marcha, se necesita indagar en la micropolítica y las prácticas cotidianas de dichas instituciones, tratando de comprender su relación con el público (gubernamental o de la sociedad civil) al que sirven. Una mejor y más integral comprensión de la forma en que los funcionarios de primera línea de la salud median entre el Estado y la ciudadanía, conectando un servicio público con una necesidad humana, podría contribuir a la formulación de políticas y programas más efectivos para el manejo y la gestión a escala territorial de la emergencia sanitaria.

Correo:

alessandra.olivi@uv.cl





www.idegys.cl



contacto@idegys.cl



Fanor Velasco 85, piso 2,
Santiago. RM

