



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



Políticas para la economía gestión y salud

Trabajadores y trabajadoras de la salud: Entre la precariedad y la esperanza

WWW.IDEGYS.CL

Contenido

- 1- Editorial. **Pág 3**
- 2- Consejo editorial. **Pág 4**
3. Política y trabajo en salud en tiempos de pandemia-Dr. Leonardo Federico **Pág 5**
4. Trabajadores del primer nivel de atención (Entre procesos protectores y destructores)-Med. Mariana Leidi **Pág 9**
5. Pandemia Covid-19, una mirada integral desde un hospital de referencia-Miguel Antonio Diaz **Pág 12**
6. Cuidar a los que cuidan también es pelear por un nuevo sistema de salud **Pág 15**
7. Asociación Latinoamericana de medicina social-Argentina **Pag 19**
8. Trabajadorxs de salud y determinación social en pandemia por COVID-19 en Chile-Camilo Bass del Campo **Pag 22**
9. COVID-19: Tesón y compromiso de las y los trabajadores ante un sistema insuficiente -Aldo Santibañez, Barbara Rojas **Pag 25**
10. Una nueva constitución para una nueva salud-Consuelo Villaseñor Soto **Pag 28**



Editorial

Boletín 3 Idegys: Trabajadores y trabajadoras de la salud: entre la precariedad y la esperanza

Tan complejos son los sistemas de salud que quienes los sostienen, es decir, los trabajadores y trabajadoras de la salud, no han logrado encontrar las respuestas que efectivamente demanda la coyuntura en los análisis académicos sobre la precariedad -no solo contractual- del trabajo.

La economía y gestión de la salud tienen un desafío mayúsculo al buscar intervenir en la realidad de los trabajadores y trabajadoras de la salud, más aún, cuándo es un área por descubrir, orientar, dialogar y, sobre todo, donde se deben generar los pilares necesarios para estructurar estrategias claras que posibiliten sobrepasar las lecturas meramente teóricas y sean capaces de aplicar herramientas robustas para mejorar las condiciones de trabajo.

Sobre todo, no se debe olvidar el pragmatismo exigido a los sistemas de salud durante el año 2020, orientando las energías a resolver el abastecimiento de los elementos de protección personal, buscar formas de resistir las largas jornadas de trabajo, muchas de ellas sin reemplazo o, en algunos casos, con profesionales con más de un lugar de trabajo, lejos de las familias, con un daño psicológico y hasta físico que no resultan fáciles de medir en lo inmediato.

El escenario descrito para aquellos que trabajan en salud y para quienes estudian desde lejos los sistemas de salud es una realidad que también afecta a los pacientes y a sus familiares, quienes reconocen ya a esta altura que quienes los atienden “trabajan con lo que se puede, para lo que alcance”.

Finalmente, esperamos que este boletín sea un punto de inicio, para salir de los grandes números y estadísticas espurias, del facilismo de la tecnología y sirva para abrir un camino de trabajo conjunto de todos los actores de la salud, trabajadores, trabajadoras y pacientes.

Hoy no resolveremos la precariedad, pero tomaremos la esperanza, para buscar convertir el trabajo en una vida material y espiritualmente digna.



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.

Rafael Zamarguilea

Político.

Subsecretario de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

Mariana Leidi

Médica.

Secretaria de Extensión Universitaria de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.



Política y trabajo en salud en tiempos de pandemia



Dr. Leonardo Federico.
Médico Pediatra; Magíster
en Epidemiología, Gestión y
Políticas de Salud; Doctor en
Salud Pública.

Estamos ante un acontecimiento grave e impredecible, capaz de desnudar las limitaciones de los saberes expertos y la gestión de las instituciones tradicionales al hacer frente a sus inusuales consecuencias, por lo cual, la política es también interpelada y convocada.

Esta situación extraordinaria demanda que las acciones del Estado persigan una eficacia pragmática acorde a las circunstancias, para lo cual se apela a la formulación de intervenciones de carácter normativo-prescriptivo, lo más claras y explícitas posibles. Pero



esto conlleva una normalización estatal no exenta de consecuencias. Así, el modo en que se implementa la política, implica una lógica -un modo de elaborar el razonamiento- donde -en situación- lo urgente desplaza a lo importante. Donde, desde la perspectiva de las disciplinas “verticales”, con la cual nos formamos todos, se aborda el problema de un modo que no se condice con su verdadera complejidad, dado que este atraviesa transversalmente – sin respetar- los saberes tecno-disciplinarios convencionales. Donde y por lo antedicho, se promueve un abordaje que tiende a descontextualizar el objeto de estudio e intervención, y se lo “ontologiza” dando lugar a que “la pandemia” o “la COVID-19” devengan un ser-ente “con vida propia” que cosifica a los padecientes, esa compleja multiplicidad de sujetos en

contextos tan diferentes. Por ende, la estrategia, es decir, el modo en que se implementa “la política”, tiende a reforzar -de no mediar una profunda reflexión y reorientación de las prácticas- las características del modelo médico hegemónico que describiera Eduardo Menéndez: biologicista y centrado en la enfermedad, individualista, mercantilista, a- cultural, a-histórico, y basado en una ansiada eficacia intervencionista y medicamentosa; consolidando aún más, un modelo de atención hospitalocéntrico alejado del territorio y los cuidados del primer nivel, enfocado en las demandas más que en las necesidades, desde la exclusiva perspectiva del riesgo y con poca consideración de las vulnerabilidades singulares así como de la determinación social más profunda de tales procesos.

“Estamos ante un acontecimiento grave e impredecible, capaz de desnudar las limitaciones de los saberes expertos y la gestión de las instituciones tradicionales al hacer frente a sus inusuales consecuencias, por lo cual, la política es también interpelada y convocada.”

La propia lógica de implementación de la política implica entonces prácticas centradas en los procedimientos orientados por las “tecnologías duras” (los respiradores, la vacuna...) y “duras-blandas” (los conocimientos expertos de carácter disciplinar: la infectología, la epidemiología, la medicina intensivista...), con poca reflexión y acción (no hay espacios ni tiempo para la discusión y comprensión) sobre los padecimientos. Reflexión y acción –transversales- mediadas fundamentalmente por “tecnologías blandas” (intersubjetivas, vinculares), enfocadas no solo en los enfermos y sus familiares, sino también entre los trabajadores y con la propia comunidad. En suma, asistimos a una supremacía de las tecnologías “duras” determinando las prácticas, en una situación donde son “las blandas” las que debieran adquirir su carácter orientador, dada la inevitable repercusión afectiva vinculada con la grave interpelación de la vida (propia, ajena, y colectiva) que atravesamos. Un ejemplo elocuente de esto lo constituye el hecho de que, durante los primeros 4 meses de pandemia, “el tendón de Aquiles” de “la política” lo encarnaba, para la opinión pública, la posible insuficiencia del sistema para garantizar las tecnologías “duras” necesarias (camas hospitalarias, extrahospitalarias, respiradores), mientras que recién ahora, durante el pico de sus consecuencias,

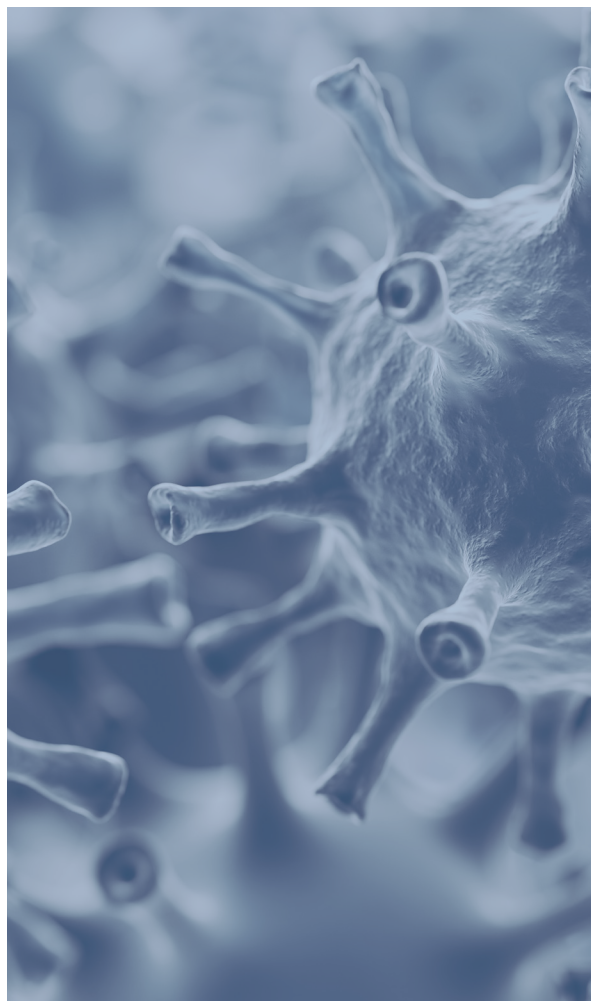


pareciera tomarse alguna conciencia de que son los –mal llamados- “recursos humanos” y su vulneración objetiva y subjetiva (sobrecarga laboral y tensión afectiva) la principal limitación.

Es muy difícil para los trabajadores del campo socio-sanitario, en esta coyuntura de encerrona vertiginosa y alienante, posicionarse y actuar de un modo creativo, solidario, empático y cuidador, que trascienda el posicionamiento instrumental y conservador; cuando al mismo tiempo se asiste con consternación a una vergonzosa –y liberada de toda responsabilidad- “quema de barbijos” en el mismísimo ombligo de la patria. Pero a pesar de todo, hay posibilidades de hacer cosas transformadoras a partir de lo develado (desenmascarado) por el acontecimiento-pandemia, aun estando permanentemente sumidos en las urgencias que esmerilan lo importante. Siguiendo a Gastón Campos, digamos que recuperar el “valor de uso” de nuestra tarea cuidadora, “en defensa de la vida”, como instancia de realización y afianzamiento intersubjetivo, puede potenciar y revitalizar nuestra existencia individual y comunitaria. No es fácil -pero tampoco imposible- devenir actores sociales posibilitadores de un cuidado solidario y colectivo responsable que trascienda la mera preservación individual, o a lo sumo un control poblacional focalizado y vertical centrado en la enfermedad, con la discriminación, estigmatización y exclusión que esto conlleva. La lucha es de todos y “por la salud” colectiva, y se da en la totalidad del espacio social, no solo en las terapias intensivas; porque es más cultural que biomédica.

Estamos sin dudas ante un desafío mayúsculo, como trabajadores de la salud pero también como ciudadanos, que nos demanda el desarrollo de aptitudes y actitudes críticas superadoras, un pensamiento estratégico activo, así como la consolidación de una conducta militante capaz de conciliar lo científico con lo socio-histórico y lo político. Es decir, atributos relacionales, vinculares, ideológicos, muy importantes, pero que a la vez son los más vulnerados en este contexto de fragmentación

anti(em)pática. Deberemos reforzarlos entonces, sin descuidarnos ni descuidar a otros. Solo así evitaremos recaer en cuestiones que ya hemos discutido hasta el cansancio con la intención de dejarlas atrás, pero que paradójicamente están siendo revitalizadas a partir de esta situación, como por ejemplo: que la actitud técnico-interventora (individualista) subordine a la intérprete-mediadora (colectiva); que la atención lo haga con el cuidado; que la epidemiología quede reducida a la infectología -con algo de estadística-; que vuelva a apelarse a la planificación normativa que Matus y Testa criticaran de un modo definitivo; que la gerencia y la mera administración replacen a la gestión y al gobierno que el positivismo científico y el estructural-funcionalismo de placen al constructivismo y al pensamiento crítico; en suma, que lo macropolítico subsuma a lo micropolítico.



Referencias Bibliográficas

- 1** Santos BS. La cruel pedagogía del virus. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; 2020.
- 2** Žižek S. ¡Pandemia!: COVID-19 Sacude al Mundo. OR Books; 2020
- 3** Badiou A. El ser y el acontecimiento. -1ra ed. 3ra. reimp.- Buenos Aires: Manantial; 2015.
- 4** Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud). Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
- 5** Matus C. Adiós, señor presidente. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa; 2007.
- 6** Matus C. Escuela de Gobierno. Salud Colectiva, 2007;3(2):203-212. doi: 10.18294/sc.2007.137
- 7** Campos GWS. Gestión en salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
- 8** Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva, 2005;1(1):9-32.
- 9** Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Em: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V. C., Noronha, J. C. y Carvalho, A. I. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. pp. 547-573.
- 10** Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- 11** Franco TB., Merhy EE. Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud: textos seleccionados. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2016.
- 12** Badiou A. En busca de lo real perdido. Buenos Aires: Amorrortu; 2016.
- 13** Kohen J. El trabajo y la salud en tiempos de pandemia. En: Pandemia: debates desde el sur (Edición Especial). Revista Soberanía Sanitaria. 2020;4(1):71-78.
- 14** Testa M. Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? Y ¿Por qué?, Salud Colectiva. 2007;3(3):253.
- 15** Testa M. Saber en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
- 16** Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. [citado 2020 Jul 19]. 2004;30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es
- 17** Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.
- 18** Spinelli H., Arakaki J., Federico L. Gobernantes y gestores: las capacidades de Gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2019.
- 19** Rolnik S. Esferas de la insurrección. Apuntes para descolonizar el inconsciente. Buenos Aires: Tinta Limón; 2019.





Trabajadores del primer nivel de atención. (Entre procesos protectores y destructores)



Med. Mariana Leidi Esp. en Med. Laboral, Med. General y de Flia y Med. Legal. Secretarí de Extensión Universitaria, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.R.

Este artículo será desarrollado desde la perspectiva de la Medicina del Trabajo, con eje en el primer nivel de atención de salud del sistema público de la ciudad de Rosario, -lo que plantea algunas particularidades- en el contexto de pandemia por Covid-19.

Para comenzar, digamos que en el primer nivel de atención, los Centros de Salud están ubicados en territorios definidos, con población adscripta por georreferencia, se trabajan problemáticas variadas y complejas del orden de lo orgánico, lo subjetivo y lo social, en poblaciones sumamente vulnerables. Allí, son los trabajadores de la salud los que intentan dar respuestas a estas problemáticas, en un medio ambiente de trabajo muchas veces desfavorable, caracterizado por cargas horarias excesivas, agotamiento, contacto con materiales contaminados y necesidad de cumplir con múltiples tareas, actuando como procesos destructivos para la salud del trabajador. Sin embargo, al mismo tiempo, esto requiere de suma creatividad, organización del tiempo, permite subsistir, implica un aprendizaje continuo, construcción de algún sentido para la vida, que es lo que llamamos procesos protectores.



Este planteo debe enmarcarse, además, en un contexto de deterioro del mercado de trabajo, ya sea por carencia de puestos o por precarización de los existentes, y políticas sociales que se caracterizan por recursos limitados y techos financieros, aún en el marco de aumento de la riqueza total socialmente producida, con la consecuente profundización de los problemas sociales relacionada con la distribución inequitativa de esa riqueza. Situación que se agudizó en el contexto de la pandemia por Covid-19, con el intento frustrado de la expropiación de Vicentin o la propuesta inconclusa de impuesto a las grandes fortunas, por un lado, mientras a los trabajadores de la salud se les adeudan sueldos o trabajan bajo la figura de “prestación de servicios”, contratos basura, falta de elementos de protección personal (EPP) e insumos para el trabajo cotidiano.

Así, los trabajadores ven aumentadas las exigencias de sus puestos con mayor carga horaria, la situación lo demanda, compañeros que se enferman y requieren de licencias, diversificación de las tareas, disponibilidad para el servicio, imposibilidad de tomar licencias anuales ordinarias (vacaciones), capacitación permanente y adquisición de nuevas habilidades, generalmente a su cargo, no encontrando como compensación condiciones de trabajo adecuadas a la tarea, incluido el reconocimiento a su esfuerzo y sus necesidades, no sólo por los empleadores, sino por la sociedad en su conjunto, lo que genera respuestas reactivas y no elaboradas.

En síntesis, el ámbito laboral de los trabajadores de la salud es una realidad compleja, con múltiples problemáticas a resolver, potenciando y afectando la salud de los que lo integran, como parte de sus modos de vida. Modos de vida que Marx y Engels, en “Ideología Alemana” (1845/1846), definen como: “El modo por el cual los hombres producen sus medios de subsistencia depende, antes que todo, de la naturaleza de los medios que ellos encuentran y tienen que reproducir. Este modo de producción no debe ser considerado, simplemente, como la reproducción de la existencia física

de los individuos. Se trata, antes, de una forma definida de actividad de estos individuos, una forma definida de expresar sus vidas, un definido modo de vida de ellos. Así como los individuos expresan sus vidas, así son ellos.”

Entonces, si los modos de vida son parte de la forma de trabajo, determinado por la comunidad, es que el trabajo es determinado socialmente. Y es en este proceso que que-

“podemos concluir que lo que hoy predomina en los trabajadores de la salud son los procesos destructores dados por la precarización laboral, la falta de EPP y de insumos en general, la complejización de la demanda en salud, impregnada de violencia, angustia, cargada de necesidades que lejos están los equipos de salud territoriales de poder dar respuestas, aunque sean parciales.”

davexpuesto a los fenómenos de la naturaleza tanto como a los sociales que facilitan, colaboran o entorpecen su tarea. Las exigencias tanto físicas como intelectuales emergentes de esos fenómenos son condiciones para la realización del trabajo cuyo control escapa a la voluntad del hombre, esto es, son condiciones materiales de la realización del trabajo. Las condiciones materiales del trabajo generan, a veces, beneficios, a veces, perjuicios en el desarrollo de los procesos vitales del hombre, es decir, son condicionantes del proceso salud-enfermedad del hombre, tanto individual como



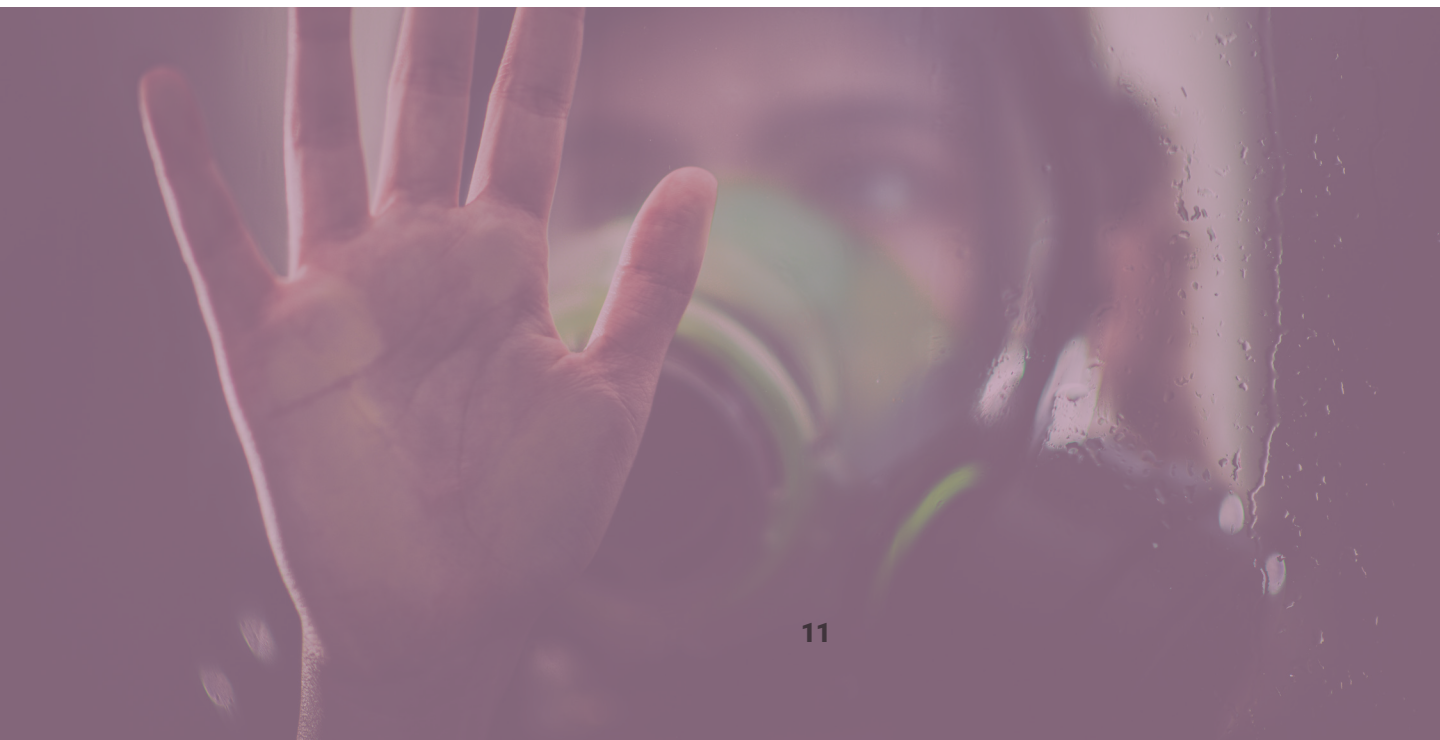
colectivamente, y esto es de carácter histórico y social.

Así pues, podemos afirmar que la salud de los trabajadores de APS será determinada por procesos, entre ellos el del trabajo, que se desenvuelven en las sociedades, y que junto con los modos de vida grupales, adquirirán propiedades “protectoras” o “destructoras”. En el primer caso, se da una dirección favorecedora de la vida tanto individual como colectiva, mientras que en el segundo conduce al deterioro individual y colectivo.

Es importante tener en cuenta que “Los procesos destructivos no son necesariamente externos, ni el nivel individual ni en el nivel colectivo, su materialidad destructiva no se ejerce siempre como una noxa, agresor que viene de afuera, sino que es producto del modo de devenir contradictorio, inherente o interno, donde las contradicciones pueden operar sin requerir mediaciones o momentos de externalidad.” Este es el caso de los factores psicosociales, entendidos como “...las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, con el contenido del puesto, con la realización de la tarea e incluso con el entorno, que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras.”

Desde esta perspectiva, podemos concluir que lo que hoy predomina en los trabajadores de la salud son los procesos destructores dados por la precarización laboral, la falta de EPP y de insumos en general, la complejización de la demanda en salud, impregnada de violencia, angustia, cargada de necesidades que lejos están los equipos de salud territoriales de poder dar respuestas, aunque sean parciales. Los tiempos se acortan, se automatizan los procesos, se mecanizan las intervenciones, las discusiones no tienen lugar en los equipos y lo importante queda desplazado por lo urgente.

Si no queremos asistir al agotamiento de los equipos, urge retomar procesos protectores como son la participación en la toma de decisiones de cómo organizar los servicios, las atenciones, cómo retomar proyectos terapéuticos que quedaron truncos, dar lugar a los aspectos subjetivos de los trabajadores sin etiquetamientos ni juzgamientos, aumentar la participación de otros sectores que trabajan en territorio, mostrar reconocimiento de la ardua tarea que se viene llevando adelante a través de licencias, mejoramiento de las condiciones de trabajos, jerarquizando a los trabajadores de la salud.



Referencias Bibliográficas

- 1** Marx, K. y F. Engels (2010) "La Ideología alemana" Plaza edición: Bs. As.
- 2** Almeida-Filho, Naomar (2000) "La Ciencia Tímida. Ensayos de la Deconstrucción de la Epidemiología". Buenos Aires. Lugar Editoriales.
- 3** Jaime Breilh "Epidemiología Crítica" Ed Lugares 2003 Bs. As.
- 4** Gil-Monte, Pedro, R. (2009) Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO). Revista española de salud pública Universidad de Valencia. Madrid



Pandemia Covid-19, una mirada integral desde un hospital de referencia



Miguel Antonio Diaz, Hospital Rawson. Director. Coordinador Comisión Clínica COE, Coordinador Comité Asesor Ministerio de Salud de Córdoba. Argentina.

Desde la comunicación de los primeros casos de COVID-19 en Wuhan, China, luego la declaración de la Pandemia por la OMS, muchas cosas han ocurrido. Además de contar un número aproximado 33.000.000 de casos y lo que es más lamentable la pérdida de vidas humanas que hoy asciende a cerca de un millón de muertes, como pocas veces en una enfermedad, ha habido tantos intereses, tanto conflicto, tantos cambios, tanta información, desinformación y mucho más. Estableciendo una comparación con la pandemia de VIH-Sida, en la cual hubo a mediano y largo plazo una respuesta social y económica, en el caso de la infección por SARS-CoV-2, esta respuesta se dio de inmediato. Muchos países vieron caer su PBI de forma importante, situación que fue y es afrontada de forma diferente en el mundo desarrollado, en las economías emergentes y en las naciones pobres. Esto a su vez tiene consecuencias sociales, poniendo a la luz situaciones precarias donde los Estados deben o debieran dar respuesta también. Por otro lado, el sistema sanitario ha desnudado todas sus falencias. La tendencia a tomar la prestación de salud como una mera empresa, que es rentable en tanto y en cuando, deja ganancias, obliga en algunos países como el nuestro a que el Estado de la mayor respuesta, incluyendo la que debería dar parte del subsector privado. En Argentina conviven un sistema sanitario municipal, otro provincial, otro nacional, sin demasiados efectos, con el sistema privado, muchas veces, sin integración entre ellos, superponiendo esfuerzos. La realidad COVID-19 a expuesto esto con toda crueldad. El equipo de salud, es decir los trabajadores sanitarios, se han visto inmersos en una pandemia, producida por un virus de transmisibilidad poderosa, sin tratamiento curativo, Si sumamos esto a las horas de trabajo, el estrés de enfrentarse a una enfermedad desconocida, con personas que llegan gravemente enfermas, con salarios muchas veces magros, con la realidad en muchos lugares del pluriempleo, la ecuación tiene resultados que pueden ser catastróficos. Para quienes ven el sistema de salud desde lo económico, no podrán entender que la salud es una gran inversión y que mucho mejor que curar y atender enfermos



es prevenir. La atención integral es una gran necesidad y esta pandemia lo ha demostrado una vez más que todos los trabajadores de salud cumplen un rol específico y necesario. Otra arista interesante a analizar es como la pandemia fue atravesada por lo político. Aquí también debemos decir que fueron pocas las situaciones sanitarias han tenido esta “suerte”. En algunos lugares las decisiones políticas han sobrepasado lo sanitario, exponiendo a la población a una morbilidad sin precedentes, a un desborde del sistema sanitario y a costos mayores.

Como si esto fuera poco el rol del diagnóstico ha significado que el verbo hisopar, sea uno de los más empleados en el mundo entero. Muchos actores sociales hoy son prescriptores de un análisis costoso y que requiere no solo la infraestructura adecuada para hacerlo, sino además personal altamente capacitado y calificado. Esto ha significado que desarrollen nuevos procedimientos diagnósticos, desde test rápidos hasta estudios de viabilidad viral.

En Córdoba, Argentina tuvimos el primer caso en el mes de marzo. Si bien hay muchas ciudades, pueblos, y comunas que están libres de la enfermedad o donde no se evidencia circulación, al día de hoy existe un número importante y crecientes de casos. Desde el ministerio de Salud de la Provincia se estableció un plan de contingencia que se basó en tres pilares: epidemiología, diagnóstico y los aspectos clínicos o asistenciales propiamente dicho. Se creó el centro de operaciones de emergencia (COE) integrado por fuerzas vivas y distintos sectores de la sociedad, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, que

además de coordinar acciones y sobre todo establecer la logística de muchas acciones que se desarrollaron y se siguen realizando. El mando natural de este organismo recae en el Gobernador de la Provincia y quien delegó su mando en el Ministro de Salud de la Provincia.

Desde el punto de vista epidemiológico con coordinación de la Secretaría de Promoción y Prevención de la Salud, se montó un diagrama de seguimientos de casos, definiendo desde el principio como contactos estrechos a todas

las personas que hubieran estado con el caso positivo hasta 72 hs antes, lo cual permitió detectar otros casos positivos. En el mismo sentido se estableció la modalidad de seguimiento y sobre todo de aislamiento tanto de casos positivos, como de contactos. Esto significó que Córdoba no tuviera circulación comunitaria por muchos meses. En relación al diagnóstico también fuimos más allá de lo sugerido desde el MSAL y otros organismos, y se realizaron

testeos no solo a contactos estrechos, sino también a asintomáticos. Por otra parte, se desarrollaron estrategias de testeo por PCR a amplios sectores donde se detectaban casos y realizando bloqueos de manzanas, barrios e incluso localidades.

En lo referente a lo clínico, se conformó una Comisión Clínica del COE, que permitió a través de una base de datos aportada por la Compañía de Comunicaciones Paracaidista 4 de la Brigada Paracaidista del EA, la carga de datos de los efectores provinciales definidos específicamente para la atención de COVID-19 y de algunos centros privados. Como resultado del análisis de estos datos, establecimos

“En síntesis, esta pandemia ha requerido, requiere y requerirá enormes esfuerzos, no pocas voluntades, ingenio y temple para sortear obstáculos, los déficit y las situaciones adversas”



una definición de caso un poco diferente, excluyendo la fiebre como signo o síntoma sine qua non y que permitió detectar casos que con la definición que estuvo vigente durante mucho tiempo, no se hubieran diagnosticado. Entre otras cosas esta comisión en pudo establecer una línea de tiempo de la enfermedad que permite anticiparse a algunos eventos clínicos que ponen en riesgo la vida de las personas afectadas y además marcan el momento en la cual las terapias propuestas, tales como la dexametasona o el plasma de convaleciente deberían administrarse.

En síntesis, esta pandemia ha requerido, requiere y requerirá enormes esfuerzos, no pocas voluntades, ingenio y temple para sortear obstáculos, los déficit y las situaciones adversas, si bien mucho ha sucedido, mucho sucederá también, la esperanza puesta en la vacuna, llevará tiempo aun, por lo tanto insistir con la prevención, con lograr el menor impacto posible en la población más vulnerables en términos de morbi-mortalidad, en cuidar al equipo de salud, es la empresa en lo inmediato.



Cuidar a los que cuidan también es pelear por un nuevo sistema de salud

Diego Ainsuain. Médico Generalista y de Familia. Presidente Sindicato Profesionales Universitarios de la Sanidad. Santa Fe



Una de las cuestiones que dejó en claro esta pandemia nivel mundial es que los peores resultados de morbilidad y mortalidad, tanto para la población como para los trabajadores de la salud, se dieron en los países cuyos sistemas sanitarios sufrieron políticas de ajuste durante las últimas tres décadas. Los ajustes del presupuesto, la desinversión en infraestructura y en tecnología, la tercerización y gerenciamiento, las políticas de aseguramiento y la penetración del complejo científico- tecnológico- financiero fueron una constante en muchos sistemas que habían sido construidos por los



estados de bienestar hace más de 50 años. La pandemia vino a profundizar las desigualdades existentes en la sociedad. Desigualdades que también tienen su expresión en los sistemas, en sus trabajadores y en el acceso a la salud.

Para avanzar en caracterizar la realidad actual de los “sanitarios” en Argentina, sin dudas deberíamos profundizar en la historia y la actualidad de las políticas públicas en salud y de la lucha de los trabajadores de este sector. Comenzaremos, entonces, por un punteo de las características del sistema que condicionan toda su estructura, es decir, su fragmentación y financiamiento, para luego analizar, desde el punto de vista del Sindicato de Profesionales de la Sanidad (SiPrUS), la realidad de los trabajadores del sector estatal de la provincia de Santa Fe.

Decíamos que el sistema de salud Argentino está fragmentado en tres subsistemas que conviven respecto a la financiación y la prestación: privado, seguridad social y el estatal. Los tres tienen innumerables conexiones, contradicciones, intereses cruzados, compartiendo en muchos casos la “mano de obra”. Poniendo el eje en el control estatal nacional, es necesario entender que el Ministerio de Salud Nacional no tiene una rectoría sobre todo el sistema. Fue a principios de los años 80 que se transfirió a las jurisdicciones provinciales el control de la salud, sin la coparticipación de los recursos necesarios para garantizar su funcionamiento adecuado, lo que ha llevado a una gran asimetría entre los distintos territorios de acuerdo a las capacidades económicas que se desarrollan en cada uno de los mismos. Nacionalmente, el ministerio solo tiene a su cargo algunos pocos hospitales e institutos, estos últimos muy importantes en la pandemia ya que desarrollan vacunas, sueros, pruebas de diagnóstico y control sobre medicamentos. Su función está centrada en el manejo de planes focales de aseguramiento que distribuyen en las jurisdicciones subnacionales. Si miramos ponemos la lupa en el gasto en salud de la Argentina, vemos que en la actualidad es cercano al 10% del producto bruto interno (PBI).

Pero del total, solo el 3% corresponde al presupuesto aportado por los estados. Es con este presupuesto que se realizan las prestaciones de alrededor del 35% de la población. Sería interesante hablar de como se reparte y quien se beneficia del restante 7%. Nos permitiría buscar alternativas para otro modelo de atención. Pero eso es insumo para otra discusión.

Si pensamos en los trabajadores que producen los cuidados, no hay que profundizar mucho para describir cual es su situación respecto al título de este boletín. Desde el punto de vista del colectivo de trabajadores de la provincia de Santa Fe, lo primero que debe decirse es que la situación de precariedad de los trabajadores es el reflejo de lo que en la mayoría de las jurisdicciones. Hay en la actualidad 23 mil trabajadores de la salud de los cuales 9500 pertenecen a las profesiones del arte de curar. Hay otros 2000 que pertenecen a sistemas de salud municipales.

“Es alarmante mirar los números en relación al contagio del personal de salud. 35000 son los trabajadores de la salud infectados con covid-19. En boca de las propias autoridades nacionales, como génesis del problema figura en primer lugar el pluriempleo. Trabajadores que tienen 2, 3 y más trabajos en la parte privada, además de su lugar público, para lograr remuneraciones dignas que le permitan cumplir con sus expectativas de desarrollo.”





La lucha que venimos desarrollando hace años en relación a nuestras condiciones de trabajo y a la precarización laboral tienen que ver con cuatro puntos fundamentales:

1) El salario: hoy el salario promedio medido en dólares para un profesional de la salud ha caído a 400 mensuales. Monto inferior a la canasta que determina la pobreza que es de 410 dólares.

2) Relación de contratación: en la actualidad un 20% de los trabajadores del estado público provincial realiza sus tareas sin una relación laboral estable. Lo hace bajo la modalidad de prestación de servicios de manera autónoma, sin ningún derecho del que goza el resto de los trabajadores: vacaciones, licencias por enfermedad, maternidad y paternidad, etc.

3) Dedicación horaria: este punto central, que desarrollaremos más abajo, implica que la inmensa mayoría del recurso de personal calificado tienen cargos de medio tiempo, no existiendo prácticamente la dedicación exclusiva dentro de los servicios públicos de salud.

4) Déficit de infraestructura y tecnología

Estos cuatro puntos condicionan todos los aspectos de los procesos de cuidado. Comenzando por la formación de especialistas que lleva a que en la actualidad la mayoría de lxs medicsxs busquen nichos de subespecializaciones (vinculados a la aparatología) que permitan mejores remuneraciones, quedando en déficit determinadas ramas como la medicina general y familiar, la epidemiología, la pediatría, clínica médica, emergentología. Es decir, todas las especialidades que se organizan y hacen posible un sistema de salud integral que resuelva los problemas por niveles y que piense en trabajar sobre los determinantes del proceso salud enfermedad atención. La pandemia mostró este déficit por ejemplo en los pocos especialistas en Cuidados Críticos que son necesarios para garantizar la atención dentro de los hospitales.

Es alarmante mirar los números en relación al contagio del personal de salud. 35000 son los trabajadores de la salud infectados con covid-19. En boca de las propias autoridades nacionales, como génesis del problema figura en primer lugar el pluriempleo. Trabajadores que tienen 2, 3 y más trabajos en la parte privada, además de su lugar público, para lograr remuneraciones dignas que le permitan cumplir con sus expectativas de desarrollo. Este proceso de proletarización se viene acelerando en los últimos 20 años y ha empujado a una sindicalización que en nuestra provincia supera el 50%. Menos de un 25% de los profesionales goza de niveles muchos más altos de ingresos y dentro de esa franja se encuentra un pequeño grupo que es dueño del capital.

Pero volviendo a los puntos arriba mencionados, los tres primeros son un combo, que sumado a las expectativas que el complejo de investigación y desarrollo genera, condicionan varios aspectos del proceso de trabajo. Y en distintos sectores del sistema provocan una notable baja en la calidad de las prestaciones. Todo esto a pesar de ser el sistema de salud santafesino uno de los más desarrollados tanto en recursos humanos como en infraestructura. Por decimos que las dedicaciones exclusivas en el sector público con buenos salarios son condición indispensable para fortalecer la sanidad pública. Avanzar en que muchos compañerxs tengan exclusividad del trabajo estatal no solo permite sumar en aspectos de capacitación, investigación y desarrollo, sino que sería el camino que deberíamos emprender para ir hacia un sistema único de salud. Es también una realidad que la misma proletarización opera para que una parte de los profesionales comprenda que su suerte está atada a la del resto de las clases sociales oprimidas, en muchos de los casos, usuarios de los sistemas de salud. Y esto tiene expresión en prácticas de cuidados que buscan generar mayor autonomía, entendiendo al otro como sujeto y a la salud como derecho. Lo que inclusive permite dar mejores respuestas a nuevos y viejos problemas complejos de salud. Este es un aspecto a profundizar tanto desde el punto de vista epistemológico como práctico y nos lleva a pensar que cualquier lucha por mejores condiciones de trabajo debe estar unida (y esto es dialéctico) a la pelea por un sistema de salud con el presupuesto suficiente para garantizar la atención de quien lo necesite.





Asociación Latinoamericana de Medicina Social Argentina

A diario, por los medios de comunicación podemos escuchar diversos mensajes, todos referidos a la pandemia, aunque, a decir verdad, se va notando un marcado esfuerzo de algunos para que desaparezca al menos de las tapas de los diarios, la mención al tema.

El abanico va, desde que no existe el virus y es un invento del comunismo para restringir libertades, hasta observar como una persona en la provincia de Jujuy, le entregan una pala para cavar la fosa de su madre, por la saturación de los trabajadores de un cementerio.

Ante la diversidad de mensajes que la sociedad está recibiendo, **ALAMES ARGENTINA** considera necesario expresarse.

Estamos en un contexto particular del que no hay registro de haberlo vivido, salvo en algunas páginas de los libros de historia. Una pandemia que atraviesa de manera muy particular todos los países de ambos hemisferios, es decir, no hay clima, no hay PBI, no hay ideología, ni gobierno que haya quedado libre de los sufrimientos provocados por la pandemia.

En nuestro país, el contexto se ve compeljizado por una realidad social, producto de 4 años anteriores de un gobierno neoliberal. Ese gobierno impuso una política de transferencia de ingresos desde los sectores más postergados hacia los más privilegiado, profundizó las desigualdades y tuvo innegables consecuencias sobre la salud colectiva y sobre un Sistema de Salud Pública en el que se agravaron todos los problemas preexistentes y cuyo símbolo fue la degradación del Ministerio de Salud a Secretaria.

El proceso completo que desempeña esta patología virósica, se podría diferenciar en dos etapas, muy bien definidas por el sanitarista alameño Mario Rovere, una donde la diferencia se establece entre “No enfermarse y enfermarse” y otra referida a lo que permitiría “enfermarse y no morir”.

En la primera, es la política la que ejerce los arbitrajes. Es decir, las decisiones de los gobiernos respecto a la crisis, lo que administra y va marcando el rumbo de la situación. En la otra fase, la limitada entre “enfermarse y no morir”, la diferencia depende de la respuesta del Sistema de Salud y, dentro de él de la Salud Pública, determinantes sociales de gran significación.



En el comienzo de la pandemia en nuestro país, fue el Gobierno Nacional quien tomó las riendas, se rodeó de un prestigioso grupo de infectólogos e infectólogas de epidemiólogas y epidemiólogos y fue tomando diversas medidas y explicando a cada paso, el motivo de cada acción. Se intentó articularla política con los dos jefes de gobierno de las principales jurisdicciones, La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires. Los medios, solo invitaban a los asesores, preguntaban e informaban. El confinamiento regulado, fue la estrategia para administrar la primera etapa de esta pandemia.

Con el pasar de los días y habiendo obtenido muy buenos resultados, se empezaron a escuchar otras voces. Los que no eran gobierno, es decir no tenían responsabilidades de gestión, se lanzaron a una campaña de cuestionamiento feroz del aislamiento social preventivo y obligatorio. Inspirados en los jefes de estado de Brasil, EE.UU. y otros países que privilegiaron no frenar los procesos económicos y apostaron a la llamada inmunidad rebaño. Claro que sin considerar la cantidad de muertes que eso iba a generar. Así fue, como el Reino Unido con uno de los Sistemas de Salud más fuertes, optó por esta estrategia política en la primera etapa y luego tuvo que implementar un aislamiento social, después de resultados catastróficos y cuando su primer ministro padeciera la enfermedad. Pero quienes minimizaron los riesgos sanitarios para no frenar la economía, tampoco lograron evitar importantes caídas en los PBI de sus países.

En la Argentina, en una primera etapa, se implementó el ASPO (Aislamiento Social Preventivo Obligatorio) con bastante rigurosidad. Se realizó sabiendo que el contagio no podía evitarse, pero si se realizaba de manera controlada se podría ganar tiempo para obtener ciertos resultados y así fue como se pudo aumentar significativamente el número de camas, se logró multiplicar el número de respiradores, se construyeron nuevos hospitales, se inauguraron otros construidos por el último gobierno calificado de “populista” por la oposición y que el gobierno neoliberal decidió no inaugurar pese a que estaban prácticamente concluidas las obras. También se logró tiempo para la fabricación de nuevos equipos de diagnóstico, como así también para explorar nuevos tratamientos, como el tratamiento con plasma de pacientes convalecientes y el protocolo de tratamiento sobre la base de suero equino. Proveernos de equipos de protección personal (barbijos, camisolines, máscaras, guantes, etc.) y aumentar el conocimiento de los trabajadores de salud en este tema.

Es decir, se robusteció el determinante social básico en este caso para que entre enfermarse y morir, exista una barrera, que es el sistema de salud.

En eso se trabajó firmemente, pero claro, hacer política no corresponde solo a quien gobierna.

La oposición de derecha tuvo que retomar lo que mejor maneja, valiéndose de su connivencia con los grandes medios de comunicación, que es la instalación de la agenda pública. Apelaron así a usar las fechas patrias y el fervor nacionalista llamando a diversas marchas el 20 de Junio, el 9 de Julio y el 17 de Agosto. Reclamando libertad (presuntamente afectada por la “cuarentena”), tratando de frenar leyes impulsadas por el oficialismo, una que grava con un impuesto por única vez a las grandes fortunas que permita paliar en parte la crisis y seguir fortaleciendo el sistema de salud y otra que pretende ordenar el funcionamiento de la Justicia Federal en Argentina. Estas manifestaciones callejeras operan de dos maneras distintas: una expresando una sádica oposición al gobierno con el fin de deslegitimarlo y debilitarlo. De paso, al movilizar a la gente, en plena pandemia, permite aumentar la circulación del virus con lo que se asegura un mayor número de contagios, por ende, de internados y de muertes, lo que se puede luego leer como un fracaso de las políticas llevadas a cabo por el gobierno. Esto lo sintetizó muy bien otra sanitarista alameña, Alicia Stolkiner quien denominó a esta forma de hacer política como “Necropolítica”.



Cabe mencionar el conflicto de los trabajadores y trabajadoras de salud, quienes viven un terrible contraste.

Dentro de los hospitales, dentro de terapias intensivas: el desborde, la terrible sobrecarga de trabajo, el tan temido colapso del sistema. Un mundo en el que nada parece dar abasto, donde enfermos y familiares sufren, donde algunos mueren. Pero resulta que pese a las precauciones, también los propios compañeros y compañeras de trabajo, se enferman y sufren, y algunos y algunas mueren. Esto obliga a los que quedan a pasar horas y horas encerrados en las terapias o salas de internación.

El contraste se da al salir y encontrarse con mucha gente cuya subjetividad ha sido trabajada de manera sistemática por los medios y donde proliferan sensaciones de que “ya pasó todo”, de que más de 200 muertes por día ya no significan nada, esa “sensación” que la libertad se expresa ignorando la mal llamada cuarentena, aunque contagiemos, y que si nos contagiamos no es tan grave. La “libertad de contagiar”, sensaciones reforzadas por algunos gobiernos locales que cediendo a la presión de comerciantes y empresarios abren bares y restaurantes.

No podemos ni debemos quedarnos quietos frente a una simple numerología de la enfermedad, del sufrimiento y de la muerte.

En realidad, deberíamos saber que estamos sin duda ante una profunda ruptura antropológica.

El análisis y conclusiones que esta pandemia exige, van más allá de como se la atraviese.

Si la política es una expresión de voluntad debemos generar políticas que nos preparen otra “normalidad” diferente a la preexistente.

El embarrar la cancha en la actualidad tiene entre otras cosas la finalidad de cambiar la lente del análisis, perdiendo de vista los motivos que generaron tanto esta pandemia como otras epidemias recientes, relacionadas con los modelos productivos y el agronegocio.

Pero no solo se deben cuestionar los modelos productivos, que sólo tienen como propósito la concentración de riquezas y la maximización de las ganancias. Esta pandemia también nos obliga a reflexionar sobre el concepto de “CUIDADO” ¿A quién, cómo, y por qué debemos cuidar? ¿Por qué hubo poblaciones vulnerables? ¿Qué sistema de salud garantiza mejor el derecho de los pueblos a la misma? ¿Qué prioridad en la asignación del gasto a la Salud Pública y otras políticas sociales?

Son muchos los interrogantes que el poder económico desearía invisibilizar. El mismo que nos trajo a este sufrimiento. No debemos permitirlo.

Solo queda organizarse, participar y luchar por construir colectivamente OTRA normalidad más digna y equitativa que merezca ser vivida.



Trabajadorxs de Salud y Determinación Social en pandemia por COVID-19 en Chile.



**Camilo Bass del Campo. Médico de Familia y Comunidad.
Académico de la Escuela de Salud Pública “Salvador Allende”
(Universidad de Chile).
Presidente Colegio Médico de Santiago.**

En Chile el escenario de la Pandemia por COVID-19 ha sido muy complejo, con más de 530.000 personas contagiadas (tasa de 27.430 casos por millón de habitantes) y más de 17.600 fallecidos/as reconocidos/as (907 por millón). Esta situación se puede explicar debido a una política reduccionista y centrada en el nivel hospitalario, así como por las condiciones de pobreza, hacinamiento, precariedad laboral entre otras consecuencias del modelo de desarrollo. Dicha situación se evidencia por ejemplo, en la desigualdad en la mortalidad ajustada por COVID-19, con una diferencia es de más de 5 veces entre las comunas de menores y mayores ingresos del Gran Santiago.

En el marco de un sistema de salud dañado por políticas neoliberales (desde hace más 40 años), la apuesta fue unificar las camas hospitalarias (sector público y privado), sin embargo se descuidó el abordaje centrado en la

atención primaria (AP), dificultando la interrelación con la comunidad para un buen control de los contagios.

En cuanto a la necesaria protección social, en una situación de alta vulnerabilidad (29% de pobreza multidimensional, 70% de los trabajadores/as con sueldos insuficientes y una alta informalidad, 30% de adultos/as mayores trabajando), las medidas además de insuficientes, han sido tardías.

En el marco de la Determinación Social de Salud, categoría central de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana: “desarrolla una crítica del paradigma empírico- funcionalista de la epidemiología [y propone herramientas conceptuales y metodológicas] para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir”.

En los últimos 40 años, las propuestas de AP



integral, que ponen en el centro al equipo de salud familiar, con médicas/os de familia y comunidad, han mostrado que tienen capacidad de incidir sobre elementos críticos de estos procesos, de forma que fortalecen la construcción colectiva de la salud como un derecho humano. Sin embargo, en el país existe un importante déficit de horas médicas en AP, con una brecha de 45,0% para contar con 1 médico/a AP cada 2.000 personas, lo que provoca una insuficiente respuesta a las necesidades de la población. Manteniéndose bajos niveles de control de enfermedades agudas y crónicas, así como de satisfacción usuaria.

En el contexto de pandemia, el rol que han jugado los/as funcionarios/as de salud cuya tarea principal ha sido asegurar este derecho social, por medio de un esfuerzo inaudito para intentar contener esta crisis epidémica desde los establecimientos. Sin embargo, se debe considerar el refuerzo de los equipos de salud por ausentismo por contagio o problemas de salud de trabajadores/as, ya sea a través de turnos, personal de reemplazo, entre otros. Además, una asistencia priorizada a los establecimientos de salud y evitar atenciones que supongan una exposición innecesaria e implique mayor peligro de contagio para personas y el equipo. Así como también, mantener las adecuaciones críticas en los establecimientos hasta poder encontrarnos en un escenario que disminuya los riesgos, por lo que es necesario contar con evidencia más robusta de la que hemos obtenido hasta el momento, para enfrentar de manera exitosa la compleja transición en salud.

La complejidad de los contextos sociales, exacerbados en la situación actual, exige la interrelación de trabajadores y la ciudadanía, que deben contar con mecanismos efectivos de participación vinculante en la toma de decisiones, por medio de una gestión triestamental. Priorizando esfuerzos en prevención, dotando de las condiciones necesarias para una correcta aplicación en la estrategia organizada, participativa y eficiente de TTA (Testeo, Trazabilidad y Aislamiento).

Para enfrentar los problemas descritos, se requiere una profunda transformación del sistema de salud chileno, con una provisión de servicios de calidad en la red asistencial pública, que se oriente desde una perspectiva multisectorial, considerando la determinación social de salud, para resolver de forma integral los problemas de salud de la población. Debiéndose avanzar en una política que fortalezca la incorporación y permanencia de los/as trabajadores de salud, estableciendo una perspectiva que asegure la longitudinalidad en la atención, avanzando hacia un Servicio Nacional de Salud acompañado de una AP robusta.



Referencias Bibliográficas

- 1** Informe Epidemiológico COVID-19. Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS. Ministerio de Salud. 05/10/2020. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Informe-Epidemiol%C3%B3gico-57.pdf> [Consultado el 9 de octubre de 2020].
- 2** Canales A. Impactos del COVID-19 en los niveles y patrones de la mortalidad en Chile. Universidad de Guadalajara. 11/07/2020. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alejandro_Canales/publications. [Consultado el 13 de septiembre de 2020].
- 3** Durán G., Kremerman M. La pobreza del “modelo” chileno, la insuficiencia de los ingresos del trabajo y pensiones. Fundación SOL. 2018. Disponible en: <http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2018/11/IBV13-2.pdf>. [Consultado el 14 de septiembre de 2020].
- 4** Fundación SOL. ¿Aguanta usted una cuarentena? Radiografía económica del hogar chileno que se enfrenta al Covid-19. Disponible en: <http://www.fundacionsol.cl/2020/03/aguanta-usted-una-cuarentena-radiografia-economica-del-hogar-chileno-que-se-enfrenta-al-covid-19/> [Consultado el 13 de septiembre de 2020].
- 5** Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.
- 6** Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda JC, Concha-Sánchez SC. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev Salud Pública. 2013; 15(6):797-808.
- 7** Bass C. Atención Primaria Fuerte, historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile. Número especial de participación en Salud: Cuad Méd Soc. Chile. 2018, 58(3): 137-141).
- 8** Atención primaria y estrategias comunitarias, para salir fortalecidos de esta crisis. 5 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/163091/atencion-primaria-y-estrategias-comunitarias-para-salir-fortalecidos> [Consultado el 13 de septiembre de 2020].



COVID-19: Tesón y compromiso de las y los trabajadores ante un sistema insuficiente



**Aldo Santibañez Yáñez,
Presidente nacional
Confederación Fenpruss**



**Barbara Rojas Labrín,
Vicepresidenta nacional de la
Confederación Fenpruss**

La emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19 a nivel mundial y en nuestro país ha generado una situación límite, que pone sobre la mesa tanto la vida de las personas como el carácter de los sistemas de salud. Asimismo, instala como necesidad imperiosa el cuidado de quienes están al servicio del bienestar de las personas, quienes una vez más han demostrado su ética y épica para enfrentar esta emergencia.

Desde un inicio, la Confederación Fenpruss ha confirmado que su compromiso sigue y seguirá en pie, pese a las múltiples dificultades y falta de respuestas por parte de las autoridades, recalcando la disposición que las y los trabajadores de la salud pública han demostrado para enfrentar con todos los medios necesarios esta emergencia. La responsabilidad con la salud de la población es a toda prueba y, en estos casi siete meses, se ha demostrado en cada recinto del país, donde se han puesto todas las energías y colaborado con todos los organismos pertinentes para lograr aplanar la curva de propagación del virus.

Esta actitud, sin embargo, no puede ser acrítica. Desde antes del inicio de la emergencia, Fenpruss



advirtió que el sistema de salud no estaba en condiciones de enfrentar un nivel de contagio como el que se estaba viviendo en otros países. Una vez llegado el virus a Chile, la ciudadanía presenció una serie de malas decisiones por parte del Gobierno, cuyas autoridades, haciendo oídos sordos a las recomendaciones de organismos internacionales, expertos/as y la sociedad civil, perdieron tiempo valioso en la contención del virus negándose a tomar medidas más radicales probadas con éxito en otras naciones.

El Gobierno se demoró en decretar medidas drásticas pero necesarias como las cuarentenas, tal como pedía la población y distintas organizaciones de la salud. Al mismo tiempo, se anunciaron medidas económicas enfocadas en resguardar a la gran empresa, pero que no brindaban protección sanitaria y económica efectiva para las personas. La implementación de toques de queda nocturnos y el despliegue de tropas militares, han sido acciones que poco y nada ayudan a contener la propagación del virus, cuando una gran mayoría de las personas sigue estando obligada a desplazarse a sus trabajos, con todos los riesgos que ello implica. Ante eso, han tenido que ser administraciones locales como las municipalidades y las mismas comunidades organizadas quienes tomaron en sus propias manos la seguridad de sus territorios.

En el caso de la salud, el COVID-19 demostró algo que Fenpruss ha repetido incansablemente durante años: el sistema sanitario está en crisis y no tiene capacidad para atender de buena manera a un número considerable de personas. Las y los trabajadores de la salud pública, viven en primera persona las aglomeraciones en hospitales y consultorios, así como también la falta de insumos y equipos necesarios tanto para el tratamiento como para la protección personal de quienes atienden. Una vez más, la precariedad del sistema y la nula respuesta de la autoridad, se han enfrentado con el compromiso de las y los trabajadores, quienes llegaron a fabricar sus propios elementos de protección para poder dar atención

a los pacientes y cuidarse a sí mismos.

Fenpruss ha denunciado estos problemas pública y directamente con las autoridades, incluso presentando un recurso de protección en contra de la Subsecretaría de Redes Asistenciales por la falta de equipos de protección personal y enfatizando en que no se debe poner en riesgo la salud de las y los trabajadores, no solo por lo que eso significa para ellos, sino porque la salud pública no puede permitirse una reducción del personal disponible para enfrentar la emergencia y además la seguridad y bienestar de las y los profesionales, repercuten directamente en la calidad de atención.

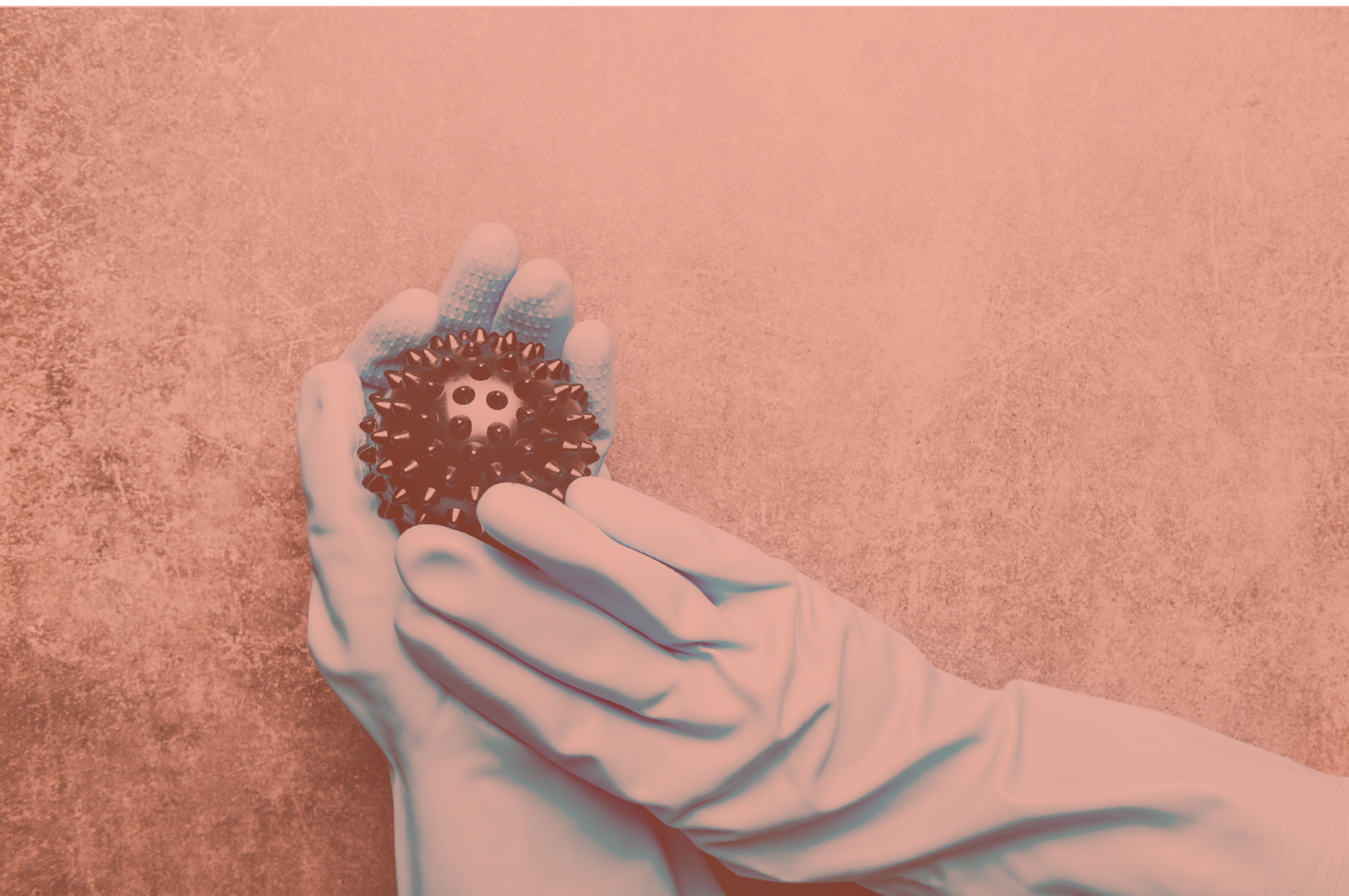
Es evidente que no se puede seguir precarizando la salud pública, como ya se han dado cuenta distintos gobiernos alrededor del mundo que hoy, ante la emergencia del COVID-19, se han arrepentido de haber entregado sus sistemas sanitarios al mercado. Esta dramática realidad, obliga a esta asociación a permanecer en la primera línea de defensa de las y los profesionales, mientras todas y todos los trabajadores se mantienen al frente en los recintos de salud para ayudar al país a salir de este momento problemático.

Al profundizar en el tema, es necesario mencionar una encuesta realizada por la Internacional de Servicios Públicos de Chile, que evidencia la cruda realidad que han debido enfrentar las y los trabajadores de las reparticiones públicas chilenas. La flexibilización en las formas de trabajo, incorporando el “teletrabajo” como medida de prevención del contagio, conlleva en la mayoría de los casos el costeo propio de insumos y equipos, condiciones ambientales poco favorables para un desempeño apropiado, cuidado del hogar y cuidado infantil, entre otras materias que se han sumado al estado de confinamiento y temor propio del contagio ante la pandemia. Partiendo del hecho que cerca del 80% de trabajadores de la salud es mujer, es desolador que la crisis sanitaria haya evidenciado aún más las brechas de género, donde el sector salud es un fiel reflejo.



En efecto, uno de los principales hallazgos del mencionado estudio dice relación con que, “durante la crisis sanitaria COVID-19 han sido las mujeres las que han sostenido el trabajo de cuidados no remunerado en sus hogares”, sumado al aumento de intensidad de trabajo, mayor carga de cuidados por el cierre de establecimientos educacionales o del cuidado de adulto mayor, y además se reportaron situaciones de violencia de género tanto física (2,8%) como verbal (25,2%) a trabajadoras de los servicios públicos”. Lamentablemente, esto da cuenta que frente a la pandemia también se refuerzan estereotipos de género, según la creencia de que son las mujeres las que deben compatibilizar el tiempo de trabajo remunerado con el tiempo de cuidados no remunerado.

En este contexto, se evidencia con mayor fuerza la necesidad de generar políticas públicas de protección a la mujer y en el contexto laboral, el gran desafío es lograr la firma y ratificación en el Congreso Nacional del convenio 190 de la OIT que sanciona la violencia y el acoso laboral en los puestos de trabajo. Sin duda, este paso constituirá una importante herramienta para contribuir a mejorar las condiciones laborales en Chile y avanzar en la construcción de una cultura laboral basada en el respeto, especialmente en época de crisis sanitaria o dificultades sociales y económicas como las actuales, donde el deber es evitar y dar freno a acciones que atenten contra la dignidad de cualquier trabajador o trabajadora.



Referencias Bibliográficas

1 Trabajar en Tiempos de Pandemia: Trabajadoras y Trabajadores de los Servicios Públicos en Chile. Nodo XXI- Internacional de Servicios Públicos Chile.

Una nueva Constitución para una nueva Salud

Consuelo Villaseñor Soto
Confederación Democrática
de Profesionales
Universitarios de la Salud,
CONFEDPRUS
Presidenta



La pandemia de COVID-19 que ha azotado nuestro país y el mundo entero desde hace varios meses, con un saldo de cientos de miles de personas fallecidas, ha dejado al descubierto una realidad que quienes trabajamos en la Salud Pública conocemos muy bien, como es el abandono del sector y, por ende, de la gran mayoría de la población que se atiende en el sistema. Abandono que tiene sus raíces en la manera en cómo se concibe la Salud, desde una Constitución que no la concibe ni resguarda como un derecho social, sino como oportunidad de negocio para el lucro privado a costa de una necesidad fundamental, como es la de poder tener acceso a la salud sin condicionamientos económicos, y que excluye por tanto a aquellas y aquellos que no cuenten con recursos para pagar por una atención digna, oportuna y de calidad. Esta precariedad es consecuencia del sistemático proce-



so de desmantelamiento del sistema público de Salud, mismo mecanismo que ha sido utilizado además para deteriorar otros servicios y así poder justificar sus traspasos a manos privadas. Prueba de ello es la reforma a Fonasa, que sólo busca incrementar el ya millonario negocio de la salud privada a través de las Isapres, cuyas ganancias gozan de muy buena salud, al contrario de lo enferma que se encuentra la Salud Pública en Chile. Un negocio que se nutre, crece y fortalece, precisamente, de la agonía del sistema en donde se atiende cerca del 80 % de la población, lo que representa una atractiva fuente de clientela potencial para poder ser traspasada al sistema privado mediante este tipo de estrategias.

Como trabajadoras y trabajadores de la Salud Pública de Chile, sabemos de todas estas precariedades, las conocemos, pues trabajamos diariamente con ellas. Falta de recursos e insumos tanto para la atención de las y los usuarios y usuarias como para la protección de quienes trabajan en los distintos recintos hospitalarios de la red asistencial, realidad que se ha visto agravada ante la pandemia, con un saldo de más de veinte mil de funcionarios y funcionarias contagiadas/os y más de una centena de fallecidos y fallecidas, y que sólo reflejan la situación de vulnerabilidad y desprotección en la que se encuentran quienes hemos sido calificados de “héroes” y “heroínas” por tener que trabajar en estas condiciones, recibiendo reconocimiento expresado en felicitaciones y aplausos, pero no en medidas de resguardo efectivo ni tampoco compensaciones que expresen en términos concretos todo este reconocimiento, y que como gremio representante de las y los trabajadores/as de la Salud en la Mesa del Sector Público de la CUT hemos solicitado reiteradamente, sin haber tenido respuestas hasta ahora.

Pero así como conocemos desde adentro la realidad de la Salud Pública, a diferencia de autoridades políticas y sanitarias del sector que adoptan e implementan decisiones sin considerar la opinión de actores relevantes, también tenemos la esperanza de poder recuperarla de su estado crítico, gracias al trabajo conjunto y continuo desplegado desde hace tiempo con otras fuerzas sociales, tanto en los espacios que son propios del actuar sindical, como es la calle, como en aquellos otros en los que como CONFEDERUS hemos logrado exponer esta realidad.

Una lucha que ha sido incansable a pesar de todo el desgaste que significa encontrarse con barricadas ideológicas que han defendido a brazo partido y durante décadas la mantención de este sistema, impidiendo el avance social de Chile por el camino de su desarrollo. Luchas que como “Primera línea” hemos dado para lograr, finalmente, hacer de la Salud un derecho para millones de chilenas y chilenos, consagrado como tal en una nueva Carta Fundamental y garantizado por un Estado que debe dejar de lado su rol como ente subsidiario, para pasar a ser garante de derechos sociales violentamente arrebatados hace más de 40 años.

La mayoritaria demanda ciudadana por un país distinto, que se ha expresado multitudinariamente en las calles de todo Chile, no puede seguir siendo desoída ni postergada. Si ante el estallido social de octubre del año pasado la explicación oficialista fue que “no lo vieron venir”, debido a la profunda desconexión y desinterés existente desde la clase política con la realidad social del país, esta vez esa ceguera no puede ser excusa. Por eso, este 25 de octubre tenemos la oportunidad de poder dar un primer paso hacia una sociedad más equitativa, justa y solidaria, votando por el Apruebo para cambiar la actual Constitución, que sirve de marco para la mantención de este modelo neoliberal, y también por la Convención Constitucional como fórmula para poder redactarla, sin dar espacios en ella para la intromisión ideológica de quienes pretenden, vestidos con piel de oveja, perpetuar el nefasto legado de la Dictadura para seguir beneficiando a los mismos grupos de poder de siempre, dueños de Chile, a costa de millones de chilenas y chilenos.

¡Una nueva Constitución para una nueva Salud!





www.idegys.cl



contacto@idegys.cl



Fanor Velasco 85, piso 2,
Santiago. RM

