



MIRADAS CRÍTICAS DE LA GESTIÓN EN SALUD EN CHILE

DESDE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

MARIO PARADA-LEZCANO (EDITOR)



Universidad
de Valparaíso
CHILE

Miradas críticas de la Gestión en Salud en Chile desde la Universidad de Valparaíso

Mario Parada-Lezcano, Editor. 2024.

Libro digital, PDF de distribución gratuita

ISBN: 978-956-418-651-1

1. Gestión en salud; 2. Análisis crítico;
3. Atención Primaria; 4. Educación ciencias de la salud

Equipo Editorial

Paula Adones Soto

Catalina Arias Inzunza

Trinidad Basaes Crestani

Sugerencia para Citar:

Parada-Lezcano, Mario (Ed.) (2024). *Miradas críticas de la Gestión en Salud en Chile desde la Universidad de Valparaíso*. Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Chile.

Diseño y Diagramación

Esteban Vásquez Muñoz

Imagen de Portada

“Salud, alegría, buen vivir” de Carolina Ibacache Carrasco
47 cm x 24 cm. Collage sobre pintura acrílica y acuarela

Impreso en Improsoluciones SpA. Valparaíso, Chile.

ISBN: 978-956-418-651-1



A mi madre y a Diego

ÍNDICE

- 13 Prólogo de Begoña Yarza Sáez
- 15 Prólogo de Antonio Orellana Tobar
- 17 Presentación de Mario Parada-Lezcano

PARTE I: ANÁLISIS CRÍTICO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

- 23 **Capítulo 1:** La ECICEP y el estamento médico: Barreras y desafíos.
Carmen Paz Ordóñez Niklitschek
- 35 **Capítulo 2:** Enfoque de género en salud: Una mirada desde la atención a usuarias/os en centros de salud de nivel primario como estudiante de medicina.
Liliana Gamboa Ramírez
- 43 **Capítulo 3:** Análisis crítico del rol de la APS en el contexto de la ola ómicron y de la estrategia hospitalocéntrica.
Sebastián Bocaz Ulloa
- 53 **Capítulo 4:** Elige vivir sano. Crítica desde la perspectiva de clases sociales de Erik Olin Wright.
Ivette Zamalloa Chang
- 65 **Capítulo 5:** La educación en salud. El arte de entregar herramientas.
Jorge Figueroa Campusano
- 71 **Capítulo 6:** Educación sexual integral: La manzana de la discordia.
Carol Valderrama Vargas
- 81 **Capítulo 7:** Las cuidadoras informales, una realidad oculta en los hogares chilenos.
Valeria Ibaceta Atuan
- 91 **Capítulo 8:** Uso de antibióticos en la Atención Primaria de Salud en Chile: Una visión integradora del uso de antimicrobianos e intervenciones de salud en la comunidad.
Rocío Caneo Leal

PARTE II. ANÁLISIS CRÍTICO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA

- 101 **Capítulo 1:** Falta de camas y gestión hospitalaria
Maura Bórquez Henríquez, Daniela Bravo Orfali, Catalina Cáceres Morales,
Claudia Carreño Legua, Sofía Díaz Zelada, Javier Gatica Ortega,
Belén Matta Cordero, Claudia Rivas San Martín
- 109 **Capítulo 2:** Aplicación Parcial de Metodología de Rediseño de Programas de Salud,
Innov8: Programa cuidados paliativos universales
Luis Caneo Vergara, Monserrat Moraga Carrasco y Lisett Saavedra Araya
- 125 **Capítulo 3:** Aplicación Parcial de Metodología Innov8 para el Rediseño de Programas
de Salud: Programa Hospital Digital
Jorge Cordero Guerra, Daniel Godoy Escanilla, María José Linares Estay y Natalia Torres Estay

PARTE III. ANÁLISIS CRÍTICO DE LA CRISIS DE LAS ISAPRE

- 151 **Capítulo 1:** Isapres en quiebra: la mercantilización del derecho a la salud
Javiera Arias Arellano, Catalina Arias Inzunza, Belén Bravo Vera, Javiera Chávez Vargas,
Nelson Cuello Moya, Camila Duque Baeza, Agustín Fontecilla Pérez, Catalina Godoy Núñez,
Damaris Moraga Montenegro, Ignacio Quiroz Jerez y Juana Villalobos Gahona.
- 157 **Capítulo 2:** La situación deudora de las Isapres
Gabriel Ahumada Millard, Esperanza Castillo Silva, Benjamín Carrasco Rodríguez,
Joel Fuentes Bustos, Benjamín Gaete Ramírez, Jorge Jones Ortiz, Catalina Lacrampe Álvarez,
Pablo Soto Romero y Javiera Urrutia Cabrera.
- 165 **Capítulo 3:** La crisis de las Isapre y la Ley Corta
Mario Parada-Lezcano y Marisol García Correa

PARTE IV. ANÁLISIS CRÍTICO DE LA FORMACIÓN EN SALUD

- 195 **Capítulo 1:** Uso del ensayo como herramienta de enseñanza, aprendizaje y evaluación
en el internado de atención primaria de la Escuela de Medicina Campus San Felipe.
Daisy Iturrieta Henríquez y Mario Parada-Lezcano
- 203 **Capítulo 2:** Inclusión del enfoque socioambiental de forma transversal en la formación
de los y las estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.
Carlos Zúñiga Guzmán
- 211 **Capítulo 3:** Formación de médicos de atención primaria en salud: ¿Estamos formando
médicos desconectados con su comunidad?
Ismael Pérez Villar

- 221 **Capítulo 4:** Compartiendo estrategias para abordar el cambio en la formación profesional en salud.
UES por el Territorio

PARTE V. DESAFÍOS ACTUALES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

- 233 **Capítulo 1:** Análisis crítico del Sistema de Salud Chileno
Mario Parada-Lezcano y Paula Adones Soto
- 257 **Capítulo 2:** Universalización de la APS ¿cambio de paradigma al fin?
Soledad Barría Iroumé y Mario Parada-Lezcano
- 271 **Capítulo 3:** Análisis crítico de la Participación Social en Salud en Chile.
Mario Parada-Lezcano, Daisy Iturrieta Henríquez y Mónica Muñoz Parada



CARBON
PAPER
ZAPALLO



“En memoria de un médico comprometido, alegre,
solidario y con un gran compromiso social, mi hijo
querido, Diego Eguren Ibacache”

“Salud, alegría, buen vivir” de Carolina Ibacache Carrasco
47 cm x 24 cm. Collage sobre pintura acrílica y acuarela

PRÓLOGO

Begoña Yarza Sáez¹

La invitación a prologar este libro tuvo mi aceptación inmediata y quiero explicar las razones. La primera tiene relación con el editor, a quien admiro y con el cual compartimos el camino largo de los que creemos que la salud es una construcción colectiva, un derecho humano fundamental y que es necesario co-construir un sistema de salud justo, equitativo y de calidad para las personas y comunidades de este país. La segunda razón tiene que ver con el libro propiamente tal que promueve la necesaria mirada crítica que debemos tener los profesionales de la salud y los ciudadanos de los temas públicos y en particular de las políticas públicas en salud, este libro logra situarse como una plataforma aguda, honesta y movilizadora para el lector.

El libro abarca más de una veintena de ensayos que exponen críticamente temáticas actuales que se expresan en diferentes espacios del sistema sanitario. Algunas de las temáticas son permanentes de la gestión en salud como la gestión de camas o el uso de antimicrobianos en la atención sanitaria, otros son temas emergentes como el tema de cuidados y en particular el abordaje de las cuidadoras informales o el análisis de la pandemia y el papel clave de la atención primaria. Otros son temas audaces que exponen tensiones profundas del sistema y su cultura, ejemplo de ello es el ensayo “La ECICEP y el estamento médico, barreras y desafíos” analiza el modelo integral de multimorbilidad con el necesario protagonismo de las personas sujetas de atención (autonomía del paciente) y la tensión con el rol médico tradicional, de experto que sabe que es lo correcto para el paciente o en el ensayo “Elige vivir sano. Crítica desde la perspectiva de clases sociales de Erik Olin Wright” acá se destaca la crítica al Programa Elige vivir sano como expresión insuficiente, individualista y finalmente equivocada de la promoción en salud.

1 Médica, Ex Ministra de Salud del Gobierno del Presidente Boric. Estudio medicina en la Universidad de La Habana, título revalidado por la Universidad de Chile en 1990. Cursó un diplomado en gerencia pública de la Universidad Adolfo Ibáñez y un Magíster en Salud Pública en la Universidad Pompeu Fabra (España) en 2004, y estudios de doctorado en esta misma casa de estudios. Entre julio de 2004 y agosto de 2008 ejerció como subdirectora médica del Hospital San Borja Arriarán, y entre 2008 y 2009 se desempeñó como encargada de la Unidad de Procesos Asistenciales en el Departamento de Hospitales del Ministerio de Salud. Entre julio de 2009 y julio de 2018 se desempeñó como directora del Hospital Dr. Exequiel González Cortés y directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur entre 2010 y 2011. Fue directora del comité académico de la Sociedad Chilena de Calidad Asistencial desde el 2016 y directora de calidad y gestión clínica de la Clínica Santa María. Desde 1996 hasta 2009, ejerció como académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, y desde 2009 ejerce como académica de la Facultad de Medicina de la Universidad Diego Portales. Ha sido una activa colaboradora del Colegio Médico de Chile, desempeñándose en el Departamento del Trabajo. En 2017, el Colegio Médico le otorgó el Premio a la Trayectoria Profesional. Es miembro de la Comisión Nacional de Productividad (CNP) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, donde ha sido asesora en los informes de productividad de pabellones.

No podía faltar en un libro editado por Mario Parada, la actualidad sanitaria, el tema de las Aseguradoras Privadas (Isapre), dedica un capítulo completo a analizar profundamente el tema; “Las Isapre en quiebra: la mercantilización del derecho a la salud”, “La situación deudora de las Isapre” y finalmente “La crisis de las Isapre y la Ley Corta”. La secuencia termina con un ensayo que representa no solo una cronología de la crisis de las Isapre, sino que entrega información amplia, analiza a los actores relevantes en la crisis y aborda críticamente los posibles caminos de solución. Es así como el libro contiene ensayos, reflexivos, informados y críticos. En cada uno hay una opinión fundada acerca del tema además de una extensa revisión bibliográfica.

Un elemento clave es la incorporación como autores de estudiantes de pregrado, estudiantes de Magister y académicos, generando un Ecosistema unitario en el formato y diverso en las aproximaciones a los temas, van desde ensayos que incorporan experiencias personales y otros que se instalan desde una óptica macro del sistema. No escapan a esta mirada crítica la formación de profesionales de la salud y de los médicos en particular, destaca el ensayo de un joven interno, que desde el análisis general sobre la inclusión del enfoque socioambiental en la formación de los y las estudiantes de medicina logra llevarlo al plano local y territorial del campo docente de San Felipe de la Universidad de Valparaíso, donde el ensayo plantea el papel que la comunidad universitaria junto a la comunidad del territorio podrían potenciar en la protección de la salud y los cuidados en una zona con temas graves socioambientales provocados por una economía extractivista y contaminante.

Este libro sorprende al convertirse en el registro de una forma de aprendizaje en la formación de profesionales de la salud que se han desarrollado al alero de la Universidad de Valparaíso y que pretende fomentar competencias relevantes para el desempeño profesional como es la capacidad de análisis crítico de los alumnos acerca de las acciones, estrategias y políticas en salud. Nos permite ser testigos de esta estrategia formativa que por lo leído en este texto logra excelentes resultados.

EL libro finaliza con una mirada reflexiva sobre tres temas relevantes, el sistema de salud, la universalización de la APS destacando las oportunidades de esta estrategia para el sistema de salud muy fragmentado y segmentado, la APSU genera una oportunidad al provocar efectos contrahegemónicos deseables, La participación en salud y la brecha que existe en la gobernanza del sistema en términos de participación vinculante.

Es un libro ágil, contingente, con muchas referencias, que puede ser una excelente lectura y una fuente de consulta para los profesionales de la salud y los interesados en los temas de las políticas públicas en Salud.

Agradezco la invitación a prologar y ser parte de este libro tan necesario para que abramos el espacio enriquecedor de los debates acerca de los temas que realmente importan. La salud de las personas es uno de esos temas y la construcción de un sistema más justo es un propósito que no abandonaremos.

PRÓLOGO

Antonio Orellana Tobar²

Presentar un libro como éste constituye un orgullo y un gran honor, ya que su editor es un médico comprometido con la salud pública en general y la atención primaria de la salud en particular, es así como ha logrado abordar en esta obra los problemas más relevantes que hoy presenta la gestión en la salud, bajo la mirada de un conjunto de estudiantes de medicina de pre y postgrado de la escuela de medicina de la Universidad de Valparaíso.

Es el resultado de una recopilación de ensayos que muestran una mirada crítica, sobre todo reflexiva, que resulta ser muy esperanzadora al pensar que sus autores estudiantes y profesionales jóvenes que miran la gestión como un problema actual de la salud pública en general y que esa mirada va desde la formación hasta el análisis crítico de la gestión hospitalaria.

El editor ha sido cuidadoso, de no sólo rescatar trabajos de la contingencia sociosanitaria y reflexivas sobre temas habituales, sino colocar en primer plano la atención primaria en salud como pilar fundamental de una reforma exitosa en salud.

Al mismo tiempo se recolectan temas de gran actualidad como la crisis de las Isapres y el efecto de la ley corta.

Entendiendo que la salud es un bien social, por lo tanto, constituye un derecho de las personas, y un deber del estado, por consiguiente, pasa a ser una política de gobierno y los determinantes sociales se constituyen en actores fundamentales de la salud pública.

La complejidad de los sistemas de salud necesita de una correcta administración y gestión con herramientas de planificación que le permitan garantizar una adecuada y resolutiva atención primaria en salud.

2 Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile - ASOFAMECH, Miembro Honorario de la Academia Chilena de Medicina, Hijo Ilustre de Valparaíso. Estudio medicina en la Universidad de Chile sede Valparaíso, obteniendo el título de médico – cirujano el año 1973 en la misma sede. El año 1974 inicia la especialización en Neurocirugía en la sede Valparaíso de la Universidad de Chile y el año 1978 realiza una estadía en cirugía vascular cerebral en el Hospital de la Pitié de la Universidad de Paris, Francia. Jefe de Programa formación de Neurocirugía en Universidad de Valparaíso en 1985, Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso desde 1991 al 2011, Director de Postgrado de la Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso en 2005 y Miembro del Consejo Directivo de su Universidad del 2003 al 2005. El año 2011 es elegido Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso hasta la fecha. Ha sido reconocido por sus pares con la “Medalla Héctor Valladares de la Sociedad de Neurocirugía de Chile” y la “Medalla Harvey Cushing de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile”. Ha sido elegido Presidente de ASOFAMECH el 2016 al 2018 y del 2022 al 2024.

Para llevar adelante este proceso debemos poner atención especial a temas epidemiológicos, analizar servicios de atención de salud que nos permitan desarrollar políticas de salud con planes y acciones acorde a las necesidades que nos muestra el medio, tanto en la universidad como en las políticas de estado.

Por último, los desafíos que debemos enfrentar al hablar de gestión en salud deben tocar directamente la formación médica en la cual el perfil de médico que egresa de nuestras escuelas de medicina sea explícito en describir un profesional no sólo con un robusto conocimiento científico, sino también un profesional humano.

No me cabe duda, que debido a su estructura y lenguaje accesible, la lectura de esta obra resultará fascinante no sólo para los estudiosos de la medicina y los estudiantes, sino que para todos aquellos que se encuentren ávidos de interiorizarse en la gestión de la salud en nuestro país.

PRESENTACIÓN

Mario Parada-Lezcano³

Este libro es el resultado del segundo proceso de rescate y visibilización del trabajo de las y los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, de pregrado de ambos campus y de postgrado, del Magíster en Salud Pública. El primero resultó en el libro “Gestión en Salud en Chile. Miradas desde los/as estudiantes de medicina de la universidad de Valparaíso”⁴, el cual fue un importante aporte a la conversación académica con enfoque crítico de la realidad sociosanitaria y en el que expresábamos la esperanza de que esa no fuera “la última vez que podamos publicar productos que nosotros consideramos de alta calidad” y así ha sido!!

Nuestra intención ha sido entregar herramientas para la comprensión y el análisis crítico de la realidad sociosanitaria especialmente en los aspectos referidos a las políticas públicas y sociales, el sistema sanitario y sus reformas, la gestión clínica, gestión del recurso humano, entre otros tópicos, tanto en el curso de Gestión en Salud del 5° año, el internado de Atención Primaria en Salud en 7° año y el curso Salud y Sociedad / Sistemas de Salud del Magíster en Salud Pública con mención en Gestión en Salud.

Con el tiempo se han ido ensayando diferentes metodologías para hacer el proceso de enseñanza aprendizaje más significativo, efectivo, más entretenido, motivador. En este sentido ha sido muy importante ensayar herramientas que permitan no quedarse en una enseñanza escolástica tradicional, verticalista y memorística, sino que entrar derechamente en el uso de metodologías de debate, más de entrega y recepción de opiniones de manera respetuosa, de análisis crítico.

En 2010, la Profesora Alma Vidales Maqueira, primera coordinadora del bloque curricular en Casa Central de nuestra Escuela de Medicina, introdujo la innovación académica de “lectura y análisis de noticias” con el objetivo explícito de “favorecer la mirada crítica en nuestros estudiantes a través de una metodología participativa”⁵. Desde esa fecha no se

3 Médico Salubrista, Doctor en Sociología. Profesor Titular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Miembro del Comité Académico del Programa de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Valparaíso. Miembro de la Comisión de Formación Interprofesional – Interdisciplinar de la Facultad de Medicina. Miembro del Claustro Académico del Doctorado en Estudios Interdisciplinarios sobre Pensamiento, Cultura y Sociedad. Miembro de la Asociación Latino Americana de Medicina Social (ALAMES).

4 Parada-Lezcano, Mario (Ed.) (2021). Gestión en Salud en Chile. Miradas desde las y los estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso. Valparaíso: Autoedición. <https://repositoriobibliotecas.uv.cl/serveruv/api/core/bitstreams/6691aab4-0cd4-42ed-8452-956521de7581/content>

5 Lanio, Italo; Godoy, Rodrigo; Hidalgo, Pablo; Vidales, Alma y Gregoire, Jorge (2012). Desarrollando una mirada crítica sobre Salud

ha dejado utilizar la metodología en la casa central y se utiliza también en el Campus San Felipe desde 2019, ya que ha demostrado su gran utilidad para fomentar y facilitar el análisis crítico de la realidad sociosanitaria.

En el último tiempo esto ha sido muy valorado dado que se ha logrado hacer un análisis de la cotidianidad, de lo que está ocurriendo en la realidad sociosanitaria chilena. Muy especialmente marzo del 2020 con la crisis generada por la pandemia. En dicho contexto se tomó la decisión de incorporar la herramienta “Ensayo” como metodología de enseñanza aprendizaje y evaluación en el análisis de noticias de gestión en salud y en la problematización del proceso salud – enfermedad – atención – cuidados en la experiencia de internado de APS.

Por otra parte, en esta obra además se incorpora la experiencia analítica de profesionales que cursaron el Magíster en Salud Pública con mención en gestión en salud en 2023 (versión 12) con sus trabajos de rediseño de programas de salud con enfoque de equidad.

Los resultados fueron productos académicos con un nivel de calidad apreciable lo que nos motivó una vez más a plantearnos como desafío hacer una nueva publicación que usted en estos momentos se encuentran leyendo y que ojalá disfruten y les sea útil.

En este desafío editorial, hemos agrupado los ensayos de los/as estudiantes de pre y postgrado en 4 partes: 1) Análisis Crítico de la Atención Primaria en Salud; 2) Análisis Crítico de la Gestión Hospitalaria; 3) Análisis Crítico de la crisis de las Isapre; y, finalmente, 4) Análisis Crítico de la formación en Salud.

Al igual que en el libro anterior, hemos incorporado una quinta parte con aportes académicos para el análisis crítico del sistema de salud, en su coyuntura y desafíos con tres capítulos: Análisis crítico del Sistema de Salud Chileno, Universalización de la APS ¿cambio de paradigma al fin? y Análisis crítico de la Participación Social en Salud en Chile.

El equipo docente ha contado con el aporte de las ayudantes, que con su juventud, inteligencia racional y emocional, creatividad y espíritu crítico han sido motores de cambio y de innovación para hacer más significativo y efectivo el proceso enseñanza aprendizaje. Como dijo Violeta, ¡que vivan los estudiantes!

También hemos incluido, con las debidas autorizaciones, dos documentos previamente publicados, que dada su alta pertinencia con la línea editorial de este libro, hemos considerado adecuado incluir. El primero es un artículo publicado previamente por CLACSO denominado “Análisis crítico de la Participación Social en Salud en Chile”. El segundo es un documento de posición / propuesta de un grupo de académicos/as denominado UES por el Territorio, “Compartiendo estrategias para abordar el cambio en la formación profesional en salud”.

Pública en estudiantes de Medicina: Evaluación de una propuesta educativa. Rev Educ Cienc Salud 2012; 9 (1): 31-35. Disponible en: <https://recs.udec.cl/article/desarrollando-una-mirada-critica-sobre-salud-publica-en-estudiantes-de-medicina-evaluacion-de-una-propuesta-educativa/>

Esperamos que este esfuerzo editorial autogestionado nos permita aportar nuevamente a la discusión y debate de temas tan importantes como los que están trabajados aquí en relación a la fragmentación del sistema de salud, la necesidad de mayor equidad, la des-priorización de APS, la necesidad de incorporar el enfoque de derechos y de equidad en la gestión sanitaria, etcétera.

Este tipo de obra tiene también un sentido político, es decir que cada vez que se abren las oportunidades para una reflexión complejizadora del fenómeno salud – enfermedad – atención y cuidados, como lo demanda la Medicina Social / Salud Colectiva, se politiza el quehacer, se contribuye a una transformación de la sociedad y al cambio de paradigma hegemónico.

Creemos que estamos contribuyendo humildemente, desde la academia y la región de Valparaíso, a una transformación profunda de la realidad de tal manera que la matriz socio cultural existente dé paso a una en que las personas seamos respetadas, aceptadas en la legitimidad individual diversa, y a la vez la sociedad recupere la solidaridad, la colaboración y la justicia como valores intrínsecos y permanentes.

Agradecemos a todas las personas que han colaborado en la realización de esta obra. Por supuesto en primer lugar a todos y todas las autoras de los ensayos y al grupo de estudiantes ayudantes que participaron de estos procesos académicos cuyos resultados presentamos; a todos y todas los/as estudiantes comprometidos con la salud – enfermedad – atención y cuidados de las personas; y a Begoña Yarza Sáez y Antonio Orellana Tobar que con sus prólogos dan mayor realce a esta modesta contribución.



PARTE I

ANÁLISIS CRÍTICO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La ECICEP y el estamento médico, barreras y desafíos

Carmen Paz Ordóñez Niklitschek⁶

RESUMEN

Actualmente, en Chile nos encontramos viviendo una transición demográfica avanzada, que se asocia a un aumento de las patologías de carácter crónico y sus efectos en la calidad de vida. En este contexto, nace la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Esta estrategia plantea la importancia de considerar los aspectos biológicos, psicosociales, espirituales y culturales en el proceso salud – enfermedad – atención, y propone la creación de un plan “colaborativo” o “consensuado” entre el/la profesional y el/la paciente. Si bien esto supone un avance en materias de medicina social y colectiva, su implementación no estaría exenta de barreras, ya que rompe profundamente con los lineamientos tradicionales hipocráticos de la medicina, sustentados en el principio de beneficencia. Además, al incluir las preferencias del paciente, pone en cuestionamiento la autonomía profesional, elemento distintivo de la cultura médica, que quedaría en un nivel inferior a la autonomía del paciente. En este sentido, tanto la pérdida de la libertad en el ejercicio de la profesión, como el cuestionamiento de parte de los usuarios, suponen un eje central de insatisfacción de la práctica clínica. Por otra parte, en la mayoría de los perfiles de egreso de las escuelas de medicina de universidades chilenas no incluye la Atención Primaria como eje central de formación. Esto, sumado a que una gran cantidad de médicos consideran este nivel de atención como “un camino” hacia la especialidad, dificulta aún más la implementación de la Estrategia.

PALABRAS CLAVES

Atención Primaria, ECICEP, autonomía médica.

⁶ Interna de la Escuela de Medicina, Campus San Felipe.

Introducción

El Sistema de Salud en Chile ha sufrido una serie de transformaciones a lo largo de su historia. Tras los cambios impulsados por la Reforma de Salud del Año 2005, la Atención Primaria de Salud asumió un rol central, reconociéndose como pilar fundamental en el Sistema de Salud y elemento indispensable para el desarrollo social y económico. Esto, formó el escenario ideal para la implementación del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

Por su parte, la situación de salud de la población también ha experimentado cambios en los últimos años. Actualmente, nos encontramos viviendo un sostenido envejecimiento de la población como resultado de una disminución en las tasas de natalidad y mortalidad, lo que se asocia al incremento en la prevalencia de patologías de carácter crónico. En este contexto, se sentaron los cimientos para la creación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Dentro de sus principios, se encuentra la atención centrada en el/la paciente, por lo que se le debe incluir tanto en la definición de los problemas de salud a abordar, como en la elección de las alternativas terapéuticas. De esta forma, se plantea la creación de un plan “colaborativo” o “consensuado” de trabajo, el cual considera las dimensiones biológicas, psicosociales, espirituales y culturales del/ de la usuario/a (Ministerio de Salud, 2020). De esta forma, la ECICEP supone el fin del modelo tradicional paternalista de la medicina.

Esta Estrategia corona los principios irrenunciables del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: la atención centrada en la persona, integralidad y continuidad. En este contexto, resulta difícil imaginar que este ideal de la APS pudiese tener detractores, sin embargo, su aplicación podría no estar exenta de dificultades.

Al incluirse la opinión y preferencias del individuo, se refuerza el principio bioético de autonomía del/de la paciente, sin embargo, ¿cuál es el límite entre el plan consensuado y la indicación médica? ¿La autonomía del/ de la paciente podría ser una amenaza a la autonomía médica? ¿podría ser el estamento médico una barrera en la implementación de la ECICEP?

El presente ensayo busca analizar diferentes elementos que pudiesen ser considerados barreras en la implementación de esta Estrategia, específicamente relacionados a la cultura médica y a la satisfacción de los tratantes en su práctica clínica. Para ello, basaré mi análisis en las opiniones de diferentes autores y en los resultados de un estudio realizado por Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica sobre bienestar y satisfacción en la práctica médica. Además, contrastaré el modelo tradicional hipocrático de la medicina con el nuevo modelo integral de atención y cómo este cambio de paradigma influye en la percepción de los profesionales de la salud sobre la aplicación de esta nueva norma. Finalmente, se mencionarán algunas propuestas de cambio que pudiesen funcionar como facilitadores en la implementación de la estrategia y se propondrá una pregunta de investigación que puede servir de base para estudios futuros.

La importancia de esta temática radica en que la ECICEP es actualmente uno de los principales ejes de la Atención Primaria, por lo que identificar las barreras en su aplicación es fundamental para corregir dichos factores y garantizar el éxito de la Estrategia.

Cuerpo Argumentativo

Contexto y cambios en el sistema de salud chileno

A través de su historia, la salud en Chile ha sufrido una serie de cambios, que van desde la organización de las instituciones (incluyendo las funciones de rectoría, prestación y financiación), hasta los enfoques y objetivos del sistema, lo que ha significado también transformaciones en los paradigmas de atención. Tras los cambios impulsados por la Reforma de Salud en el año 2005, la Atención Primaria de Salud asumió un rol protagónico dentro del sistema sanitario, lo que sentó las bases para la creación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Esto significó el fin del modelo tradicional, cuyo enfoque era fundamentalmente biomédico, curativo, asistencialista y hospitalario, para pasar a un nuevo modelo integral, que incluye una perspectiva biopsicosocial, involucra la comunidad en el proceso de salud – enfermedad – atención, enfatiza en la importancia de la promoción y prevención en salud, y fortalece la Atención Primaria como eje central del sistema (Ministerio de Salud, 2012).

Por otra parte, además de las reformas al sistema sanitario, la situación de salud de la población chilena también ha sufrido una serie de cambios el último siglo. Actualmente, nos encontramos viviendo una transición demográfica avanzada o la cuarta fase de una transición demográfica, es decir, un sostenido envejecimiento de la población como resultado de una disminución en las tasas de natalidad y mortalidad, proyectándose que para el año 2050 el 22% de la población tenga más de 64 años y tan solo un 17% menos de 15 años (CENSO 2017). Esto, sumado al incremento en la expectativa de vida, trae como consecuencia el aumento de las patologías de carácter crónico y sus respectivos efectos en la calidad de vida, lo que es de gran relevancia si consideramos que este tipo de enfermedades representan la principal causa de años de vida saludables perdidos (AVISA), con una carga de enfermedad de un 84%, siendo las enfermedades cardiovasculares la primera causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVD) y de mortalidad (Ministerio de Salud, 2020).

Creación de la ECICEP: Automanejo y “plan consensuado”

Debido a todo lo anterior, surge la necesidad de responder a las nuevas necesidades de salud de la población. Es en este contexto en que nace la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Esta estrategia plantea la importancia de considerar siempre los aspectos biológicos, psicosociales y espirituales en el proceso salud – enfermedad – atención, apuntando a concretar la medicina social y un enfrentamiento más integral centrado en el/la paciente, al mismo tiempo que evita la fragmentación en la provisión de

servicios (Ministerio de Salud, 2020). Considerando que esta estrategia responde al nuevo modelo integral de atención y plantea un abordaje biopsicosocial, resulta extraño imaginar que pudiesen existir resistencias de parte de los equipos de salud al cambio. Sin embargo, su instauración podría no estar exenta de barreras, como veremos a continuación.

El Marco Operativo publicado por el MINSAL se anticipa a eventuales barreras de los equipos de salud. Uno de los ámbitos que podría corresponder a un nudo de conflicto es el “automanejo”, donde se plantea resistencias de parte de los equipos a entregar protagonismo en el control de las enfermedades a los/as pacientes, temor a la pérdida de control de la intervención terapéutica y desorientación del equipo al ser sacado de su rol de experto frente a los/as usuarios (Ministerio de Salud, 2021).

En relación a lo mismo, la implementación de la ECICEP significa un verdadero desafío para el estamento médico. Este marco normativo introduce un “plan colaborativo” o “consensuado”, en el cual tanto la definición de los problemas de salud como la formulación del plan de acción ya no son responsabilidades únicamente médicas, sino que se debe involucrar la opinión y las preferencias del/de la usuario/a, además de incluir y analizar sus necesidades físicas, psicológicas, psicosociales, espirituales, cognitivas, económicas y culturales (Ministerio de Salud, 2020). Su aplicación representa la consagración de la “nueva” relación- médico – paciente, donde este último pasa a ser un agente activo, capaz de tomar decisiones en relación a su proceso salud – enfermedad – atención, sepultando el modelo paternalista de la medicina. Aunque para muchos esto represente un avance en materias de salud, para un segmento más tradicional del estamento médico este nuevo paradigma podría resultar incómodo e incluso ajeno a la práctica médica.

Fin de la medicina hipocrática

Por una parte, el nuevo modelo no se condice con la clásica medicina hipocrática. En muchos textos hipocráticos se define al/ a la paciente (o mejor dicho “el/la enfermo/a”) como “in-firmus”, es decir, “débil” no solo considerando lo físico, sino también la esfera moral, posicionándolo como un ente dependiente y obediente a la indicación médica (Orgando y García, 2006). Incluso, algunos de estos autores antiguos plantean la necesidad de ocultarle al/ a la paciente información sobre su enfermedad para evitar ser cuestionados, definiéndolo/a como “minusválido moral, incapaz por tanto de tomar decisiones” (Ibidem, 2006). Este modelo se sustenta en el principio biomédico de la “beneficencia”, donde el/la médico/a actúa en favor del bien del usuario en base a su conocimiento científico.

Esto se confronta directamente a los principios de la ECICEP, donde se fomenta al/a la paciente a participar y escoger dentro de las alternativas terapéuticas. Debido a este cambio en la relación médico/a – paciente, diferentes autores han planteado un cambio en el orden de prioridad de los principios bioéticos que comandan la atención, dejando la beneficencia en un nivel inferior a la autonomía del paciente (Sánchez et al., 2019). Considerando todo esto, es posible que los partidarios de la medicina clásica hipocrática no vean la ECICEP con buenos ojos, lo que, en mi opinión, es una visión retrógrada de percibir la medicina.

Conflicto de la autonomía médica

Por otro lado, además de la autonomía del/de la paciente, un eje fundamental en la práctica sanitaria corresponde a la autonomía médica. Esta se define como la “capacidad de decisión del médico en el contexto de una relación terapéutica” (Clínica Universitaria de Navarra, 2024), y es reconocida como una característica distintiva de la cultura médica, que la diferencia de otras profesiones. Según Eliot Freidson, la profesión médica “tendría la capacidad de acumular y utilizar conocimiento bajo sus propios estándares, sin estar sujetas a control externo”. También postuló que “la esencia de la profesión médica se encuentra en la facultad de orientar y controlar el contenido del propio trabajo” (Horwitz, 2004). Esta corriente de pensamiento no corresponde únicamente a ideas aisladas de autores individuales, sino que conforman todo un constructo socialmente aceptado e incluso reglamentado. Un ejemplo de ello es el Código de ética médica de la Asociación Americana de Medicina (AMA), publicado en 1847, el cual propuso a los médicos asumir una serie de obligaciones frente a la comunidad, mientras esta, a cambio, le otorga al gremio una serie de facultades especiales, entre las que sobresale la libertad para establecer sus propios estándares (Centro de Gestión Hospitalaria Vía Salud, 2009).

Más recientemente, en la versión N° 39 de la Asamblea de la Asociación Médica Mundial (1987), se redactó una declaración que luego fue revisada por el Consejo Divonne les-Bains (2005), cuyo objetivo fue estandarizar principios relativos a la autonomía y autorregulación profesionales. Esta declaración explicita que “El elemento principal de la autonomía profesional es la garantía [de] que el médico puede emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes (...). [Se reafirma] la importancia de la autonomía profesional como componente esencial de la atención médica de alta calidad y, por consiguiente, como un beneficio que se debe al paciente y que debe ser preservado” (Centro de Gestión Hospitalaria Vía Salud, 2009). En este contexto, se subentiende que la autonomía médica está posicionada en la cúspide de la atención y sería un eje fundamental para garantizar el cumplimiento del principio de beneficencia. Sin embargo, si actualmente el principio de autonomía del/de la paciente se está perfilando en un nivel superior al de beneficencia, ¿a qué nivel queda la autonomía médica?

La autonomía médica es una cualidad que desde hace muchos años ya se ha visto memada por diferentes factores. Hace 20 años la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica realizaron en conjunto un estudio titulado “Bienestar y satisfacción de los/las médicos/as en el ejercicio de su profesión en un sistema de salud en proceso de reforma”, el cual destacó la pérdida de libertad en la práctica médica como un eje de insatisfacción entre los profesionales. Dentro de los factores involucrados, se encuentra la implementación de guías clínicas y protocolos estandarizados, estableciendo cómo deben actuar y restándoles su facultad de decisión, las cuales para muchos tratantes significa una restricción en su libertad médica, además de una medida de presión para el control de su profesión (Horwitz, 2004).

El rechazo a la estandarización de la práctica clínica está muy relacionado a las resistencias manifestadas ante la introducción de la medicina basada en la evidencia, la cual desplaza (hasta cierto punto) la habilidad profesional individual sustentada en la experiencia y juicio clínico, es decir, este conflicto representa la versión moderna de la antigua disputa entre la medicina como arte y la medicina como ciencia (Centro de Gestión Hospitalaria Vía Salud, 2009).

Si a lo anterior le sumamos la incorporación de la opinión y las preferencias del/de la paciente en el plan consensuado de la ECICEP, muchos/as profesionales podrían sentir su propia autonomía amenazada por la implementación de la Estrategia, ya que, por una parte, es una nueva norma a la que deben adaptar su práctica clínica y, por otra, porque pondría la autonomía del paciente por sobre la suya, creándose una verdadera lucha de jerarquía.

Cabe recordar, que no es la primera vez que el mayor involucramiento de los/as pacientes en materias de salud genera discusión entre los equipos de salud. La Ley 20.584, que regula “los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, y la introducción del consentimiento informado como práctica regular, también fueron recibidos con resistencia desde los distintos estamentos, siendo un antecedente importante para considerar cuando, en un futuro, se analice la recepción de estos/as mismos/as profesionales ante la ECICEP (León, 2012).

Desde mi experiencia, he visto cómo algunos/as profesionales (incluso durante controles ECICEP) se oponen a consultar a sus pacientes sobre sus apreciaciones o ideas preconcebidas sobre diferentes tratamientos, argumentando que la elección es una “indicación médica” y que dejarlo a criterio del/de la paciente sería una irresponsabilidad. Yo creo que esta “amenaza” que los/as profesionales pudiesen sentir hacia su autonomía en realidad es una amenaza a su orgullo, ya que los saca del puesto de poder que han tenido a lo largo de su historia. Considero que debemos impulsar un cambio de paradigma a los/as médicos/as sobre la importancia de incluir las preferencias de los/las pacientes para lograr una buena adherencia y resultados terapéuticos, siempre ayudándolos e informándolos para que tomen en conjunto la mejor decisión. Tenemos que entender que la autonomía médica y la autonomía del/de la paciente no se encuentran confrontadas, sino que deben ponerse en balanza y complementarse mutuamente.

Cambios en la relación médico – paciente

El mismo estudio mencionado sobre bienestar y satisfacción en la práctica médica establece que otro de los desafíos que encaran los/as profesionales, es enfrentarse a un nuevo prototipo de paciente, más informado, más empoderado y exigente. Antiguamente el/la tratante se enfrentaba a un/a usuario/a sumiso/a, con poco conocimiento sobre lo que le pasaba y que estaba dispuesto/a a aceptar cualquier indicación que le dieran, situación muy similar a la descrita en los textos hipocráticos. Por el contrario, hoy en día, llega un/a paciente instruido/a, que ya ha indagado sobre sus síntomas, posibilidades diagnósticas y alternativas terapéuticas, lo que lo lleva a poner en duda y cuestionar las apreciaciones e indicaciones del

profesional de la salud (Horwitz, 2004). Los cambios en la relación médico/a paciente es uno de los aspectos más destacados por los/as profesionales en cuanto al impacto en su satisfacción laboral, siendo un factor valorado más negativamente que positivamente (Bascuñán, 2005).

Si lo anterior lo analizamos desde el escenario de la Atención Primaria, destaca que la mayoría de los/as médicos/as en dicho nivel corresponden a médicos/as generales y tienen menos años de ejercicio, lo que ha servido de argumento para los/as pacientes para cuestionar sus decisiones e incluso su calidad profesional. Si consideramos que son estos/as mismos/as médicos/as los que han de implementar la ECICEP, resulta complejo pensar en llegar a un acuerdo de manejo si existe desconfianza sobre el juicio del clínico para poder orientar las decisiones de los/as pacientes.

Formación médica y percepciones sobre la APS

Desde otra perspectiva, si la mayoría de los/as médicos/as que se desempeñan en APS corresponden a médicos/as generales, resulta lógico pensar que esta generación se ha formado bajo el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, dejando la visión tradicional paternalista restringida a profesionales más antiguos. No obstante, ¿por qué aún existen dificultades de parte de estos médicos para seguir los lineamientos de la APS? Yo creo que esto debe ser analizado desde la formación médica y los currículos de las diferentes escuelas de medicina. Para el año 2015, la mayoría de los perfiles de egreso de las escuelas pertenecientes a ASOFAMECH tenían un escaso discurso en relación a la labor en APS, además de no incluir la política pública de salud ni los objetivos sanitarios como elementos centrales de su formación. Un ensayo publicado por docentes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso el año 2018 planteó la existencia de una “crisis en la Educación Médica para la APS en Chile”, fundamentada en que el esperado protagonismo de la Atención Primaria en los currículos de la mayoría de las casas de estudio del país no se ha concretado (Parada-Lezcano et al., 2022).

En otras palabras, si bien está demostrado que la APS es un pilar fundamental en el Sistema de Salud, desarrollo social y económico, pareciera que la mayoría de las universidades en Chile están orientadas a otras líneas de trabajo que distan de estas políticas públicas. En contraste, hay otras universidades cuyos perfiles de egreso manifiestan un fuerte compromiso con la Atención Primaria de Salud y promueven una visión de los/as médicos/as basada en la determinación social, sin embargo, en muchas de ellas la mayoría de las actividades prácticas se desarrollan en hospitales y existe un predominio de contenidos y enfoques de especialidad y subespecialidad, generándose un currículo oculto contradictorio a su visión y misión (Parada-Lezcano y Romero, 2018). De esta forma, si en Chile escasea la formación médica enfocada en los valores de la APS, ¿cómo podemos pretender construir una atención desde una perspectiva integral?

Si lo anterior lo vinculamos a la ECICEP, no me resulta tan extraño encontrar médicos/as recién egresados que ni siquiera han escuchado sobre la Estrategia, ya que el perfil de egreso de

sus universidades está orientado hacia una medicina hospitalaria y, en muchos casos, lucrativa, orientada al sector privado. Así, estos profesionales no tienen una formación comprometida con una atención integral de los/as pacientes, que considere su cosmovisión y preferencias, lo que, lamentablemente, se transforma en una gran barrera para la implementación de la Estrategia.

Asimismo, está descrito que el ambiente universitario enfocado en la medicina hospitalaria, la percepción de “bajo prestigio profesional”, la escases de tecnologías para apoyo diagnóstico, la falta de perfeccionamiento y la relativa mala renta, entre otros, son factores que han contribuido a la desmotivación por internos de medicina y médicos egresados para desempeñarse en APS (Parada-Lazcano et al., 2022). Además, muchos de los/as médicos/as generales que ejercen en APS se encuentran en su etapa de destinación para posteriormente especializarse, según las bases de los concursos ministeriales de especialización. En este escenario, y desde una mirada individualista, se ha creado una cultura en el estamento médico en que la APS corresponde a un camino para llegar a la especialidad, una herramienta para juntar los preciados puntos, lo que genera poco interés y compromiso en el logro real de las metas sanitarias.

Considero que los esfuerzos deben estar dirigidos al fortalecimiento de la Atención Primaria y en la concientización de los/as médicos/as sobre su importancia como pilar fundamental del desarrollo de la sociedad. Para ello, se debe hacer un trabajo estructural desde las universidades, para involucrar los valores de la Salud Pública y de la APS en todos los niveles, no solo como una “asignatura más”, sino como eje central y objetivo de formación.

La medicina como objeto de consumo: Rendimiento y metas

Por otro lado, otro factor de insatisfacción laboral destacado es percepción de los profesionales de la medicina como objeto de consumo, donde el/la médico/a se ha transformado en un engranaje más de una gran máquina, que debe producir para ser efectiva. Bajo una mirada capitalista, el paradigma administrativo ha entrado a competir con el paradigma médico, llegando incluso a desplazarlo, donde ya no se prioriza la calidad de la atención, sino el rendimiento de la misma (Horwitz, 2004). Si bien esta apreciación se basa en opiniones vertidas hace 20 años, no dista mucho de la realidad actual. En Atención Primaria esto se sigue viendo en los tiempos de atención, donde se espera que en 15 minutos se evalúe, diagnostique y trate un caso de morbilidad, o en 30 minutos se logre hacer una evaluación de Salud Mental.

En contraparte, la ECICEP busca evitar esta fragmentación del/de la paciente y brindar atenciones más extensas que vendrían a priorizar nuevamente la calidad de la atención, lo que correspondería a la solución a este conflicto. La norma ministerial indica programar mayor tiempo para las atenciones que aborden 2 o más condiciones crónicas, con el fin de garantizar una evaluación integral y centrada en la persona (Ministerio de Salud, 2020).

Sin embargo, esto no es necesariamente percibido así por los/as profesionales de la salud. Según un estudio realizado en 2023 por la Universidad de Valparaíso en seis CESFAM del Valle

del Aconcagua, los/as trabajadores de la salud ven en la implementación de la ECICEP “más trabajo”, considerando este un nuevo programa que se viene a sumar a los anteriores. Además, tan solo un 50% de los encuestados considera que la programación de las atenciones ha sido eficiente y un 55% cree que el rendimiento estimado es correspondiente a la actividad. No obstante, un 79% percibe una mejora en la calidad de la atención (Iturrieta et al., 2023), por lo que, si bien la implementación del programa y la adecuación a los tiempos sigue en fases de desarrollo y aprendizaje, el objetivo final sí se está cumpliendo, lo que creo que puede funcionar como factor motivante y esperanzador para el equipo de salud.

Conclusión

La Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) responde a los cambios en la situación salud y nuevas necesidades de la población chilena, buscando la inclusión de las dimensiones biológicas, psicosociales y espirituales que envuelven el proceso salud – enfermedad – atención, apuntando a un enfrentamiento más integral centrado en el/la paciente, al mismo tiempo que evita la fragmentación en la provisión de servicios. Si bien esta Estrategia se podría enmarcar en los fundamentos de la medicina social, su implementación no está exenta de dificultades, ya que su aplicación rompe con ciertos paradigmas muy arraigados entre el estamento médico.

Un factor que puede condicionar resistencias hacia la Estrategia es que su esencia se contrapone a las clásicas concepciones de la cultura médica, ya que pone en jaque la preciada autonomía médica en pro de incluir las opiniones y preferencias del/de la paciente, sepultando la visión hipocrática de las características de la relación médico/a – paciente. Asimismo, la implementación de esta norma supone un nuevo protocolo estandarizado que ha de regir la actividad profesional, situación descrita como factor de insatisfacción laboral entre los/as médicos/as al restringir aún más su libertad profesional y, por ende, su autonomía.

Por otra parte, otro factor que pudiese contribuir a generar resistencia corresponde a que un gran porcentaje de los/as médicos/as que ejercen en Atención Primaria, no fueron formados con visión de determinación social ni con un enfoque de APS, dificultando la realización de una evaluación integral que incluya todas las dimensiones que involucra el plan consensuado. Asimismo, muchos de estos/as mismos/as médicos/as consideran la APS como una mera transición a la especialidad, obstaculizando aún más la materialización de este enfoque.

En mi opinión, los esfuerzos en la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas deben centrarse en la concientización de los/as profesionales sobre la importancia de su correcta aplicación y las mejoras que conlleva. Se debe instar a las Escuelas de Medicina a dejar atrás el modelo hipocrático y tradicional de la medicina, para posicionar a la Atención Primaria de Salud como eje central de sus programas y su importancia en el logro de los objetivos sanitarios a nivel país. Si formamos médicos/as comprometidos con los valores de la APS, entonces alcanzar el esperado plan consensuado que incluya las dimensiones físicas, psicológicas, psicosociales, espirituales, cognitivas,

económicas y culturales de los pacientes ya no será un deseo, sino una realidad. Esto no debe quedar únicamente plasmado en los perfiles de egreso, sino que debe extrapolarse y aplicarse a las prácticas clínicas, a los objetivos de las asignaturas y a las actividades de aula, no permitiendo la existencia de un currículo oculto que no se condiga con el Modelo de Salud Integral y con los objetivos sanitarios nacionales.

Asimismo, debemos dejar atrás el “orgullo médico” que limita la participación del/de la paciente en la toma de decisiones y entender que la autonomía médica y la autonomía del/de la paciente no se encuentran en pugna, sino que deben ponerse en balanza y complementarse mutuamente. Nosotros/as como los/as expertos/as en el ámbito médico, pero e/la usuario/a es experto en sí mismo/a.

Referencias

- Bascañán, Luz (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica de Chile*, 133(1), 11-16. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000100002>
- Beca-Infante, Juan (2018). La relación médico-paciente en el siglo 21. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 34(4), 209-211. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482018000400209>
- Centro de Gestión Hospitalaria Vía Salud. (2009). Autonomía Médica. *Revista Vía Salud*, (47),2-5. https://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_CentroGestionHospitalariaEditorialAutonomiaProfesional.pdf
- Clínica Universidad de Navarra. (2024). Autonomía médica. En *Diccionario Médico*. Recuperado de [URL].
- Horwitz, Nina (2004). El cambio de la práctica médica: Desafíos psicosociales para la profesión. *Revista médica de Chile*, 132(6), 768-772. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000600015>
- Iturrieta, Daisy; Ignacio, Herrera; Cárdenas, María; Herrera, Daniel y Parada-Lezcano, Mario (2023). Alcances y desafíos en el desarrollo de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas, a partir de los indicadores presentes y percepción de los usuarios, profesionales y directivos de seis CESFAM del Valle de Aconcagua en el 2022. *Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe*. PDF.
- León, Francisco (2012). Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud: Una mirada bioética. *Revista médica de Chile*, 140(11), 1490-1494. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001100017>
- Ministerio de Salud (2012). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. [URL]
- Ministerio de Salud (2020). Estrategia de Cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. [URL]
- Ministerio de Salud (2021). Marco Operativo. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en Contexto de Multimorbilidad. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf

- Ogando, Beatriz y García, Cesar (2006). Veinticinco siglos de paternalismo, 25 años de autonomía: una aproximación histórica a los cambios en la relación clínica. *Revista de calidad asistencial*, 21(3), 163-168. Acceso en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-veinticinco-siglos-paternalismo-25-anos-13089606>
- Parada-Lezcano, Mario, Parrao-Achavar, Felipe. Gurovich-Herrera, Joaquín y Palacios-Saldiva, Joaquín (2022). Percepciones acerca de la formación en atención primaria de estudiantes de medicina: un estudio cualitativo. *Investigación En Educación Médica*, 11(42), 30-41. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.42.21400>
- Parada-Lezcano, Mario & Romero, María (2018). Política de formación médica para la atención primaria de salud en Chile, crisis y desafíos. *Cuadernos Médicos Sociales*, 58 (1), 61 - 68. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/266/240>
- Sánchez, José, Cambil, J., Villegas, M. y Moreno, M. (2019). Desafíos actuales de la relación médico - enfermo. ¿Un cambio en la calidad asistencial? *Cartas al Director. Journal of Healthcare Quality Research*, 34(2), 109-110. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.11.003>

Enfoque de género en salud: Una mirada desde la atención a usuarias/os en centros de salud de nivel primario como estudiante de medicina

Liliana Gamboa Ramírez⁷

RESUMEN

El enfoque de género aborda las diferencias y desigualdades que se producen entre hombres y mujeres derivadas de los roles de género que les han sido asignados a cada grupo. El género como concepto forma parte de la determinación social, influyendo directamente en los modos y condiciones de vida de una persona. La relevancia de abordar las atenciones de salud con enfoque de género está en el sesgo sexista que las rodea, acompañado de un sistema sanitario patriarcal. Por lo tanto, como médicas, médicos y quienes nos encontramos en formación, debemos cuestionarnos cuál es nuestro rol en la educación y promoción de la salud para llegar a realizar una atención de calidad con conciencia de género. El objetivo del presente trabajo es problematizar la influencia de los roles de género en el contexto de diferentes tipos de atención en salud – enfermedad observados desde un centro de atención primaria de salud (APS), analizando a grandes rasgos el marco conceptual vigente en la legislación chilena, y realizando un contraste con la propia experiencia vivida durante la rotación del internado de APS y a lo largo de la formación médica en el contexto universitario local.

PALABRAS CLAVES

Construcción social del género, atención primaria de salud, educación médica, mujeres.

⁷ Interna de medicina. Campus San Felipe.

Introducción

Es difícil partir hablando de un tema tan amplio, pero al mismo tiempo, tan relevante como lo que significa enfoque de género en salud. A lo largo de los últimos años, en nuestro país se han realizado esfuerzos por incluir esta perspectiva a través de lineamientos ministeriales para guiar las atenciones de salud, sin embargo, aún estamos al debe como profesionales de salud en lo que respecta a su real aplicación, tanto en el ámbito de las prestaciones de salud como en la formación de profesionales.

El género se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos que son construidos socialmente para hombres y mujeres; este constructo es aprendido por un proceso de socialización dentro de un determinado contexto y enmarca lo que se considera apropiado, permitido o valorado en una persona. Por lo tanto, podemos decir que corresponde a un concepto transversal, de relación social y política, que opera en múltiples niveles y que afecta cotidianamente las interacciones y comportamientos sociales (Arcos, 2007).

Al hablar de enfoque de género debemos identificar las diferencias y desigualdades que se producen entre hombres y mujeres derivadas de los roles de género que se han asignado a cada grupo, vale decir de la forma en que se va estructurando la vida de cada persona, como oportunidades económicas, tipos de trabajo, métodos de crianza, participación en espacios públicos o acceso a atenciones de salud, entre otros.

Podemos vincular este enfoque con la medicina social / salud colectiva ya que, al reconocer la definición de salud como un “proceso de salud – enfermedad - atención (SEAC)” (Liborio, 2013), se considera que las condiciones de vida de una persona y la forma en que estas van cambiando en el tiempo, se relacionan directamente con su contexto social y su perfil de morbilidad. De esta forma, se debe destacar que el género forma parte de la determinación social que plantea la salud colectiva, ya que influye directamente en los modos y condiciones de vida de una persona al estar directamente relacionada al desarrollo de patrones ideológico – culturales e incluso de políticas públicas y sociales.

La relevancia de abordar las atenciones de salud con enfoque de género está en que “el género crea desigualdades sociales y en concreto en salud, las ciencias están impregnadas de un sesgo sexista, nuestro sistema sanitario es predominantemente patriarcal y biologicista, el género vertebrata las profesiones sanitarias, y porque las formas de atender están impregnadas de sexismo” (Casado, 2018). Esto nos lleva a cuestionarnos si realmente hemos logrado realizar avances en cuanto a esta temática en nuestra realidad local para acercarnos cada vez más a un modelo de salud integral que vea a las personas en el sistema de salud en todo su contexto biopsicosocial y su complejidad.

Esta problemática en salud no puede quedar fuera de nuestra formación como futuros/as profesionales de salud, ya que diariamente podemos observar ejemplos de inequidades provocadas por las diferencias de género en las atenciones que se realizan en todos los niveles e incluso en cada tipo de prestación. Es importante que nos cuestionemos ¿cuál es

nuestro rol en la educación y promoción de la salud para llegar a realizar una atención de calidad con conciencia de género?

En este contexto, los objetivos del presente ensayo son cuestionar cómo los roles de género influyen durante las atenciones que se realizan en centros de salud, a propósito de situaciones experimentadas a lo largo de la rotación del internado de Atención Primaria en Salud (APS); además, reflexionar acerca del énfasis y la presencia del enfoque de género a lo largo de los siete años de formación médica en nuestro contexto universitario local.

Para esto, se revisaron fuentes de información como artículos de revista, capítulos de libros, guías prácticas y documentos ministeriales desde los cuales se obtuvieron datos y definiciones pertinentes para el desarrollo del ensayo, y a partir de esto se construyó la discusión al contrastarlos con vivencias en las atenciones de salud de las cuales he formado parte durante los últimos meses.

Desarrollo

A nivel nacional existen las Orientaciones para la Planificación y Programación de la Red 2022 (MINSAL, 2021), cuyo primer anexo aborda los diferentes enfoques que considerar para su incorporación en toda la red asistencial: enfoque de derechos ciudadanos y protección social; de determinantes sociales de la salud; de curso de vida; de equidad en salud, y participación social y comunitaria.

Desde el enfoque de equidad en salud se desprende el concepto de equidad de género en salud, el cual busca que hombres, mujeres y personas de la diversidad sexual tengan las mismas oportunidades en cuanto al acceso a servicios que les permitan vivir en buenas condiciones dentro de sus contextos individuales del proceso SEAC, considerando sus necesidades particulares y eliminando cualquier tipo de discriminación o condiciones de vulnerabilidad que nacen desde el constructo social, de los roles de género y provocan consecuencias negativas para la salud (MINSAL, 2021). Estas orientaciones guían acerca de cuáles deberían ser los lineamientos que seguir durante los procesos de atención, poniendo énfasis en tomar conciencia de género para realizar una atención de calidad desde el nivel macro hasta la misma relación médico/a – paciente dentro de un box.

Sin embargo, la realidad observada durante la rotación del internado de APS ha sido un tanto diferente en cuanto a la presencia real del enfoque de género, observando que muchas veces hay sesgos de género a la hora de atender a mujeres dentro del sistema público de salud.

Por otro lado, como antecedentes histórico – políticos, desde hace al menos 30 años con la creación del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) se han legislado y desarrollado políticas públicas para avanzar en igualdad de condiciones entre hombres y mujeres en cuanto a las oportunidades, acceso y participación en salud para eliminar todo tipo de discriminación por género (MINSAL, 2015). Algunos ejemplos de estas son: la aprobación de la “Política de

Equidad de Género en Salud” en 2010 y la creación de la “Unidad de Género Ministerial” y “Comisión Asesora de Género del Sector Salud” en 2015. Además, dentro de la legislación sobre provisión de salud para las mujeres, Chile ha asumido obligaciones internacionales en materia de igualdad y no discriminación contra la mujer, dentro de las cuales destacan la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) por sus siglas en inglés, y la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención Belém Do Pará) (OEA, 1994).

Es deber del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género evaluar políticas, planes y programas para la promoción de equidad de género, el cual según la ley se define como “el trato idéntico o diferenciado entre hombres y mujeres que resulta en una total ausencia de discriminación arbitraria contra las mujeres por ser tales, en lo que respecta al goce y ejercicio de todos sus derechos humanos” (BCN, 2015).

Sin embargo, todos estos acuerdos han sido tomados desde el nivel macro, es decir, desde instituciones gubernamentales que no se relacionan directamente con las personas usuarias de los centros de APS y por lo tanto, con quienes realmente son la cara visible del sistema de salud, vale decir, los y las profesionales y trabajadores que día a día se desempeñan en estos establecimientos de la red, junto con quienes nos estamos formando para ejercer como médicas/os. En nosotros recae la responsabilidad de educarnos y tomar conciencia de género para realizar atenciones de salud libres de sesgos, estereotipos y discriminaciones, junto con la búsqueda del empoderamiento de las mujeres como protagonistas de su propia salud.

En la literatura se ha mostrado que en nuestro país existe una importante inequidad de género en cuanto a situación socioeconómica y laboral, acceso a la utilización de servicios de salud y financiamiento de la salud; considerando además diferencias en la demanda de atención entre hombres y mujeres debido al concepto de “percepción de enfermedad”, el cual a su vez se ve influenciado por factores como edad, escolaridad, nivel de ingreso y previsión de salud (Vega et al., 2003). Todas estas situaciones ponen a las mujeres en una situación de desigualdad, ya que somos nosotras las que a lo largo de nuestro ciclo vital nos vemos reiteradamente vulneradas en nuestros derechos en salud al ver perpetuados estereotipos sociales, los cuales provocan que no se tome en cuenta el hecho de que las diferencias en las condiciones psicosociales generan perfiles distintos de salud – enfermedad – atención – cuidados.

A nivel ideológico y cultural, son varias los sitios de opinión en internet y redes sociales en los que se pueden ver descritas situaciones de desigualdad de género, con testimonios de mujeres acerca de sus propias vivencias durante las atenciones de salud en todos los niveles. Al respecto es importante destacar que dentro de los comentarios que más se repiten aparecen tratos discriminatorios en los servicios de urgencia, tanto en la rapidez de la atención como en la misma evaluación del cuadro, dando por hecho que los hombres consultan cuando presentan problemas de salud graves; y por otro lado, la infravaloración de los motivos de consulta de las mujeres en los establecimientos de APS debido a la alta demanda de servicios. Todo esto no dejando de lado los testimonios relacionados a la

violencia de género en el contexto obstétrico, ya que este problema también da para revisar otras fuentes bibliográficas que no se incluirán en el desarrollo de esta discusión.

Estos sesgos en la atención de salud hacia las mujeres se desencadenan a raíz de que como sistema de salud seguimos encasillados en un modelo paternalista de atención y formación; por lo tanto no se estudian las diferencias en el proceso de SEAC entre hombres y mujeres, sino que todos los conocimientos en salud han sido dirigidos hacia los hombres como si las presentaciones clínicas fueran iguales, sin considerar la influencia del género en la determinación social de los contextos de vida de cada persona dentro de una mirada integral.

Lo anterior también se relaciona con los sesgos en investigación que existen en el ámbito de la evidencia científica de salud, ya que a lo largo de los años la formación y enseñanza de temas como la clínica de las patologías, los medicamentos y tratamientos utilizados, solo han recopilado información desde estudios que muchas veces excluyen a las mujeres en los grupos de sujetos investigados/as.

Lamentablemente, esta no es una realidad alejada de la formación médica que yo misma he recibido en mi contexto universitario actual. La carrera de medicina sigue bajo el constructo social de que corresponde a una profesión dominada por los hombres, lo cual ha sido perpetuado por el sistema de atención paternalista y los estereotipos de género a los cuales nos vemos día a día enfrentadas como mujeres estudiantes de medicina, desde los primeros años preclínicos hasta que llegamos a las prácticas profesionales en el internado.

En ese contexto no es de extrañar que aún con el cambio generacional de los últimos años y la fuerza que recobró el movimiento feminista que defiende esta perspectiva, la incorporación del enfoque de género como un eje a las mallas curriculares es una meta que no ha sido alcanzada al 100%; sino que aún queda mucho camino por recorrer para que realmente egresen profesionales formados/as desde este enfoque. La relevancia de este cambio de perspectiva está dada en el concepto de universidad como “un peldaño más en la escala de socialización de los sujetos donde las ideas del sistema patriarcal se forman, legitiman y reproducen” (Arcos, 2007), ya que de esta forma se formarán cada vez más médicas/os conscientes del género como un determinante fundamental en SEAC de las mujeres usuarias del sistema de salud en todos sus niveles.

Siguiendo en la línea de todos estos antecedentes, debo relatar mi propia experiencia durante los últimos dos meses en los cuales estuve realizando mi rotación en un centro de atención primaria, desde donde observé y participé en atenciones de salud hacia usuarias desde diferentes perspectivas, como en un box clínico, visitas domiciliarias y actividades de promoción de salud.

La primera situación observada es cómo el fenómeno de las distintas construcciones sociales de lo masculino y lo femenino tienen una influencia directa en el modelamiento de los perfiles de salud y participación comunitaria de las mujeres dentro del proceso de atención. Por ejemplo, mientras que en los controles de personas con patologías crónicas las mujeres solían asistir solas, muchas veces con claridad respecto de cuáles eran sus

motivos de consulta y tratamientos actuales; los hombres se los veía mayoritariamente acompañados de sus esposas, quienes además asumían el rol de hacerse cargo del cuidado de las enfermedades propias y las de su pareja. Es decir, para los hombres está socialmente aceptado ser más descuidados con su salud, al no saber explicar por ejemplo cuáles son sus dolencias o no hacerse cargo de la administración de sus medicamentos. Esto me llevó a reflexionar que, para muchas de estas mujeres, llegar a la etapa de adultez o adultez mayor, significa que no solo tienen que hacerse cargo de ellas mismas, sino que también asumen la responsabilidad de cuidar a sus parejas de manera no remunerada e invisibilizada.

Un segundo ejemplo dentro de las atenciones de salud es cómo la presencia de los hombres en su rol de padres es casi nula en los controles de salud infantil. Durante este tipo de atención, el patrón que se repetía con mayor frecuencia eran madres que llevaban a su hija/o al establecimiento sin el padre o acompañadas por otras figuras femeninas que eran parte de la crianza de este niño/a como abuelas, hermanas mayores o tías. Esto viene a reforzar el concepto de que son las mujeres quienes se desempeñan en las labores del cuidado de la salud, sin compartir estas responsabilidades con los hombres dentro del mismo círculo.

En las visitas domiciliarias, el patrón observado era el mismo. Mayoritariamente las mujeres asumen las responsabilidades en el cuidado de la salud de sus cercanos, incluyendo muchas veces el hecho de hacerse cargo de alguna persona con dependencia severa y recibiendo poco o nulo apoyo de parte de los integrantes masculinos que habitaban la misma casa.

Como último ejemplo, creo que es importante mencionar una situación particular que marcó parte de lo que fue la intervención en promoción de salud en el establecimiento donde realicé el internado. En esa ocasión, durante la planificación de actividades para la intervención, algunos miembros del equipo de salud cuestionaron la relevancia y trasfondo del concepto de empoderamiento de las mujeres frente a una problemática de salud, aludiendo a que no debería abordarse desde un enfoque de género ni menos contemplar teorías feministas, debido a que la población que se atendía en el centro de salud era muy rural y de edad avanzada, y que por tanto, tenían muy arraigada la cultura machista. Desde mi punto de vista, esto no solo está equivocado, sino que también se podría incluso interpretar como una forma de discriminar a estas personas, negándoles la posibilidad de educación en salud con enfoque de género debido a su condición sociocultural. Es lamentable que estos dichos hayan venido desde profesionales de salud quienes justamente deberían velar por eliminar cualquier tipo de desigualdades que sean derivados desde los estereotipos y sesgos de género, más aún cuando en nuestro rol podemos marcar la diferencia en las formas de hacer promoción de la salud.

Dado todos los antecedentes de normativas ministeriales que se mencionaron anteriormente, es sabido que el enfoque de género no es una perspectiva nueva ni desconocida, por lo que ningún/a profesional que actualmente trabaje en APS, ni quienes nos estamos formando para ello, debería estar ajeno a la meta de lograr una atención de calidad con enfoque de género que busque el erradicar las inequidades en salud.

Conclusión

El sector salud no puede estar ajeno a las desigualdades que se producen entre hombres y mujeres debido a sesgos de género que se han perpetuado en todo el proceso de SEAC, partiendo desde la concepción de que esta determinación social se traduce en diferencias en las oportunidades económicas, formas de trabajo, acceso a educación, entre otros.

La falta de equidad de género en temas de salud ha influido a diario en la salud de mujeres y niñas de nuestro país, por lo cual es importante que se formen profesionales de salud con conciencia de género para estrechar cada vez más la brecha existente y la deuda que como equipo de salud aún no hemos logrado saldar.

De esta forma, se debe apuntar a que la interacción entre factores socioculturales, económicos y políticos no sean motivo de desigualdades para el acceso a la atención en salud ni en la participación comunitaria de las mujeres.

Referencias

- Arcos, Estela; Poblete, Johana; Molina, Irma; Miranda, Christian; Zúñiga, Yanira; Fecci, Ester; Rodríguez, Laura; Márquez, Myriam y Ramírez, Miguel (2007). Gender perspective in health care teaching: a pending task. *Revista médica de Chile*, 135(6), 708–717. DOI: 10.4067/s0034-98872007000600004
- BCN (2015). Ley 20820. Crea el ministerio de la mujer y la equidad de género, y modifica normas legales que indica. Ministerio de Desarrollo Social. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1075613>
- Casado, Rosa y García-Carpintero, Ángeles (Coord.) (2018). *Género y salud: Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Ediciones Díaz de Santos. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=767281>
- Liborio, Mónica (2013). ¿Por Qué Hablar de Salud Colectiva? *Rev. Méd. Rosario*. Vol. 79, Números 136-141. <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-autonoma-de-santo-domingo/salud-y-conducta-humana/por-que-hablar-de-salud-colectiva-liborio/37412126>
- MINSAL. (2015). Decreto N19 - Crea Comisión Asesora de Género del Sector Salud. Ministerio de Salud. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/Decreto-N19_2015-Crea-Comisi%C3%B3n-Asesora-de-G%C3%A9nero-del-Sector-Salud.pdf
- MINSAL (2021). Enfoques de la Planificación en la Red de Atención de Salud Pública. En Orientaciones para la planificación y programación de la red 2022. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud de Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Orientaciones-para-la-planificaci%C3%B3n-y-programaci%C3%B3n-de-la-red-2022.pdf>
- OEA (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar, Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención de Belem do Para”. Organización de Estados Americanos. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Vega, Jeanette; Bedregal, Paula; Jadue, Liliana & Delgado, Iris (2003). Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Revista Médica de Chile*, 131(6), 669–678. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872003000600012>

Análisis crítico del rol de la APS en el contexto de la ola ómicron y de la estrategia hospitalocéntrica⁸

Sebastián Bocaz Ulloa⁹

RESUMEN

La pandemia de coronavirus ha significado un cambio en muchos sentidos. En particular el sistema de salud chileno se ha visto expuesto a una alta carga asistencial, lo que ha generado medidas inéditas como la integración con el sistema privado bajo el mando del MINSAL, la autoridad sanitaria. Sin embargo, la mirada con la que han trabajado las autoridades ha sido más bien hospitalocéntrica, lo que se manifiesta en un rol más secundario de la APS, trazabilidad sólo en la medida de lo posible, cobertura de la vacunación, entre otras. El éxito de nuestra campaña de vacunación se debe, en gran parte, al rol de la APS que ahora se ve ahogada por la ola ómicron.

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria Salud, pandemia, hospitalocéntrica

⁸ Ensayo escrito en marzo de 2022.

⁹ Interno de medicina. Campus San Felipe.

Introducción

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la actual pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2 (Organización Mundial de la Salud, 2020), que llegó a Chile a comienzos de ese mes (Ministerio de Salud, 2020h; Pontificia Universidad Católica, S.f) y desarrolló una primera ola que se extendió aproximadamente entre los meses de mayo y julio de 2020, con un peak de 6.938 casos nuevos (Ministerio de Salud, 2020d) al 13 de junio de ese año, sumando 13.393 fallecidos en julio (Ministerio de Salud, (S/f a). Posteriormente se reportaron variantes del virus, con características peculiares y que podían ser de interés o de preocupación (U.S Centers for Disease Control and Prevention, 2023)¹⁰. Debido al efecto negativo que generó la nomenclatura original se optó por el alfabeto griego. Las dos últimas variantes de preocupación, y que causaron olas en Chile, fueron Delta y Ómicron. La tendencia con las variantes ha llevado a una mayor propagación y una menor letalidad en cada ola, si bien esto no se explica únicamente por la evolución del virus (Callaway, 2021). En el caso de ómicron, además se ha observado escape inmune (Planas et al, 2021), evadiendo a las vacunas en mayor o menor medida. Esto, sumado a su contagiosidad sin precedentes, provocó una oleada de contagios récord tanto en casos nuevos como casos activos y consultas (Ministerio de Salud, 2022a-b)

Sin embargo, la respuesta sanitaria también ha moldeado el comportamiento del virus. El brote por el virus original supuso la activación de la alerta sanitaria (Biblioteca del Congreso Nacional, 2020), que entrega recursos y facultades adicionales a la autoridad sanitaria y sus dependencias. Se aumentó la capacidad de camas críticas (Ministerio de Salud, 2020c), generando una colaboración público – privada inédita en el país (Castillo, 2020). Ómicron, en cambio, encuentra un sistema de salud desgastado (Koppmann et al, 2021), con desmantelamiento progresivo de la trazabilidad (Carvajal, G, 2021), disminución del personal y de la disponibilidad de camas (Diario UCHILE, 2021)

La APS jugó un rol clave en todas las olas. Se hicieron cargo de la trazabilidad (Ministerio de Salud, 2020j) hicieron posible lograr la amplia cobertura de vacunación que hoy tenemos (Bastías, 2021), y han apoyado en actividades como los operativos de búsqueda activa de casos o BAC (Ministerio de Salud, 2020-j) Incluso se encontraron con la necesidad de reconvertir funciones, reasignar recursos, cumplir con ciertas metas por presiones del ministerio, etc. Ómicron, con su alta contagiosidad y su presentación generalmente más leve, ha llevado a los pacientes a consultar en APS y las urgencias hospitalarias (Mesa de noticias de El Mostrador, 2022; Hospital de Urgencia Asistencia Pública, 2022). Si a eso sumamos el *laissez-faire* sanitario al momento de abandonar la trazabilidad y el concepto de contacto estrecho (Reyes, 2022), se genera un escenario adverso que puede eventualmente llevar al colapso ya no de los hospitales, sino de la atención primaria.

¹⁰ Estas últimas denominadas primero por su linaje, que debido a su dificultad pasaron a ser conocidas con el gentilicio del lugar donde fueron descubiertas.

Desarrollo

El primer caso chileno se identificó el 3 de marzo de 2020 (Ministerio de Salud, 2020h) en el hospital de Talca, y se trataba de un paciente joven que había visitado varios países del sudeste asiático (Pontificia Universidad Católica, S.f). Antes de continuar me parece pertinente recordar que, en el sistema de salud chileno, la prestación de servicios y el financiamiento de las prestaciones de salud se encuentran divididas entre un sistema público y otro privado, sin olvidar la existencia del subsistema de las fuerzas armadas y de orden, así como el seguro de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales. Cabe destacar que FONASA, el seguro público, cubre a alrededor del 80% de la población (González, 2019). Además, es relevante tener presente que, con las reformas neoliberales llevadas a cabo durante la dictadura se municipalizó la atención primaria, supuestamente en un afán de descentralizar, pero que hasta el día de hoy ha dificultado la coordinación entre los distintos niveles de atención (González, 2019).

Por otra parte, durante los meses previos al denominado estallido social, diversas agrupaciones, dentro de las que destaca el Colegio Médico, estaban denunciando una crisis sanitaria debido a la falta de insumos básicos en varios hospitales, situación negada reiteradas veces por el ministro Mañalich (Ferrer, 2019), generalmente acompañando sus negaciones con ataques personales. En octubre estallan las protestas en todo el país, que tras un mes llevaron a un acuerdo por la nueva constitución, fijando un plebiscito constitucional para abril de 2020. Las protestas disminuyeron su intensidad en verano, pero ya se perfilaba un aumento para marzo (Bustos, 2020). La marcha del 8 de marzo fue quizás la más multitudinaria, aunque la convocatoria fue medida de una forma muy dispar (Monasterio, 2020). Tan solo 3 días después de esta marcha se declara la pandemia por parte de la OMS (OMS, 2020)¹¹.

Se decretó alerta sanitaria el 08 de febrero (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2020), y la primera medida concreta que se tomó para enfrentar la pandemia fue codificar como prestación FONASA la realización del examen diagnóstico, la reacción de polimerasa en cadena (PCR), para detectar material genético del SARS-CoV-2¹². En conjunto con este anuncio se informó que se exigiría una declaración jurada a quienes ingresaran al país, y se adelantó la puesta en marcha de los edificios de varios hospitales que estaban en terminaciones o adecuaciones, como el Félix Bulnes o el Gustavo Fricke (Ministerio de Salud, 2020g). En el anuncio del ministerio no aparece ninguna mención a la APS.

El 22 de marzo de 2020 se decretó estado de excepción constitucional de catástrofe, y el MINSAL anunció la intención de incorporar la oferta de camas críticas del sector privado a

11 En ese momento en Chile se conocían 23 casos informados al 10 de marzo (Ministerio de Salud, 2020-d). Fue sólo cuestión de tiempo para que el aumento de casos hiciera inviable el plebiscito constitucional de abril, por lo que se determinó reprogramarlo para 6 meses después (SERVEL, 2020). Al momento del anuncio del SERVEL ya se conocían 746 casos (Ministerio de Salud, 2020d).

12 Esto permite financiar el examen, y buscaba además regular los precios del sistema privado, según informa el propio MINSAL (Ministerio de Salud, 2020-g).

la red pública (Ministerio de Salud, 2020f). Esto se concretó al modificar el decreto de alerta sanitaria y así crear la red integrada COVID (Ministerio de Salud, 2020b). Nuevamente, no hay ninguna mención a la APS. La llamada primera ola se extendió aproximadamente entre los meses de mayo y julio de 2020, con un peak de 6.938 casos nuevos al 13 de junio de ese año (Ministerio de Salud, 2020-d) y sumando 13.393 fallecidos en julio (Ministerio de Salud, S/f -a)¹³.

No se tiene claridad acerca de cuándo y cómo comenzaron las negociaciones por las vacunas (Cárdenas, 2021), pero puede suponerse que la apuesta fue hacer acuerdos con distintos laboratorios para tener acceso a al menos una vacuna por cada plataforma. Además, Chile se hizo parte del mecanismo COVAX de la OMS, que busca un acceso equitativo a las vacunas (OMS, S/f).

Cabe destacar que recién en julio de 2020 se consideró a la APS para hacerse cargo de la trazabilidad en el contexto de la estrategia TTA (Ministerio de Salud, 2020-j) Es decir, tras 5 meses de alerta sanitaria recién se consideró a la APS.

El 24 de diciembre de 2021 comenzó la vacunación, iniciando con funcionarios clínicos de las unidades de paciente crítico (Ministerio de Salud, 2021-a), utilizando la vacuna del laboratorio Pfizer/BioNTech, utilizando como plataforma el ARN mensajero modificado (Ministerio de salud, s/f-b). Posteriormente se sumaría la vacuna del laboratorio Sinovac, con plataforma virus inactivado (Ministerio de Salud, S/f-b). Con esto se masifica la inmunización y se sigue un calendario fijado por el MINSAL para aprovechar el stock disponible. La nota de prensa del ministerio sólo menciona una vez la APS, pero al incorporar la vacunación contra el SARS-CoV-2 al programa nacional de inmunizaciones (PNI) la APS toma un rol fundamental como ejecutora de dicho programa. En la publicación de los lineamientos generales del ministerio sólo nombran a la APS en forma indirecta (Ministerio de Salud, 2020-a), aun siendo que son los ejecutores de la política pública.

En el contexto de una segunda ola¹⁴, la curva de defunciones se comienza a separar de la curva de contagios (Ministerio de Salud, 2022 -b)¹⁵. Un estudio del MINSAL midió la efectividad de la vacuna de Sinovac, la más utilizada en el país, informando 86% de efectividad para prevenir la muerte y 90,3% para prevenir ingreso a UCI (Ministerio de Salud, 2021-b). Es destacable el hecho de que estos valores se obtienen con datos de población chilena.

La alta cobertura de vacunación (94% según DEIS (Ministerio de Salud, S/f -a) permitió disminuir la letalidad del COVID-19, y esto fue posible gracias al rol de la APS.

13 Podría denominarse ola por el comportamiento de la curva de casos y la restricción de libertades individuales que se dio durante este peak, pero no hay una definición concreta de ello.

14 Resulta un poco más difícil definir la segunda ola, ya que tenemos un peak en abril de 2021 (9.171 casos nuevos al 9 de ese mes) y otro en junio (8.867 casos nuevos al 5 de ese mes) (Ministerio de Salud, 2022b). La vigilancia genómica del ISP nos indica que la variante predominante fue Gamma, identificada inicialmente en Brasil, y correspondiente al linaje P1 (MINSAL, 2022a).

15 Si comparamos las curvas de contagios y de fallecidos por fecha de inicio de síntomas, la primera ola presenta pendientes similares, mientras que las siguientes olas muestran un perfil más aplanado respecto a sus correspondientes curvas de contagio (Ministerio de Salud, 2022b).

La variante ómicron¹⁶ se ha asociado a escape inmune (Planas et al, 2021), evadiendo a las vacunas en mayor o menor medida. Ha logrado reinfectar a personas que ya tuvieron COVID y enfermar a quienes tienen esquema primario completo y dosis de refuerzo, pero con una presentación mucho más leve. Según datos de secuenciación de variantes del MINSAL, ómicron es la variante predominante en 2022 y explicaría el peak exagerado de 38.446 casos de febrero.

Ante el explosivo aumento de casos, la autoridad define acabar con la trazabilidad, solicitando que los propios casos positivos notifiquen a sus contactos (Ministerio de Salud, 2022c). Al parecer la autoridad sanitaria se dio por vencida con la trazabilidad, ya que eliminaron recursos económicos y humanos destinados a dicha tarea (Carvajal, 2021; Diario UCHILE 2021). Se acaba el contacto estrecho, ahora es “alerta Covid” y es deseable que se realice un testeo, pero no es obligatorio¹⁷. Lo que antes significaba una única consulta por grupo familiar, ahora se multiplica por el número de integrantes y al ser presentaciones clínicas más leves se consulta más en servicios de urgencia hospitalaria y en las unidades respiratorias de los CESFAM y SAPU, es decir, en la APS¹⁸.

Dado el alto nivel de contagios se observa un colapso de la capacidad de testeo, que se ve reflejado en la alta positividad de los PCR. La prueba de antígeno ha cumplido un rol fundamental, y se utiliza en sintomáticos recientes¹⁹.

Los datos no son suficientes para sustentar o desmentir la idea del colapso, ya que no hay estadísticas (públicas al menos) de la presión asistencial en la APS, pero las cifras de contagios y la realidad local dan para pensar que probablemente esta sea la realidad nacional.

La respuesta de la autoridad sanitaria en esta situación la postura de la autoridad siempre ha sido triunfalista. En su momento el ministro Mañalich habló de “nueva normalidad” (El Mostrador, 2020), buscando que el país recuperara la actividad económica en medio de una pandemia. Incluso tras su salida del ministerio siguió defendiendo su gestión y la política hospitalocéntrica que se llevó en el manejo de la pandemia. El ministro Paris declaró, al ser consultado por la preocupante alza de contagios en enero, “no se ha visto reflejado en el sistema hospitalario” (Mesa de noticias El Mostrador, S.f)²⁰.

16 Hubo una variante Delta descubierta por primera vez en la India, que se hizo presente en Chile en agosto de 2021 (Ministerio de Salud, 2022a). En septiembre ya era la predominante, aunque con el cambio de año fue desplazada por ómicron (Ministerio de Salud, 2022a), descubierta por primera vez en Sudáfrica. La ola delta se caracterizó por pocos casos, con una meseta en noviembre fluctuando entre cifras cercanas a 2000 y 3000 casos nuevos (Ministerio de Salud, 2022b). Todo esto cambió con ómicron.

17 Esto implica, por ejemplo en una familia con hijos trabajadores en la que hay un caso positivo, que si antes todos pasaban a ser contactos estrechos del caso índice y se les otorgaba licencia de ser necesario, el escenario actual el aislamiento no es obligatorio, y sólo los casos positivos tienen derecho a licencia.

18 A inicios de marzo las horas de atención respiratoria del centro se agotaban antes de las 10 de la mañana, y deben obtenerse en forma presencial (a diferencia, por ejemplo, de morbilidad general que se obtienen por teléfono).

19 En mi centro (CESFAM San Felipe El Real) se utiliza cuando han pasado al menos 24 horas desde el inicio de síntomas y hasta los 6 días. Tiene la ventaja de entregar los resultados en 20 minutos, y no esperar horas -o días- como ocurre con el PCR.

20 Recientemente, el ministro Paris, secundado por el propio Mañalich criticó a Nueva Zelanda debido a un supuesto fracaso de su política de COVID cero, esto dada su alta incidencia en el contexto de la ola ómicron (T13, S/f). Sin embargo, la estrategia COVID-Cero de dicho país mantuvo a raya los contagios y logró una mortalidad muchísimo menor a la del caso chileno (Escobar, 2021). Según bases de datos, NZ tiene 65 fallecidos a fecha 7 de marzo (Datosmacro, 2022), mucho menos que los 54.235 de Chile (Ministerio de Salud, S/f a).

Más allá de los números, cada uno de los fallecidos era parte de una familia, son vidas de personas las que se perdieron, y que con un abordaje más preventivo se podrían haber salvado, al menos en parte. Hay tanto que se pudo haber hecho, como cerrar efectivamente las fronteras en lugar de poner una declaración jurada en la entrada del aeropuerto, testear a los viajeros al ingresar, llamar a los contactos y tratar de trazar a sus contactos para identificar los brotes y disminuir la circulación comunitaria. Creo que estuvo bien sumar a la APS para hacerse cargo de la estrategia TTA, pero se debió apostar por ello antes y darle continuidad, puesto que prácticamente fue la primera área en recibir recortes. Varios centros siguieron gracias a recursos aportados por sus municipalidades, pero esos aportes no eran sostenibles en el tiempo.

Valoro positivamente la creación de un sistema centralizado de gestión de camas críticas, que hizo posibles los traslados en la red tanto pública como privada. Creo que la coordinación público – privada es el futuro del sistema de salud chileno.

Finalmente, un breve comentario sobre las consecuencias del acaparamiento de vacunas y el fracaso del sistema COVAX. Mientras países desarrollados o en vías de desarrollo, pero con buen nivel de ingresos, como el caso de Chile, van ya por su cuarta dosis, países pobres apenas tienen una dosis, y con muy mala cobertura de su población. Podría decirse que esto hizo posible el surgimiento de ómicron. La idea que guía al COVAX es que sólo estaremos seguros el día en que todos estemos en las mismas condiciones (OMS, S.f), y lamentablemente pareciera ser que, al menos en ese objetivo, COVAX fracasó.

Conclusión

Resulta peligroso dejar todo en manos del nivel hospitalario, olvidando por completo la existencia de la APS, que es la que tiene llegada a la comunidad y a los territorios, tal y como apreciamos al momento de lograr la cobertura de las vacunas. La APS es una gran herramienta, parte importante del sistema de salud, pero claramente la autoridad no la aprovecha, muchas veces impresiona que incluso la desprecia.

Varias propuestas han aparecido a la hora de plantear una reformulación del sistema de salud chileno. Particularmente me resulta interesante la idea de generar un símil al sistema británico, el NHS, que corresponde a un sistema único. Sin embargo, esta no es una decisión que deba tomarse a la ligera.

Referencias

- Bastías, Magdalena., González, Cecilia., Herrera, Cristian., Corona, Francisca., Gagnolati Michelle. (13 de diciembre de 2021). Banco Mundial Blogs. <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/los-ingredientes-de-la-exitosa-campana-de-vacunacion-de-chile-contr-la-covid-19>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2020). Decreto 4. Decreta alerta sanitaria por el periodo que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1142163>

- Bustos, Andrea. (02 de marzo 2020). Chile sigue despierto: Organizaciones proyectan marzo como mes de masivas manifestaciones. Diario UCHILE. <https://radio.uchile.cl/2020/03/02/chile-sigue-despierto-organizaciones-proyectan-marzo-como-mes-de-masivas-manifestaciones/>
- Callaway, Ewen. (07 de Diciembre de 2021) Beyond Omicron: what's next for COVID's viral evolution. Nature. 2021; 600 (7888): 204-207.
- Cárdenas, Leonardo. (23 de julio de 2021). Los reservados acuerdos de Chile Con Pfizer, Sinovac y Janssen. La Tercera. <https://www.latercera.com/la-tercera-sabado/noticia/los-reservados-acuerdos-de-chile-con-pfizer-sinovac-y-janssen/NAAWAIHDNRFWPJV2PM6ZQUFYU>
- Castillo, Luis. (2020). Integración público-privada: la experiencia nacional (Decreto N°4 de febrero de 2020). Ministerio de salud. http://www.supersalud.gov.cl/observatorio/671/articles-19663_sem_8_2.pdf
- Carvajal G, Claudia. (01 de octubre 2021). Jefes comunales repudian decisión del Gobierno de terminar con recursos para trazabilidad en APS. Diario UCHILE. <https://radio.uchile.cl/2021/10/01/jefes-comunales-repudian-decision-del-gobierno-de-terminar-con-recursos-para-trazabilidad-en-aps/>
- Datosmacro.com: Nueva Zelanda - Covid-19 - crisis Del coronavirus 2022 [Internet]. datosmacro.com. Síguenos en; 2022. <https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus/nueva-zelanda>
- Diario UCHILE. (03 de octubre de 2021). Gremios advierten “desmantelamiento” de la salud pública. <https://radio.uchile.cl/2021/10/03/gremios-advierten-desmantelamiento-de-la-salud-publica/>
- El Mostrador. (25 de mayo de 2020). Mañalich no cede: ministro insiste en “nueva normalidad” y casos de COVID-19 se disparan a nuevo peak de 4.895 casos. <https://m.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/05/25/manalich-no-cede-ministro-insiste-en-nueva-normalidad-y-casos-de-covid-19-se-disparan-a-nuevo-peak-de-4-895-casos/>
- Escobar, L. El fracaso de Nueva Zelanda y del “coronavirus cero” según el ministro Paris [Internet]. Vocería Virtual. 2021. <https://www.voceriavirtual.cl/2021/08/el-fracaso-de-nueva-zelanda-y-del.html?m=1>
- Ferrer, Consuelo. (18 de octubre de 2019). Pugna entre delantales blancos: Colegio Médico y Minsal se enfrentan por “crisis sanitaria” en hospitales públicos. Emol. <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2019/10/18/964733/Crisis-sanitaria-falta-insumos-Manalich.html>
- González, Claudia., Castillo, Carla., y Matute Isabel. (Eds.). (2019). Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de salud poblacional N°2 Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>
- Koppmann, Alejandro. Cantillano, Vanesa., Alessandri, Carolina. (2021). Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. ScienceDirect. Revista Médica Clínica Las Condes. 2021; 32(1): 75-80.
- Mesa de noticias de El Mostrador. (S.f). Ministro Paris Tras alza de contagios: “no se ha visto reflejado en sistema hospitalario”. El mostrador. <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2022/01/26/ministro-paris-tras-alza-de-contagios-no-se-ha-visto-reflejado-en-sistema-hospitalario/>
- Mesa de noticias de El Mostrador. (18 de enero de 2022). Por Variante ómicron: Colmed emplaza al gobierno y le recomienda <<por ningún momento transmitir un mensaje de que está todo controlado, porque eso no es así>> El Mostrador. <https://m.elmostrador.cl/dia/2022/01/18/por-variante-omicron-colmed-emplaza-al-gobierno-y-le-recomienda-por-ningun-momento-trasmitir-un-mensaje-de-que-esta-todo-controlado-porque-eso-no-es-asi/>

Ministerio de Salud. (S.f a). Cifras oficiales COVID-19 Chile. <https://deis.minsal.cl>

Ministerio de Salud. (S.f b). Información Técnica de Vacunas COVID-19. <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informacion-tecnica-vacunas-covid-19/>

Ministerio de Salud (2020a). Aprueba lineamientos técnico-operativos vacunación SARS-CoV (Exenta N° 1138) <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/RE-N%C2%BA-1138-Lineamientos-SARS-CoV-2.pdf>

Ministerio de Salud (2020b). Decreto 10: Modifica Decreto N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta alerta sanitaria por el periodo que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV) <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143702>

Ministerio de Salud. (2020c). Fortalecimiento Red Asistencial frente al COVID-19 Subsecretaría de Redes Asistenciales. https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmlID=214673&prmtipo=DOCUMENTO_COMISION

Ministerio de Salud. (2020d). Informe epidemiológico n°33 enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19). <https://www.minsal.clhttps://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/InformeEPI130720.pdf>

Ministerio de Salud. (2020e). Informe epidemiológico enfermedad por COVID-19. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/INFORME_EPI_COVID19_20200330.pdf

Ministerio de Salud. (2020f). Minsal anuncia medidas para disponer de mayor capacidad en la Red Asistencia. <https://www.minsal.cl/minsal-anuncia-medidas-para-disponer-de-mayor-capacidad-en-la-red-asistencial/>

Ministerio de Salud. (2020g). Ministerio de Salud anuncia que FONASA cubrirá examen que permite detectar COVID-19. <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-anuncia-que-fonasa-cubrirá-examen-que-permite-detectar-covid-19/>

Ministerio de Salud (2020h). Ministerio de Salud confirma primer caso de coronavirus en Chile. <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-confirma-primer-caso-de-coronavirus-en-chile/> (03 de marzo de 2020).

Ministerio de Salud (2020i). Minsal dispone de 3.300 Ventiladores Mecánicos para Emergencia Sanitaria Por COVID-19. <https://www.minsal.cl/minsal-dispone-de-3-300-ventiladores-mecanicos-para-emergencia-sanitaria-por-covid-19/>

Ministerio de Salud. (2020j). Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Estrategia-Testeo-Trazabilidad-y-Aislamiento.pdf>

Ministerio de Salud. (2021a). Presidente Piñera da a conocer calendario de vacunación masiva contra el COVID-19: <https://www.minsal.cl/presidente-pinera-da-a-conocer-calendario-de-vacunacion-masiva-contra-el-covid-19/>

Ministerio de Salud. (2021b). Reporte Covid-19: Vacuna Coronavac tiene un 90,3% de Efectividad para prevenir El Ingreso a UCI. <https://www.minsal.cl/reporte-covid-19-vacuna-coronavac-tiene-un-903-de-efectividad-para-prevenir-el-ingreso-a-uci/>

Ministerio de Salud. (2022a). Informe epidemiológico n°25 vigilancia genómica de SARS-CoV-2 (COVID-19) https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/02/Informe_Variantes-N°25_220226_202020.pdf

Ministerio de Salud. (2022b). Informe Epidemiológico N° 175. Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19). Chile. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile, <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Informe-Epidemiolo%CC%81gico-175.pdf>

- Ministerio de Salud. (2022c) ORD B51 N° 269/2022. Actualización de la definición de caso sospechoso, confirmado, probable, personas en alerta COVID-19, y contacto estrecho de brotes confirmados y propinados; periodos de aislamiento; para la vigilancia epidemiológica ante pandemia de COVID-19 en Chile. [Internet] Salud responde. Ministerio de Salud de Chile. <https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/ORD-269-19-01-2022.pdf>
- Monasterio, Fernanda. (09 de marzo de 2020). ¿Asistieron 125 mil, 800 mil o millones de personas a la marcha del 8M? Radio pauta. <https://www.pauta.cl/nacional/diferencias-en-los-numeros-como-se-mide-la-asistencia-a-las-marchas>
- Organización Mundial de la Salud. (11 de marzo de 2020). Alocución de apertura del Director general de la OMS en la Rueda de Prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Organización Mundial de la Salud. (S.f). Covax: Colaboración para un acceso equitativo mundial a Las Vacunas Contra la covid-19 <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax>
- Planas, Delphine; Saunders, Nell; Maes, Piet; Guivel-Benhassine, Florence; Planchais, Cyril; Buchrieser, Julian; Bolland, William-Henry; Porrot, Françoise; Staropoli, Isabelle; Lemoine, Frederic; Péré, Héléne; Veyer, David; Puech, Julien; Rodary, Julien; Baele, Guy; Dellicour, Simon; Raymenants, Joren; Gorissen, Sarah; Geenen, Caspar; Vanmechelen, Bert; Wawina-Bokalanga, Tony; Martí-Carreras, Joan; Cuypers, Lize; Sève, Aymeric; Hocqueloux, Laurent; Prazuck, Thierry; Rey, Félix; Simon-Lorieri Etienne; Bruel, Thiothée; Mouquet, Hugo; André, Emmanuel; Schwartz, Olivier (23 de Diciembre de 2021). Nature. 2021; 602 (7898): 671-675.
- Pontificia Universidad Católica de Chile (S.f). Primer Caso de Covid-19 en Chile. <https://observatorio.medicina.uc.cl/primer-caso-de-covid-19-en-chile/>
- Reyes, Felipe. (17 de enero de 2022). Minsal Hará que los contagiados deban notificar a sus propios contactos estrechos. BioBioChile. <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2022/01/17/minsal-hara-que-los-contagiados-deban-notificar-a-sus-propios-contactos-estrechos.shtml>
- SERVEL. (2020). Acuerdo político posterga la realización del Plebiscito Nacional. <https://servel.cl/acuerdo-politico-posterga-la-realizacion-del-plebiscito-nacional/>
- T13. (S.f). Minsal Descarta “gripalizar” la pandemia: “No vamos a relajar las medidas (...) Este resfrío mata”. <https://www.t13.cl/noticia/nacional/minsal-rechaza-gripalizacion-pandemia-coronavirus-10-02-2022>
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2023). SARS-CoV-2 Variant Classifications and Definitions. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-classifications.html>
- Hospital de Urgencia Asistencia Pública. (03 de febrero de 2022) Posta Central Apoya a la Atención Primaria en el procesamiento de muestras de PCR. <https://huap.redsalud.gob.cl/posta-central-apoya-a-la-atencion-primaria-en-el-procesamiento-de-muestras-de-pcr/>
- Zúñiga, Verónica. (04 de agosto de 2021). ¿Cómo nos afectará la variante delta en los próximos meses? Universidad de Chile. <https://www.uchile.cl/noticias/178465/como-nos-afectara-la-variante-delta-en-los-proximos-meses>

Elige vivir sano. Crítica desde la perspectiva de clases sociales de Erik Olin Wright

Ivette Zamalloa Chang ²¹

RESUMEN

El programa “Elige Vivir Sano” surge como respuesta a los alarmantes indicadores de salud revelados. Está basado en cuatro pilares fundamentales: alimentación saludable, actividad física, actividades al aire libre y vida en familia. Este programa presenta un enfoque individualista y falta de conexión con la realidad social de la población, lo que se debe a que no se aborda desde la perspectiva de la determinación social de la salud, que es un enfoque crucial para comprender las inequidades en salud. Las clases sociales juegan un papel esencial por lo que este ensayo se basa en la perspectiva relacional de clases propuesta por Erik Olin Wright, una visión integral que considera las interacciones y relaciones entre individuos/as, ofreciendo una comprensión más rica y completa. El programa “Elige Vivir Sano” coloca la responsabilidad de “elegir” vivir de manera saludable sobre los hombros de cada persona sin tomar en cuenta el contexto social en el cual se encuentran inmersas, como las condiciones laborales precarias o su posición en la jerarquía social. Se invita al lector/a a cuestionarse ¿realmente podemos elegir vivir sano?

PALABRAS CLAVE

“Elige vivir sano”, Clases sociales, Determinación social de la salud.

²¹ Interna de medicina, Campus San Felipe.

Introducción

Durante las últimas décadas la malnutrición por exceso y las enfermedades no transmisibles (ENT) son un problema importante de salud pública, de hecho, las encuestas nacionales de salud (ENS) a partir del año 2003 muestran un claro aumento de la prevalencia de las ENT y de la malnutrición por exceso (Ministerio de Salud, 2003; Ministerio de Salud, 2010; Ministerio de Salud (S.f)). A raíz de esto el año 2013, bajo la ley 20.670 surge el Sistema Elige Vivir Sano (SEVS) el cual tiene como objetivo promover hábitos y estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida y salud de las personas e intentar reducir distintos factores y conductas de riesgo asociadas a ENT. Para el SEVS se entienden los hábitos y estilos de vida saludable como "...aquellos que propenden y promueven una alimentación saludable, el desarrollo de actividad física, la vida familiar y las actividades al aire libre, como también aquellas conductas y acciones que tengan por finalidad contribuir a prevenir, disminuir o revertir los factores y conductas de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles" (Biblioteca del Congreso de Chile, 2013).

La política suena adecuada y pareciera que esa es la solución a las altas tasas de enfermedades asociadas al riesgo cardiovascular, pero aun así en la ENS del 2017 señala que hubo un aumento de los problemas: el 39.8% de la población tiene sobrepeso y un 31,2% son obesos, sumado al 3.2% de obesidad mórbida, 27.6% de población con sospecha de HTA, 12.3% de población diabética y, aparte, un 86.7% de población sedentaria. Esto nos hace preguntar ¿Realmente este programa se puede aplicar a nuestra sociedad? ¿Acaso aquellas personas de clases sociales más bajas, sectores populares, pueden llevar una vida saludable si no tienen las condiciones necesarias para hacerlo?

Cuando hablamos de factores sociales que influyen en la salud de los individuos, la medicina social / salud colectiva ha cambiado la forma en que se entiende el proceso salud – enfermedad – atención – cuidado (SEAC), partiendo por establecer el marco conceptual de determinación social de la salud (DSS). Este concepto surge en Europa en siglo XIX y en Latino América se desarrolla en el siglo XX y tiene que ver con el contexto social de la SEAC, en donde no sólo lo biomédico está implicado, como lo plantea el modelo clásico positivista en donde se considera el proceso SEAC, de manera hegemónica, como un "equilibrio biológico en los individuos", sino que cuestiona esta hegemonía del modelo, ya que este, como dice Jaime Breilh "muestra la punta del iceberg, pero no logra explicar las determinaciones sociales que lo producen a la luz de las relaciones y complejidad del fenómeno salud-enfermedad" (Breilh Paz y Miño, 2010) . Basándonos en esto podemos decir que estamos "determinados socialmente". Por lo mismo la salud no abarcaría sólo lo que suceda a nivel individual, si no también lo que suceda en la sociedad, la cual tiene un modo de funcionamiento en donde la clase social tiene un papel muy importante.

Las clases sociales desempeñan un papel de máxima importancia en el funcionamiento de la sociedad y, en consecuencia, en cómo se configura la SEAC de las comunidades. Un prominente analista de las clases sociales es el sociólogo estadounidense Erik Olin

Wright, cuya teoría ofrece una categorización exhaustiva de los grupos sociales y pone un énfasis singular en las relaciones de propiedad como el factor determinante principal de las disparidades sociales. Es por esta razón que en este ensayo adoptaremos su enfoque relacional de las clases sociales, que además de permitirnos profundizar con mayor amplitud, nos brinda la capacidad de explorar las reales causas subyacentes de las inequidades que observamos en el ámbito de la salud.

Ahora, ¿Qué tiene que ver esto con el sistema elige vivir sano? Pues todo. La determinación social de la salud implica el funcionamiento completo de la sociedad, el cual no es tomado en cuenta a la hora de aplicar el sistema. El SEVS no toma en cuenta que para poder llevar una vida saludable la clase social influye, y mucho.

Este es un problema sumamente importante evidenciado en la encuesta nacional de consumo alimentario en Chile: los niveles socioeconómicos más bajos son los que tienen una peor alimentación (Ministerio de Salud, 2011) y según otros estudios, entre ellos la “Aplicación de encuesta nacional de hábitos de actividad física y deporte 2021 para la población de 5 años y más” los niveles socioeconómicos más bajos también realizan menos actividad física (7). Chile es uno de los países que realiza menos actividad física en el mundo.

El presente ensayo tiene como objetivo establecer una relación desde una perspectiva de la salud colectiva y la determinación social de la salud entre las clases sociales según Erik Olin Wright y el enfoque del sistema elige vivir sano.

	Propietarios de medios de producción	No propietarios (trabajadores asalariados)			
Posee capital suficiente para contratar obreros y no trabajar	1. Burguesía	4. Experto directivo	7. Directivo semicredencializado	10. Directivo no credencializado	+ Bienes de organización > 0 .
Posee capital suficiente para contratar obreros, pero tiene que trabajar	2. Pequeños empleadores	5. Experto supervisor	8. Supervisor semicredencializado	11. Supervisor no credencializado	
Posee capital suficiente para trabajar para sí mismo, pero no contrata obreros	3. Pequeña burguesía	6. Experto no directivo	9. Obrero semicredencializado	12. Proletarios	
		+ > 0 -			Bienes de calificación/ credenciales

Figura 1. Perspectiva neomarxista de las clases sociales. Tomado de Erik Olin Wright (1997)

Desarrollo

Clases sociales según Erik Olin Wright

Erik Olin Wright²² dedicó una parte significativa de su carrera académica al análisis de las clases sociales. Su enfoque neomarxista desafía la noción tradicional de la clase, desplazando el foco desde los atributos individuales hacia un concepto más holístico:

“La clase no debería identificarse simplemente con los atributos individuales de las personas ni con sus condiciones materiales de vida; por el contrario, se trata de un modo de considerar las interconexiones existentes entre ambos (...). La «dominación» se refiere a la capacidad de controlar las actividades de otros; la «explotación», a la adquisición de beneficios económicos del trabajo de aquéllos que son dominados. Toda explotación, por consiguiente, implica algún tipo de dominación, pero no toda dominación implica explotación” (...) Reconocer la explotación y la dominación como ejes centrales del análisis de las clases supone reconocer la importancia de una estructura de posiciones sociales distinta de las personas que las ocupan ...) (8).

En consecuencia, además de los atributos personales y las condiciones materiales, Wright sostiene la importancia de considerar elementos como el contexto social, la educación, las distintas formas de vida, diversas culturas y especialmente el capital social. Este último término se refiere a las conexiones que alguien posee debido a sus relaciones interpersonales. Por ejemplo, no es lo mismo tener contactos con personas de élite o con poder (políticos, médicos, abogados, eclesiásticos o ingenieros) que contar únicamente con la red de familiares y vecinos locales. Estas conexiones pueden dificultar o facilitar el avance económico individual. Esta perspectiva se alinea con la noción relacional de la clase, que va más allá de una clasificación simple en términos de alta, media o baja, centrándose en cómo los individuos se interrelacionan entre sí, por ejemplo, la burguesía no existe sin el proletariado.

Siguiendo esta lógica relacional, Wright propone analizar la estructura social a través de la dicotomía de dominación y explotación. Esta dinámica se manifiesta en la estratificación como la posesión de los medios de producción (capitalistas) y la contratación para utilizar dichos medios (trabajadores) (Wright, 1997). Para respaldar su teoría de clases, Wright introduce tres dimensiones fundamentales: la posesión de los medios de producción, el

22 Erik Olin Wright nació en Berkeley, California, el 9 de febrero de 1947. Ganó el primer premio de matemáticas en la Feria Nacional de Ciencias de 1964 con un proyecto sobre las bandas de Möbius. Se licenció en Ciencias Sociales por la Universidad de Harvard en 1968 y estudió Historia durante dos años en el Balliol College de Oxford. Durante la guerra de Vietnam, recibió un aplazamiento del servicio militar para asistir a una escuela de formación de ministros unitarios en Berkeley. También trabajó como capellán estudiantil en la prisión estatal de San Quintín. En 1976 se doctoró en sociología en Berkeley y se convirtió en profesor de sociología en la Universidad de Wisconsin. Allí desarrolló toda su carrera docente. Fue un sociólogo marxista que estudió las complejidades de las clases sociales y económicas y exploró alternativas al capitalismo. Escribió más de 15 libros, entre ellos *Envisioning Real Utopias*, *Class Count* y *How to Be an Anti-Capitalist for the 21st Century*. Murió de leucemia mieloide aguda el 23 de enero de 2019 a los 71 años.

control sobre los demás y las habilidades o credenciales (tales como títulos y certificaciones). El autor a su vez hace la analogía de las clases sociales como si fuera una pequeña empresa en donde aplica su teoría y se estratifica tal como se ve en la figura 1.

Surge aquí un fenómeno intrigante, llamado posición contradictoria de clase, y es precisamente por esto que se da esta clasificación: los/as directivos/as de las empresas a menudo adoptan atributos que los asemejan a los propietarios del capital. Sin embargo, es importante notar que no son propietarios del capital en sí. Entonces, ¿podríamos considerarlos parte del proletariado? La respuesta de Wright es negativa dado que ejercen control sobre la labor de otros trabajadores. De hecho, algunos trabajadores con niveles avanzados de educación y habilidades técnicas disfrutaban de cierta autonomía dentro del entorno laboral, y aunque desde una perspectiva técnica aún sean clasificados como parte del proletariado, esta autonomía matiza su posición.

Ahora bien, ¿por qué abordo este tema? Tal como mencionamos en la introducción, la SEAC abarca no solo el aspecto biomédico, sino también lo que ocurre en la sociedad, la determinación social, especialmente en relación con las clases sociales. En términos generales, la estructura socioeconómica juega un papel crucial, ya que actúa como el elemento determinante que define la dirección hacia la que evoluciona la sociedad. Si la lógica que prevalece en esta sociedad se centra en la acumulación de riqueza, y si esta acumulación está en manos de una élite que posee los principales medios de producción, esto indica la existencia de un sistema social caracterizado por la exclusión. En conjunto con el poder y la cultura, esto determinaría el modo de vida de las distintas clases sociales, influyendo en sus formas de consumo, construcción de identidad y otros aspectos.

Es por esto que elijo la perspectiva de clases de Erik Olin Wright, porque, como dije anteriormente, aborda la clase social desde una perspectiva relacional entre las personas y toma en cuenta otros aspectos más allá de las condiciones materiales.

Sistema Elige Vivir Sano

En la fundamentación de esta política está el marco de los determinantes sociales de la salud de la OMS como género, educación, asistencia de salud, etc., lo que la hace aparecer como prometedora de que a largo plazo mejoraría considerablemente la salud de los chilenos y chilenas, una especie de panacea de las políticas de salud, pero ¿por qué no mejora la situación? ¿Por qué en la ENS del 2017 los resultados fueron aún peores?

El SEVS busca que la población “tome conciencia” sobre sus hábitos de vida y que se genere una suerte de cambio cultural en donde el individuo tiene la responsabilidad de “elegir” una vida saludable: La lógica es que una población informada y educada tomará siempre decisiones racionales, por ende, saludables. De hecho, se construye desde una lógica conductual, sin visibilizar la complejidad de las determinaciones y prácticas sociales que definen la posibilidad de tener o no una vida saludable. Tiene como el gran movilizador de este discurso el supuesto de la libertad de elección, del libre albedrío que tienen las

personas omitiendo / invisibilizando la importancia de las determinaciones estructurantes de los modos de vida, de índole económico y sociocultural que define el bienestar que se alcanza. Incluso el SEVS pasa a ser prácticamente puro marketing, nos hace creer, nos sitúa bajo la ilusión, de que es posible elegir el “estilo de vida”.

Es una política individualista, que pone la responsabilidad sobre cada uno/a de no hacer buenas elecciones que pueden llevar a la enfermedad y la (Wright, 2010) planteando la elección racional como un deber, dando a entender que los problemas de SEAC son el simple resultado de la falta de voluntad de las personas, “el que quiere puede” ¿o no?

Siguiendo esta misma línea de razonamiento, la naturaleza profundamente individualista de esta política pasa por alto la determinación social de la salud. El enfoque no debería recaer únicamente en el individuo, sino más bien en el contexto social en el que está inmerso y en cómo dicho contexto influye en su SEAC. Es precisamente este enfoque el que puede conducir a poblaciones más o menos saludables. Elementos como las condiciones laborales, el modelo económico, el tipo de gobierno, los valores y otras dimensiones entran en juego en esta determinación profunda que configura la SEAC de las personas y las comunidades.

Además, considero imperativo no pasar por alto un aspecto de gran relevancia, aunque no esté directamente vinculado con el núcleo central de este ensayo: el financiamiento. Aunque provenga de fuentes estatales, es crucial recalcar que, en un inicio, se inyectaron aproximadamente 400 millones de pesos a esta política de salud desde la subsecretaría de salud pública (Soto, 2016). Cabe señalar que esta suma podría haberse redirigido hacia la Atención Primaria de Salud (APS) para impulsar iniciativas de promoción de la salud a nivel comunitario, involucrando la participación activa de los Centros de Salud Familiar (CESFAM). De hecho, se ha evidenciado que los países que refuerzan la APS experimentan una mayor equidad y obtienen mejores resultados en términos de salud (12), esta podría ser una manera de abordar el problema subyacente que es el contexto social. No obstante, es esencial destacar que parte de los recursos provienen del sector privado, (Wright, 2010) lo cual plantea preocupaciones.

Ahora, abordemos la interrelación entre los conceptos de clases sociales y el SEVS que hemos analizado hasta el momento.

Una de las determinaciones cruciales es la clase social. Katia Rocha et al. en 2013, emplearon la clasificación de clases sociales propuesta por Wright para analizar los vínculos entre la clase social y los diferentes indicadores y conductas relacionados con la salud, a partir de una perspectiva neomarxista en población trabajadora chilena (Rocha et al. 2013). Aquí es donde esta clasificación adquiere un valor significativo ya que, en el contexto chileno, se realizó una subdivisión adicional del proletariado en las categorías de formal e informal, haciendo referencia a aquellos que cuentan con contrato y aquellos que no.

Los resultados de este estudio arrojaron datos reveladores en cuanto a la percepción de la mala salud, la tasa más elevada se observó entre los supervisores básicos (51%), quienes entran en lo que podría llamarse “la contradicción de clase”. Les siguieron en orden el proletariado

Tabla 1. Distribución de la clase social, según el esquema de Wright, en población abierta en Chile, 2009-2010.

	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Empresarios	91	1,6	30	0,8	120	1,3
Medianos empresarios	398	7,0	152	4,0	551	5,8
Pequeños burgueses	1.110	19,5	681	17,9	1.791	18,8
Gerentes expertos	156	2,7	109	2,9	265	2,8
Supervisores expertos	126	2,2	100	2,6	226	2,4
Trabajadores expertos	398	7,0	455	11,9	853	9,0
Gerentes semicalificados	174	3,0	132	3,5	306	3,2
Supervisores semicalificados	348	6,1	129	3,4	476	5,0
Obreros semicalificados	1.798	31,6	1.368	35,9	3.167	33,3
Gerentes básicos	46	0,8	17	0,4	63	0,7
Supervisores básicos	38	0,7	25	0,6	63	0,7
Proletario formal	678	11,9	254	6,7	932	9,8
Proletario informal	256	4,5	314	8,2	569	6,0
No contestaron	78	1,4	42	1,1	120	1,26

Fuente: Karria Rocha et al, 2013.

informal (34.2%), los pequeños burgueses (33.3%) y el proletariado formal (31.5%). Destacando estadísticamente, los medianos empresarios que exhibieron una menor autopercepción de mala salud (21.6%) (11). Estos resultados pueden entenderse a partir del nivel de estrés y la escasa disponibilidad de tiempo que enfrentan estas personas para cuidar de su salud.

Es en este sentido que esta clasificación aporta información valiosa que la estratificación convencional no logra proporcionar. Es evidente que una persona que trabaja extenuantes jornadas de 8 horas y luego debe invertir otras 2 horas en su traslado de ida y vuelta a casa tendrá escasos recursos temporales para atender su SEAC (dificultades para acudir a centros de salud, para prevenir enfermedades o participar en actividades de promoción de la salud, etc.) Además, es probable que carezca de los recursos financieros necesarios para adquirir alimentos saludables, situación que es especialmente agravante en el caso del proletariado formal. En este contexto, la posibilidad de realizar actividades al aire libre o ejercicios se vería, también, restringida por las limitaciones impuestas por estas condiciones sociales invariables.

Por otro lado, en lo que concierne a la salud mental, los empresarios fueron quienes informaron la menor prevalencia de problemas relacionados (8.5%). En contraste, las tasas más altas se observaron entre los supervisores básicos (43.2%), el proletariado informal (28.8%), los supervisores semicualificados (27.9%) y el proletariado formal (25%)²³. Este fenómeno podría atribuirse a los niveles significativos de estrés inherentes al rol de “ser jefe”, que implica la responsabilidad de rendir cuentas tanto a los dueños del capital como a sus subordinados²⁴.

En el caso del proletariado, tanto el formal como el informal, este patrón podría explicarse de manera más simple a través de sus condiciones de vida. Factores como los horarios laborales, las cargas familiares y económicas, el agotamiento físico y otros elementos similares podrían desempeñar un papel preponderante en esta situación. Los empresarios tienen la tasa de problemas de salud mental más baja. Aquí podemos darnos cuenta de la profunda desigualdad que existe en salud²⁵.

En lo que respecta a la práctica regular de actividad física o deportes, con una frecuencia de una vez o más por semana, los resultados evidencian que los estratos sociales más vulnerables participan en menor medida en actividades físicas²⁶. Esta tendencia puede atribuirse a la necesidad de disponer de más tiempo libre, recursos y espacios adecuados, entre otros factores necesarios para la práctica de estas actividades. Entonces, existe una relación entre clases sociales y salud demostrada en general, usando las clases sociales de Wright.

Si analizamos el SEVS podemos coincidir en la importancia innegable de una alimentación saludable, no obstante, es central destacar que las recomendaciones en este sentido rara vez tienen en cuenta las disparidades de clase social. Además, si examinamos la Encuesta Nacional de Alimentos del 2011 (incluso anterior al lanzamiento del SEVS), es evidente que los estratos socioeconómicos más bajos presentaban patrones de consumo menos favorables²⁷.

Esta situación no se debe a una falta de voluntad por elegir opciones saludables en la alimentación, sino más bien a las restricciones impuestas por su posición en la jerarquía

23 En contraste, las tasas más altas se observaron entre los supervisores básicos (43.2%), el proletariado informal (28.8%), los supervisores semicualificados (27.9%) y el proletariado formal (25%)

24 Esta dinámica también podría aplicarse a los supervisores semicualificados.

25 Se evaluó además el hábito tabáquico: los empresarios informaron los índices más bajos de fumadores (16%). Sin embargo, aquí se manifiesta un fenómeno de gran interés: los niveles más altos se encontraron entre los trabajadores expertos (43.6%) y los gerentes semicualificados (49.6%). No obstante, al examinar los datos desde una perspectiva de género, se observa una variación en la situación. Entre los hombres, los trabajadores expertos y los obreros semicualificados mostraron los porcentajes más altos, mientras que, en el caso de las mujeres, la mayor prevalencia de fumadoras se encontró entre las gerentes semicualificadas (51.4%). El grupo de empresarios presenta un hábito tabáquico notablemente inferior al observado en el proletariado formal, y este contraste podría atribuirse a una exposición más elevada a situaciones de estrés laboral, en comparación con sus superiores en la jerarquía empresarial.

26 Los porcentajes se distribuyeron de la siguiente manera: supervisores expertos (28.5%), empresarios (28.4%), supervisores semicualificados (22.1%). Sin embargo, es importante prestar especial atención a los siguientes datos: proletariado formal (9.5%) y proletariado informal (12.4%).

27 Este grupo mostraba un consumo inferior de frutas y verduras, un menor consumo de pescado, una mayor ingesta de grasas saturadas y un incremento en el consumo de azúcares y bebidas azucaradas, entre otras observaciones.

social. No es realista esperar que alguien con un salario mínimo pueda crear un menú basado en ingredientes que muchas veces resultan costosos. Además, la disponibilidad de opciones menos saludables a precios asequibles hace que las “elecciones saludables” sean aún más difíciles. Incluso creemos que insistir repetidamente a las personas de las clases sociales más deprivadas en que consumir cinco porciones de frutas y verduras al día, preparar desayunos sanos como el de avena o instar a que cenén salmón con alcaparras, resulta en una falta de sensibilidad y una fuente de indignación.

Por otro lado, con respecto a la actividad física, tanto en el estudio previamente mencionado como en la “Aplicación de encuesta nacional de hábitos de actividad física y deporte 2021 para la población de 5 años y más” (Ministerio del Deporte, 2021), se evidencia claramente que las clases sociales de menor posición tienden a participar en menos actividad física y son catalogadas como “inactivas”. Sin embargo, se debe comprender que esta situación no es producto de una falta de deseo por parte de estos grupos de ser más activos, sino más bien, se trata de estar constreñidos por las limitaciones que emanan de su condición social.

Este escenario también se repite en actividades al aire libre y en la vida familiar. No es razonable esperar que alguien que gana el salario mínimo, llega a casa exhausto/a y enfrenta el estrés de la vida actual, pueda simplemente llegar a hacer ejercicio o salir a dar un paseo al aire libre. Además, exigir que se tome la decisión en términos de “si no eliges hacer ejercicio, estás afectando tu salud” es injusto, dado que dicha elección está determinada por las condiciones históricas – sociales – económicas y culturales de su entorno (Goyenechea, 2013).

Para concluir esta sección argumentativa, deseo enfatizar que el SEVS presenta un tono moralizador en relación con las condiciones de vida de los/as proletarios/as. Tal como mencioné previamente, la política parece trasladar la responsabilidad de llevar una vida saludable a los hombros de esta clase social, pero no toma medidas concretas para abordar la situación. En su lugar, ofrece esporádicamente actividades que repiten el mismo mensaje.

De hecho, como experiencia personal, durante mi actividad de promoción de la salud que tenía que ver justamente con este sistema y sus pilares, llegaron pocas personas, esto se debió principalmente, según me comentaban, al horario de trabajo (las personas con las que trabajé no pertenecen a una clase social privilegiada, si no que, al contrario). Por lo que pude experimentar los obstaculizadores que tiene el programa.

La perspectiva podría ser distinta si las políticas propuestas consideraran la creación de espacios para la promoción de la salud en el ámbito laboral, mejoras en las condiciones de trabajo, mejorar la cohesión social, etc.

En un apartado adicional, resulta relevante mencionar nuevamente que parte del financiamiento de este programa proviene del sector privado. Ante esto, surge la pregunta: ¿Por qué aquellas empresas benévolas que donaron recursos para una política de salud pública tan prometedora no proporcionan estos mismos espacios a sus propios empleados? ¿Había una auténtica preocupación por su bienestar?

Es importante recalcar un aspecto que apenas he tocado durante el desarrollo de este ensayo: la importancia de la Atención Primaria de Salud (APS). Si estos recursos se enfocaran en fortalecer la atención primaria, especialmente en el ámbito de la promoción de la salud, actuando desde las comunidades y en la realidad de cada persona, los resultados cambiarían por completo. Las personas, dejarían de ser pacientes, se empoderarían de su salud y se buscarían alternativas, desde la promoción, para llevar una vida saludable.

Conclusión

En conclusión, el Sistema “Elige Vivir Sano” promete mucho, pero logra poco. Más que una política efectiva, parece un simple panfleto que carga la responsabilidad en el individuo, a la vez que debilita las protecciones y derechos sociales. No toma en consideración la determinación social de la salud ni mucho menos las clases sociales en las que se encuentran los/as destinatarios/as de estas recomendaciones. En definitiva, se traduce en una serie de sugerencias vacías con un impacto mínimo en la vida de las personas, sin tener en cuenta las restricciones reales derivadas de su contexto de clase social.

Las clases sociales, como señala Erik Olin Wright, juegan un papel crucial en la determinación social de la salud, y su enfoque amplía nuestra comprensión al considerar factores como el capital social, el poder y las habilidades/credenciales. Quienes experimentan los peores indicadores de salud suelen pertenecer a las clases sociales más bajas, que, según Wright, equivalen al proletariado. Aquí es donde se debe intervenir: mejorando las condiciones económicas y laborales, creando ambientes saludables en los lugares de trabajo y promoviendo la salud dentro del horario laboral.

En última instancia, esta política pública esconde una verdad profunda: la sociedad chilena es altamente desigual y solo unos pocos tienen el privilegio de “elegir” vivir sano.

Referencias

- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2013). Ley 20670 crea sistema Elige Vivir Sano. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1051410>
- Breilh, Jaime. (2010). Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud (7ª ed.) Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación editora nacional. <https://www.uasb.edu.ec/publicacion/epidemiologia-economia-politica-y-salud-bases-estructurales-de-la-determinacion-social-de-la-salud/>
- Goyenechea, M. (2013, marzo 26) “¿Realmente podemos elegir vivir sano?”. El Quinto Poder. <https://www.elquintopoder.cl/salud/realmente-podemos-elegir-vivir-sano/>
- Ministerio de Salud. (2003). Resumen Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud 2003. El vigía 20, 8 (nº20). 1-20. <https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/VIGIA20.pdf>
- Ministerio de Salud. (2010). Encuesta nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Tomo 1. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

- Ministerio de Salud. (2011). Encuesta nacional de consumo alimentario. <https://es.slideshare.net/slideshow/encuesta-nacional-de-consumo-alimentario-chile-2010-2011/9075694>
- Ministerio de Salud. (S.f). ENS-Encuesta nacional de Salud. <https://epi.minsal.cl/encuesta-ens/>
- Ministerio del deporte (2021) “Aplicación de encuesta nacional de hábitos de actividad física y deporte 2021 para la población de 5 años y más”. <https://biblioteca.digital.gob.cl/server/api/core/bitstreams/45368c3b-5fac-425c-9d95-be9269c2d151/content>
- Rocha, Katia; Muntaner, Carles; González, María; Bernales, Pamela; Vallebuona, Clelia; Borrell, Carme; Solar, Orielle (2013). Clase social, desigualdades en salud y conductas relacionadas con la salud de la población trabajadora en Chile. Revista Panam Salud Publica. 33(5), 3408. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n5/a05v33n5.pdf>
- Soto, Rodrigo. (2016). Sedentarismo, deporte y la presión biopolitica de vivir saludable: análisis del discurso del sistema elige vivir sano en Chile. Movimiento. 22 (2), 1-13. <https://www.redalyc.org/pdf/1153/115345745003.pdf>
- Wright, Erik (1997). Class Count. Cambridge University Press. <https://www.fulcrum.org/concern/monographs/r781wg65d>
- Wright, Erik. (2010) Comprender la clase hacia un planteamiento analítico integrado. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/info/textonodisponible>

La educación en salud. El arte de entregar herramientas

Jorge Figueroa Campusano²⁸

RESUMEN

Existe un problemática que muchas veces pasa inadvertida en la atención clínica y corresponde al desconocimiento que existe por parte de los/as usuarios/as en torno a sus patologías, las condiciones que les llevaron a padecerlas, el porqué de su diagnóstico y el tratamiento administrado. Esto desemboca en que muchos/as sigan las indicaciones como recetas de cocina, información que es fácil de olvidar y que en la práctica no se siente como algo tangible que pueda responder a sus problemas de salud. Aquí es donde los/as profesionales deben hacer el ejercicio de cuestionar su práctica clínica y preguntarse si lo que se está indicando está en sintonía con las inquietudes y expectativas de la persona, y aquello es imposible si aquel sujeto no posee las herramientas que le permitan empoderarse en la toma de decisiones que lleva a su mejoría. Cobra suma importancia la educación en salud como el medio por el cual podemos desarrollar intervenciones que permitan generar conocimiento significativo y duradero en el tiempo. En este ensayo se hará una revisión de la importancia de hablar de la necesidad de educar en salud, su objetivo, de qué forma podemos llevarla a cabo y qué buscamos con las actividades que se diseñen en este ámbito.

PALABRAS CLAVE

Educación en salud, promoción de salud, participación comunitaria.

28 Interno de la Escuela de Medicina, Campus San Felipe.

Introducción

Cuando comparamos el tiempo que un/a estudiante de medicina pasa su internado en atención secundaria versus atención primaria, sin duda el primero resulta mucho mayor, provocando que a ratos se tienda a buscar como objetivo final de la atención la resolución de patologías. Sin embargo, vivenciar el internado de atención primaria en salud (APS) permite volver a encontrarnos con aquella realidad que siempre ha estado frente a nosotros/as, personas de distintos géneros y edades, con diferentes realidades, contextos, creencias, preocupaciones y necesidades. Aquí es donde la APS pisa con fuerza y nos ofrece un enfoque de salud comunitaria, donde se debería entender que cada persona está inmersa en una determinación social que lleva a que se presente ante los/as futuros/as profesionales, de una u otra forma. Entendiendo entonces que, son un sinnúmero de determinaciones las que giran en torno a las usuarias y usuarios, muy lejos de verlo como algo abrumador, debería verse como un gran escenario donde tenemos terreno de sobra para utilizar las distintas herramientas que dispone nuestro ejercicio, desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad en todos sus niveles y la terapia con enfoque de salud familiar y comunitaria.

Una de estas intervenciones es la educación en salud, que se refiere a la disciplina que orienta los procesos educativos para influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de las personas y las comunidades (Martínez et al., 2020). Es decir, como profesionales debemos hacer el ejercicio de movilizar nuestros conocimientos hacia la comunidad (Abma et al., 2017), con el fin de entregar las herramientas necesarias que sirvan para el autocuidado y contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas.

Si bien lo anterior podría parecer obvio a primera lectura, lo cierto es que en la realidad nos encontramos con usuarios y usuarias que llevan años con diagnósticos definidos pero que están sin siquiera saber qué significa cada uno, o consumiendo medicamentos con nombres que a duras penas pueden recordar y sin saber el porqué de esa decisión. Los/as profesionales muchas veces podemos descansar en una posición de comodidad, la de quien tiene el conocimiento, ignorando que al otro lado del escritorio se encuentra alguien que no tiene por qué tener las herramientas a priori para entender el porqué de su malestar y cómo el gran conjunto de acciones que realiza puede propiciar que esto se perpetúe o que, por el contrario, mejore.

Por otra parte, se debe poner énfasis en que el proceso de educar en salud en sí mismo se torna un desafío cuando no se tiene experiencia en ello, ya que lo importante es elegir el método idóneo que nos permita llegar a la población objetivo e involucrarla en su aprendizaje para que los conocimientos sean duraderos y propicien que los usuarios y usuarias puedan plantear decisiones en torno a su salud teniendo toda la información a su disposición, pudiendo elegir opciones que los tratantes podrían no haber ofrecido, principalmente por prejuicios.

En este ensayo analizaremos qué es la educación en salud, la importancia de hablar de ella por la injerencia que puede cobrar en la vida de las personas, y de qué forma los/as profesionales de salud podemos tomar elementos y hacerlos un hábito en nuestra práctica

clínica. Para ello se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed, donde se recogieron artículos de tipo review desde donde se citan a diferentes autores que aportan con su visión a esta discusión.

Desarrollo

El conocimiento es poder

Clara tiene 65 años, vive en Panquehue y va en camino al Cesfam porque tiene hora con el kinesiólogo. No tenía ganas de ir, pero aun así se dio el ánimo. Le han estado indicando ejercicios para su artrosis, con la que fue diagnosticada hace 5 años, pero particularmente el día de hoy no quiere hacer los ejercicios porque su dolor ha aumentado desde que su hijo se mudó a Santiago. Además, los remedios le han hecho pésimo para el estómago, pero los toma porque son los únicos que le calman el dolor. No entiende por qué el ibuprofeno que lleva tomando el último año le hace tan mal. Piensa en su vecina que le diagnosticaron artritis, pero a ella nunca la ve con tantas molestias como las que sufre. Dándole una segunda vuelta en la micro, decide que hoy no quiere que la hagan andar en bicicleta, así que se devuelve a su casa.

Lo cierto que Clara no es una persona real, o, mejor dicho, Clara es la imagen que representa a usuarios/as reales. En la realidad de la atención en salud en la comuna de Panquehue, es un hecho chocante que muchos de los/as usuarios/as que han asistido a controles durante años por sus patologías no saben qué significa el diagnóstico que aparece en su ficha clínica. Esto es incluso más sorprendente considerando que las personas que buscan atención usualmente padecen molestias derivadas de sus patologías o se encuentran con tratamiento crónico e incluso con restricciones para sus conductas de la vida diaria para no empeorar su salud, porque alguna vez algún/a profesional les dijo que así “eran las reglas del juego”. Luego, los/as profesionales muestran frustración cuando el/la “paciente” no sigue las indicaciones, lo que a sus ojos se traduce como que la persona no se cuida, sin embargo, qué podemos esperar si nunca se entregó un conocimiento significativo, que conecte con la realidad de cada persona y dé una respuesta a sus necesidades de salud – enfermedad – atención – cuidados (SEAC).

La importancia de poder realizar una adecuada educación en salud a las personas y comunidades radica en que, mediante el posible mejoramiento del conocimiento en torno a las patologías, aumentará su satisfacción, propiciará el automanejo y les involucrará en la toma de decisiones (Dreesens et al., 2019). Los/as “tratantes” deben hacer el ejercicio de apartar sus propios prejuicios y experiencias personales a la hora de indicar manejos, ya que esto funciona como una suerte de adivinanza de lo que la persona quiere o espera (Mullet et al., 2012), cuando la mejor respuesta siempre vendrá de alguien que ha recibido las herramientas necesarias para empoderarse en el manejo de su SEAC. Al entregar este poder a cada persona, debemos asumir que el/la profesional cede parte del propio, con la intención de obtener individuos/as y comunidades más autónomas y contribuir a tener un sistema de salud más eficiente.

Educación es un proceso

Antes de pensar en el diseño per se de una instancia de educación en salud, debemos tener claros cuáles serán los objetivos de dicha intervención. Para ello el primer paso es identificar una problemática de SEAC presente en el medio en el cual se desenvuelve nuestra comunidad, y para ello siempre es ideal contar con una opinión que emane desde la misma población, a través del diagnóstico participativo. Siempre detrás de cierta problemática habrá un grupo de la población afectado y delimitar esto cobra suma importancia en cómo se ejecutará nuestra acción.

Existen diversas metodologías para lograr el cometido de educar. Algunos autores como Audrey Jusko Friedman han publicado metaanálisis donde se comparan distintos métodos, entre los que se pueden mencionar charlas, videos, podcasts, entrega de material escrito, dinámicas de rol, simulaciones, juegos grupales, entre otros, y se han comparado con la educación rutinaria en la atención clínica (Mulley et al., 2012). Los resultados, a pesar de mostrar ligero beneficio en distintos métodos por sobre la educación de rutina, varían mucho según el tipo de población con la cual se trabaja, el tipo de información entregada, y el tipo de investigación, por lo que es un área susceptible para continuar siendo investigada. Por esto, como reflexión personal, considero que la mejor forma de decidir qué método utilizar es elegir herramientas que sean familiares para la población objetivo e incluso mejor si son solicitadas por ellas mismas, buscando alternativas que sean lúdicas para lograr mantener el foco de atención en el mensaje que se quiere entregar.

En cuanto al mensaje a entregar, se debe tener claro que existe un océano entre transmitir información y educar. Appleby et al. (2021) nos describe un modelo basado en peldaños. En primer lugar, como base, tenemos el hecho de informar (transmitir un mensaje con una determinada información) es decir, mantenemos al usuario/a al tanto de algo. Sin embargo, esta información puede resultar sumamente etérea si no es algo cercano a la realidad de quien recibe el mensaje, o si no responde a sus propias necesidades de SEAC.

En segundo nivel es el consultar, en donde además de transmitir información se busca obtener una retroalimentación con respecto a las propuestas o decisiones, para así recoger esas ideas y aplicarlas en acciones posteriores.

En tercer nivel, es el involucrar, donde quien emite el mensaje debe trabajar durante todo el proceso con las personas, asegurándose de que sus preocupaciones y aspiraciones sean entendidas y atendidas, obteniendo un feedback aún más directo y pudiendo adaptar las decisiones en el acto.

El cuarto nivel consiste en la colaboración, donde se busca trabajar codo a codo con los sujetos de la educación en salud para diseñar las posibles soluciones y alternativas a sus problemas de salud, en una dinámica de consensos informados.

Por último, el quinto nivel y, en mi opinión, a donde se debería apuntar con la educación en salud es el empoderamiento, donde finalmente se tiene a una persona que toma las riendas de su SEAC gracias a las herramientas adquiridas y obtiene la seguridad para tomar decisiones de forma autónoma.

Diseñar una actividad educativa es un arte

Sabiendo que la forma mediante la cual se hará la educación depende netamente de la población en la cual se realizará la intervención, y que nuestro norte está en empoderar a las personas y comunidades, la fase de diseño debe recoger estos elementos y servirle al profesional para llegar al usuario/a en cuestión.

Para concretar un diseño que se ajuste a la población y a los objetivos que buscamos con la educación en salud, autores como Walker y Montero (2017) recogen el modelo de “las 4 I”, que había sido planteado por la Dra. Vella (2000) en su libro “Taking Learning to Task. Creative Strategies for Teaching Adults, siendo un modelo que a mi parecer toma elementos del enfoque de salud comunitaria por lo que ha sido el que más me llamó la atención y el que, en definitiva, me sirvió como eje a la hora de realizar educación en salud.

La primera “I” corresponde a tareas inductivas, en donde se busca que los participantes se acerquen al tema a tratar y nos cuenten sus experiencias previas con la temática, generalmente a través de preguntas abiertas y discusión. Luego, viene la etapa de “input”, en donde se presenta la información nueva, el mensaje que responde al porqué de realizar la actividad y que se ajusta al objetivo de esta, siendo el mayor desafío de la etapa presentar los contenidos de forma atractiva para cautivar a los/as participantes y llamar su atención. En tercer lugar, viene la etapa de implementación, en donde se busca que cada persona aplique lo conversado en la actividad de forma práctica, lo que ayuda a consolidar el conocimiento aún más si se ponen desafíos de la vida diaria que respondan a problemas reales percibidos. Por último, la integración es la última etapa en donde la educación en salud se consolida y alcanza su objetivo, ya que se proyecta en el largo plazo y se integra en la vida diaria de las personas, sirviéndoles de forma práctica para resolver sus inquietudes iniciales y alcanzar el tan anhelado empoderamiento en SEAC.

Un desafío, una oportunidad

A modo de reflexión personal, considero que es necesario que todos quienes trabajamos en salud hagamos un ejercicio constante en capacitarnos en educación y no perdamos de vista que la atención debe ser centrada en la persona, por lo que el trato digno debe ser una premisa y para ello es menester involucrar a cada persona en la toma de decisiones de su SEAC en todo ámbito, más allá de las cuatro paredes del box de atención. Para ello es fundamental contar con personas y comunidades con herramientas, las cuales nunca podremos ayudarles a conseguir si ni siquiera nos cuestionamos qué es lo que piensan o entienden. Cada persona es un universo distinto, por lo que asumir lo que sabe o necesita es un error empapado de prejuicios.

Conclusiones

La promoción de salud es una acción más dentro de la actividad médica, tan importante como cualquier otra, que cobra vital importancia cuando vemos que por parte de las

personas existen brechas tremendas respecto al conocimiento que poseen con respecto a su situación de SEAC y las acciones que realizan.

La experiencia en el internado de atención primaria me ha mostrado que es posible acercarse a los/as usuarios/as e identificar cuáles son sus mayores preocupaciones y actuar para responder a esas inquietudes con acciones basadas en la educación en salud con miras al empoderamiento en la toma de decisiones. Pero a veces en la práctica los/as profesionales olvidan u omiten esta base, por lo que debe ser tarea constante recordarnos a nosotros/as mismos/as y a futuros/as colegas la importancia de realizar una adecuada educación en salud.

A lo largo de este ensayo se revisaron algunas de las propuestas encontradas en la literatura, pero estas son sólo algunas de las perspectivas que existen en torno al tema. Como comentario final me gustaría resaltar la importancia de que, independiente de la acción que se realice en el ámbito de SEAC, lo más importante es conectar con la comunidad y con cada persona de forma integral, atendiendo a sus preocupaciones del mismo modo que nos gustaría que atendieran las propias.

Referencias

- Abma, Tineke; Cook, Tina; Råmgård, Margaretha; Kleba, Elisabeth; Harris, Janety Wallerstein, Nina (2017). Social impact of participatory health research: Collaborative non-linear processes of knowledge mobilization. *Educational Action Research*, 25(4), 489–505. DOI: [10.1080/09650792.2017.1329092](https://doi.org/10.1080/09650792.2017.1329092)
- Appleby, Ben; Cowdell, Fiona y Booth, Andrew (2021). Knowledge mobilization in bridging patient-practitioner-researcher boundaries: A systematic integrative review. *The Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 523–536. <https://doi.org/10.1111/jan.14586>
- Dreesens, Dunja; Stiggelbout, Anne; Agoritsas, Thomas; Elwyn, Glyn; Flottorp, Signe; Grimshaw, Jeremy; Kremer, Leontien; Santesso, Nancy; Stacey, Dawn; Treweek, Shaun; Armstrong, Melissa; Gagliardi, Anna; Hill, Sophie; Légaré, France; Ryan, Rebecca; Vandvik, Per y van der Weijden, Trudy (2019). A conceptual framework for patient-directed knowledge tools to support patient-centred care: Results from an evidence-informed consensus meeting. *Patient education and counseling*, 102(10), 1898–1904. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.003>
- Hernández-Sarmiento, José; Jaramillo-Jaramillo, Laura; Villegas-Alzate, Juan; Álvarez-Hernández, Luis; Roldan-Tabares, Mabel; Ruiz-Mejía, Camilo; Calle-Estrada, María; Ospina-Jiménez, María; Martínez-Sánchez, Lina (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Revista Archivos de Medicina*, 20(2), 490-504. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>
- Mulley, Albert; Trimble, Chris, y Elwyn, Glyn (2012). Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ (Clinical research ed.)*, 345, e6572. <https://doi.org/10.1136/bmj.e6572>
- Walker, María, y Montero, Luz (2017). Principios Generales de la Educación para Adultos. *Revista Chilena De Medicina Familiar*, 5(2), 65-71. <https://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/154>

Educación sexual integral: La manzana de la discordia

Carol Valderrama Vargas²⁹

RESUMEN

La educación sexual integral (ESI) ha sido ampliamente respaldada por estudios internacionales, avalada y entendida por diversas organizaciones gubernamentales a nivel mundial, como parte de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Sin embargo, su aplicación ha sido dificultosa y accidentada, a nivel mundial y en particular en nuestro país, donde ha sido la manzana de la discordia entre los sectores conservadores y los progresistas, muchas veces dejando de lado en el debate a quienes por derecho deberían acceder a ella. En este trabajo se realizará una revisión bibliográfica de distintos autores con la finalidad de hacer un recorrido sobre la importancia de su implementación, la realidad mundial y a nivel local, sobre el estado de avance de su puesta en marcha, además de un recorrido histórico de lo que ha sido la educación sexual en Chile, sus principales aciertos y desaciertos con la mirada crítica que la temática requiere para poder avanzar en su implementación. Por último, se busca dar perspectiva a los principales desafíos que implica para la salud pública de Chile su puesta en marcha e incorporación en planes de salud.

PALABRAS CLAVES

Educación sexual integral, Adolescencia, Derechos sexuales y reproductivos

²⁹ Interna de medicina. Campus San Felipe.

Introducción

La infancia y adolescencia son etapas de profundos aprendizajes y desarrollo tanto en el ámbito físico, emocional y social. Específicamente durante la adolescencia, los cambios podrían ser abrumadores y sorprendidos si las y los adolescentes no cuentan con la información y acompañamiento adecuados sobre qué está sucediendo con sus cuerpos, emociones y definiciones de conductas. Para lograr dar respuesta a lo anterior es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la salud sexual y reproductiva como un derecho humano que debe ser desarrollado durante todas las etapas de la vida y propone como herramienta para su pleno ejercicio informado la educación sexual integral (ESI), entendida como un plan de estudio para dar a conocer aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Lo anterior con el objetivo de entregar conocimientos a niñas, niños y adolescentes que les permitan disfrutar de salud, bienestar y dignidad, establecer relaciones sociales y sexuales respetuosas (OMS, 2019).

El abordar la sexualidad desde los afectos y el desarrollo durante toda la vida no ha sido fácil de trabajar para los distintos países. Pareciera ser que existe una resistencia generacional y se sigue viendo la sexualidad como un tabú; esto es, un tema del que no se debe hablar y específicamente un tema del que las niñas, niños y adolescentes (NNA) no deben saber porque se piensa que esto está en la esfera de lo prohibido. Constantemente aparece en el debate el derecho de los padres a educar a sus hijas e hijos, que en efecto puede existir el educarlos bajo ciertas perspectivas religiosas, políticas o morales, pero sin llegar a invisibilizar el hecho de que el recibir esta información es reconocido como un derecho. Por tanto, todo individuo debería poder acceder a ella sin limitaciones dadas por la determinación socio cultural.

Es importante tener claro que la ESI abarca muchos más elementos que solo hablar de sexo. Reducirla meramente a eso es invisibilizar aspectos relevantes de lo que es la sexualidad, la afectividad y la identidad. No reconocer lo anterior también significa renegar la necesidad de abordarlo desde la primaria infancia. Claramente ninguna evidencia, por más progresista que sea, abala hablar de sexo como tal con los infantes. Por el contrario, tal acto caería en la esfera del abuso sexual. Sin embargo, y a pesar de las constantes correcciones por parte de académicos/as y teóricos en el tema, los errores descritos previamente son comunes y frecuentes cuando se debate acerca de la regulación de la ESI en los distintos países. Esto nos hace preguntarnos “¿Qué ha ocurrido en Chile que nos ha costado tanto comprender la importancia de educar en salud sexual y reproductiva desde un enfoque preventivo y que busca dotar a nuestros infantes de herramientas para el desarrollo de su sexualidad?”

Este trabajo tiene por objetivo abordar la ESI desde una perspectiva crítica, elaborando argumentos sobre la importancia de la educación sexual a lo largo de toda la vida, sus principales avances a nivel internacional, además de un recorrido histórico sobre la situación en Chile, recordando que hubo un proyecto de ley sobre ESI que no se aprobó en los primeros trámites en la cámara de diputados en el año 2020. Para lograr dichos objetivos, se realizará una revisión bibliográfica sobre datos disponibles en la base de Pubmed, la página web OMS, la biblioteca de la Cámara de Diputados de Chile y otras fuentes relevantes para la actualización y discusión.

Desarrollo

Para hablar de ESI es importante tener en cuenta ciertos indicadores epidemiológicos. A nivel mundial, se estima que cerca de 6 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años, y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años, dan a luz cada año. La mayoría en países de ingresos bajos y medianos, siendo que el embarazo adolescente es uno de los factores que más significativamente influyen en la tasa de mortalidad materna e infantil, además de perpetuar los círculos de pobreza (OMS, 2019). A estos datos concretos se les puede hacer una lectura de primera instancia, suponiendo que algunos de esos nacimientos podrían ser deseados por las adolescentes junto a sus parejas. Sin embargo, no se puede obviar el hecho de que en el acceso a la información hay diferencias socioeconómicas de por medio. En los países de mayores ingresos per cápita, la postergación de la maternidad se debe a los esfuerzos estatales por creación de políticas públicas respecto a métodos anticonceptivos, el acceso de las mujeres a ellos y, por supuesto, la potenciación de la autonomía de las mujeres para decidir cuándo y en qué condiciones quieren ser madres. En la misma línea, según datos de México, en el 2012 el 23% de la población adolescente de 12 a 19 años de edad había iniciado su vida sexual. De las mujeres adolescentes con inicio de vida sexual, más de la mitad (51.3%) había estado alguna vez embarazada (Rojas et al., 2017). Los datos mexicanos presentan ciertas similitudes con los datos chilenos y a nivel mundial.

En Chile, si bien la tasa de fecundidad adolescente ha ido a la baja, ésta se mantiene en niveles más altos de lo esperado. Según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en Chile la tasa de fecundidad ha disminuido, desde un 23,5 en 1990 a un 11,9 en 2017, particularmente en el grupo de mujeres adolescentes. El año 2017, hubo 219.186 nacidos vivos, de los cuales 472 corresponden a madres menores de 15 años y 16.897 a madres de entre 15 y 19 años (INJUV, 2021).

No tan solo los indicadores con relación al embarazo adolescente deberían ser preocupantes, también lo son los indicadores respecto a infecciones de transmisión sexual (ITS), considerando que la población adolescente es una población particularmente vulnerable para adquirirlas, debido al menor acceso a preservativos y a centros de salud que puedan hacer un diagnóstico y manejo oportuno de las infecciones. En Costa Rica, los datos muestran prevalencias de SIDA que han aumentado de forma constante en la población de entre 15 y 49 años, con incidencias de 2.7 por cada 10.000 habitantes que han contraído el virus del VIH/SIDA, siendo común que al diagnóstico de la inmunodeficiencia adquirida aparezcan otros diagnósticos de ITS. De hecho, del total de casos de ITS en ese país, el 90% se da en jóvenes entre los 15 y 30 años, y sobre todo en menores de 25 años (Chacón-Quesada et al., 2009). En Chile, no se cuentan con datos exactos separados por rango etario, sin embargo, en 2018 se emitió una alerta sanitaria por parte del Instituto de Salud Pública (ISP) por el aumento de casos de VIH-SIDA y Hepatitis A asociada a prácticas sexuales que aumentaban su transmisión. En el 2020, el ISP reporta haber procesado un total de 8.836 muestras serológicas para VIH, lo que significó la realización de 19.751 exámenes, con un total de 4.446 casos confirmados (ISP, 2021). En particular en población adolescente, según

los datos explicitados en el proyecto de ley de educación sexual integral presentado en la Cámara de Diputados de Chile en octubre de 2019, se estima que entre los 15 a los 19 años la cifra de serología para VIH positiva ha aumentado un 125 %, lo que pone un claro foco de preocupación en la prevención de su transmisión y detección temprana.

Con relación a otras ITS, lamentablemente en Chile no contamos con datos amplios focalizados en población adolescente. Algunos de ellos se han hecho, pero con limitaciones de los sujetos participantes, ya que sólo hay datos en población de ingresos socioeconómicos altos, con edad menor a 24 años. Los resultados, si bien presentan sesgos de selección que podrían no reflejar la realidad a nivel nacional, sí aporta elementos importantes y desafíos para el debate. Dentro de ellos, se informa que las tasas de infección por *Chlamydia trachomatis* fue 8,7% en hombres y 8,8% en mujeres; detección de *Neisseria gonorrhoeae* en 1 sujeto; mientras que no se detectaron casos de *Trichomona vaginalis* (Huneeus et al., 2018). Esto nos hace preguntarnos cuáles serían los datos reales si lo buscamos en adolescentes y jóvenes sexualmente activos de menores ingresos socioeconómicos y con menor acceso a educación. Además, nos plantea la importancia de la búsqueda activa de ITS.

Si bien todos los indicadores descritos anteriormente son relevantes a la hora de discutir un problema de salud y darle una solución por medio de una política pública, al ver solo los embarazos y las infecciones de transmisión sexual volvemos a focalizar el centro del debate en lo prohibitivo, dejando de lado el enfoque de derechos y la afectividad que están implicadas en este debate.

Por lo anterior, también es importante hablar de otro pilar fundamental de la ESI, que es el considerar que al educar sobre sexualidad y afectividad dotamos de herramientas a NNA para la prevención del abuso sexual infantil. En efecto, tiene sentido pensar que al darle nombre a las partes del cuerpo y enseñarles sobre los límites corporales y el consentimiento, los estemos protegiendo. Actualmente, los datos sobre delitos sexuales según cifras aportadas por el Observatorio de Niñez y Adolescencia muestran que durante el año 2016, en el país hubo una tasa de denuncias por el delito de violencia sexual contra NNA de 91 ,3 por cada 100.000 habitantes, con diferencia de distribución hasta 5 veces según el género del agredido, siendo mayor en género femenino (Observatorio Niñez y Adolescencia, 2017). Datos dolorosos que a su vez también reflejan que la mayoría de los abusos y violaciones ocurren en el núcleo familiar, lo que refuerza aún más la importancia de dotar de conocimiento acerca de sexualidad desde etapas precoces del desarrollo, para poder denunciar y develar este tipo de situaciones tan lamentables.

Otro aspecto que es importante visibilizar en el debate es reconocer que, si bien en Chile la legislación prohíbe el aborto, excepto en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, se cree es una práctica que existe pero está poco o nada documentada, es imposible hasta ahora saber a ciencia cierta su incidencia y por sobre todo, las complicaciones que a nivel médico pueden presentar las mujeres gestantes que se inducen un aborto bajo métodos desconocidos e inseguros. A nivel nacional, hay un estudio

publicado en 2020 donde se recogieron datos de mujeres chilenas entre 15 y 29 años, en el que se indagó acerca de la práctica de aborto y se correlacionó con el nivel socio económico de las personas gestantes, encontrando un determinante social de la probabilidad de haber tenido un aborto inducido según el nivel socioeconómico; siendo aquellas personas gestantes con mayor ventaja socioeconómica quienes informaron más abortos inducidos en comparación con aquellas con un nivel socioeconómico bajo (Huneus et al., 2020). Si bien esto habla del acceso a prestaciones, por ahora ilegales, también habla de la importancia de la planificación familiar en la vivencia de la sexualidad.

Por último, y no menos importante, cabe considerar el aumento de casos de violencia y agresiones a personas pertenecientes a la comunidad de la diversidad sexual (en adelante comunidad LGBTQ+). Si desde la primera infancia se enseñara que esto es parte de la diversidad y de la expresión de nuestra sexualidad, serían cada vez menos frecuentes estos eventos. Datos publicados por el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH) dan cuenta de lo terrible de la situación, con más de 50 asesinatos por razones de expresión de género y orientación sexual entre los años 2002 al 2021, además de múltiples casos de agresiones físicas y verbales, discriminación laboral y educacional, junto con marginación de espacios públicos y privados; viendo un leve progreso luego de la aprobación y visibilización del matrimonio igualitario en Chile, con una disminución de denuncias en un 12% (MOVILH, 2022). Este es un fenómeno importante por analizar a futuro. Cabe preguntarnos si la visibilización por medio de un trámite legislativo realmente tuvo impacto a nivel social en la disminución de crímenes de odio por diversidad sexual.

Entonces, ¿Qué hemos hecho en materia de salud sexual y reproductiva en Chile?

Los primeros esfuerzos por implementar educación sexual datan del año 1970, donde se publica en la revista de educación una propuesta curricular elaborada por el Ministerio de Educación para la implementación de la educación sexual. Entre 1973 y 1989, hay un vacío institucional en materia de sexualidad. En aquella época, los principales esfuerzos vinculados a la temática surgen por organizaciones no gubernamentales y universidades con estudios en población adolescente, sin el impacto que se esperaba tuvieron en el momento. Tales esfuerzos sí tendrían un impacto más tarde, en 1992, cuando se retoma desde la institucionalidad la salud sexual y reproductiva.

Luego de este periodo con pocos avances, el Ministerio de Educación toma cartas en el asunto, publicando en el año 1992 el documento “Hacia una política de educación sexual para el mejoramiento de la calidad de la educación”. Sin embargo, este documento estaba orientado a que cada proyecto educativo definiera ejes programáticos, no logrando homogeneizar la política de salud sexual y reproductiva a nivel país y manteniendo las brechas de acceso a la información de acuerdo a determinaciones socio culturales. A partir de allí, se desarrollan múltiples estudios guiados por el Instituto Nacional de la Juventud, Servicio Nacional de la Mujer, organizaciones no gubernamentales y universidades, logrando publicar diversos trabajos sobre embarazo adolescente, aborto clandestino, maltrato y abuso sexual, ITS, VIH/SIDA, entre otras.

Ya en los 2000, aparecen diversos programas de educación sexual, principalmente en el sector privado. Estos estaban destinados a ser impartidos en escuelas o instituciones ligadas al catolicismo. Adicionalmente, existieron algunas iniciativas desde universidades para impartir cursos sobre educación sexual haciendo esfuerzos por incluir a docentes de colegios y a agentes de salud (Huneus et al., 2020).

Como podemos ver, la mayoría de las iniciativas gubernamentales siempre fueron ligadas al ámbito de la educación, sin una participación clara ni activa por parte del Ministerio de Salud, que por cierto, debería tener mucho que decir en materia de salud sexual y reproductiva.

Proyecto de Ley ESI, las distintas posiciones frente a él

En octubre de 2019, se presentó un proyecto de ley titulado “Bases generales para la educación afectiva y sexual de niñas, niños y adolescentes en los establecimientos educacionales”. Éste hacía una recopilación y problematización del estado de avance de la legislación con relación a la ESI, destacando factores como el embarazo adolescente, el aumento de infecciones de transmisión sexual, y el abuso y violencia sexual a niños, niñas y adolescentes. Estas alarmantes cifras generan un cuestionamiento acerca del motivo por el cual no hemos podido avanzar como sociedad en materia de educación sexual.

Dentro del estado de avance, es importante mencionar que las últimas legislaciones en la materia datan del año 2010, y están publicadas en la ley N° 20.418 (BCN, 2010). Ésta fija las normas sobre la información, orientación y prestación en materia de regulación de la fertilidad. En ella, se establece la obligación para los establecimientos educacionales de incluir programas de educación sexual, luego de establecer el derecho a la información en materia reproductiva. De esta forma, la ley delimita la educación sexual entregada a los y las menores según los criterios de sus instituciones educacionales. Además, reduce la educación sexual a la entrega de contenidos de planificación familiar e ITS, dejando de lado temáticas como la construcción social que implica la sexualidad, la definición de la identidad de género, la afectividad, entre otras materias.

El ingreso a la Cámara de Diputados del proyecto de ley no estuvo exento de complicaciones. Desde el sector conservador se generaron insumos para argumentar en contra de la ESI. En particular, organizaciones no gubernamentales como la Fundación Jaime Guzmán hicieron entrega de informes donde se reducía la ESI prácticamente a una teoría conspiracional sobre la “implantación de ideología de género” en los niños, niñas y adolescentes de nuestro país. Además, estos informes planteaban que el hablar de sexualidad en la primera infancia erotizaría a los infantes, fomentando hábitos como la masturbación y atacando el núcleo familiar. Sin embargo, el principal argumento que estos informes acuñaban contra la ESI era que impartir educación sexual regulada desde el Estado pasaría a llevar la libertad de enseñanza de los padres (Fundación Jaime Guzmán, 2020).

Estos esfuerzos por regular la ESI no llegaron a buen puerto. No por falta de debate ni de argumentos a favor de esta, sino por el poco compromiso de los legisladores, ya que el proyecto terminó siendo rechazado por falta de asistencia.

Y con esto volvemos al inicio de la discusión, ¿Debería realmente ser la educación sexual algo que dependa de la decisión de los padres? La respuesta es clara. Considerando que la salud sexual y reproductiva es un derecho de las niñas, niños y adolescentes, ésta no debería depender de las herramientas que tengan los padres para educar a sus hijos, sino que el Estado debería ser garante de la entrega de los conocimientos e información necesarios con el objetivo de que las futuras generaciones cuenten con los elementos suficientes para llevar una sexualidad plena, responsable y basada en los afectos, dejando de lado la perspectiva prohibitiva y satanizadora que tantas veces ha guiado esta discusión en nuestra historia de la educación sexual, tanto en el ámbito privado como público. Esto, siempre cautelando que la información entregada sea acorde al desarrollo de cada NNA, además de objetiva y que represente un piso de mínimo de información. Adicionalmente, ella debe permitir a los padres aportar matices o perspectivas de acuerdo con su cultura y valores particulares.

Es sumamente desafiante llegar a consensos en esta temática, sobre todo viendo el clima de desinformación que ha primado en las distintas instancias y considerando las consecuencias para el país que trae el no tener incorporada la educación sexual integral como parte de los programas de salud y mallas curriculares en los centros educativos.

Conclusión

De acuerdo con lo planteado en el desarrollo de este ensayo, la salud sexual y reproductiva debe considerarse un derecho de toda persona. Al decir persona, se incluye a niños, niñas y adolescentes. Por lo tanto, se debe asegurar un mínimo de información para poder dotar a la población de herramientas que les permitan definir, direccionar y vivenciar su sexualidad de acuerdo con sus propias decisiones.

Hasta ahora, y en base a los datos aportados desde la epidemiología, hemos podido vislumbrar solo la punta del iceberg del problema, evidenciando tasas de embarazo adolescente mayores a las esperadas, aumento considerable de infecciones de transmisión sexual, aumento de crímenes de odio a comunidad LGBTQ+ y cifras altas de abuso y violencia sexual a NNA, las que probablemente aún no reflejan la realidad por la poca tasa de denuncia y develación. Este panorama además se ve desalentador dada la falta de legislación sobre la temática, con incorporación de información poco precisa que busca deslegitimar la discusión de un derecho de toda persona llevándola al extremo de plantearla como una ideología que buscaba hipersexualizar la infancia.

Es necesario recentrar el debate con una perspectiva crítica y sustentada en la evidencia disponible aportada por múltiples tratados internacionales en materia de derechos, además de organizaciones de salud internacionales y nacionales. Esto, para poner como prioridad de una vez por todas el ejercicio de este derecho por parte de los niños, niñas y adolescentes.

Sin duda, queda como desafío generar un diagnóstico a nivel país acerca del estado de avance de la implementación de la salud sexual en Chile. Se ha visto que hay avances al ver

la historia, pero solo desde lo subjetivo e intuitivo, sin lograr aún tener un panorama del todo claro ni visibilizar e indagar más sobre otras consecuencias que puede traer el no implementar la ESI, más allá del embarazo adolescente o las infecciones de transmisión sexual.

Referencias

- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (enero, 2010). Ley 20418. Fija normas sobre la información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar/imprimir?idNorma=1010482&idParte=8850470>
- Cámara de Diputados Chile (2019). Proyecto de ley que establece normas generales en materia de educación sobre sexualidad y afectividad. <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SIAL&prmID=50620&formato=p>
- Chacón-Quesada, Tatiana; Corrales-González, David; Garbanzo-Núñez, Diego; Gutiérrez-Yglesias, José; Hernández-Sandí, Adriana; Lobo-Araya, Ana; Romero-Solano, Andrea; Sánchez-Avilés, Laura y Ventura-Montoya, Silvia (2009). ITS Y SIDA en adolescentes: descripción, prevención y marco legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 26(2), 79-98. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152009000200008&lng=en&tlng=es
- Fundación Jaime Guzmán (2020). Educación sexual integral. https://www.fjguzman.cl/wp-content/uploads/2020/01/IP_287_educacion-sexual.pdf
- Huneus, Ana; Schilling, Alvaro y Fernandez, Macarena I (2018). Prevalence of Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae, and Trichomonas Vaginalis Infection in Chilean Adolescents and Young Adults. *Journal Of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 31(4), 411-415. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.01.003>
- Huneus, Ana; Capella, Dante; Cabieses, Baltica y Cavada, Gabriela (2020). Induced Abortion According to Socioeconomic Status in Chile. *Journal Of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 33(4), 415-420.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.03.003>
- Instituto de Salud Pública: ISP (2021). Cuenta Participativa 2020. <https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/2021/05/ConsolidadoCuentaPublica2020V03-24052021B.pdf>
- Instituto Nacional de la Juventud: INJUV (2021). Documento técnico: Embarazo adolescente. <https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Embarazo-adolescente.pdf>
- Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH) (2022). Denuncias y casos por homofobia y transfobia bajan un 12% en Chile, la primera merma en ocho años. MOVILH Chile. <https://www.movilh.cl/denuncias-y-casos-por-homofobia-y-transfobia-bajan-un-12-en-chile-la-primera-merma-en-ocho-anos/>
- Observatorio Niñez y Adolescencia (2017). Cifra negra de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes: Ocultamiento social de una tragedia. <https://www.observaderechos.cl/web2021/Reporte-Violencia-2017.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019, 27 agosto). Salud sexual. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024, 10 abril). Embarazo en la adolescencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Rojas, Ricardo; De Castro, Felipe; Villalobos, Alejandra; Allen-Leigh, Betania; Romero, María; Braverman-Bronstein, Ariana y Uribe, Patricia (2017). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Revista Salud Pública de México*, 59(1), 19. <https://doi.org/10.21149/8411>

Las cuidadoras informales, una realidad oculta en los hogares chilenos³⁰

Valeria Ibaceta Atuan³¹

RESUMEN

El cuidado tiene como propósito la provisión diaria de bienestar físico y emocional que permita satisfacer las necesidades a lo largo del ciclo vital. La persona que lo efectúa es el cuidador o cuidadora, que habitualmente es una mujer, quien puede tener un parentesco familiar, y muchas veces posee pocos recursos educacionales y económicos, ejerciendo los cuidados desde la informalidad, sin un resguardo social y poniendo en riesgo su bienestar físico, psicológico, económico y social. Chile actualmente presenta un cambio demográfico hacia una población más envejecida, ello conlleva a mayores necesidades de cuidados. El marco legal chileno, en sus distintas instituciones, presenta una alta fragmentación de los servicios de apoyo, donde la integración de la sociedad civil, el mercado y el Estado siguen siendo algo lejano y poco accesible para las cuidadoras, lo cual no permite garantizar el derecho a recibir cuidados y apoyo y a quiénes los ejercen para que no presenten repercusiones que son evitables. Esta situación puede presentar cambios prometedores ya que hay medidas directas dentro del borrador de la nueva constitución política chilena que abordan la necesidad de implementar un plan nacional de cuidados, tanto para las personas que otorgan cuidados como para quienes lo reciben. Así es como se vuelve una necesidad inminente una reestructuración de la mirada hacia los cuidadores, que incorpore una perspectiva de género haciéndose cargo de las determinantes sociales que conlleva el rol del cuidador y también viéndolos como sujetos de derechos, pues muchas veces se ven postergados en pro de las necesidades de la persona a su cuidado.

PALABRAS CLAVES

Cuidadoras, Dependencia, Política de Cuidados

³⁰ Ensayo escrito en agosto de 2022.

³¹ Interna de medicina. Campus San Felipe.

Introducción

Una definición que se aproxima a la multidimensionalidad de lo que significa cuidado la da Arriagada (2010): “la gestión y a la generación de recursos para el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud; a la provisión diaria de bienestar físico y emocional, que satisfacen las necesidades de las personas a lo largo de todo el ciclo vital. El cuidado refiere a los bienes, servicios y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio”. En tanto Vaquiro (2010) señala que “El cuidar es un acto inherente a la vida, es el resultado de una construcción propia de cada situación de promover, proteger y preservar la humanidad”.

Es así como durante las distintas etapas de la vida hemos sido sujetos de cuidados. Dicho cuidado, es asignado tradicionalmente en las familias a las mujeres, en sus roles de hija, madre o esposa. Ellas son las encargadas de cuidar en situaciones de dependencia como la infancia de los/as hijos/as, la enfermedad de un miembro de la familia, la pérdida de autonomía de las personas mayores, etc. Esta responsabilidad se visibiliza en el presente ensayo como una problemática social con enfoque de género, ya que corresponde a una inequidad que genera brechas para las mujeres que realizan cuidados en el acceso a derechos tales como salud, vivienda, recreación, entre otros.

El cuidado informal comprende un conjunto de actividades y/o servicios de ayuda que van dirigidos a una persona con necesidades, sin tener un respaldo económico y legal de por medio. Dicho contexto pone en evidencia que no hay una visibilización de la cantidad de recursos y tiempo que la cuidadora tiene que disponer, ello puede generar un impacto considerable en las esferas biopsicosociales siguientes:

- Económica: apoyo para cubrir total o parcialmente los gastos generados para mantener a la persona dependiente.
- Doméstica: apoyo en mantener el aseo y proveer de alimentación según sus necesidades.
- Cuidados: ayudas en las tareas de la vida diaria, como bañarse, vestirse, ir al baño, afeitarse, peinarse, etc.
- Emocional: incluye la tarea de dar afecto y compañía, como también desde las emociones negativas que puede generar el cuidar a otro, como pena, soledad, impotencia, ansiedad, entre otras.

El objetivo del presente ensayo es mostrar el contexto social en Chile respecto a las personas que realizan labores de cuidados. De ese objetivo se desprende caracterizar el perfil sociodemográfico de las/los cuidadores y de las personas que requieren cuidados y examinar el panorama de la política pública actual y futura con una perspectiva de derechos. La relevancia del tema radica en que el discurso social respecto a los cuidados está cambiando aceleradamente, desde ser algo preconcebido como natural e inherente al sexo femenino, está abordándose actualmente desde un enfoque de derechos, donde el modelo de seguri-

dad social presente en el país aborde estas problemáticas y, eventualmente, garantice tanto el cuidado como el respeto a los/as cuidadores como sujetos de derecho.

Desarrollo

Para la realización del ensayo se realizó una investigación teórica, de tipo exploratoria-descriptiva, siguiendo un diseño transversal en el que se recolecta la información en un periodo acotado. Se llevó a cabo una búsqueda orientada a localizar y seleccionar publicaciones de interés en bibliotecas, sitios web gubernamentales, publicaciones realizadas por ministerios chilenos y sitios electrónicos especializados. Para la búsqueda y recopilación de literatura indexada se utilizaron las plataformas Scielo y Google Scholar³².

Antecedentes poblacionales

Estamos viviendo una transición demográfica en Chile, donde la pirámide poblacional ha progresado a una envejecida, con una población que al año 2017 tenía un 21% de personas bajo los 15 años y un 11% de personas sobre los 64 años y que para el 2050 se proyecta esta última población en un 22%, superando a la menor de 15 años que se proyecta en un 17%. (Martínez-Sanguinetti et al., 2021). Esta situación acarrea como consecuencia que estamos presenciando una mayor cantidad de personas afectadas por enfermedades crónicas no transmisibles y pérdida de autonomía. Lo cual genera a largo plazo una importante aumento de la carga de enfermedad y discapacidad. En este grupo de enfermedades encontramos las enfermedades oncológicas, las cardiovasculares y sus complicaciones mayores como lo son el infarto agudo al miocardio (IAM) y el accidente cerebro vascular (ACV), las enfermedades osteomusculares como la artrosis, y las neurológicas como los deterioros cognitivos mayores, conocidas también como demencias. Las consecuencias de estas enfermedades medidas en años perdidos por discapacidad (AVISA) presentan una frecuencia alta dentro de la población y una importante carga dentro de los países. También las enfermedades de la salud mental como la depresión y los trastornos de ansiedad cobran un rol importante dentro de la carga de enfermedad, siendo muchas veces coexistentes con las enfermedades previamente mencionadas, agravando su pronóstico ya que revisten de una complejidad generando conductas desadaptativas respecto a la apreciación de la enfermedad que dificultan su comprensión, aceptación y manejo.

Caracterización del perfil del cuidador

El Centro Estudios de Vejez y Envejecimiento UC en el año 2015 realizó una caracterización de quienes son cuidadores en base a datos recopilados en el estudio “Diseño de una estrategia para la reducción de brechas entre la demanda de familias en situación de vulnerabilidad por contar con integrantes en condiciones de dependencia derivadas del enveje-

32 Las palabras claves utilizadas fueron “Cuidados”, “Cuidadoras”, “Síndrome del cuidador”, “Burnout del cuidador”, “Dependencia” y “Discapacidad”.

cimiento, enfermedad y/o discapacidad y la oferta intersectorial de servicios de cuidado”³³. Lo que se vio es que son principalmente mujeres adultas, con rol de hija o de pareja, que están en el tramo etario de los 50-59 años, con bajo nivel educativo, afiliadas al sistema FONASA y que en el 80% de los casos eran las únicas personas que estaban en posición de ofrecer cuidados (ver tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de cuidadores

Encuesta Aporto 2014			
Características sociodemográfica	Sexo	Mujer	77%
		Hombre	23%
	Edad (Media)		58,9 años
Estado civil		Casado(a), Conviviente o Pareja	52,1%
		Anulado(a), Separado(a), Divorciado(a)	5,2%
		Viudo(a)	15,2%
		Soltero(a)	27,5%
Nivel Educacional		Sin educación	8,11%
		Educación Básica	48,3%
		Educación Media	32,7
		Educación Superior	10,9%
Sistema de Salud		FONASA	98,6%
		ISAPRE	0,5%
		Otro	0,9%
		No tiene	0%
Qué lo/la hizo cuidador principal		Estaba sin trabajo	3,9%
		Era la única persona que podría cuidarlo/a	79,6%
		Mi esposo/a tiene que trabajar	2,4%
		Otro	14,1%
Total			216

Fuente: Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento UC, 2015.

33 Ejecutado por la consultora APORTO LTDA.

Caracterización del perfil de la persona que requiere cuidados

La dependencia tiene una gran variedad de definiciones, muchas de ellas coinciden en que son personas que requieren asistencia para resolver necesidades de diversa índole. La OMS, en el año 1980, propone como definición de dependencia: “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales” (Duran-Badillo et al., 2018). Esta disminución de la capacidad de respuesta, exceptuando las etapas del ciclo vital donde aún no se adquieren las destrezas necesarias, suele en gran parte de los casos venir acompañada de una discapacidad. Esta se cataloga según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) reconocida por la OMS en 2001, clasificando la discapacidad física o motora, sensorial, intelectual y psíquica.

En la encuesta CASEN del 2013 se caracterizó la dependencia según grados, definido por el tipo y número de actividades de la vida diaria para las cuáles las personas necesitan ayuda. Esto evidenció que, además del origen de la discapacidad, es importante evaluar el grado de dependencia que ello genera, siendo así los conceptos de dependencia y discapacidad parte de la misma problemática (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

La Encuesta Nacional de Dependencia de Personas Mayores (SENAMA, 2010), estableció que un 24,1% de los chilenos de 60 años y más tiene dependencia, lo que equivale a cerca de 405.539 personas. De ello se desprende que un 12,4% presenta dependencia severa (de ellos 9,4% está postrado y un 4,1% presenta demencia en algún grado), 5% dependencia moderada y 6,6% presenta dependencia leve.

En el primer estudio nacional de discapacidad en Chile (FONADIS, 2005) se vio que 1 de cada 3 hogares en Chile presentaba al menos un miembro con discapacidad, siendo las predominantes la física (31%), visual (18%) y en menor proporción la intelectual, auditiva y psiquiátrica. La prevalencia de la discapacidad se incrementa a medida que aumenta el número de años cumplidos: 3,2% para menores de 15 años; 11,5% entre 15-64 años y 43,4% para personas de 65 años y más.

Problemáticas que genera la labor del cuidador en las personas

Las cuidadoras son una población que presenta, principalmente, 3 tipos de riesgo (García-Calvente et al., 2004):

- Psicológico, donde hay una mayor aparición de emociones negativas como lo son la pena, la rabia y la culpa por no poder dar acceso a mejores cuidados, lo que puede llevar a conductas desadaptativas y el desarrollo de enfermedades psiquiátricas;
- Físico, ya que tienen que movilizar a las personas a su cuidado con distintos grados de dificultad en la movilización, muchas veces sin una educación respecto a cómo realizar dichas maniobras de manera segura, lo que genera un mayor riesgo de lesiones osteomusculares; y el riesgo económico, en que, por una parte, están los costos asociados a la condición por la cual requiere cuidados la persona, que es el mecanismo directo de consecuencia

económica para los cuidadores, pero también es muy frecuente que los cuidadores tienen que disminuir su carga laboral o dejar sus puestos de trabajo por dedicarse al cuidado, lo que conlleva una situación de vulnerabilidad para estas personas y sus familias.

- Además de lo anterior, existe una consecuencia social del rol de cuidador, pues involucra pasar gran parte de su día en el hogar junto a la persona dependiente, lo que genera una reducción de su tiempo de ocio y recreación, alejándolo de sus espacios de interacción social y comunitaria.

Diferentes estudios muestran que las mujeres cuidadoras presentan casi dos veces más sobrecarga que los hombres cuidadores, y las cuidadoras más jóvenes presentan más sobrecarga que las de más edad. Esta sobrecarga lleva a menos descanso, menos horas de sueño, menos actividades recreativas, afectando la salud mental, e incrementando los riesgos la salud cardiovascular (Vaquiro y Stiepovich, 2010). El cuidado intenso y permanente, puede desencadenar finalmente el llamado “síndrome de sobrecarga del cuidador”, que se caracteriza por la presencia de síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza (Peinado y Garcés de los Fayos, 1998).

Rol del Estado y futuros cambios en la gobernanza respecto al cuidado

La actividad de cuidar la pueden realizar la familia, el Estado y el mercado. En la realidad la mayoría de los cuidados a personas dependientes son realizados por las familiares más cercanas –pareja e hijos/as- al interior del hogar, estando el paradigma de que el Estado no asume el rol de garante de derechos en el cuidado formal de la ciudadanía.

La mayoría de las iniciativas que provienen desde el Estado no expresan un trabajo interinstitucional, siendo alta la fragmentación de instituciones que abordan esta problemática, sin un lineamiento en donde dialoguen y trabajen coordinadamente en pos de un abordaje integral, desde los diversos servicios públicos o ministeriales con el sector privado y con la ciudadanía.

Es así como se están viendo formas de poder incluir un enfoque integral a los programa de ayuda a cuidadores, por ejemplo, el programa red local de apoyo y cuidados, creado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, que dentro de sus directrices tiene contribuir a que las personas en situación de dependencia funcional moderada o severa mantengan o mejoren el desarrollo de las actividades básicas y situaciones de la vida diaria, y que las personas cuidadoras principales mantengan o disminuyan su nivel de sobrecarga. En ese sentido, asegura el acceso a los servicios y prestaciones sociales de apoyos y cuidados, de manera integral, oportuna y articulada. Este programa será extensivo al 60% de la población más vulnerable y que tenga una dependencia moderada-severa. En este plan lo innovador que tiene es que configura un plan de cuidados, donde las intervenciones son pensadas tanto para las personas con dependencia y sus cuidadores, con servicios de atención domiciliar que abarque atenciones profesionales de índoles diversas como salud, cuidado y entrega de insumos para el cuidado.

Se necesita una reforma estructural del modelo sociopolítico en el que nos desenvolvemos para que los cuidados se garanticen desde el enfoque de derechos. El escenario político nacional actual ha despertado un interés inusitado en la temática de los cuidados, haciéndose más visibles las necesidades de la población que los requiere y la que los otorga. Esto de la mano de organizaciones civiles, como es el caso de la asociación de cuidadoras no remuneradas “Yo cuido”, donde su presidenta, Mariela Serey, llegó a ser elegida como consejera constituyente por el distrito 6, poniendo en la palestra la discusión de esta temática. Es así como el borrador de la nueva constitución, que será votado por la ciudadanía el próximo mes, es un motor de cambio a esta situación, partiendo por reconocer el trabajo doméstico y su necesidad para la sostenibilidad de la vida y el desarrollo de la sociedad (Art. 49, párrafo 1). En el artículo 50 se aborda el derecho de recibir cuidados en todas las etapas de la vida y como esto debe garantizarse mediante un sistema integral de cuidados de carácter estatal, paritario, solidario y universal, que promueva la autonomía personal. También lo problematiza desde la perspectiva de género, en donde se implementarán mecanismos para la redistribución del trabajo doméstico y de cuidados, además de establecer dentro del sistema de seguridad social público un aseguramiento de la cobertura de prestaciones a quienes se vean en este rol (Art. 49, párrafo 2 y Art. 45, párrafo 2). Aparece también la relevancia del rol de determinantes sociales en este problema, pues se estipula en el escrito que se generarán políticas públicas que concilien la vida laboral, familiar, comunitaria y el trabajo de cuidados (Art. 45, párrafo 4), siendo esto último una ventana de oportunidad para recuperar el equilibrio en la dimensiones de la vida de una persona que se enfrenta a la situación de cuidar a otro (Convención Constitucional, s/f).

Conclusiones

Estamos viviendo una etapa de transición sociodemográfica en Chile hacia una sociedad más envejecida, ello nos hace acercarnos a una creciente y demandante carga por conceptos de dependencia y discapacidad.

Pese a que el modelo de salud actual en Chile tiene un enfoque en la salud familiar, estando dentro de sus pilares la promoción y prevención de la salud, las acciones que se toman son aisladas e insuficientes. La fragmentación en donde no se comunican los actores de la sociedad civil, instituciones privadas y Estado, la poca participación comunitaria y social, y el desfinanciamiento que se vive en las campañas de promoción en comparación a los recursos que llegan al sistema de salud para la curación de enfermedades, genera que tengamos pocas herramientas efectivas como sociedad para articular la demanda de cuidados.

La multidimensionalidad de dar cuidado es un desafío para quien lo experimenta, ya que, viéndose muchas veces en la situación de tener que auxiliar a alguien con quien mantiene un vínculo, sea afectivo o contractual, tiene que desplegar una amplia gama de facultades y una porción vasta de su tiempo y atención dirigida a ver que la persona a su cuidado tenga el mejor pasar posible dentro de su condición. Al estar la atención puesta en un otro, es el autocuidado el que se pone a expensas. Esta situación es similar a lo que sucede con las enfermedades cró-

nicas no transmisibles, muchas veces son asintomáticas o presentan síntomas que no generan gran importancia por su levedad frente a las preocupaciones del diario vivir, sin embargo, una vez que se generan cambios crónicos y estos van afectando al organismo progresivamente, inicialmente un área en específico, luego un sistema organizado y finalmente desencadenan consecuencias graves e incluso irreversibles, es así como la vida de un/a cuidador/a puede verse truncada y profundamente dañada por tener que suplir las necesidades de otro.

Es por lo anterior que un/a cuidador/a debe ser cuidado/a, considerando sus determinantes sociales, y que sea la mirada pública la que esté velando por reducir los riesgos y brindarle oportunidades de desarrollo a esa persona. El Estado deberá reconfigurar su participación dentro de esta realidad, con una perspectiva que incluya al género como un determinante, ya que es una realidad histórica que las mujeres tienen un rol, a ratos forzoso, en la atención y cuidados de los demás miembros de su círculo social-familiar desde edades tempranas. Si consideramos las características analizadas previamente, es decir, un menor desarrollo educacional, acceso limitado a salud, precariedad económica, y puesto en un contexto social donde las mujeres presentan una posibilidad menor de acceder a cargos de poder o posiciones de divulgación de información, tenemos factores multiplicadores para que la realidad de las cuidadoras sea estar ocultas en sus casas, en condiciones precarias y con pocas herramientas para un desarrollo personal y social adecuado a sus necesidades.

La situación política actual que está generando el proceso constituyente genera una ventana de oportunidad para darle un enfoque de derechos al cuidado, con mecanismos que generen garantía de este derecho, y que quien da cuidados se vea protegido. Es así como, en caso de que se apruebe dicha reforma, este mecanismo de garantía debería ser estudiado para ver cuáles son las intervenciones que generan mayor impacto en mejorar la calidad de vida de los cuidadores y las personas que requieren cuidados.

Referencias

- Arriagada, Irma. (2010). La crisis de cuidado en Chile. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=453646114006>
- Centro de estudios de Vejez y Envejecimiento UC. (2015). Estudio, sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presenten y los programas existentes para aliviar el trabajo del cuidado. LICITACIÓN N° 711841-LE15: pags 8-10, 18-20. https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/btca/txtcompleto/Final_Perfil_de_Cuidadoras.pdf
- Convención Constitucional. (s/f). Propuesta Constitución Política de la República de Chile. <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/07/Texto-Definitivo-CPR-2022-Tapas.pdf>
- Duran-Badillo, Teresa; Domínguez-Chávez, Carlos; Hernández-Cortés, Patricia; Félix-Alemán, Ana; Cruz-Quevedo, Jorge y Alonso-Castillo, Margarita (2018). Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. Acta Universitaria, 28(3), 40-46. <https://doi.org/10.15174/au.2018.1614>
- FONADIS. (2015). Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. https://www.senadis.gob.cl/pag/136/1196/resultados_endisc_i

- García-Calvente, María del Mar; Mateo-Rodríguez, Isabel y Maroto-Navarro, Gracia. (2004). El impacto de cuidar en la salud y en la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria* Vol 18, N°5. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011
- Martínez-Sanguinetti, Magdalena; Leiva-Ordoñez, Amalia; Petermann-Rocha, Fanny y Celis-Morales, Carlos (2021). ¿Cómo ha cambiado el perfil epidemiológico en Chile en los últimos 10 años? *Revista médica de Chile*, 149(1), 149-152.
- Ministerio de Desarrollo Social (2015). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2013: Inclusión social de personas con dificultades y/o condiciones permanentes y de larga duración. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2013/Casen2013_inclusion_social.pdf
- Naciones Unidas (internet) (14 junio 2024). Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías 2 (CIDDM2). <https://www.un.org/esa/socdev/enable/dpbe19992c.htm>
- Peinado, Ana y Garcés de Los Fayos, Enrique. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*, 14(1), 83-93. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16714108>
- S. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud.; 2001.
- SENAMA. (2010). Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores. Santiago de Chile. <https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf>
- Vaquiro, Sonia y Stieповich, Joanne. (2010). Cuidado Informal, un reto asumido por la Mujer. *Ciencia y Enfermería/Ciencia y Enfermería*, 16(2). <https://doi.org/10.4067/s0717-95532010000200002>

Uso de antibióticos en la Atención Primaria de Salud en Chile: Una visión integradora del uso de antimicrobianos e intervenciones de salud en la comunidad

Rocío Caneo Leal³⁴

RESUMEN

El surgimiento de bacterias resistentes a antimicrobianos y su diseminación global ha sido reconocido como una de las principales problemáticas de salud pública durante el siglo XXI, ya que las enfermedades producidas por estas bacterias se asocian a una mayor morbilidad, mortalidad, estadía hospitalaria y mayores costos de tratamiento. La resistencia antibiótica es más prevalente en lugares donde existe un uso masivo y errático de los tratamientos antimicrobianos, donde la importancia de las políticas e intervenciones a nivel de salud pública resultan fundamentales para contribuir al uso racional de este recurso terapéutico. La práctica de la medicina en nuestro país, tanto a nivel hospitalario, pero sobre todo en la Atención Primaria de Salud (APS), no se encuentra exenta de esta problemática global, pues la APS representa uno de los sectores con mayor cobertura para la atención de enfermedades infecciosas y prescripción de antimicrobianos. En este marco se describen diversas intervenciones realizadas por el nivel de atención primaria chileno cuyo objetivo pretende preservar la efectividad de la acción terapéutica de los antibióticos, teniendo en cuenta la educación en salud dirigida a los/as usuarios/as y a los/as profesionales y el reconocimiento de determinantes sociales en la atención de salud. Asimismo, resulta importante la participación de agentes gubernamentales, encargados de generar políticas públicas para la regulación y control de las prescripciones de tratamientos antibióticos, además de mantener una vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecciosas de la población.

PALABRAS CLAVES

Resistencia antimicrobiana, Atención primaria, Antibióticos

34 Interna de medicina. Campus San Felipe.

Introducción

Las enfermedades infecciosas constituyen una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. El ser humano ha utilizado el progreso científico y distintas tecnologías para el desarrollo de medicamentos antibacterianos (Yu et al., 2021). Los antibióticos son una de las terapias más comúnmente administradas en el contexto de atención en salud y su aporte a la terapéutica antimicrobiana continúa siendo de vital importancia. A pesar de esto, casi simultáneamente, se ha visualizado un problema relacionado a su administración, el cual corresponde a la capacidad de las bacterias de crear mecanismos de resistencia para combatir los efectos terapéuticos de estos medicamentos. El desarrollo de la resistencia antibiótica es un problema de salud pública a nivel mundial debido a las diversas repercusiones en el control de enfermedades infecciosas y la salud de la comunidad. Cabe mencionar que el uso indebido de estos medicamentos no es inocuo para el mismo paciente, debido a que como cualquier fármaco se han descrito efectos adversos en múltiples sistemas asociados a la administración de antibióticos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el uso racional de medicamentos como la situación en la cual el paciente recibe un medicamento según sus necesidades clínicas, en la dosis, duración y costo adecuado. En términos más generales, el uso racional de los medicamentos debiese aplicarse de forma sistemática al interior de los sistemas salud y a nivel de comunidad, sobre todo en la APS, la cual corresponde al nivel asistencial donde hay mayor consumo de antibióticos. En España, se estima que en la atención primaria se prescribe más del 90% del consumo total de medicamentos, mientras que en Chile hay escasos datos sobre el consumo de antibióticos a nivel primario (García et al., 2022).

A pesar de los numerosos métodos de control para la dispensación de estos medicamentos, aún su uso en APS no se encuentra completamente regulado, existiendo menos instrumentos dedicados a la regulación de las prescripciones farmacéuticas en comparación al ámbito hospitalario, donde existen comisiones asesoras en infecciones intrahospitalarias, arsenal farmacéutico, gran número de guías terapéuticas, entre otras herramientas de gestión clínica. Todos esto lamentablemente no se encuentran ampliamente desarrollados en APS, donde se reconoce que gran parte de las infecciones atendidas a este nivel son banales y que en su mayoría no requieren antibióticos para su recuperación. La implementación de programas de control ha sido recomendada como una importante estrategia para optimizar el uso y disminuir la incidencia de efectos adversos relacionada con el uso inadecuado de los antibióticos en APS (Septimus, 2018).

El consumo excesivo de antimicrobianos es posiblemente condicionado por diversos factores, dentro de los cuales encontramos el déficit de racionalidad en la prescripción médica, adquisición de medicamentos de venta libre por parte de las personas, incumplimiento de la duración del tratamiento, carencia de exámenes de laboratorio para la identificación etiológica, falta de iniciativas a nivel de las autoridades sanitarias para el desarrollo de políticas de antibióticos que mejoren la utilización de este recurso en APS, entre otras. Se plantea una dificultad agregada al cumplimiento de las terapias por parte de las personas

que son tratadas ambulatoriamente en APS y no existe un seguimiento acucioso de su patología. Es de gran importancia, distinguir los sistemas de regulación de los tratamientos antibióticos presentes en la APS en Chile, considerando que es un pilar fundamental de la salud pública de un país y cuyo fortalecimiento se encuentra ligado a menores gastos, menos hospitalizaciones y menor uso de servicios de urgencia (Castro et al., 2017).

Dado lo anterior, se plantea como necesaria la caracterización de perfiles epidemiológicos y socioeconómicos de la población chilena vinculados al uso de tratamientos antibióticos, además de identificar aquellas intervenciones en la APS para el uso racional de antibióticos en el manejo de las enfermedades infecciosas. Todo esto, a través de la búsqueda de literatura nacional e internacional para contextualizar el escenario global y chileno de las problemáticas que suponen la lucha en contra de las enfermedades infecciosas.

Desarrollo

El desarrollo de nuevos y modernos medicamentos para las enfermedades infecciosas ha sido un factor importante en la mejora de los estándares de la salud pública. Durante las últimas décadas se ha visualizado un aumento del uso de antibióticos en la práctica médica, tanto en el ámbito hospitalario como en la comunidad, contribuyendo de forma significativa en la esperanza de vida de las poblaciones. No obstante, existe una amenaza creciente que deteriora la efectividad de los antibióticos: la resistencia bacteriana, definida como la capacidad de una bacteria para sobrevivir en concentraciones de antibiótico que inhiben o matan a otras de la misma especie (Alós, 2015).

La resistencia antibiótica vuelve ineficaces a estos fármacos, lo que permite la persistencia y transmisión de la enfermedad infecciosa; es una de las amenazas para la salud pública de mayor gravedad actualmente, la cual se ha visto acelerada por el uso indebido y excesivo de estos medicamentos, sumado a la inadecuada prevención basada en los mecanismos de transmisión de las enfermedades infecciosas (García et al., 2022).

De forma paradójica, a pesar del desarrollo de resistencia antibiótica y la necesidad de responder con el desarrollo de nuevas moléculas, múltiples compañías farmacéuticas han limitado en gran medida sus inversiones para el desarrollo de nuevos antibióticos destinados a el tratamiento de la creciente prevalencia de aquellas enfermedades producidas por agentes multirresistentes. Esto debido a que el retorno de su inversión ha sido negativo para aquellos antimicrobianos creados en los últimos años con la finalidad de atacar a bacterias resistentes a los antibióticos (Fernandes y Martens, 2017). En este marco, se da el desafío de cómo atraer inversiones para financiar el desarrollo de nuevos medicamentos para enfermedades potencialmente letales. Por otro lado, resulta problemático que el costo económico probablemente dificulte su adquisición por parte de servicios públicos estatales.

En el transcurso de las últimas décadas, la problemática suscitada en relación con el uso racional de antimicrobianos ha cobrado una posición preponderante en la agenda de salud pública mundial, ya que afecta en gran magnitud la lucha contra las enfermedades

infectocontagiosas, pudiendo provocar inclusive un retroceso en los progresos obtenidos en este ámbito. Es importante recalcar que a diferencia de los medicamentos que sólo tienen un efecto individual, el uso incorrecto de antibióticos añade un riesgo poblacional, poniendo en peligro la eficacia de éstos.

En Chile no existen estudios conocidos en relación con el uso inadecuado de antibióticos, pero sí hay conocimiento acerca del aumento de su consumo en consonancia a lo que ocurre en el resto del mundo. A pesar de que en Chile el consumo de antimicrobianos para humanos se encuentra regulado desde 1999, permitiendo su venta sólo bajo prescripción y receta médica, y que se han llevado a cabo una serie de iniciativas para combatir esta amenaza, sobre todo en el área de lineamientos de uso y epidemiología de las enfermedades, el país no se encuentra exento de la amenaza global de la resistencia a antimicrobianos.

La OCDE estimó una prevalencia de resistencia antibiótica de un 21% en el año 2013 en Chile, suponiendo una carga importante de enfermedad y costos sustantivos en el sistema de salud del país. Además de la resistencia a antimicrobianos existen otros factores que afectan la emergencia y la propagación de enfermedades infecciosas los determinantes sociales como la economía, tipo de institucionalidad y de infraestructura dedicada a la atención en salud, etc. Por otro lado, dentro de la comunidad se presentan otras determinaciones que propician la transmisión de bacterias patógenas, entre los que se encuentra la calidad deficiente de potabilidad del agua, el hacinamiento, las prácticas inadecuadas de manipulación de alimentos, la pobreza y el acceso limitado a los servicios de salud, los que a su vez son factores que favorecen la propagación de bacterias resistentes (Fernandes et. al, 2017). Estos factores son determinantes de la salud de la comunidad especialmente considerados y mayormente visualizados en la APS.

Dentro de este nivel de atención, una iniciativa para la unificación de criterios terapéuticos son las guías clínicas y orientaciones técnicas, las cuales son especialmente útiles en la elección del antibiótico, debido a que la mayor parte de las infecciones comunitarias son tratadas de manera empírica. Por esta razón, la elección debe ser basada en el logro de el mejor resultado clínico posible y la minimización de los efectos adversos. Todo esto exige al clínico/a mantener una educación continua, ya que la situación epidemiológica de las infecciones comunitarias no son estáticas en el tiempo e incluso existiendo diferencias entre centros asistenciales de una misma región. Asimismo, los dispositivos de APS no tienen los incentivos para mantener una educación específica sobre el manejo de estas infecciones y el médico o a la médica, según su juicio clínico, tiene la total libertad de acción con relación a las decisiones de manejo terapéutico, más o menos limitado por la disponibilidad de medicamentos del centro asistencial.

Si bien, ha existido interés en el desarrollo de iniciativas para el control de la prescripción y del consumo inadecuado de antibióticos, se hace necesario que la administración antimicrobiana sea optimizada a través de programas locales y equipos de salud informados acerca de la prescripción de estos medicamentos según la situación de cada centro de salud, independiente del nivel de complejidad que posea. Igualmente, se hace relevante la figura de los/as químicos/

as farmacéuticos, actuando desde la preservación del arsenal de antimicrobianos hasta la vigilancia epidemiológica realizada en centros de salud del país (Parente y Morton, 2018).

Adicionalmente a la participación de profesionales de salud en la instauración de programas de vigilancia y educación para los propios equipos, la educación dirigida a los usuarios es una herramienta fundamental en la mejora de la salud del país, teniendo en cuenta las creencias y conocimientos previamente adquiridos de los pacientes. A pesar de que el enfoque hegemónico de la medicina tradicional considera el aspecto social como un factor de riesgo adicional, los problemas relacionados a las enfermedades infecciosas y el uso inadecuado de los antibióticos son parte de la determinación cultural, del conocimiento popular de una comunidad, existiendo frecuentemente la creencia de que los antibióticos son sustancias “milagrosas” y seguras en el tratamiento de casi cualquier enfermedad. Dado este tipo de creencias es fundamental la relación médico-paciente con una comunicación efectiva, debido a que es muy importante saber qué conocimientos tienen las personas con respecto a los medicamentos antibacterianos. Es frecuente la generación de desazón entre los/as usuarios/as cuando el médico o la médica niega la prescripción del tratamiento antibiótico, por lo que se debe dar más y mejores explicaciones e informar exhaustivamente cómo y cuánto influyen las decisiones tomadas en este aspecto.

Muñoz et al. (2014) realiza un estudio experimental donde se evalúa la eficacia de la educación en salud a los/as usuarios/as con prescripción de tratamiento antibiótico que acudieron a farmacias comunitarias, y sugiere que el conocimiento respecto a la farmacéutica puede mejorar la adherencia a los tratamientos. Estos resultados refuerzan la idea de que la educación en salud, donde la APS es considerada un agente clave, es importante para el manejo de las enfermedades y es determinante para la resolución de las enfermedades infecciosas en la comunidad y prevenir la mala adherencia al tratamiento.

Además de la educación en salud, existen otras actividades de prevención primaria en salud dirigidas a la comunidad. Álvarez y Sanz (2002) ponen énfasis en la administración de vacunas, la que constituye una de las actividades preventivas con mayor costo-efectividad del sistema de salud, considerando que es una actividad realizada tanto en la APS como a nivel hospitalario. En este campo, Chile posee un calendario de vacunación sistemático, unificado y actualizado para los usuarios. La trascendencia de la vacunación es que además de la protección individual proporcionan una protección colectiva que ha disminuido (e incluso erradicado) la incidencia de algunas enfermedades infecciosas. Esto a su vez, disminuiría los gastos asociados a atención en salud y a medicamentos necesarios para el tratamiento de los usuarios. El costo de la resistencia a los antibióticos es elevado, con tasas de mortalidad y costos en salud muy altos. Se debe considerar también la participación de distintos profesionales de salud en la Atención primaria de salud (Septimus y Owens, 2011), evitando la sobrecarga laboral de un profesional en específico.

Sumado a las intervenciones descritas anteriormente, la APS participa en el modelo de vigilancia de Chile en los subsistemas de vigilancia de morbilidad y vigilancia de laboratorio. El sistema de vigilancia en Chile cumple el rol de ser un mecanismo de contención en la

propagación de enfermedades transmisibles que supongan un riesgo para la población. A nivel de APS, además de tener importancia en la vigilancia epidemiológica nacional, constituye una herramienta para el/la profesional clínico permitiendo una aproximación etiológica de los cuadros infecciosos de sus pacientes.

De acuerdo con los antecedentes antes mencionados, la resistencia a antimicrobianos es un tema complejo y global, que afecta a todos los niveles de atención en salud, debido a que abarca un gran número de agentes patógenos de trascendencia médica y de difícil manejo dada su multicausalidad, lo que significa un gran costo para el paciente y para el sistema de salud del país. Por lo tanto, todos los esfuerzos en creación de intervenciones y acciones desde la APS para prevenir la enfermedad infecciosa y prescribir tratamientos antibióticos desde el juicio clínico bien fundamentado, continúan siendo elementos de suma importancia en la práctica médica.

Conclusiones

La APS es un eslabón central en la prevención y manejo de las enfermedades infecciosas de la comunidad, donde el uso de agentes antimicrobianos constituye una herramienta casi indispensable en el quehacer clínico. Sin embargo, el papel de estos medicamentos ha sido mermado por diversos factores relacionados con su uso indebido generando mecanismos de resistencia bacteriana.

El uso de antibióticos en el nivel primario de atención carece de la regulación necesaria para prevenir el aumento de la resistencia, y urge tener protocolos estandarizados para la regulación de su uso. Desde la mirada amplia de la salud pública en Chile, han existido iniciativas y marcos regulatorios en relación con el uso de antibióticos, las que al parecer tuvieron un gran impacto inicial pero que no fueron mejoradas ni supervisadas en el tiempo. Por esta razón, se requieren nuevos apoyos de políticas de salud y un fortalecimiento de los programas de prevención y control de infecciones, en el contexto de la inminente alza de resistencia antibiótica.

Además, se hace necesario reforzar las medidas alternativas y complementarias al tratamiento farmacológico con antimicrobianos, enfocadas en la prevención y el control de las infecciones a nivel comunitario. A mi parecer, en todas las intervenciones y directrices entregadas por las autoridades de salud nacionales, existe una carencia del reconocimiento de la población desde su contexto y las determinaciones socio culturales. Esto a pesar de que los mecanismos de prevención de enfermedades, sobre todo a nivel de APS sí son factores significativos en el desarrollo y propagación de las patologías infecciosas.

Además, las intervenciones dentro de APS suelen ser basadas en la prevención de la enfermedad infecciosa desde el punto de vista biomédico, demostrado tener un efecto epidemiológico control de las patologías insuficiente. Sin embargo, la educación en salud dirigida a las personas tiene un papel fundamental en el manejo de estas enfermedades, la cual puede ser realizada por profesionales en todos los niveles de atención, con énfasis en la atención primaria donde existe un mayor nivel interacción e inserción al entorno del paciente.

En consecuencia, el manejo de las enfermedades infecciosas dentro de la comunidad es un tema complejo, que involucra a diversos actores de salud y políticos dentro del país.

Creo que es interesante la investigación sobre los mecanismos específicos de regulación de las terapias antibióticas en los diferentes niveles de atención, ya que no existe un fácil acceso esta información por parte de los centros asistenciales y pareciera no haber un consenso entre ellos. Tampoco fue encontrado algún texto de orientaciones técnicas nacionales que tratase el manejo ambiental y determinantes sociales dentro del manejo de las enfermedades infecciosas en la APS, lo que supondría una fuente de posibles investigaciones a futuro sobre el tema.

Referencias

- Álvarez, María José y Sanz, Teresa. (2002). Vacunaciones en atención primaria: nuevos aspectos de una vieja actividad. *Atención Primaria*, 29(5), 312-315. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)70570-2](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)70570-2)
- Alós, Juan. (2015). Resistencia bacteriana a los antibióticos: una crisis global. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 33(10), 692-699. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2014.10.004>
- Castro, Rodrigo; Palacios, Antonio; Arenas, Alejandra y Martorell, Blanca. (2017). Modelo cuantitativo para mejorar el financiamiento de la atención primaria en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2017.173>
- Fernandes, Paulo y Martens, Eric. (2017). Antibiotics in late clinical development. *Biochemical Pharmacology*, 133, 152-163. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2016.09.025>
- García, Manuel; Solís, Pedro; De Oña, Carmen; Gil, Patricia; Rollé, Victoria y Mier, Beatriz. (2022). Consumo de antibióticos en atención primaria en población adulta de Asturias durante el periodo 2014-2020. *Atención Primaria*, 54(3), 102261. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102261>
- Muñoz, Esteban; Dorado, María; Guerrero, José y Martínez, Francisco. (2014). The effect of an educational intervention to improve patient antibiotic adherence during dispensing in a community pharmacy. *Atención Primaria*, 46(7), 367-375. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.003>
- Parente, Dominic M. y Morton, Jason. (2018). Role of the Pharmacist in Antimicrobial Stewardship. *Medical Clinics Of North America*, 102(5), 929-936. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.05.009>
- Septimus, Elaine y Owens, Richard. (2011). Need and Potential of Antimicrobial Stewardship in Community Hospitals. *Clinical Infectious Diseases*, 53(suppl_1), S8-S14. <https://doi.org/10.1093/cid/cir363>
- Septimus, Elaine. (2018). Antimicrobial resistance. *Medical Clinics of North America*, 102(5), 819-829. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.04.005>
- Yu, Hongwei; Han, Xiaoyan y Quiñones Pérez, Daniel. (2021). La humanidad enfrenta un desastre: la resistencia antimicrobiana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(3), e3850. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000300020&lng=es&lng=pt

A stylized illustration in shades of blue and white. It depicts a series of stairs leading upwards. Several human figures are shown in various states of movement and celebration: one person is jumping with arms raised, another is running up the stairs, and others are standing on the steps. In the background, there are wavy lines, a utility pole, and a group of people at the bottom. The overall theme is one of progress and achievement.

PARTE II

ANÁLISIS CRÍTICO DE LA
GESTIÓN HOSPITALARIA

Falta de camas y gestión hospitalaria³⁵

Maura Bórquez Henríquez, Daniela Bravo Orfali,
Catalina Cáceres Morales, Javier Gatica,
Claudia Carreño Legua, Sofía Díaz Zelada,
Belén Matta Cordero, Claudia Rivas San Martín³⁶



The Associated Press (julio de 2023): <https://apnews.com/article/5a5cdd80213f1d64625c4b02b84be703>

Introducción

La noticia nos motiva a reflexionar respecto a qué sucedió en este caso y si se pudo hacer algo distinto que cambiase el resultado. Si bien este caso puede resultar llamativo debido a la alta emocionalidad que implica, es importante analizarlo no solo debido a esto, sino a las grandes repercusiones socioeconómicas y sanitarias que trae consigo. Los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) son la suma algebraica de los años que hubiese vivido un/a individuo/a de haber llegado a la edad de expectativa de vida promedio, que corresponde en el caso de nuestro país a un valor cercano a los 80 años. Si se analiza desde el punto de vista socioeconómico, alrededor de la mitad de estos años corresponden a etapa laboral, por lo que la pérdida monetaria que implica la muerte de un lactante es alta (Candia, 2015).

³⁵ Ensayo realizado en julio de 2023.

³⁶ Estudiantes de 5° de medicina. Casa Central.

Asimismo, este indicador es un reflejo de la situación sanitaria del país, y debiera reducirse al mejorar las condiciones determinantes de mortalidad infantil, tales como la prevención de enfermedades transmisibles. Si bien la cifra de mortalidad infantil relacionada a esta causa ha disminuido, sigue lejana de llegar a cero (OPS, s/f), por lo que se deben seguir haciendo esfuerzos en cuanto a prevención y corrección de determinantes sociales (ej. saneamiento básico y desnutrición, principales para el virus respiratorio sincicial VRS), y así poder cumplir con parte del tercer eje de la estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios 2021-2030 (Minsal, 2022).

Para lograr todo lo mencionado anteriormente es necesaria la gestión en salud, cuyo déficit en este caso llevó en parte a la muerte de los 4 lactantes y a todo lo que esto implica.

Desarrollo

Para comprender adecuadamente el contexto y acometer el análisis crítico de esta noticia es esencial considerar los siguientes aspectos:

I. Hemisferio norte³⁷

Hubo un aumento notable en los casos de influenza en EE. UU., con tasas de hospitalización superiores a las registradas en la semana 49 del período 2010-2023. Además, se reportó una alta actividad de VRS a nivel global (OPS, 2022). Cabe destacar que suelen utilizarse los eventos que ocurren en el hemisferio norte como un antecedente para lo que podría ocurrir en el hemisferio sur.

II. Chile: Informe Virus Respiratorios³⁸

Virus respiratorios: Desde mayo 2023, se ha registrado un incremento significativo en la circulación de virus respiratorios con VRS representando el 56% de las muestras entre el 28 de mayo y el 3 de junio, impactando principalmente a niños menores de un año. Este aumento marca uno de los brotes más grandes de VRS en años recientes, atribuido a una baja circulación del virus durante la pandemia de COVID-19, lo que dejó a una amplia parte de la población más susceptible, sumado a la inexistencia de una vacuna contra el VRS. Aunque 2020 y 2021 tuvieron menos incidencias, 2022 y 2023 siguieron un patrón similar a 2019 y es notable que el VRS ha sido el virus respiratorio predominante cada año, con un pico extremadamente alto en 2023, alcanzando 3000 casos en una semana. Además, la infección del tracto respiratorio inferior por VRS es responsable de más de 100,000 muertes anuales en niños menores de 5 años a nivel mundial, con el 99% de estas muertes ocurriendo en países de ingresos bajos y medianos, categoría en la que se encuentra Chile (Minsal, 2023a).

Ocupación de camas: Para junio del 2023, se ha incrementado la cantidad de camas críticas pediátricas a 1.113, un aumento del 50,1% respecto a la dotación base de 738 camas

³⁷ Datos 16 de diciembre 2022.

³⁸ Datos al 09 de junio del 2023.

en la red pediátrica público-privada. Sin embargo, la ocupación actual de estas camas es del 93,3% a nivel nacional, con 92,4% en el sistema público y 95,6% en el privado. Esta ocupación varía según la región, con un 62% en el SS de Arica, 93% en el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, y una ocupación completa del 100% en el Servicio Valparaíso - San Antonio, reflejando la complejidad de la situación en las Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI) pediátricas (Minsal, 2023a).

Medidas de prevención para virus respiratorios: para niños pequeños y comunidad escolar³⁹:

- En lo posible, aislar a los niños menores de un año
- Se recomienda realizar teletrabajo para cuidadores de población de riesgo.
- Ventilar las salas de clases en los establecimientos educacionales
- Uso de mascarilla en salas de clase, tanto alumnos como profesores
- Eliminación de la necesidad de un certificado médico para justificar la ausencia o el regreso a las clases, evitando visitas innecesarias a centros de salud.

III. Estrategias llevadas a cabo por el MINSAL⁴⁰

Se han implementado varias estrategias para fortalecer el sistema de salud en respuesta a la crisis de virus respiratorios. Se asignó un presupuesto de \$6.173.341.000 para la Campaña de Invierno, destinado a la ampliación y mejora de camas, potenciación de servicios de urgencia, y fortalecimiento de redes de laboratorio e imagenología. Se planifica un aumento del 23% en camas para adultos y del 40% para pacientes pediátricos en unidades de pacientes críticos. Además, se pretendía expandir la cobertura a 50 unidades de emergencia para adultos y 70 unidades pediátricas. También se ha enfocado en mejorar la comunicación con la población, adaptando los mensajes de la campaña comunicacional para diferentes públicos, incluyendo adultos y niños (La tercera, 25 mayo 2022).

IV. Vacunación

Desde el comienzo de la campaña de vacunación contra la influenza en marzo, se ha logrado inmunizar a 5.847.581 individuos, lo que representa un 65,8% de la población objetivo (Clínicas de Chile, 2023). Por otro lado, actualmente se está desarrollando una vacuna contra el VRS, investigación liderada por el académico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Alexis Kalergis⁴¹. Dicha vacuna estaría lista en 2025 y podría convertirse en la primera contra el VRS y la primera generada en Chile (La Tercera, 25 septiembre de 2016)⁴².

39 Minsal, 2023b

40 Dato al 7 Mayo 2023.

41 Director del Instituto Milenio en Inmunología e Inmunoterapia (IMI).

42 Nota del Editor: Nirsevimab es el nombre del medicamento para inmunizar contra el virus sincial que comenzó a aplicarse en

Análisis Crítico

Los repetidos casos de fallecimientos neonatales en Chile han impulsado un análisis crítico profundo sobre el sistema de salud del país y las decisiones tomadas por las autoridades. En relación a estos eventos, consideramos que se deben a la ineficaz gestión anticipatoria de esta crisis sanitaria estacional de la cual, debido a fenómenos anteriores de brotes de virus respiratorios, ya es conocido su impacto en la población. Esto radica principalmente en dos aspectos del sistema de salud: Comunicación y coordinación inefectiva entre las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y Insuficientes políticas públicas de prevención.

Comunicación y coordinación inefectiva entre las redes asistenciales

Para contextualizar, debemos entender que las RISS son “Red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (OPS, 2018).

Lamentablemente, esta prestación de servicios fue ineficiente, dado que generó un alza en la mortalidad neonatal, lo cual nos sitúa en un escenario de posible empeoramiento en los indicadores. Históricamente hemos sido en Latinoamérica uno de los países con mejores indicadores en mortalidad infantil por sus políticas públicas de promoción y prevención, con una tasa de mortalidad infantil de 7 por 1.000 recién nacidos vivos. Sin embargo, por los determinantes sociales de salud existen sectores más vulnerables, con tasas cercanas a 20 / 1.000 RN vivos, por ende desde la RISS es un desafío político atender las necesidades de estas comunidades desde un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).

Por otro lado, nuestro sistema de financiamiento está caracterizado por un bajo gasto en salud con altas tasas de mortalidad evitable, ejemplificado en la carencia de camas hospitalarias. En Chile existen un total de 37.397 camas hospitalarias de distintos niveles de cuidados de las personas, lo que representa un índice de 1,92 camas por cada 1.000 habitantes, encontrándose muy por debajo del promedio de los países de la OCDE, el cual corresponde a 3,6 por cada 1.000 habitantes (La Tercera, 25 septiembre 2016) y lejano a las 2.5 camas censables por cada mil habitantes que plantea la OMS. Esta situación conlleva que también haya una falta de dotación de camas en el ámbito pediátrico, y por consecuencia, inequidad en la atención de pacientes pediátricos.

Otro antecedente clave es la existencia de un Sistema de Salud chileno segmentado y fragmentado, modelo de organización con falta de coordinación entre los distintos niveles de atención y entre los distintos sistemas de establecimientos privados y públicos, tanto para

nuestro país de manera gratuita y voluntaria a partir del mes de abril de 2024. De esta forma, Chile se convierte en el primer país en Latinoamérica en adquirir este medicamento para inmunizar contra el Virus Respiratorio Sincicial (VRS), la principal causa de enfermedad, hospitalización y muerte en recién nacidos y lactantes en nuestro país. Se aplica en las maternidades y en los vacunatorios públicos y privados en convenio del país. (<https://saludresponde.minsal.cl/nirsevimab/>).

generar un derivación oportuna como también para optimizar el uso de recursos, lo cual se ve reflejado en la constante demanda insatisfecha. A pesar de haberse llevado a cabo un plan por las autoridades de aumento y conversión de camas UCI en el sector público, estas no fueron suficientes para satisfacer las necesidades de la población durante esta crisis sanitaria; por otro lado, de haber existido una red asistencial unificada / integrada, esta hubiese contribuido a una mejor distribución en la ocupación de las camas a través de la reducción de hospitalizaciones innecesarias y una mayor comunicación entre distintos centros asistenciales al actuar de manera complementaria y como soporte entre ellos, especialmente durante la falta de recursos.

En la misma línea y en consecuencia, frente a esta situación sanitaria el Estado no asume su rol rector o la implementación de una gobernanza estratégica, y por ende, se obstaculiza la gestión hospitalaria nacional e implica que, al día de hoy, no exista realmente una estrategia nacional eficiente frente a crisis sanitarias que impliquen una saturación del sistema. De modo que, en el momento en que se necesita una gestión rápida y oportuna se debe realizar una coordinación y mediación con el sector privado según convenios, significando un mal uso del tiempo al activar la búsqueda de cama y coordinar traslados y/o prestaciones, junto con un mal uso de recursos, puesto que implica un gasto mucho mayor para el sistema debiendo pagar en promedio casi tres veces más cuando un paciente crítico de Fonasa, por falta de camas, es derivado a alguna clínica. (Torres, 2023) En contraste a lo que ocurrió durante la pandemia en que en donde el Estado tuvo la facultad centralizada de organizar y dirigir la atención sanitaria nacional, pudiendo apuntar a una gestión de camas adecuada, una regulación del financiamiento y una garantía de atención en concordancia con la demanda sanitaria.

Por lo tanto, se hace necesario que el Estado se haga cargo de esta situación, de modo de poder destinar más recursos al sistema y posibilitar que se aborde la real demanda sanitaria existente, aun cuando la posibilidad de que el Estado pueda tomar un real rectoría en la estructura del sistema sanitario chileno que existe hoy es baja, por lo que se haría necesario, además, una reestructuración del sistema que realmente haga posible el ejercicio rector estatal.

Insuficientes políticas públicas de prevención

Dado el contexto epidemiológico, la prevención ha sido identificada como una prioridad clave por la OMS durante los últimos 20 años. Sin embargo, durante el brote de virus respiratorios presentados durante el 2023, las autoridades sanitarias no adoptaron un enfoque preventivo, sino que más bien de control de daños, una vez el brote ya se encontraba instalado, reflejando una gestión improvisada de la situación. Además, el alza importante de casos del VRS e influenza de este año, superando con creces las estadísticas de años anteriores, fue precedido por el brote del mismo virus en el hemisferio norte. Por tanto, el punto principal sobre la falta de prevención de este año fue la falta de una mayor preparación, con más comunicación de riesgo y más acción en la gestión de camas, ya que las predicciones que se conocían desde fines de abril y comienzos de mayo fueron bien certeras; se sabía que venía una Campaña Invierno muy dura y que, además, iba a partir disímilmente

entre diferentes regiones, primero en el sur y después en la Región Metropolitana. A pesar de que se conocían las proyecciones desde mediados de mayo, se comenzaron a implementar medidas en junio, alrededor de un mes más tarde.

Una de las medidas de prevención adecuadas, se considera la realización de campañas de vacunación masivas contra la Influenza, lo cual, si bien se realizó en cierta medida durante la Campaña de Invierno, estas no tuvieron la cobertura necesaria ni la anticipación adecuada para lograr el objetivo. La autoridad no generó una eficiente comunicación de riesgo, por lo que la cobertura de la campaña de vacunación contra la influenza en la población pediátrica fue baja antes y durante el periodo epidémico, siendo menor al objetivo propuesto para el año 2023 (64,31% v/s 84%, respectivamente). Estos datos tienen directa implicancia en la cantidad de hospitalizados, la disponibilidad de camas críticas y en eventuales colapsos en las unidades de tratamientos y cuidados intensivos.

Recientemente, se han planteado dos medidas para la prevención del contagio con VRS, que protegen de cuadros severos y hospitalización en un 75-80%: la vacunación de embarazadas y el uso de anticuerpos monoclonales en recién nacidos. Sin embargo, la autoridad sanitaria no ha implementado un plan para financiar la aplicación de esta campaña hacia una población objetivo que abarque más que al actual, siendo esta solo a niños con alto riesgo: prematuros, cardiópatas congénitos y bronquio displásicos pulmonares.

Conclusión

El aumento de fallecimientos neonatales en Chile ha arrojado luz sobre las deficiencias latentes en el sistema de salud del país. Esta circunstancia puede atribuirse a una combinación de factores que incluyen una gestión preventiva inadecuada a pesar de la previsibilidad de la crisis, la fragmentación del sistema de salud, y las ineficiencias derivadas de la falta de comunicación y coordinación en las RISS.

Es alarmante que, a pesar de estar advertidos del inminente brote de virus respiratorios en base a acontecimientos similares en el hemisferio norte, la reacción de las autoridades haya sido tardía. Esta desidia en anticipación y prevención se refleja en la insuficiente cobertura de la campaña de vacunación y en la escasa educación y comunicación dirigida a la población sobre los riesgos potenciales.

La inequidad en salud, exacerbada por la falta de recursos adecuados, como las camas hospitalarias insuficientes en comparación con los estándares internacionales, y la fragmentación en la prestación de servicios, pone en peligro la vida de los más vulnerables. La relación entre el gasto público en salud y los resultados desfavorables evidencia un sistema que no está funcionando óptimamente. Asimismo, la falta de un sistema de salud unificado ha llevado a una falta de coordinación que agudiza aún más estos problemas.

La situación actual pone de manifiesto la urgente necesidad de que el Estado asuma un papel rector y en la gestión de la salud más activo, enfocándose en estrategias preventivas

y en una comunicación más efectiva. También destaca la necesidad de una revisión y reestructuración profunda del sistema de salud, de manera que pueda responder de manera eficiente y equitativa a las demandas sanitarias de la población chilena.

Referencias

- Candia, Alejandra (2015). Salud y mejoras del bienestar social: el caso de los años de vida potencialmente perdidos. Instituto Libertad y Desarrollo. <https://lyd.org/wp-content/uploads/2015/10/SISO-152-Salud-y-las-Mejoras-en-Bienestar-y-Equidad-El-Caso-de-los-AVPP-ACandia-Septiembre2015.pdf>
- Clínicas de Chile (2023). Camas Hospitalarias Públicas y Privadas en Chile. <https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2023/05/Informe-de-Camas-Hospitalarias-mayo-2023.pdf>
- La tercera [Internet] (25 mayo 2022). Por primera vez en el mundo, recién nacidos recibirán vacuna en estudio para virus sincicial creada por científicos chilenos. <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/por-primera-vez-en-el-mundo-recien-nacidos-recibiran-vacuna-para-virus-sincicial-creada-por-cientificos-chilenos/DWMZYXSP5GKPPWH6MW7UY7YE4/>
- La Tercera [Internet] (25 septiembre de 2016). Estado paga el triple del costo público por pacientes de Fonasa derivados a clínicas. <https://www.latercera.com/noticia/estado-paga-el-triple-del-costo-publico-por-pacientes-de-fonasa-derivados-a-clinicas/>
- Minsal (2022). Estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2023. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
- Minsal (2023a). Informe Virus Respiratorio: Campaña invierno 2023. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/06/2023.06_10Informe_Campana%CC%83a-Invierno-VF.pdf
- Minsal (2023b). Campaña de invierno, refuerza red asistencial frente al aumento y adelanto en la circulación de virus respiratorios. (Noticia). Minsal.cl. <https://www.minsal.cl/campana-de-invierno-minsal-refuerza-red-asistencial-frente-al-aumento-y-adelanto-en-la-circulacion-de-virus-respiratorios/>
- OPS (s/f). Salud en las Américas: Perfil del país Chile. [https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-chile#:~:text=Salud%20materno%20infantil,27%25%20\(figura%204\)](https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-chile#:~:text=Salud%20materno%20infantil,27%25%20(figura%204))
- OPS (2022). Reporte Semanal de Influenza, Semana Epidemiológica 49. <https://www.paho.org/es/documentos/reportesemanal-influenza-semana-epidemiologica-49-16-diciembre-2022>
- OPS (2018). Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas. Washington, D.C.: OPS; 2018. [https://www3.paho.org/pan/dmdocuments/Hospitales%20en%20RISS%20\(1\).pdf](https://www3.paho.org/pan/dmdocuments/Hospitales%20en%20RISS%20(1).pdf)
- Torres, Juan (2023). Dos nuevos tratamientos pondrían fin a la crisis por virus respiratorio sincicial que afectan al país cada invierno. 2023. Noticias. Facultad de Medicina Universidad de Chile. <https://medicina.uchile.cl/noticias/207672/dos-nuevos-tratamientos-pondrian-fin-a-crisis-por-virus-respiratorio>

Aplicación Parcial de Metodología de Rediseño de Programas de Salud, Innov8: Programa Cuidados Paliativos Universales

Luis Caneo Vergara, Monserrat Moraga Carrasco y Lisett Saavedra Araya⁴³

Introducción

La asistencia paliativa ofrece un sistema de apoyo para ayudar a las personas a vivir de manera digna hasta la muerte. Una amplia gama de enfermedades requiere cuidados paliativos. La Organización Mundial de la Salud, señala que, la mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%). Muchas otras afecciones también requieren de asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedades neurológicas, demencia, entre otras (OMS, 2020).

“El Ministerio de Salud (MINSAL), desde el año 1995 ha impulsado el Programa de Cuidados Paliativos en Chile, desarrollando estrategias de atención integral para las personas con cáncer avanzado. Desde la inclusión del problema de salud GES N°4 en el Decreto N°170 del año 2005, de alivio del dolor por cáncer avanzado, se ha hecho un trabajo regulatorio y de constitución de unidades paliativas en el territorio chileno” (Ministerio de Salud, 2022a). Durante las últimas décadas se definen orientaciones hacia la conformación de unidades de cuidados paliativos, protocolos de evaluación, tratamiento y control de síntomas asociados a cáncer avanzado (Ministerio de Salud, 2009).

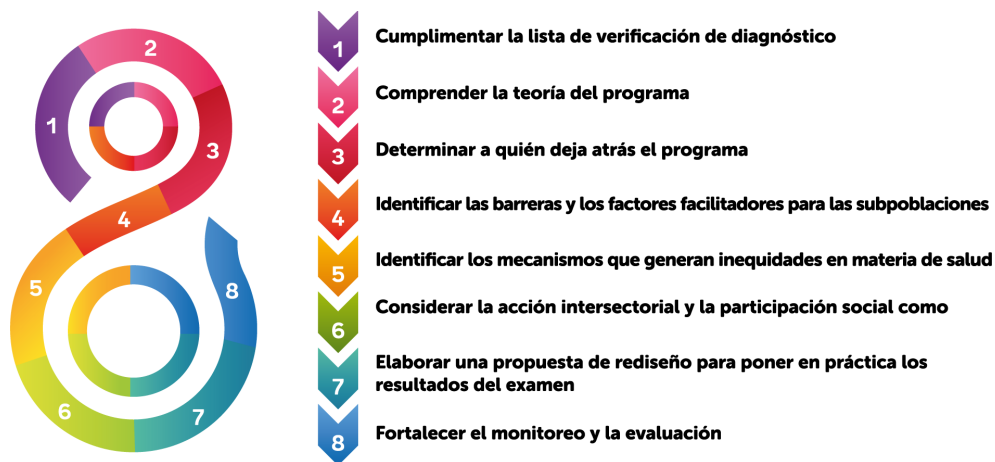
El 21 de octubre de 2021, se promulga la Ley 21.375 (Biblioteca del Congreso Nacional, 2021) que consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves, siendo un gran paso en equidad, en igualdad de acce-

⁴³ Estudiantes del curso “Salud y Sociedad. Sistemas de Salud” del Magíster en Salud Pública de la Universidad de Valparaíso (Versión 12, 2023).

so a cuidados paliativos más allá de las condiciones oncológicas. Esta Ley viene a apoyar a miles de personas en situación terminal, entregando una respuesta a la necesidad de alivio y acompañamiento en el tránsito de final de vida; apoyando no solo, a la persona, sino también a su familia y núcleo más cercano en un contexto domiciliario (Ministerio de Salud de Chile, 2022b).

El programa de cuidados paliativos universales (PCPU), espera contribuir a la implementación del *“cuidado integral de la persona y su familia, orientado a aliviar los padecimientos asociados a una enfermedad terminal o grave, se entenderá por enfermedad terminal una enfermedad o condición patológica grave que haya sido diagnosticada, de carácter progresivo e irreversible, sin tratamiento específico curativo o que permita modificar su sobrevivencia, o bien cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces, y con una expectativa de vida inferior a doce meses. en beneficio de las personas y de su familia, de todas las edades que requieren cuidados al final de su vida”* (Ministerio de Salud, 2022a).

Este trabajo fue realizado en el contexto del Curso Salud y Sociedad del Magister en Salud Pública con mención en Gestión en Salud (11ma Versión - 2023) de la Universidad de Valparaíso, en donde se imparte el contenido de “Rediseño de programas con enfoque de equidad” con la herramienta recomendada por la OPS “Innova8” (OPS, 2017). El rediseño presentado es parcial ya que los 5 pasos iniciales se pueden realizar sin la necesaria participación de los equipos.



Cuadro 1. Los pasos de Innova8 (OPS, 2017).

Desarrollo del Rediseño

Paso 1. Diagnóstico preliminar⁴⁴

1. Metas, objetivos y resultados esperados

La meta es mejorar la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados a enfermedades amenazantes para la vida, progresivas e incurables, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación exhaustiva y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Por su parte, el objetivo es abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves, a través de los cuidados paliativos, en los establecimientos de la APS. Así, los resultados esperados son: Alivio del dolor y buen morir⁴⁵.

2. Derechos humanos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que el alivio del dolor es un derecho fundamental y que incurre en una falta de ética grave aquel profesional de la salud que impida a un ser humano el acceso a la posibilidad de alivio de este. La OMS ha dictado los criterios indispensables para un buen control del dolor, entre los que recoge la adecuada formación de los profesionales de la salud y la disponibilidad de fármacos para el tratamiento del dolor, además, reconoce los cuidados paliativos de gran calidad como un derecho humano en el año 2002. Los cuidados paliativos, constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de las personas (adultos y niños), sus cuidadores y/o familia, cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas, sean éstos de orden físico, psicosocial o espiritual.

3. Población objetivo

Personas con enfermedades terminales y graves con deterioro importante de su funcionalidad, en atención clínica por equipos de salud clínicos (médicos de cabecera), quienes detectarán la necesidad de cuidados paliativos. Los equipos que detecten la necesidad de cuidados paliativos deberán revisar los antecedentes entregados, aplicar parámetros para determinar complejidad de la condición paliativa, proponer un plan de manejo multidiscipli-

44 “Es el inicio del proceso de examen, y durante el mismo se elabora una lista de verificación. En dicha lista se resumen los conocimientos y la experiencia de los miembros del equipo de examen y se insta a pensar con mayor detenimiento en el programa objeto de examen desde las perspectivas de equidad, género, derechos humanos y determinantes sociales de la salud, para así definir tanto un punto de referencia de la situación actual como los insumos que se requieren para los pasos siguientes” (OPS, 2017).

45 “Muerte digna (“Buena muerte” o “muerte en paz”): Supone vivir dignamente hasta el último momento. Ello requiere la consideración del ser humano hasta el momento de la muerte, el respeto a sus creencias y valores, así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial. Se asocia el hecho de morir con dignidad, libre de estrés y sufrimiento. También hay que tener en cuenta otros factores humanos, como la presencia de los seres queridos y la creación de un entorno amable” (Ministerio de Salud, 2022b).

nario y definir la modalidad de atención, la cual estará principalmente enfocada en la atención domiciliaria, con pertinencia cultural.

4. Evaluación de necesidades

El programa evalúa las necesidades al ingreso de la población objetivo. Esta evaluación incluye las múltiples dimensiones del dolor, espiritual, psicológico, social y familiar, económico y físico. Se realizan también por otra parte, evaluación de síntomas, evaluación psicológica, su tratamiento farmacológico y no farmacológico actual, para luego realizar procedimientos para su autocuidado e ingreso al programa. Es de suma importancia considerar a la familia, al entorno sociocultural más cercano y al intersector. El programa evalúa las necesidades principales de la población, que son salud y protección, brindándole a su comunidad mejor calidad de vida.

5. Principales intervenciones

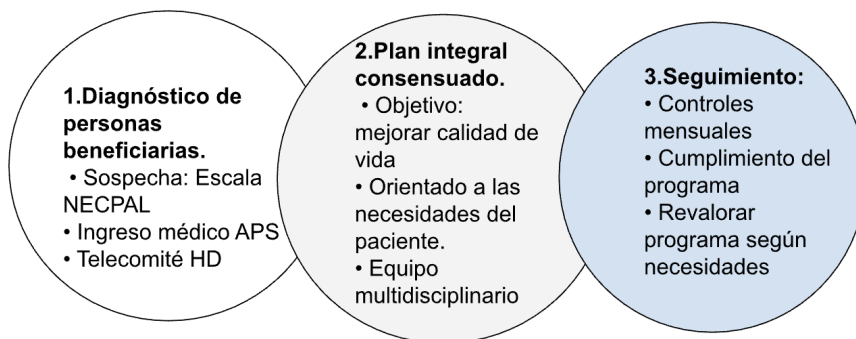
La evaluación ante la sospecha se realiza a cualquier persona que esté sufriendo por alguna enfermedad grave potencialmente mortal. La evaluación además de aplicar la escala de NECPAL, se realiza una evaluación de presencia de síntomas físicos, psicológicos o espirituales, necesidad de información por parte del paciente o familia acerca de la enfermedad o pronóstico y luego se realiza una coordinación adecuada para la atención de salud. Su seguimiento se realizará mensualmente para dar cumplimiento al programa integral y además para reevaluar las necesidades del paciente y así poder optar por mejoras en sus indicaciones.

6. Contexto en las intervenciones

El contexto geográfico o ubicación del paciente, es tomado en cuenta en este programa, ya que el equipo multidisciplinario tanto de atención primaria como secundaria se traslada si es necesario a los domicilios de los pacientes postrados, o bien, a hogares de larga estadía donde se encuentren. En ocasiones que el paciente se encuentre hospitalizado, el equipo de cuidados paliativos también realizará intervenciones multidisciplinarias en este contexto, a través de solicitudes de interconsultas para su conocimiento y así, poder crear visitas en el establecimiento donde se encuentra el paciente.

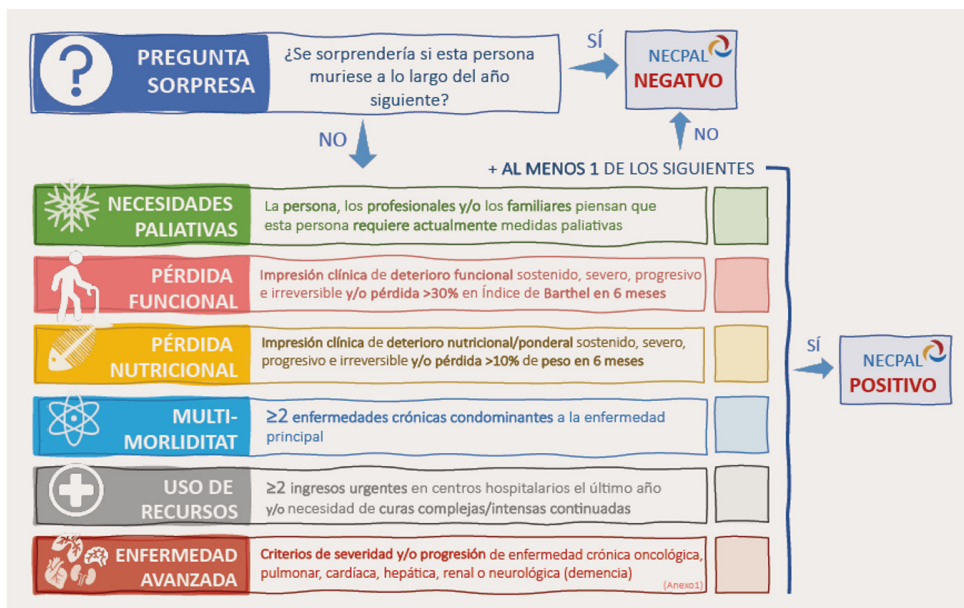
7. Implementación

Las intervenciones del programa son realizadas por un equipo multidisciplinario capacitado: Médicos generales de medicina paliativa y familiar, enfermeras y equipo de enfermería, psicólogos, kinesiólogos, químicos farmacéuticos, trabajadores sociales, nutricionistas y directivos de instituciones de salud, considerados como parte del equipo de CPU. Es importante además, contar con recursos de movilizaciones e insumos tanto materiales, farmacológicos y en ocasiones, oxígeno domiciliario.



Cuadro 2. Principales intervenciones del programa (Leyton, 2022).

INSTRUMENTO NECPAL VERSIÓN 4.0 2021



Cuadro 3. Instrumento NECPAL (Troncoso et al, 2021).

8. Participación social

El principal objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida del paciente que ingresa a este programa y así poder seguir teniendo una participación dentro de la comunidad, siendo parte de grupos de ayuda, creencias religiosas, seguir dedicándose a su rutina diaria, etc. Lo importante es que la persona tenga una vida digna, sin dolor y pueda seguir realizándose en sus quehaceres diarios familiares y comunitarios.

9. Acción intersectorial

El trabajo en conjunto entre diferentes sectores, tanto de salud, como educativos, religiosos, comunitarios, etc. son necesarios para llevar a cabo este programa y para el apoyo psicoemocional de los pacientes y familiares, si bien, aún no está contemplado en la organización de este, sería necesario incorporarlos. El objetivo social en común que se debe tener en cuenta (principal reto), es mejorar la calidad de vida de estas personas y en conjunto con los equipos multidisciplinarios se debe lograr llevar a cabo este derecho que es el buen vivir de niños y adultos involucrados, ante una enfermedad mortal.

10. Logros/ indicadores

Tabla 1. Ejemplo de Estrategias e indicadores del programa

N°	Estrategia	Indicador	Fórmula	Fuente	Meta
1	Diagnóstico de las personas beneficiadas	Porcentaje de personas pesquisadas respecto a la demanda potencial	N° de personas pesquisadas en el centro de salud/ total de demanda potencial del centro x 100	REM	60%
2	Plan integral consensuado	Porcentaje de personas que ingresan al Plan integral consensuado	N° de personas identificadas como beneficiarias con PIC / población objetivo del programa x 100	REM	100%
3	Seguimiento	Porcentaje de personas que cumplen criterio de seguimiento	N° de personas beneficiarias en control/ población objetivo del programa x100	REM	100%
4	Capacitación del personal de Salud	Porcentaje de personal que atiende el programa de CP con capacitación	N° de personas que desempeñan funciones en alivio del dolor y cuidados paliativos con capacitación / total de personas que desempeñan funciones en alivio del dolor y cuidados paliativos x100	REM / registro local	70%

Fuente: Corporación Municipal de Quilpué, 2022.

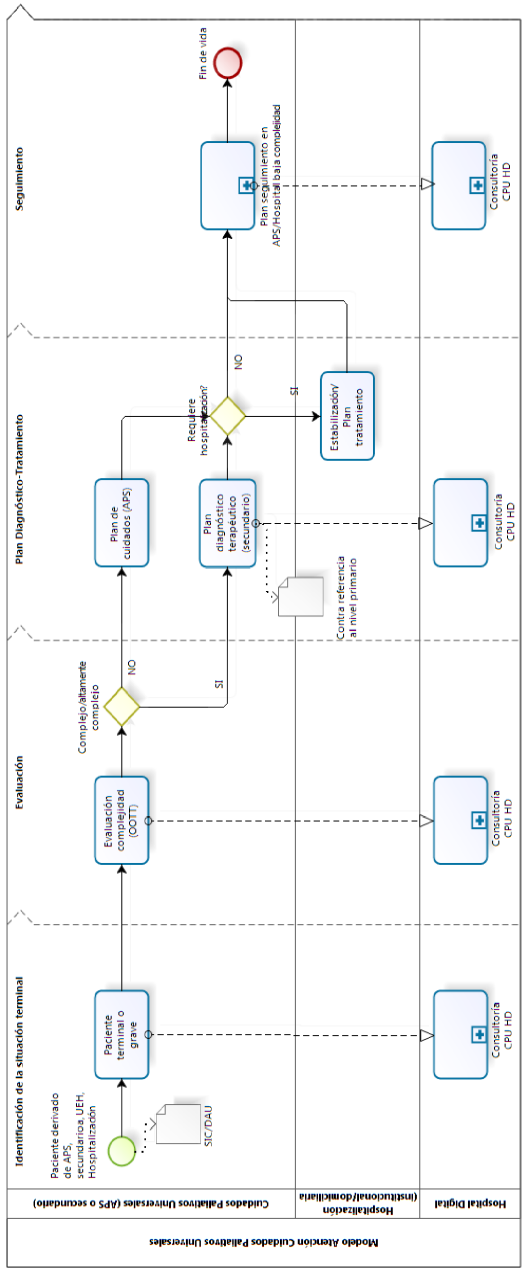
11. Equidad, género y desafíos de derechos humanos

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), los cuidados paliativos constituyen un enfoque para mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales tanto del paciente como familiares. Desde el año 2005 Chile garantiza los cuidados para pacientes oncológicos a través del GES, cabe destacar desde el punto de vista ético, aliviar el dolor es un derecho del ser humano y una obligación de los profesionales sanitarios. Hasta el año 2021, las personas que poseen enfermedades terminales o graves no asociadas al cáncer quedaban atrás en este programa. Es en este año donde se promulga la ley 21.375 que tiene por finalidad reconocer, proteger y regular, sin discriminación alguna, el derecho de las personas que padecen una enfermedad terminal o grave a una adecuada atención de salud, en la forma que dispone la presente ley y un reglamento dictado por el Ministerio de Salud. En Chile estas cifras cada año aumentan considerablemente, por el aumento de enfermedades crónicas de las personas y el aumento además, de las expectativas de vida actuales. El aumento de la longevidad se ha acompañado de nuevos desafíos técnicos y éticos en el campo de la medicina, pues el proceso de vivir con las secuelas de una enfermedad incurable o enfrentar un proceso de muerte prolongado es una experiencia única para quien lo vive, aun compartiendo los mismos diagnósticos con otras personas. Algunos principios éticos que guían las políticas públicas de los cuidados paliativos son; la dignidad humana, la equidad y la justicia.

Dentro de los principios que guían el actuar se encuentran:

1. Servicio centrado en las personas y el respeto por su autonomía
2. Compasión
3. No abandono de la persona
4. Ética del cuidado y la relación cuidador-paciente
5. Beneficencia
6. Calidad de vida
7. Enfoque de género
8. Principio de reciprocidad y el cuidado al cuidador
9. Decisiones compartidas y esfuerzo terapéutico
10. Derecho a la compañía y la asistencia a los cercanos.

Según lo indicado en los lineamientos del programa no se menciona el enfoque de atención basado en Derechos humanos de forma explícita, pero sí, se puede deducir, ya que su objetivo principal es el Buen Morir del paciente, derecho fundamental de todas las personas.



Cuadro 4. Flujoograma del Programa (Ministerio de Salud, 2022a)

Paso 2. Teoría inicial/ actual del programa⁴⁶

El programa aborda la pérdida de la calidad de vida que se produce en personas que son diagnosticadas con enfermedad grave o terminal, lo que genera aumento en su nivel de dependencia, dolor u otros síntomas, y afecta no solo al paciente, sino que repercute en su familia y entorno.

Este programa permite el acceso a atención por equipos interdisciplinarios que realizan ingreso, evaluación, seguimiento y tratamiento en diferentes niveles de atención por medio de referencia y contrarreferencia integrando los aspectos psicológicos, biológicos y espirituales, tanto en los cuidados y atenciones. Contribuyendo a la disminución del dolor y otros síntomas, entregando un sistema de apoyo concreto para ayudar a los pacientes, sus familias y/o cuidadores hasta el momento de la muerte. Asimismo, provee acompañamiento en el proceso de duelo, por tanto, permite mejorar la calidad de vida del usuario y su familia.

El programa enfatiza que los cuidados paliativos deben ser accesibles y pertinentes para todas las personas que cumplen con la definición de enfermedad terminal o grave, independientemente de su edad, género, origen étnico, religión, orientación sexual o cualquier otra característica personal.

Paso 3. Identificar quienes se están quedando fuera del programa⁴⁷

Se establece que el acceso a los servicios de cuidados paliativos debe ser a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona, siendo la visita domiciliaria la estrategia preferencial para las personas que se benefician de cuidados paliativos en atención primaria de salud. Además, el programa enfatiza la importancia de la coordinación entre los diferentes niveles de atención para garantizar el acceso de toda la población a los servicios

46 “El equipo de examen analiza las intervenciones y actividades del programa examinado. Este paso se enfoca en la realidad misma del programa en lugar de sus aspiraciones. Durante este paso, los miembros del equipo de examen elaboran un diagrama del modelo lógico del programa. Esto permite establecer una secuencia de las actividades y vincula a estas y sus beneficiarios con los productos del programa y sus resultados en el corto, mediano y largo plazo. El diagrama del modelo lógico ayuda a descubrir la teoría del programa, vale decir, la explicación de cómo y por qué el programa ha de funcionar y para quién. Para comprender cómo las actividades descritas fomentan la participación de la población destinataria para producir resultados, debe considerarse si el programa aborda los diferentes contextos operativos y las distintas necesidades de las diversas subpoblaciones y cómo lo logra, lo cual incluye las formas de identificar y abordar las normas, funciones y relaciones de género. La participación de las subpoblaciones que han quedado más rezagadas será crucial para este ejercicio, pues ello permite tener una noción más acertada de en qué medida el programa funciona para estas subpoblaciones. La teoría del programa vigente se somete a prueba en los dos pasos siguientes” (OPS, 2017).

47 “Este paso 3 se centra en aquellos que el programa está dejando atrás. Durante este paso se procura identificar a las subpoblaciones para las que el programa no ha funcionado, es decir, quiénes no tienen acceso o se benefician plenamente de sus intervenciones y actividades. Esto se hace mediante un análisis de las fuentes de datos cuantitativos y cualitativos disponibles, sumado a los propios conocimientos y experiencia del equipo de examen. De la misma manera que en los pasos anteriores, este paso se beneficiará de la participación de representantes de las poblaciones destinatarias, quienes pueden proporcionar perspectivas importantes sobre cómo funciona el programa en la práctica y qué aspectos deben mejorarse. Las subpoblaciones pueden caracterizarse por sexo, clase social, ingresos, educación, minoría étnica, estado migratorio, lugar de residencia (rural o urbano), identidad de género y orientación sexual, u otras características pertinentes, con la debida atención a las intersecciones entre estas caracterizaciones que colocan a algunas subpoblaciones en un nivel de riesgo diferente o mayor de padecer mala salud. El Paso 3 finaliza con la identificación de una o más subpoblaciones específicas que deben recibir prioridad en el examen y rediseño del programa” (OPS, 2017).

sanitarios y optimizar la calidad técnica y oportunidad de las prestaciones. Por lo tanto, el programa de cuidados paliativos universales podría estar dejando atrás a aquellas personas que no tienen acceso a servicios de salud integrados y centrados en la persona, o que viven en zonas rurales o de difícil acceso donde la visita domiciliaria puede ser más difícil de realizar.

El programa está dirigido principalmente a personas con enfermedades terminales o graves, con una expectativa de vida inferior a doce meses, y cuyo diagnóstico o condición de salud haya sido evaluada por un médico/a cirujano/a. Es importante destacar que este modelo puede estar dejando atrás a otros grupos de personas que también pueden requerir cuidados paliativos, como aquellos con enfermedades crónicas avanzadas o discapacidades graves. Estos grupos pueden tener dificultades para acceder a los servicios de salud y pueden requerir una atención más especializada y personalizada.

Además, es posible que existan barreras socioeconómicas, culturales o geográficas que limiten el acceso a los servicios de cuidados paliativos. Por lo tanto, es importante que se realicen esfuerzos para garantizar que todas las personas que requieran cuidados paliativos tengan acceso a ellos, independientemente de su condición socioeconómica o ubicación geográfica.

En el programa “cuidados paliativos universales” en sus lineamientos y orientaciones técnicas no hace referencia al mecanismo de acceso para personas que no pertenecen a FONASA, por tanto su cobertura no es universal, más bien es focalizada, dejando atrás a personas con enfermedades graves o terminales que pertenecen ISAPRE y FFAA.

Los criterios de ingreso dependen en gran medida de la capacidad del equipo tratante de pesquisar dicha necesidad, por ende, aquellas personas con enfermedades graves o terminales que se encuentran inscritas en centros de APS con equipos con menor capacitación en cuidados paliativos se podrían ver afectados negativamente, también se debe considerar que la cantidad de demanda versus recursos disponible genera una brecha en la atención.

Basados en el objetivo del programa y la población que se desea alcanzar, es posible que debido al mecanismo que se utiliza para el ingreso al programa como es la aplicación de la escala de NECPAL, la población que quede atrás sea aquellos que si bien presentan una enfermedad grave y requieren cuidados paliativos, no cumplen con los criterios indicados, por ejemplo, responder negativamente a la pregunta de ¿Se sorprendería si ésta persona muriese a lo largo del año siguiente? Si el familiar cercano o cuidado responde positivamente, el usuario queda fuera del programa mencionado, quedando atrás, por tanto, esto constituye una brecha que es necesaria evaluar.

El programa se está implementando hace un año aproximadamente, por lo que actualmente, otra población que se está quedando atrás son los pacientes pediátricos con enfermedades mortales, por falta de especialistas en los programas de cuidados paliativos.

Paso 4. Identificación de las barreras y facilitadores de acceso a servicios del programa que experimentan ciertos grupos sociales⁴⁸

Barreras

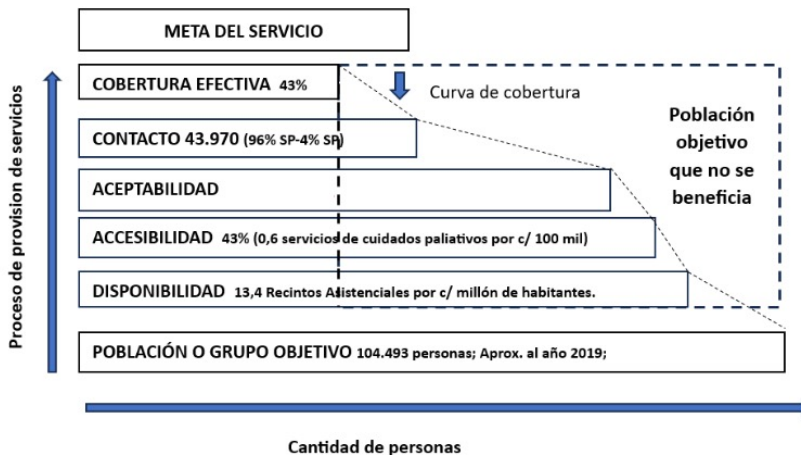
1. Dificultades de acceso a la atención primaria, ya sea por falta de horas o por ubicación geográfica. Los pacientes del sistema público enfrentan retrasos en el diagnóstico y etapificación de la enfermedad. Este problema se ve agudizado en regiones donde tienen menor cantidad de especialistas e infraestructura. A pesar de contar con el sistema de referencia y contrarreferencia, que responde a los niveles de atención y a la capacidad resolutoria de los establecimientos. Lo anterior, producto de problemas, en materia de coordinación entre distintos niveles de atención.
2. Nivel sociocultural y económico de los pacientes.
3. Falta de difusión del programa a profesionales de la salud de APS para poder tener mayor detección de personas con enfermedades graves y/o terminales para derivación.
4. Falta de mayor precisión y objetividad en el screening de ingreso al programa, lo que genera dificultad en la detección de aquellos pacientes que requieren cuidados paliativos universales.
5. Barrera emocional, dada por la incertidumbre y el miedo, lo que trae como consecuencia el que se pospongan controles o exámenes por temor al diagnóstico asociado a muerte.
6. Falta de infraestructura y equipo multidisciplinario exclusivos para el desarrollo del programa en algunos centros de salud.
7. Falta de trato humano y de empatía por parte del personal de salud. (Principios éticos que guían el actuar de los equipos de salud en CP, Orientación Técnica CP. MINSAL, 2022)
8. En el sistema privado se identifican dificultades en el acceso al programa.

Barreras identificadas como transversales a la trayectoria terapéutica tanto de pacientes del sistema público como privado son:

- La entrega de información a pacientes.
- Desigualdades en la atención primaria, ya que quienes se atendieron por el sistema privado, expresan sentirse privilegiadas por la calidad y la rapidez de la atención que recibieron, lo cual mencionan les hace sentir un poco de culpabilidad al pensar en las mujeres que no cuentan con ese privilegio.
- Falta de un programa de seguimiento estandarizado.
- Falta de una red comunicada entre hospitales con una ficha única de pacientes.

⁴⁸ “Durante el Paso 4 se examinan las razones por las cuales la subpoblación priorizada no tiene acceso al sistema sanitario o no percibe sus beneficios. Para ello, se utiliza la perspectiva del marco Tanahashi para una cobertura efectiva (Tanahashi, 1978) con el propósito de determinar las barreras —incluidas aquellas relacionadas con el género— y los factores facilitadores en los ámbitos de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto, utilización y cobertura efectiva, con la calidad como elemento transversal. Estos ámbitos se relacionan con determinados principios del derecho a la salud definidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación general No. 14 (CESCR, 2000)” (OPS, 2017).

- Población objetivo que no se beneficia: Se identifica una brecha presente en el acceso a cuidados paliativos que actualmente existe en nuestro país. Por ejemplo, se determinó que un 58% de las personas con sufrimiento y dolores graves, relacionados con temas de salud, no pudieron acceder a cuidados paliativos en Chile en 2019 (Pérez-Cruz et al., 2023).
- Meta del Servicio: De acuerdo a MINSAL, los Cuidados Paliativos Universales (CPU) deben tener un enfoque en la mejora de la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, progresivas e incurables, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación exhaustiva y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- Cobertura efectiva: cercana a un 43% de las personas que necesitan CPU.
- Contacto: Se estima que, en el 2019, 43.970 personas accedieron a cuidados paliativos, de las cuales el 96% se atendió en el sistema público y el 4% en el sistema privado de salud.
- Aceptabilidad: Sin datos disponibles de cuidados paliativos universales, sólo se encuentran datos de cuidados paliativos oncológicos.
- Accesibilidad: Las Unidades de cuidados paliativos (SCP), están concentradas en la Región Metropolitana, Bío Bío y Valparaíso. Sin embargo, en la Región Metropolitana hay 0,6 servicios de cuidados paliativos por cada 100.000 beneficiarios, mientras que en Aysén 7. En el año 2019, sólo el 43% de los pacientes que requieren de SCP tuvieron acceso a ellos (43.970 de un total de 104.924).



Cuadro 5. Modelo de evaluación en la accesibilidad y las barreras en el Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU). Elaboración Propia.

- Disponibilidad: Según el Censo, en el país hay 251 unidades o servicios de cuidados paliativos, de los que un 67% pertenecen al sistema público y un 33% al sistema privado. Además, 54% prestan servicios de baja complejidad y 36% servicios de alta complejidad. Existe una disponibilidad de 13,4 recursos asistenciales por cada millón de habitantes.
- Población Objetivo: Aprox. al año 2019; 104.493 personas, se utilizó la metodología propuesta por la Comisión Lancet para estimar el número de personas que necesitan CPU en Chile. Las personas beneficiarias para Cuidados Paliativos Universales (CPU) fueron calculadas en base a estudio de ETESA UC, se planifica una cobertura del 40% de la población estimada para el 2023 (20% por año a 5 años).

Paso 5. Identificar los mecanismos que generan inequidades en el programa⁴⁹.

Los cuidados paliativos universales se refieren a la provisión equitativa de cuidados paliativos a todas las personas que los necesiten, independientemente de su origen étnico, género, estatus socioeconómico o cualquier otra característica personal. Sin embargo, existen varios mecanismos que pueden generar inequidades en la implementación de los cuidados paliativos universales. A pesar de que la ley N°21.375 es un gran paso en la equidad e igualdad de acceso a cuidados paliativos el programa más allá de las patologías oncológicas, existen mecanismo que generan inequidades en la implementación y acceso al programa como son:

- Contexto sociopolítico: El programa no explicita el mecanismo de acceso para aquellas personas no perteneciente a FONASA, por tanto su cobertura es focalizada, dejando atrás a personas con enfermedades graves o terminales que pertenecen a Isapre y FFAA. Por tanto, el factor socioeconómico o tipo de previsión de salud, establece un mecanismo de inequidad. Es importante mencionar que el programa pone como primer eslabón a la atención primaria, siendo fundamental su articulación, referencia y contrarreferencia a los diferentes niveles, por lo que su funcionamiento inadecuado también genera inequidad, ya que, en algunos centros hay mayor desarrollo y capacitación respecto al manejo y pesquisa de necesidades de cuidados paliativos. Asimismo, a nivel privado existe un escaso desarrollo de APS, limitando la posibilidad de acceder a este tipo de programas. Los criterios de ingreso al programa definidos en sus lineamientos también vienen a generar

49 “El Paso 5 es el paso más desafiante y enriquecedor del proceso de examen. Antes de este paso, los miembros del equipo de examen habrán sistematizado la información disponible acerca del programa, para lo cual evaluaron si este funcionaba o no para diferentes subpoblaciones, consideraron y atendieron normas, funciones y relaciones de género e identificaron algunas de las barreras y factores facilitadores. Esta información sistematizada se analiza con más detalle en el Paso 5 para explicar los mecanismos que generan inequidades, usando para ello el marco de la OMS sobre determinantes sociales de la salud (CSDH, 2008). Este paso también se vale del análisis de las causas estructurales desde la perspectiva de los derechos así como del análisis de género. Para ello, los miembros del equipo de examen estudian cómo las barreras y los factores facilitadores están ligados a o influenciados por los determinantes sociales de la salud o reciben la influencia de estos, incluido el género (al interior del sistema de salud y más allá de este). Además, el equipo examina las causas de la posición socioeconómica de la subpoblación priorizada. Con estos análisis se examinan los mecanismos de estratificación social, a fin de identificar quiénes se quedan rezagados (Paso 3) y determinar los problemas de equidad de acceso o discriminación (Paso 4). Se consideran las condiciones sociales, políticas y económicas que dan lugar a insuficiencias en la creación de un entorno favorable al logro del derecho a la salud. Al final del Paso 5, el equipo de examen incorpora la información sobre los mecanismos que generan inequidades y discriminación a su teoría del programa original para enunciar una Innov8 Manual Técnico 11 teoría de inequidades, que se corregirán en la fase de rediseño” (OPS, 2017).

una desigualdad injusta, ya que, deja a entrever que aquellas personas que presentan sufrimientos y tienen necesidades de cuidados paliativos, pero que tienen una expectativa de vida superior a 12 meses no podrían acceder a este programa, perdiendo la oportunidad de una mejor calidad de vida para ellos y sus familias. La forma de acceso a este programa también presenta en su ingreso una brecha entre los pacientes que necesitan de esta ayuda e ingreso al programa, ya que, hay pacientes terminales menos graves con derechos de estar en CPU y aliviar su dolor para tener una mejor calidad de vida, pero este instrumento hace que queden fuera de él. Además, unos de los nodos críticos en la implementación del programa es su insuficiente difusión a los equipos de salud de APS, generando errores en las pesquisas de nuevos pacientes, dejando a algunos sin la oportunidad de ingresar al programa y por el contrario ingresar al CPU pacientes que no cumplen con criterios correctos. Las diferencias geográficas, también generan dificultad en el acceso, ya que en algunas regiones hay disponibilidad limitada de servicios de cuidados paliativos, existiendo mayor desarrollo y acceso a atención especializada en regiones definidas.

- Barreras culturales y de idioma: Las diferencias culturales y lingüísticas pueden afectar la calidad y el acceso a los cuidados paliativos. Los equipos de salud pueden tener dificultades para comprender y abordar las necesidades específicas de las personas pertenecientes a diferentes grupos étnicos o culturales. Además, la falta de intérpretes o profesionales de la salud con competencia cultural puede limitar el acceso a los cuidados paliativos para algunas poblaciones.
- Recursos limitados: Los recursos siempre serán insuficientes para la demanda de este tipo de programas, esto se traduce en la falta de personal capacitado, recursos materiales escasos, multifunciones de los equipos de trabajo en APS, lo que genera que, en la misma cantidad de horas laborales deban asumir mayor demanda no solo de este programa sino de otros a su cargo, lo que limita la posibilidad de atenciones domiciliarias en cuidados paliativos, trabajo en base a cupos de atención, impidiendo una atención integral, oportuna y de calidad como pretende el programa de cuidados paliativos universales. Limitando la capacidad de satisfacer la demanda de atención en cuidados paliativos de toda la población.
- Brechas en la Educación y la Concienciación: La falta de educación sobre los cuidados paliativos y la falta de concienciación sobre su importancia pueden llevar a que las personas no busquen estos servicios a tiempo.
- Brecha entre recurso humano y necesidades comunitarias: El número total de personas que tuvieron sufrimiento grave relacionado con la salud y necesitaron cuidados paliativos en Chile en 2019, fue de 104.923 (47.059 fueron pacientes con cáncer y 57.864 con afecciones no cancerosas) (5).

La brecha total en la cobertura de cuidados paliativos es cercana a las 61 mil personas, es decir un 58% de los necesitados. A esta cifra hay que agregar 57.864 personas sin diagnóstico de cáncer pero que necesitan cuidados paliativos.

El costo estimado de expandir los cuidados paliativos a quienes los necesitan en Chile es de 0.5% del presupuesto de salud, es decir, es poco más de US \$120 millones.

De acuerdo a lo anterior, es válido preguntarse: ¿Cómo se expresan estas brechas?

Pues bien, en el país existen tan sólo 251 unidades que brindan el servicio y que cuentan con equipos especializados para esto, estas se concentran principalmente en las áreas metropolitanas del país (Santiago, el Gran Concepción y el Gran Valparaíso).

De igual manera, esta brecha se expresa en el tipo de administración del que provienen. Un 33% pertenece al sector privado, mientras que el 67% restante está bajo el funcionamiento del sistema público.

En vista de lo anterior, urge que en el nuestro país se acelere la transformación del sistema de salud y que se trace el objetivo deliberado de lograr una salud universal y equitativa para todos.

Para abordar estas inequidades, es necesario un enfoque integral que incluya la educación y capacitación en cuidados paliativos, políticas y regulaciones equitativas, mayor conciencia pública y esfuerzos para superar las barreras culturales y lingüísticas. Además, se requiere una financiación adecuada y una planificación estratégica para garantizar la disponibilidad equitativa de servicios de cuidados paliativos en todas las comunidades.

Finalmente, cabe señalar que se necesitan medidas estratégicas integrales, ejecutadas de una manera progresiva y sostenida, para establecer servicios de salud, que respondan adecuadamente a las necesidades de todos los grupos sociales. A medida que se consolidan procesos democráticos en el país y que se transfiere un mayor poder de decisión a las personas y sus comunidades, cabe esperar que la sociedad reclame salud universal, con una abogacía cada vez mejor organizada.

Referencias

- Biblioteca del Congreso Nacional (2021). Ley 21375. Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves <https://www.bcn.cl/leychile/consulta/listaresultadosimple?cadena=21375&itemsporpagina=10&npagina=1>
- Corporación Municipal de Quilpué (2022). Informe para implantación del programa CPU a la comunidad, año 2022. PDF.
- Corporación Municipal de Quilpué (2023). Presentación para conocimiento de programa CPU a funcionario CESFAM, año 2023. PPT
- Ministerio de Salud (2009). Norma programa nacional alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos. 2009. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/917>
- Ministerio de Salud (2022a). Lineamientos para el modelo de atención de cuidados paliativos universales en personas con enfermedades terminales o graves. División de Prevención y Control de Enfermedades - Subsecretaría de Salud Pública. División de Gestión de Redes Asistenciales y División de Atención Primaria - Subsecretaría de Redes Asistenciales. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/01/Lineamientos-para-el-modelo-de-atencion-Cuidados-Paliativos-Universales.pdf>

- Ministerio de Salud (2022b). Orientación Técnica Cuidados Paliativos Universales. Departamento de rehabilitación y discapacidad. División de prevención y control de enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/01/Orientacion-Tecnica-Cuidados-Paliativos-Universales.pdf>
- Leyton Zuber (2022), Orientación Técnica Cuidados paliativos Universales. Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota. PDF.
- OMS (2020) [Internet]. Cuidados paliativos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Pérez-Cruz PE, Undurraga E, Arreola-Ornelas H, Corsi O, Jiang Kwete XX, Krakauer EL, Rosa WE, Knaul FM (2023). Bridging gaps to universal palliative care access in Chile: serious health-related suffering and the cost of expanding the package of care services. *Lancet Reg Health Am.* 2023 Jan 3;19:100425. doi: 10.1016/j.lana.2022.100425. PMID: 36950031; PMCID: PMC10025417.
- Troncoso, Jonathan; Morales-Meyer, Tina; Villarroel, Luis; Turrillas, Pamela y Rodríguez-Nuñez, Alfredo (2021). Adaptación y validación en Chile del instrumento de identificación de pacientes con necesidad de atención paliativa: NECPAL-CCOMS-ICO 3.1© Atención Primaria. Volume 53, Issue 4. April 2021, 101994. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721000287>

Aplicación Metodología Innov8 para el rediseño de Programas de Salud: Programa Hospital Digital

Jorge Cordero Guerra, Daniel Godoy Escanilla,
María José Linares Estay y Natalia Torres Estay⁵⁰

Introducción

A través de la Unidad Hospital Digital (HD), el Departamento de Salud Digital entrega soluciones de telemedicina a los 29 Servicios de Salud del país. En el caso de la telemedicina sincrónica, ésta se entrega para dar soporte a profesionales de los Servicios de Salud, Atención Primaria u Hospitales de la red pública, que requieren apoyo inmediato con el diagnóstico, tratamiento y/o atención de pacientes en medicina general, diferentes especialidades médicas y prestaciones de salud mental (Ministerio de Salud, S/F).

En el caso de la telemedicina asincrónica, ésta se entrega entre profesionales de la salud quienes luego entregan la respuesta a las personas. En este caso, el paciente acude a un médico u odontólogo general de la APS quien puede derivarlo a un especialista a través de la plataforma de telemedicina de Unidad Hospital Digital y realizar la teleinterconsulta. Luego, en un plazo promedio de cinco días se recibe la respuesta del especialista en la misma plataforma de Salud Digital donde se indica el diagnóstico, conducta terapéutica o indicaciones a seguir. El médico de APS cierra el proceso cuando entrega la información al paciente. Esta modalidad de atención se encuentra disponible para las siguientes especialidades: dermatología, nefrología, diabetes, geriatría, patología oral y ortodoncia.

En 2022, Hospital Digital fue incorporado al programa de la Dirección de Presupuesto, Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG), en el que evaluadores externos/as aplican la metodología de evaluación de Marco Lógico utilizada por el Estado chileno.

⁵⁰ Estudiantes del Curso Salud y Sociedad / Sistemas de Salud del Magíster en Salud Pública de la Universidad de Valparaíso (Versión 12, 2023).

Este trabajo fue realizado en el contexto del Curso Salud y Sociedad del Magíster en Salud Pública con mención en Gestión en Salud (11ma Versión - 2023) de la Universidad de Valparaíso, en donde se imparte el contenido de “Rediseño de programas con enfoque de equidad” con la herramienta recomendada por la OPS “Innov8” (OPS, 2017). El rediseño presentado es parcial, ya que los 5 pasos iniciales se pueden realizar sin la necesaria participación de los equipos.

Desarrollo del Rediseño

Paso 1. Diagnóstico preliminar⁵¹

1. ¿Cuáles son las metas y los objetivos enunciados en el programa y los resultados previstos?

Hospital Digital, en adelante HD, surge con el objetivo de “ampliar la oferta de especialistas y cobertura de atención de salud para la población”, “instalando una alternativa al modelo tradicional”. Para esto, entrega atenciones de salud a distancia, sustentadas en las TICs (DIPRES, 2022).

Su fin es “Contribuir a la prevención, cuidado y recuperación de la salud de la población”. Su objetivo general, o Propósito es “Personas acceden oportunamente a información y prestaciones de salud priorizadas, a través de la implementación de las estrategias HD”.

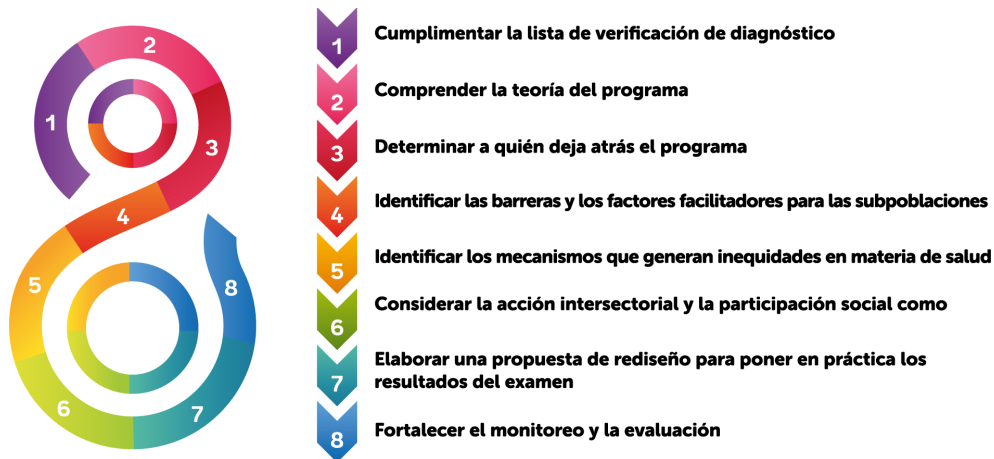
Los resultados previstos no se encuentran explícitamente mencionados, pero se pueden extraer de los indicadores de propósito, los que hacen referencia a la oportunidad y capacidad de resolución a través de las prestaciones que contempla el programa. Estos indicadores serán abordados en detalle en el punto 12 del paso 1.

1.1. ¿Figura en el programa un objetivo específico de no dejar a nadie atrás?

No se encuentra de manera explícita como parte de los objetivos ni funciones del programa. Como se puede observar en la resolución exenta 595 del año 2019 del MINSAL, se enumeran 5 funciones de la Unidad HD (Ver anexo N°2). En ninguna de estas funciones se menciona explícitamente algún objetivo que busque “no dejar a nadie atrás”⁵². Sin embargo, se podría considerar incluido de forma implícita en el apartado de Diseño, donde se señala que “El Programa se encuentra debidamente justificado bajo el enfoque de derechos que sitúa al Estado como un ente garante de la salud en la población, resguardando la equidad en el acceso a la salud a todas las personas.”

51 “Es el inicio del proceso de examen, y durante el mismo se elabora una lista de verificación. En dicha lista se resumen los conocimientos y la experiencia de los miembros del equipo de examen y se insta a pensar con mayor detenimiento en el programa objeto de examen desde las perspectivas de equidad, género, derechos humanos y determinantes sociales de la salud, para así definir tanto un punto de referencia de la situación actual como los insumos que se requieren para los pasos siguientes” (OPS, 2017).

52 <https://alertas.directoriolegislativo.org/wp-content/uploads/2019/08/Resolucion-que-crea-HD-en-GABREDES.pdf>



Cuadro 1. Los pasos de Innova8 (OPS, 2017).

2. ¿Cuál es el tema o problema que aborda el programa? Justificación del programa

El problema que da origen al programa es la Alta prevalencia/incidencia de enfermedades en la población cuya resolución no requiere presencialidad, y su diagnóstico se fundamenta consistentemente en la detección de las siguientes causas:

- Aumento de los tiempos de espera por atención de especialidad. La demanda de prestaciones (atenciones médicas y exámenes) es mayor a los recursos disponibles. Entre los años 2015-2016 la demanda creció 18% y la oferta sólo 5% (estimaciones realizadas en base a las listas de espera según el Informe Comisión Médica 2017).
- Inequidad distributiva de especialistas en el territorio nacional. La inequidad de especialistas por región dificulta una pronta solución; en la RM hay 14,9 especialistas por cada 10.000 habitantes, en Tarapacá en cambio, hay 5,3 (informe glosa 01, año 2018).
- La dispersión geográfica genera dificultades de acceso, por ejemplo, una persona de Tocopilla derivada a interconsulta al Hospital de Antofagasta tarda 4 horas en traslado invirtiendo tiempo y dinero, siendo que la población FONASA en su mayor proporción (76%) tiene ingresos menores a M\$376.
- Dificultad en el acceso a ciertas prestaciones de salud, resultando en la entrega de una atención reactiva que conlleva altos costos en salud cuando estas ya no pueden ser abordadas en los niveles primarios.

3. ¿Cómo se han incorporado los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, en el programa de salud?

El Programa se encuentra debidamente justificado bajo el enfoque de derechos que sitúa al Estado como un ente garante de la salud en la población, resguardando la equidad en el acceso a la salud a todas las personas. Tal como se indica en el INFORME FINAL DEL PROGRAMA HD, publicado en 2022 “se justifica la intervención del Estado, en tanto el problema afecta especialmente a grupos vulnerables con dificultades de acceso a la atención de salud de calidad y, por tanto, padecen con mayor frecuencia de enfermedades que pueden ser prevenidas o tratadas tempranamente. Definido así, el problema afecta la equidad en la distribución geográfica de un bien público como la salud, y por tanto el Estado debe cumplir un rol de garante de derechos sociales básicos” (Frenk y Monreal, 2022).

4. ¿Cuál es la población destinataria del programa?

La Población Objetivo y Beneficiarios Efectivos varían por servicio y componente, según se indica:

- *Componente 1:* Atención profesional sincrónica: Para el servicio de atención de telemedicina sincrónica de medicina general, el beneficiario potencial es la población que presenta la necesidad de medicina general. Para el servicio de atención telemedicina sincrónica de especialidad, el beneficiario potencial es la población que presenta la necesidad de especialidad. Para el servicio atención telemedicina sincrónica de SM (Saludablemente), el usuario es la población general que presenta la necesidad de atención de SM. La población objetivo es equivalente a la potencial, salvo para la población general que requiere terapia breve.
- *Componente 2:* Atención Profesional asincrónica, para el servicio de atención telemedicina asincrónica de especialidad, el beneficiario potencial es la población que presenta la necesidad de especialidad y el programa focaliza en la población que, presentando la necesidad, se atiende en la APS o en algún establecimiento de baja complejidad.
- *Componente 3:* Apoyo Diagnóstico a Distancia. Para el servicio informe diagnóstico, el beneficiario potencial es la población que presenta la necesidad de informe diagnóstico.
- *Componente 4:* Atención en emergencias sanitarias para el servicio atención telemedicina sincrónica de medicina general, la población potencial es el personal de salud de Gendarmería y ELEAM que presenta la necesidad de medicina general. Para el servicio de orientación en salud COVID-19 (Salud Responde), la población potencial es la población que presenta la necesidad de orientación en salud COVID-19.
- *Componente 5:* Capacitación y Difusión. Para el servicio de capacitación y difusión, la población potencial es la población que presenta la necesidad de capacitación y difusión.

4.1. *¿El programa define alguna subpoblación prioritaria dentro de la población destinataria?*

HD no define una subpoblación prioritaria, solo en su componente 4: Atención en emergencias sanitarias, se considera una prioridad dentro de la población destinataria, pero es un componente que surge por la necesidad de emergencia sanitaria, intentando dar respuesta a los requerimientos que surgieron debido a la Pandemia por COVID-19, no es una priorización propia de HD.

5. *¿Cómo evalúa el programa las necesidades de la población?*

No fue posible acceder a una evaluación para el programa destinada específicamente a evaluar las necesidades de la población. La fundamentación del programa se basa en recomendaciones internacionales, análisis del cambio en el perfil epidemiológico, indicadores de eficiencia de los Sistemas de Salud, comparación con otros países de la OCDE e información levantada por distintos informes que darían cuenta del diagnóstico que fundamente la necesidad del programa.

6. *¿Cuáles son las principales intervenciones, servicios o actividades del programa? ¿La intervención es individual o está basada en la población?*

Tabla 1. Ejemplo de Estrategias e indicadores del programa

Intervenciones, servicios y actividades del programa	Individuo	Población
<ul style="list-style-type: none">· Atención Telemedicina sincrónica de medicina general y especialidad, Telecomité (paciente crítico y oncológico);· Atención Telemedicina sincrónica de SM (Saludablemente);· Atención Telemedicina asincrónica de especialidad,· Informe diagnóstico (Mamografías, TAC, otras),· Orientación en salud COVID-19 (Salud Responde)	X	
<ul style="list-style-type: none">· Apoyo a la estrategia NAT-TTA, Capacitación, Material de difusión salud		X

Elaboración propia en base a la información entregadas en el Informe del Programa Hospital Digital

6.1. *¿Qué dificultades se han identificado a la hora de ejecutar el conjunto anterior de intervenciones del programa?*

Se identificaron barreras para la implementación adecuada de HD, las que fueron agrupadas en tres grandes categorías: Barreras atribuibles al Programa; atribuibles a los Sistemas de Atención en SS; y atribuibles a otros Determinantes Sociales.

Respecto a las barreras atribuibles al programa, se identificaron barreras relacionadas con: Prestaciones GES (por la complejidad implicada), Falta de difusión, Resistencia al cambio cultural, Formatos de IC (informes clínicos), Falta de interoperatividad de sistemas de información, Falta comunicación, Falta coordinación y Problemas con habilitantes tecnológicos. Dentro de las barreras atribuibles a los sistemas de atención en SS, se señalan las siguientes: Falta de prioridad en los SS, Sobrecarga laboral para niveles locales, Desarrollos locales como barrera y, Prescripciones y Farmacia. Por último, las barreras atribuibles a otros determinantes de salud están relacionadas con: Pandemia COVID19, Falta de especialistas en regiones y Analfabetismo digital.

7. ¿Cómo las intervenciones, servicios y actividades del programa toman en cuenta los contextos donde viven las poblaciones destinatarias?

Uno de los desafíos del sistema sanitario chileno es lograr una distribución equitativa de los servicios de salud dentro del territorio nacional, de manera de asegurar la obtención de indicadores sanitarios similares para cada región (Goic, 2015). Debido a que Chile se caracteriza por tener diferentes realidades a lo largo de su geografía, relacionado principalmente con distribución de recursos, densidad de población, determinantes sociales y cobertura sanitaria, el desafío de alcanzar la equidad en el territorio nacional en algunos casos requiere un esfuerzo importante de inversión de recursos y políticas asertivas de descentralización.

En el caso del Programa HD, la atención se da en un contexto virtual/digital, por lo que los contextos en donde viven las poblaciones destinatarias no distan de lo que serían en una atención “cara a cara”, al menos en los componentes que involucran prestaciones en donde los profesionales médicos y no médicos actúan de intermediarios. Sin embargo, que la atención se de en un contexto digital, que implique la necesidad de conexión a internet, pudiese impactar en ciertas zonas en donde la cobertura de internet sea deficiente, la velocidad no sea la adecuada y genere interferencias y dificultades en la comunicación (entendimiento), esto ocurriría en el caso de centros de salud que se ubiquen en zonas con mala cobertura o directamente al acceder a las prestaciones que no requieren de profesional que medie la atención, lo que significa que el acceso dependerá de las posibilidades de cada individuo de contar con los recursos digitales para su atención (teléfono inteligente, tablet, notebook o computador y acceso a internet).

8. ¿Quién ejecuta o lleva a cabo las intervenciones?

Todas las intervenciones mencionadas en punto 6 son ejecutadas por profesional médico y No médico. Solo Telecomité (paciente crítico/oncológico) es ejecutada por equipo multidisciplinario.

9. ¿Cómo incorpora el programa los principios de un enfoque basado en los derechos humanos y los elementos del derecho a la salud?

Sector	Políticas	¿Qué se está haciendo con este sector?
Servicio Nacional del Adulto Mayor	ELEAM	HD entrega prestaciones médicas a distancia ya sea por médicos generales y/o geriatras para una atención oportuna y de calidad de estos pacientes
Servicio Nacional de protección especializada a la niñez y adolescencia	Mejor Niñez	Se entregan prestaciones de Salud mental, medicina general, especialidad de acuerdo a las necesidades de los NNA, así como los profesionales de Mejor Niñez
Servicio Nacional Prevención y rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Prevención de alcohol y drogas	HD entrega prestaciones de salud mental y capacitaciones para el logro de los objetivos de esta política. Con énfasis en la prevención del suicidio.
Fundación Nacional para el Desarrollo Integral del Menor, Integra.	Fono Infancia	HD entrega prestaciones de salud mental y capacitaciones para el logro de los objetivos de este programa y entrega soporte en los casos de ideación o intento suicida.

Fuente: Informe final del Programa Hospital Digital. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

HD fue planificado, solo desde el enfoque de derecho a la salud, donde el Estado es quien debiese garantizar la equidad en el acceso a la salud a toda la población, pero en el desarrollo de este no incorpora otros derechos humanos.

10. ¿Cómo incluye el programa mecanismos para la participación social?

El programa no explicita mecanismos de participación social, solo menciona la necesidad de contar con algún instrumento ad hoc para lograr ese objetivo y recomienda incorporar al sistema de seguimiento encuestas de satisfacción usuaria online una vez que las personas hayan sido atendidas.

Actualmente, el Programa se encuentra trabajando en el desarrollo de un “Portal Paciente” que permitirá entregar la información de las prestaciones realizadas a los pacientes en HD de forma directa y generar encuestas de satisfacción usuaria.

11. ¿Cómo incluye el programa la acción intersectorial?

11.1. ¿Cuáles son los principales retos y dificultades para llevar a cabo un trabajo intersectorial?

Respecto a coordinaciones con otras instituciones/iniciativas bajo el componente 5, no se identifican mecanismos explícitos, los cuales deberían ser identificados y desarrollados para evitar duplicidades en la generación y difusión de contenidos digitales sobre salud de los que otros organismos estatales pudieran beneficiarse, reconociendo que el cuidado de la salud no es algo que interese exclusivamente al sector, sino a toda la población (razón por la cual el Programa permite el acceso abierto a los servicios de este componente a toda la ciudadanía y prestadores).

Además de fortalecer el conocimiento de las necesidades de la red asistencial en salud digital (SD), para el diseño de estrategias en conjunto y la implementación oportuna de las mismas.

12. ¿Cuáles son los principales logros de este programa y qué indicadores utiliza el programa para comprobarlos?

HD realiza evaluación de eficacia a nivel de resultados intermedios y finales (cumplimiento de objetivos de propósito y fin). Presentamos algunos de los indicadores que se utilizan.

Indicador	2019	2020	2021
Porcentaje de prestaciones de telemedicinas derivadas a HD respondidas antes de 10 días (Eficacia/Resultado)	74.9%	95.2%	93.1%
Porcentaje de prestaciones por telemedicina que son resueltas en el origen (en APS) (Eficacia/Resultado)	5.6%	2%	2.4%
Porcentaje de prestaciones por telemedicina auditados que cumplen con los estándares de calidad definidos (Calidad/Proceso)	S/D	84%	S/D
Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de consulta médica), en el año t* (Calidad/Proceso)	S/D	S/D	S/D

Fuente: DIPRES (2022).

12.1. ¿Qué indicadores de equidad, género, derechos humanos o determinantes sociales, si los hubiera, utiliza el programa para comprobar los logros o darles seguimiento en relación con el programa?

No existe registro de indicadores de equidad, género, derechos humanos o determinantes sociales para comprobar logros.

Paso 2: Comprender la teoría del programa⁵³

¿Qué es y cómo funciona?

De acuerdo a la Resolución exenta N°595 y las definiciones contenidas en el documento “Memoria Departamento de Salud Digital 2018-2022”, elaborado por el departamento de Salud Digital de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se puede mencionar que el programa Hospital digital “busca mejorar el acceso y oportunidad de atención de salud en la población, entregando servicios de salud a distancia, mediante el uso de las Tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), en el ámbito de la promoción, prevención, diagnóstico tratamiento, rehabilitación y cuidados del fin de vida durante todo el ciclo vital, con enfoque familiar y comunitario”. Con Hospital Digital se busca mejorar la pertinencia en la derivación entre niveles de atención, mejorar la resolutivez de la Atención Primaria, contribuir en la disminución del impacto del déficit de especialistas a lo largo del país, contribuir a la disminución en los tiempos de espera de la población en consultas de especialidad, colaborar en el diagnóstico y tratamiento oportuno mediante el screening de patologías y permitir el acceso de salud en áreas geográficas aisladas o de difícil acceso, tal como lo definen los objetivos específicos establecidos para el programa gubernamental.

Para conseguir lo anterior, Hospital Digital ha desarrollado 5 componentes: Atención profesional sincrónica, Atención profesional asincrónica, Apoyo en diagnósticos a distancia, Atención en emergencias sanitarias y Capacitación y difusión, cuya estrategia medular es la atención profesional mediante Telemedicina, “realizada por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y comunicación para intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en las prestaciones de servicios sanitarios a la población. En este contexto se definen dos tipos de telemedicina, la primera es la de tipo sincrónica que se refiere a las actividades realizadas en tiempo real y la segunda modalidad es la asincrónica donde las acciones se realizan en forma diferida” (Minsal, 2022).

A continuación, se detalla la implementación y producción de cada componente de acuerdo al documento antes referido:

53 “El equipo de examen analiza las intervenciones y actividades del programa examinado. Este paso se enfoca en la realidad misma del programa en lugar de sus aspiraciones. Durante este paso, los miembros del equipo de examen elaboran un diagrama del modelo lógico del programa. Esto permite establecer una secuencia de las actividades y vincula a estas y sus beneficiarios con los productos del programa y sus resultados en el corto, mediano y largo plazo. El diagrama del modelo lógico ayuda a descubrir la teoría del programa, vale decir, la explicación de cómo y por qué el programa ha de funcionar y para quién. Para comprender cómo las actividades descritas fomentan la participación de la población destinataria para producir resultados, debe considerarse si el programa aborda los diferentes contextos operativos y las distintas necesidades de las diversas subpoblaciones y cómo lo logra, lo cual incluye las formas de identificar y abordar las normas, funciones y relaciones de género. La participación de las subpoblaciones que han quedado más rezagadas será crucial para este ejercicio, pues ello permite tener una noción más acertada de en qué medida el programa funciona para estas subpoblaciones. La teoría del programa vigente se somete a prueba en los dos pasos siguientes” (OPS, 2017).

Componente 1: Atención profesional sincrónica

Bajo este componente, Hospital Digital entrega soporte a profesionales de los Servicios de Salud que requieren apoyo inmediato con el diagnóstico, tratamiento y/o atención de pacientes:

Telemedicina sincrónica de medicina general: Se lleva a cabo cuando un paciente es atendido por un profesional de la salud no médico en espacios como Postas Rurales, ELEAM, Residencias Sanitarias, u otros. Si este profesional presenta dudas respecto del caso, puede plantearlas a un médico general de Hospital Digital, quien se conecta en directo, mediante videollamada, para entregar lineamientos de tratamiento y diagnóstico.

Telemedicina sincrónica de especialidad médica: Se lleva a cabo cuando, desde los establecimientos de salud pública, se levanta un requerimiento de apoyo en el diagnóstico/tratamiento en especialidades que presentan listas de espera o si se requiere atención por un subespecialista (medicina interna, enfermedades metabólicas, oncología, unidad de paciente crítico, urología, etcétera).

Hospital Digital evalúa si existen los recursos para contratar a un especialista y, de ser así, se realiza una conexión en directo con el médico especialista de Hospital Digital mediante videollamada, o bien se resuelve el caso del paciente en un telecomité médico.

Telemedicina sincrónica de Salud Mental: Se lleva a cabo cuando un paciente solicita una atención sincrónica en salud mental desde la página de Hospital Digital, para luego ser atendido por uno de los psicólogos contratados por Hospital Digital.

Componente 2: Atención profesional asincrónica

En este caso, el paciente acude a un médico u odontólogo general de la APS quien puede derivarlo a un especialista a través de la plataforma de telemedicina de Hospital Digital (<https://interconsulta.minsal.cl>) y realizar la tele interconsulta. Luego, en un plazo promedio de cinco días recibe la respuesta del especialista en la misma plataforma de Hospital Digital donde se indica el diagnóstico, conducta terapéutica o indicaciones a seguir.

El médico de APS cierra el proceso cuando entrega la información al paciente. Esta modalidad de atención se encuentra disponible para las especialidades de nefrología, dermatología, diabetes, geriatría, patología oral y ortodoncia.

Componente 3: Apoyo diagnóstico a distancia

En este componente, Hospital Digital entrega apoyo de diagnóstico (mediante atenciones asincrónicas) al personal de salud que se encuentra tomando exámenes en la APS. Los funcionarios realizan el examen requerido al paciente y envían las imágenes al Hospital Digital. Entonces, un médico radiólogo u oftalmólogo -mediante inteligencia artificial de Hospital Digital- emite un informe de diagnóstico, almacenándolo en las plataformas tecnológicas del Programa para ser posteriormente consultado por el establecimiento de origen. Esta modalidad de atención se encuentra disponible para mamografías, TAC, resonancia magnética y retinopatía diabética.

Componente 4: Atención en emergencias sanitarias

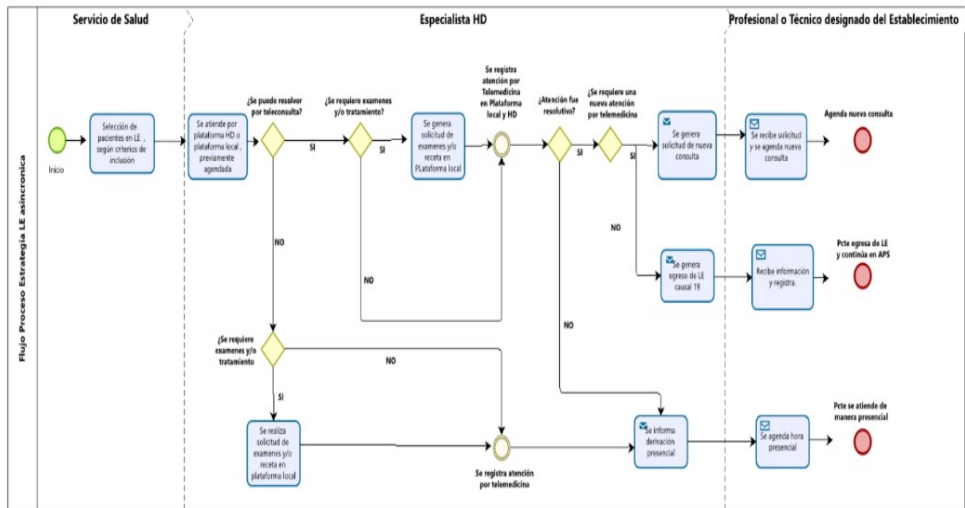
En este componente se reúnen todas las atenciones extraordinarias que brindan los profesionales de la salud de Hospital Digital en respuesta a emergencias sanitarias como por ejemplo lo ocurrido con la pandemia por COVID-19. En la actualidad aquí se agrupan las atenciones sincrónicas de Telecomité de Unidad de Paciente Crítico, la estrategia NAT-TTA, el apoyo en orientación en salud mediante el Salud Responde y el apoyo a funcionarios de la salud, entre otras.

Componente 5: Capacitación y difusión

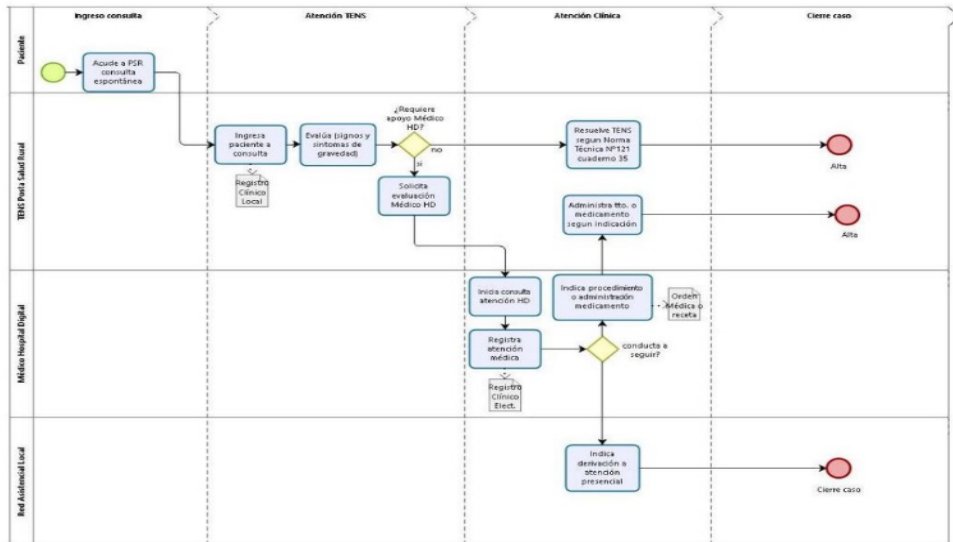
En este componente se reúnen estrategias que permiten, a través de la tecnología, entregar capacitaciones tanto a los funcionarios de salud, como a la población general sobre diversos temas contingentes. Por un lado, están las capacitaciones realizadas a los profesionales de salud en temáticas diversas como COVID, EPP y cáncer, entre otras. Por otro lado, están disponibles los programas Hablemos de Salud dirigidos a la población general, cuyos objetivos son la prevención y promoción de salud en temas como vacunación, diabetes y enfermedades de transmisión sexual, por citar algunos. A la vez esta estrategia incluye difusión en las Redes Sociales de Hospital Digital.

Departamento de Salud Digital (2022)

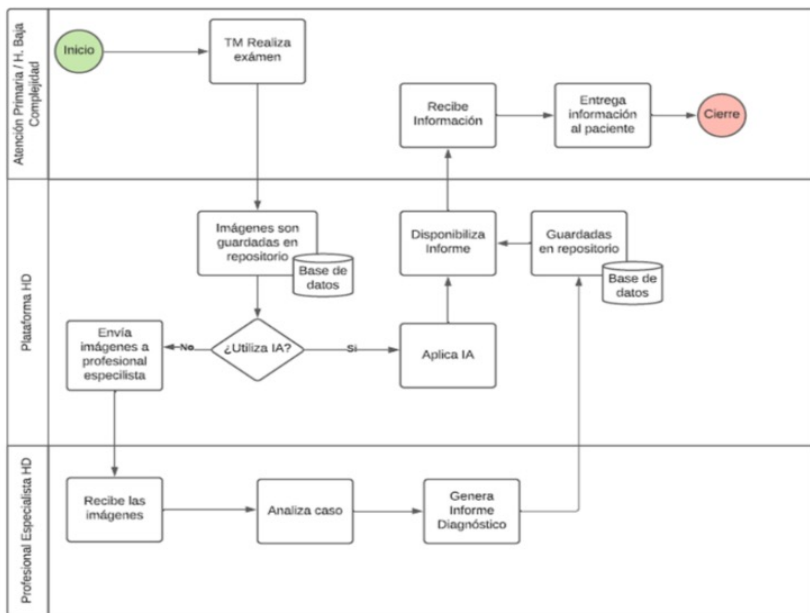
A continuación, se pueden observar 3 flujogramas de prestaciones definidas en el cuadro anterior:



Cuadro 3. Flujograma de atención Célula de Apoyo Lista de Espera No Ges (Medicina interna).



Cuadro 2. Flujograma Célula de Hospital Digital Rural (Departamento de Salud Digital, 2022).



Cuadro 4. Flujograma de Apoyo de diagnóstico a distancia (Departamento de Salud Digital, 2022).

Paso 3: Determinar a quien deja atrás el programa⁵⁴

En términos generales y de acuerdo a los planteamientos iniciales de población potencial del Programa Hospital Digital, las personas que quedan fuera de sus líneas de intervención son en primer lugar todas aquellas personas no beneficiarias del seguro público de salud, como aquellas afiliadas a ISAPRE y FFAA y de orden. Es decir, no podrá acceder a las prestaciones ofrecidas por el programa Hospital Digital cualquier persona que no se encuentre afiliada a Fonasa y, además, cualquier persona que estándolo no haga uso de la modalidad institucional, ya que la puerta de entrada a las estrategias contenidas en el programa se da en la atención primaria o en Hospitales de los Servicios de Salud.

54 “Este paso 3 se centra en aquellos que el programa está dejando atrás. Durante este paso se procura identificar a las subpoblaciones para las que el programa no ha funcionado, es decir, quiénes no tienen acceso o se benefician plenamente de sus intervenciones y actividades. Esto se hace mediante un análisis de las fuentes de datos cuantitativos y cualitativos disponibles, sumado a los propios conocimientos y experiencia del equipo de examen. De la misma manera que en los pasos anteriores, este paso se beneficiará de la participación de representantes de las poblaciones destinatarias, quienes pueden proporcionar perspectivas importantes sobre cómo funciona el programa en la práctica y qué aspectos deben mejorarse. Las subpoblaciones pueden caracterizarse por sexo, clase social, ingresos, educación, minoría étnica, estado migratorio, lugar de residencia (rural o urbano), identidad de género y orientación sexual, u otras características pertinentes, con la debida atención a las intersecciones entre estas caracterizaciones que colocan a algunas subpoblaciones en un nivel de riesgo diferente o mayor de padecer mala salud. El Paso 3 finaliza con la identificación de una o más subpoblaciones específicas que deben recibir prioridad en el examen y rediseño del programa” (OPS, 2017).

A lo anterior, se suma que cualquier persona que se encuentre fuera del territorio nacional, aun encontrándose afiliada al seguro público de salud, no podrá acceder a las prestaciones del Programa, ya que para su atención requiere de igual forma una primera atención presencial, puesto que el requerimiento hacia Hospital Digital es intermediado por un profesional del centro de origen (APS u Hospital).

En términos particulares, de acuerdo a cada componente, se puede decir que:

En el componente 1 de Atención profesional sincrónica, el programa deja atrás a todas aquellas personas que, presentando un requerimiento de atención, no consultan en la Posta rural correspondiente. En este sentido, podría deberse a desinformación, incapacidad física, mental, cognitiva, psíquica para asistir de manera autónoma, dificultades de acceso y/o transporte, imposibilidad de gasto de bolsillo para traslados. ELEAM y Residencias Sanitarias quedan fuera de este análisis entendiéndose que su incorporación a este componente se dio en contexto de emergencia sanitaria por covid-19.

En este punto también quedan fuera todas aquellas personas que, habiendo asistido a una Posta rural, reciba la atención de salud por parte de un profesional o técnico que no haya sido informado ni capacitado para la utilización de Hospital Digital, ya que son los profesionales quienes actúan de intermediarios entre el paciente y el profesional de Hospital Digital. De darse esta situación, la persona no obtendrá indicaciones por parte de un médico general, aun cuando tuviese la posibilidad de acceder de manera oportuna.

En este componente, también quedan fuera todas aquellas personas que, presentando un requerimiento de apoyo diagnóstico de especialidad o subespecialidad no disponible inicialmente, este no puede ser cubierto por Hospital Digital en términos económicos, ya que se debe evaluar la disponibilidad de recursos para una eventual contratación del especialista que otorgue el soporte.

En el caso de la estrategia saludablemente, quedan fuera todas aquellas personas que no adhieren a atenciones a distancia, ya que no existen intermediarios y la persona puede acceder a la prestación solo ingresando la solicitud a través de la plataforma y posteriormente a través de llamada telefónica. También todas aquellas que, por las características de su padecimiento y el nivel de dependencia social (falta de redes de apoyo), no logra la autonomía suficiente para conocer del programa y, además, realizar la consulta por sus propios medios.

Finalmente, puede presentarse también una barrera respecto de habilitantes tecnológicos como acceso a internet, estabilidad de la señal, acceso a la compra de dispositivos tecnológicos lo que puede retrasar o incluso impedir que una persona logre acceder al soporte de Hospital Digital, como puede suceder en sectores más aislados de nuestro país y zonas rurales, principalmente. A esto se le suma la posibilidad de que el acceso a internet esté limitado por la situación económica de la persona, como en el caso de las prestaciones de Saludablemente, que requieren ser agendadas en la plataforma para posteriormente facilitar el contacto telefónico.

En cuanto al componente 2 de Atención profesional asincrónica, se deja fuera a todas aquellas personas con consultas de especialidad, que, en primera instancia, no están cubiertas por Hospital Digital. Las únicas prestaciones de consulta de especialidad cubiertas por Hospital Digital son: Dermatología, Diabetes, Geriatria, Nefrología, y Patología Oral.

Estas especialidades podrían eventualmente aumentar de acuerdo a los cambios epidemiológicos, demográficos y según el levantamiento de información que se realice por Servicio de Salud, además de que Hospital Digital disponga de recursos para la contratación de los especialistas y subespecialistas requeridos.

Al igual que en el componente 1, eventualmente, se podría dejar fuera a todas aquellas personas que consultan en atención primaria o secundaria y son atendidos por un profesional que no posee la información ni ha sido entrenado para el uso de la plataforma de Hospital Digital. En este caso su consulta de especialidad será derivada al siguiente nivel de atención por la vía tradicional, lo que conlleva altos tiempos de espera. En este sentido, la barrera es atribuible a los sistemas de atención, los que además se pueden ver interferidos por la falta de difusión de la estrategia, resistencia al cambio y falta de interoperatividad de sistemas de información.

En cuanto al componente 3, sobre apoyo diagnóstico a distancia, el programa deja fuera a todas aquellas personas que se encuentran sometidas a una exploración diagnóstica de imagen no contemplada por Hospital Digital. Actualmente, Hospital Digital entrega soporte diagnóstico solo para mamografías, TAC, resonancia magnética y retinopatía diabética. Por tanto, cualquier examen de imagen que no corresponda a los ya contemplados quedan fuera de este componente. Además, se debe considerar que para acceder de manera oportuna a exámenes imagenológicos y de rayos X en extrasistema la persona que se encuentra sometida a exploración diagnóstica debe tener la posibilidad de acceder a prestadores privados mediante modalidad libre elección, por tanto, ya desde ese punto existe inequidad de oportunidad al quedar condicionado por la capacidad de pago que tenga cada usuario.

De acuerdo a las acciones comprendidas en el componente 4, Atención en emergencias sanitarias y en el componente 5, Capacitación y difusión, como sucede de manera transversal en cada uno de los componentes, en estos últimos también se deja fuera a todas aquellas personas que no logran acceder a la información haciendo uso de TICs y redes sociales, ya sea por condición económica que no le permita desembolsar dinero para acceder a internet o la compra de dispositivos tecnológicos, por analfabetismo y/o analfabetismo digital de acuerdo a su nivel educacional, por su propia situación de salud (por ejemplo que se encuentre en situación de discapacidad de cualquier índole) y/o por barrera idiomática, en el caso de usuarios extranjeros/as.

En términos generales, es importante recalcar que, cuando no existe un intermediador como profesionales de la APS u Hospital, que cuenta con el conocimiento, manejo y equipamiento para llevar a cabo la conexión, las personas que quedan atrás aumentan, ya que incluimos a personas que, debido a su situación económica se encuentran sin acceso

a telefonía móvil, sin acceso a conexión de internet, sin conexión a suministro básico de electricidad, sin acceso a aparatos inteligentes o dispositivos electrónicos (notebook), personas analfabetas, personas en situación de discapacidad (visual, auditiva, mental/cognitiva, psíquica, personas en situación migratoria irregular, personas analfabetas digitales.

De manera transversal, también es importante volver a mencionar dificultades propias de la utilización de Tecnologías de información y comunicación, ya que si bien este programa gubernamental está orientado a atender aquellas demandas de atención en salud de personas que viven en regiones más aisladas, esa misma característica también puede significar barreras de carácter tecnológico o más bien conocido como “brecha digital”, ya que las atenciones se pueden dar en un contexto de inestabilidad por cobertura de banda ancha, infraestructura y equipamiento adecuado, condición climática e incluso acceso a suministro eléctrico. A esto se suma, como fue mencionado en apartados anteriores, la desinformación y la resistencia al cambio en la forma de recibir las prestaciones de salud (presencial).

Síntesis de los pasos analizados

Se están quedando atrás:

- Personas no afiliadas al seguro público de salud FONASA;
- Personas nacionales no inscritas o que no demandan atención en prestadores institucionales (APS u hospitales);
- Personas migrantes en situación irregular, sin rut provisorio y por ende no afiliados a FONASA;
- Personas migrantes que no manejan el idioma español;
- Personas con bajos niveles educacionales (analfabetas, poco instruidas, analfabetos digitales);
- Personas de estratos socioeconómicos bajos;
- Personas en situación de discapacidad y/o dependencia;
- Personas pertenecientes a pueblos originarios, cuya cosmovisión no ha sido considerada en las estrategias de Hospital digital, las que, por ahora, se caracterizan por implementar solo prestaciones de salud occidentalizada.
- Personas cuya ubicación geográfica corresponde a zona rural y/o zona extrema del país sin acceso a habilitantes tecnológicos para acceder a aquellas prestaciones que no cuentan con intermediador (por ejemplo, saludablemente y las estrategias del componente 5 referidas a capacitación y difusión de contenido promocional y preventivo).

A pesar de las barreras identificadas y de aquellas personas que quedan excluidas del Programa hospital Digital, la iniciativa, que se viene gestando hace años y que tomó mayor fuerza tras los desafíos que trajo consigo la pandemia de Covid-19, en donde se requería más que nunca reducir las fuentes de inequidad, ha obtenido un resultado de “Recomendado favorablemente” en la evaluación presupuestaria de la DIPRES documento en el que se indica que el programa cumple en términos de atingencia, coherencia y consistencia (DIPRES, 2023).

A través de las estrategias utilizadas para cumplir con los objetivos propuestos, Hospital Digital ha contribuido a la disminución de las barreras de acceso, generada principalmente por el déficit de especialistas en aquellas zonas del país que presentan brechas, aportando principalmente a la resolución de listas de espera. También es importante destacar que el programa se ha instalado en un contexto de RISS, por lo que sigue avanzando en favorecer la continuidad de cuidados y su entrega de manera integral, apoyando las prestaciones de salud tradicionales.

Sumado a lo anterior, el soporte que entrega este programa fomenta la transferencia técnica desde los equipos de salud entre los distintos niveles, promueve además la formación y educación continua y entrega mayor capacidad de resolutiveidad a la atención primaria de salud.

Dentro de los desafíos se encuentra la necesidad de avanzar en erradicar aquellos determinantes estructurales, que como se mencionó anteriormente, continúan dejando a ciertas personas atrás, ya sea por su situación económica, por su ubicación en un espacio geográfico, la que determina las posibilidades que tiene para acceder o no de manera oportuna a atenciones de salud de especialidad o subespecialidad, como lo son las zonas rurales y zonas extremas de nuestro país, por su nivel educacional, que determinará que tan instruida podría llegar a estar una persona para acceder a prestaciones que se dan en ambientes virtuales, para informarse, para demandar una prestación específica, para contar con la autonomía suficiente como para acceder a las atenciones de salud de Hospital Digital.

También queda pendiente avanzar en la Mejora de la cobertura de comunicaciones, la conectividad y su calidad, así como también el equipamiento requerido para desarrollar las distintas estrategias, disminuyendo al mínimo la cantidad de personas que quedan atrás con este programa, considerando que en la actualidad la mayoría de sus estrategias funcionan con intermediadores que de no estar presentes solo acrecentaría la inequidad de acceso a prestaciones de salud en ambientes virtuales, puesto que la esa situación podría exacerbar las brechas existentes.

Paso 4: Identificar las barreras y los factores facilitadores para las subpoblaciones⁵⁵

El papel de la salud digital en el fortalecimiento de los sistemas de salud tiene como objetivo la de garantizar la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud. Pero, sin embargo, sigue habiendo carencias para garantizar el acceso a todos los que necesitan servicios de salud digital y para garantizar que se presten con la calidad prevista, sin causar dificultades financieras a las personas que acceden a ellos.

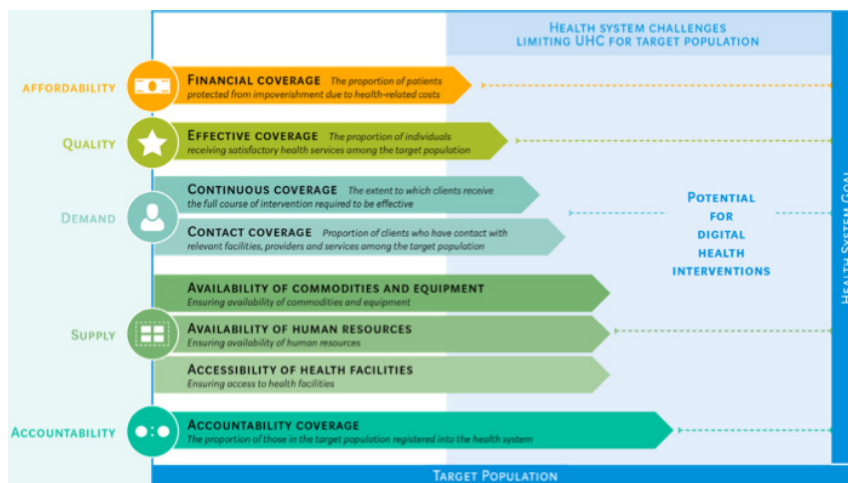
55 “Durante el Paso 4 se examinan las razones por las cuales la subpoblación priorizada no tiene acceso al sistema sanitario o no percibe sus beneficios. Para ello, se utiliza la perspectiva del marco Tanahashi para una cobertura efectiva (Tanahashi, 1978) con el propósito de determinar las barreras —incluidas aquellas relacionadas con el género— y los factores facilitadores en los ámbitos de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto, utilización y cobertura efectiva, con la calidad como elemento transversal. Estos ámbitos se relacionan con determinados principios del derecho a la salud definidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación general No. 14 (CESCR, 2000)” (OPS, 2017).

El marco Tanahashi de 1978, es un modelo que tiene la finalidad de conocer las brechas en la implementación de un programa de salud y que mide el grado de cobertura, calidad y el acceso a las prestaciones del programa a implementar. Refleja los déficits en la cobertura de las prestaciones, y que a la vez dependen de factores transversales respecto a las inequidades de la población, como dispersión geográfica, la escasa oferta de las prestaciones y el retraso de estas.

La estrategia de Salud Digital facilita y aprovecha las distintas tecnologías disponibles, para que la población y las personas, accedan a distintas intervenciones y prestaciones en todos los niveles de complejidad.

El modelo de Tanahashi se sustenta en las siguientes características:

- Accesibilidad: las prestaciones deben ser accesibles para todos, sin discriminación alguna. Además, tiene cuatro dimensiones; no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información.
- Aceptabilidad: los establecimientos deberán ser respetuosos de la ética médica y cultural.
- Calidad: los servicios de salud deberán ser también apropiadas desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Esto requiere entre otras cosas, personal capacitado, medicamentos y equipamiento adecuado.
- Disponibilidad: deberá existir servicios de salud disponibles. Dependerá de diversos factores como el nivel de desarrollo del estado. El aumento de la oferta y el aumento del acceso pueden garantizar que las brechas en la cobertura de contacto puedan disminuir.



Cuadro 5. Niveles de logro de la Cobertura Sanitaria Universal afectados por el desempeño del sistema de salud. Adaptación de Tanahashi, 1978. En WHO Guideline Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening (National Library of Medicine, 2019).

Las mayores barreras o dificultades detectadas con respecto a la incorporación de tecnologías en salud refieren a las brechas digitales de las personas que acceden a los servicios de salud y a la falta de información de HD y protocolos y como consecuencia una alta resistencia de los equipos.

El Programa HD instala en el sistema de salud chileno una lógica de atención digital altamente necesaria y pertinente. El uso de las tecnologías de información en la atención de salud representa una gran oportunidad para el país, ya que la telemedicina surge, según consensos internacionales, como una alternativa de atención eficaz y capaz de descongestionar la atención presencial.

Respecto a los factores facilitadores, los referentes tienden a coincidir en algunos aspectos tales como:

- HD responde a una necesidad y la telemedicina resulta una herramienta útil para dar respuesta, por ejemplo, a la disminución de las listas de espera o la hospitalización domiciliaria con seguimiento remoto, permitiendo una disponibilidad mayor de camas de la red.
- Lo digital permite un acceso más equitativo, opción de elegir, además mejora coberturas, facilita el acceso y la oportunidad.
- Liderazgos fuertes y equipos motivados pues perciben continuidad, organización y profesionalismo, lo que se refuerza con contratación de especialistas locales que reciben valoración y reconocimiento.
- La pandemia implicó la consolidación de la estrategia HD. Actuó como potenciador de la operación sincrónica.

Paso 5: Identificar los mecanismos que generan inequidades en salud⁵⁶

Las inequidades, que corresponden a desigualdades injustas, no deseadas y prevenibles, impactan directamente en el bienestar de la población acceso a servicios básicos, como la atención sanitaria, la educación, el agua y el saneamiento, y pueden coartar los derechos humanos. Estas inequidades son multifactoriales y complejas de abordar, ya que se basan en la matriz cultural y de producción de la sociedad, encarnada y reproducida por las estructuras de ésta, a través del modelo capitalista.

56 “El Paso 5 es el paso más desafiante y enriquecedor del proceso de examen. Antes de este paso, los miembros del equipo de examen habrán sistematizado la información disponible acerca del programa, para lo cual evaluaron si este funcionaba o no para diferentes subpoblaciones, consideraron y atendieron normas, funciones y relaciones de género e identificaron algunas de las barreras y factores facilitadores. Esta información sistematizada se analiza con más detalle en el Paso 5 para explicar los mecanismos que generan inequidades, usando para ello el marco de la OMS sobre determinantes sociales de la salud (CSDH, 2008). Este paso también se vale del análisis de las causas estructurales desde la perspectiva de los derechos, así como del análisis de género. Para ello, los miembros del equipo de examen estudian cómo las barreras y los factores facilitadores están ligados a o influenciados por los determinantes sociales de la salud o reciben la influencia de estos, incluido el género (al interior del sistema de salud y más allá de este). Además, el equipo examina las causas de la posición socioeconómica de la subpoblación priorizada. Con estos análisis se examinan los mecanismos de estratificación social, a fin de identificar quiénes se quedan rezagados (Paso 3) y determinar los problemas de equidad de acceso o discriminación (Paso 4). Se consideran las condiciones sociales, políticas y económicas que dan lugar a insuficiencias en la creación de un entorno favorable al logro del derecho a la salud. Al final del Paso 5, el equipo de examen incorpora la información sobre los mecanismos que generan inequidades y discriminación a su teoría del programa original para enunciar una Innov8 Manual Técnico 11 teoría de inequidades, que se corregirán en la fase de rediseño” (OPS, 2017).

Tabla 1. Barreras detectadas para la implementación adecuada de HD (Encuesta Nodos Críticos).

Tipo de barrera	Barrera	¿De qué manera limita los resultados del programa?
Calidad	Prestaciones GES	Se desconoce si se debe tributar las atenciones al SIGGES y no existe un documento que valide las atenciones de HD y GES. Limita la estadística y el real impacto del programa.
Calidad	Falta de difusión	La red asistencial aún desconoce el programa HD y algunos no saben cómo utilizarlo. Limita el acceso al programa.
Calidad	Resistencia cultural	Especialistas no conformes con la estrategia de HD. Limita el avance de la estrategia de HD.
Calidad – Aceptabilidad	Interconsultas como barrera	IC extensas y formularios poco amigables. Limita el avance de la estrategia HD.
Accesibilidad	Habilitantes tecnológicos	Falta de digitalización de establecimientos y ancho de banda bajo el cual produce latencias en la conexión. Limita el acceso y avance de la estrategia HD.
Accesibilidad	Prescripciones y farmacias	Indicaciones farmacológicas en recetario magistral que no existen en arsenal APS. Programa resolutividad con insuficientes recursos. Limita el avance de la estrategia HD.
Accesibilidad	Sobrecarga laboral	Médicos de APS sin horario protegido. Limita el avance de la estrategia HD.
Accesibilidad - Disponibilidad	Analfabetismo digital	Limita el acceso a la estrategia HD.
Accesibilidad - Disponibilidad	Carencia de especialistas en regiones	Déficit de especialistas en las regiones más extremas del país. Con escasa oferta. Limita el acceso y avance de la estrategia HD.

Fuente: Informe Final Programa Hospital Digital (2022)

La porción de los ingresos que recibe el 20 % más pobre de la población mundial sigue siendo inferior al 2 % del total, mientras que la porción que recibe el 1 % más rico ha crecido del 18% en 1990 al 22 % en 2016. La pobreza y la pobreza extrema alcanzaron en 2020 en América Latina niveles que no se han observado en los últimos 12 y 20 años, respectivamente, así como un empeoramiento de los índices de desigualdad en la región y en las tasas de ocupación y participación laboral, sobre todo en las mujeres.

Chile posee un sistema tributario regresivo y carente de fiscalización, lo que permite la corrupción y evasión fiscal, disminuyendo la recaudación por parte del estado que permitiría redistribuir la riqueza de manera justa, acortando las inequidades. Allí donde hay un déficit democrático producido por la falta de transparencia, la escasez de mecanismos de participación ciudadana y la debilidad de sistemas de rendición de cuentas por parte del gobierno a la ciudadanía se establece el caldo de cultivo perfecto para que las élites capturen el sistema político en beneficio propio.

Este modelo heredado por Chile tras los cambios neoliberales impuestos durante la dictadura y legitimados en el período de retorno a la democracia ha naturalizado e institucionalizado la inequidad. Las reformas privatizadoras de servicios públicos como el agua, energía, salud o educación han comportado la exclusión a los mismos de personas que no se pueden permitir pagar los precios establecidos por el mercado. La política debe servir para tomar las medidas necesarias para asegurar que la privatización de servicios públicos, cuando se produce, no contribuya a la violación de derechos humanos fundamentales.

Las desigualdades actuales entre hombres y mujeres son el resultado de políticas, prácticas y creencias injustas. Muchas de las injusticias descritas en los puntos anteriores afectan mucho más a las mujeres que a los hombres, por ejemplo, en cuestiones de acceso a tierra o capital, o en forma de exclusión de la vida pública. Necesitamos políticas que promuevan la justicia de género. No sólo para el beneficio de las mujeres, sino de toda la sociedad. Si bien las desigualdades de género han ido disminuyendo — por ejemplo, se ha reducido la disparidad salarial por razón de género en los últimos veinte años —, las mujeres aún padecen disparidades económicas, jurídicas, políticas y sociales importantes. Dentro de estas inequidades podemos mencionar la responsabilidad de las labores de cuidado, que suele recaer con creces sobre las mujeres, limitándose su desarrollo personal, evidenciándose la carencia de enfoque de género en las políticas públicas, que permitan subsanar la brecha de acceso a éstas por parte de las mujeres.

Tanto dentro de los países como entre ellos, siguen observándose desigualdades derivadas de los ingresos, la localización geográfica, el género, la edad, el origen étnico, la discapacidad, la orientación sexual, la clase social y la religión, factores que determinan el acceso, las oportunidades y los resultados. En algunas partes del mundo, estas diferencias son cada vez más claras. Entretanto, están surgiendo deficiencias en otros ámbitos, como el acceso a las tecnologías móviles y en línea.

Si bien la tecnología puede ser un gran elemento igualador — por ejemplo, al mejorar la conectividad, la inclusión financiera y el acceso al comercio y a los servicios públicos —, las

personas que aún no están conectadas pueden quedar aún más marginadas, sobre todo si se tiene en cuenta que el progreso se está ralentizando, e incluso invirtiendo, en algunos grupos.

En un contexto de desarrollo de la sociedad de la información o sociedad digital, que rige en gran parte del mundo, parece existir amplio acuerdo en que la educación en general, y de modo más específico la formación o alfabetización tecnológica, del conjunto de los individuos y colectivos humanos es una condición necesaria para el avance y el desarrollo de la llamada sociedad del conocimiento. El conocimiento como resultado de la explotación de la información se nos presenta como la herramienta fundamental para poder afrontar el momento presente. Conocimiento para evaluar, conocimiento para decidir, conocimiento para actuar. El conocimiento se presenta como la “llave de oro” que abre las puertas, pequeñas o grandes, que permiten acceder e integrarse en el mundo tecnológico. La mayoría de los países menos desarrollados, no participan en la revolución de las comunicaciones, con lo que se está agregando una “pobreza de información” a las numerosas brechas que separan a estos países menos desarrollados de los países industrializados. Se corre el riesgo de que los instrumentos de alta tecnología aumenten desigualdades ya existentes y en concreto agudicen la conocida “brecha digital”.

El acceso a la información está influenciado por factores del comportamiento, socioeconómicos y culturales, constituyendo un importante determinante social de la salud, cuya importancia no siempre es reconocida con el énfasis que merece. El acceso a la información en salud está hoy enormemente facilitado por las nuevas TIC, las cuales pueden ejercer gran influencia sobre la situación de salud y, en particular, sobre las inequidades en salud. Entretanto, este potencial de las TIC está amenazado si no se resuelven las inequidades de acceso a estas tecnologías, que como se ha comentado, promueven la denominada brecha digital.

En el contexto de SD, los “Determinantes Sociales de SD”, indican que, en un primer nivel, la salud de una persona está determinada por acceso a infraestructura, disponibilidad de recursos económicos y tecnológicos, y conocimientos, creencias y mitos respecto a la SD. En un segundo nivel, son factores determinantes la información a la que la persona accede sobre salud, su cultura, la disponibilidad y disposición profesional en el sistema sanitario, geografía y educación. Por último, en la capa más macro de determinación, se encuentra la macroeconomía, gobernanza, marco legal, políticas públicas y desarrollo de tecnología que ocurre a nivel país.

Aunque sabemos que las herramientas digitales pueden contribuir en gran medida a mejorar el acceso de las personas a la salud y la capacidad de los trabajadores de la salud para atender a los pacientes, es evidente que las herramientas no están disponibles para todos por igual. Los patrones de acceso, uso y compromiso con las tecnologías digitales varían entre las poblaciones. Las tecnologías de SD tienden a usarse más ampliamente en áreas urbanas, y menos por personas de minorías étnicas y aquellas que enfrentan barreras idiomáticas. Aunque muchos proveedores de atención sanitaria utilizan cada vez más las tecnologías sanitarias digitales para que los pacientes y el público en general puedan gestionar mejor su salud, centrarse en estas tecnologías puede ampliar inadvertidamente las desigualdades existentes en materia de salud, si no se tienen en cuenta y abordan las desigualdades cono-

cidas en el acceso, uso y compromiso con la tecnología digital. Por otro lado, existe un mayor uso de herramientas de SD por parte de personas con niveles de educación más avanzados y un estatus económico más alto, como también el uso de estas herramientas es más habitual entre la población más joven que entre los adultos mayores. Las personas con mala salud son las que más dificultades tienen para acceder a estas herramientas.

La conectividad a internet y la alfabetización en SD son precondiciones cruciales para disfrutar de todos los beneficios potenciales de las herramientas de SD, propendiendo a reducir las desigualdades de salud usando herramientas digitales. La conectividad se relaciona con varios factores económicos, tales como urbanidad o ruralidad, nivel de ingreso y edad. Las personas de mayor edad, de zonas rurales y de menores niveles de ingreso tendrían una menor probabilidad de tener acceso a internet y otras tecnologías digitales como las herramientas digitales de salud. El problema es que justamente estas personas son las que más se beneficiarían y más necesitan herramientas digitales de salud tales como la telemedicina y, sin embargo, no hay un énfasis en esta población objetivo que se ve más alejada del acceso a la tecnología.

Saber cómo usar internet y las herramientas digitales es tan importante como tener acceso. Cuando las herramientas de SD están fácilmente disponibles, las personas que están “alfabetizadas” en herramientas de SD podrían disfrutar todo el potencial de estas herramientas. Las variables que influyen en la alfabetización en SD son la edad, el estado de salud, los antecedentes educativos, las habilidades de alfabetización digital y el grado de motivación para buscar información, entre otras. La falta de conocimiento sobre cómo usar las herramientas digitales y la falta de interés están entre los principales factores determinantes del no uso de internet entre los mayores de 65 años en los hogares más pobres.

Al no existir una adecuada difusión de las herramientas disponibles de SD, tanto para usuarios intermedios como usuarios finales, se genera un desconocimiento que perjudica a quienes tienen menos acceso a la información.

La resistencia al cambio cultural genera un contexto donde la implementación de HD queda a criterio de los diferentes centros de salud, en donde se evidencia una resistencia por parte de los especialistas, que indican que no les gusta la estrategia y siembran dudas entre los médicos de APS, mismas dudas que se siembran en cargos directivos, quienes deberían ser los primeros en estar convencidos de los beneficios de esta política pública, lo cual también muestra un trabajo poco efectivo por parte de los Servicios de Salud para difundir y poner en práctica la SD, afectando a los usuarios de los lugares donde no se implementa.

Para subsanar la inequidad de acceso debida a la escasez de herramientas por parte de las personas usuarias, sería ideal la implementación de un plan de alfabetización digital con priorización de los sectores de la sociedad más carentes de estos conocimientos tecnológicos. Por otra parte, se hace necesario equiparar el acceso por parte de establecimientos rurales a más y mejores conexiones de internet y conexiones telefónicas que permitan la conectividad básica para poner en marcha la atención a través de HD, y así dar solución a la inequidad geográfica.

La falta de facilitación lingüística, tanto en la plataforma digital como telefónica, también produce una inequidad para aquellos usuarios finales, quienes por barrera idiomática no pueden acceder a las prestaciones.

Con la actualización de la política pública de SD desde Telesalud a HD, se amplía la cobertura a todo el territorio nacional, reduciendo así, en teoría, la inequidad de acceso del sistema de salud en su conjunto, sin embargo, es necesario dar solución a las inequidades propias del acceso a la SD para que esto pueda obtener un resultado idóneo. También se necesitan más y mejores evaluaciones de los proyectos de inclusión digital con un enfoque de costos/beneficios y recolectar mejores datos para monitorear el acceso a las soluciones digitales en salud y diseñar proyectos más inclusivos y coordinados intersectorialmente entre los diferentes ministerios.

Referencias

- DIPRES. (2015). Evaluación de programas Gubernamentales (EPG). Obtenido de <https://www.dipres.gob.cl/598/w3-article-111762.html>
- DIPRES. (2022). Evaluación informe final. Programa hospital digital.
- DIPRES. (2023). Informes de Evaluación DIPRES. Obtenido de Hospital Digital: <https://www.dipres.gob.cl/597/w3-propertyvalue-23076.html>
- Frenk, Pamela y Monreal, Verónica (2022). Informe final programa hospital digital. Dipres. Ministerio de Hacienda. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-285478_informe_final.pdf
- Goic G, A. (2015). El sistema de salud de Chile: Una tarea pendiente . Rev. méd. Chile, vol 143. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000600011
- Minsal (2022). Memoria del Departamento de Salud Digital. 2018 – 2022. Subsecretaría de Redes Asistenciales. <https://portalsaluddigital.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/Memoria-Depto.-Salud-Digital-2018-2022.pdf>
- National Library of Medicine (2019). WHO guideline Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541905/#ch1.s4>



PARTE III

ANÁLISIS CRÍTICO DE
LA CRISIS DE LAS ISAPRES

Isapres en quiebra: la mercantilización del derecho a la salud.

Javiera Arias Arellano, Catalina Arias Inzunza, Belén Bravo Vera,
Javiera Chávez Vargas, Nelson Cuello Moya, Camila Duque Baeza,
Agustín Fontecilla Pérez, Catalina Godoy Núñez,
Damaris Moraga Montenegro, Ignacio Quiroz Jerez
y Juana Villalobos Gahona.⁵⁷

Isapres reportan sexto trimestre con números rojos y disparan contra "incongruencia" de autoridades

Por **Verónica Reyes**

Lunes 08 agosto de 2022 | 15:50

Leer más tarde

Radio Biobio (agosto de 2022): <https://www.biobiochile.cl/noticias/economia/negocios-y-empresas/2022/08/08/isapres-reportan-sexto-trimestre-con-numeros-rojos-y-disparan-contra-incongruencia-de-autoridades.shtml>

Introducción

El 27 de abril de 1981 se dictó el Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N° 3, creándose en la dictadura cívico-militar el sistema privado de salud. Junto con ello, se dio origen a las Instituciones de Salud Previsional, denominadas Isapres con el objeto de permitir que el sector privado entrara a la administración de la seguridad social en salud, gestión y prestación de servicios de salud, y así supuestamente mejorar la eficiencia y eficacia en el sistema, asegurando un mayor acceso y una debida protección al derecho a la salud.

El DFL ocurre en la antesala del inicio de vigencia de la carta magna de 1980, en donde en el artículo 9 del capítulo III hace referencia a la salud y funcionamiento de ésta en el país. Respecto al contenido, como en todas las materias económicas (más no en derechos sociales), prima la "libertad de elección". La actual constitución plantea que: "Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la

⁵⁷ Estudiantes de 5° año de medicina. Casa Central.

ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado” (Constitución Política de la República de Chile, 1980, Art. 19, N°9). Dando así cabida total a un sistema de salud privado que puede sustentarse en las cotizaciones obligatorias de sus beneficiarios más cotizaciones extra de estos, todo esto normado por una escala autoimpuesta de costo-beneficio, en donde cada persona representa monetariamente que tan costo-efectivo es asegurarla (Parada-Lezcano y Moraga-Cortés, 2019).

Las Isapres son organismos que relevan al Estado de funciones de administración del aseguramiento en salud que prácticamente no reciben subsidios por parte del Fisco y que teóricamente operan en un sistema de libre competencia. En base a un esquema de seguros, las personas quedan bajo su protección y cuentan con un financiamiento para sus gastos de salud, obtenido por la vía de cotización obligatoria del 7 % y un prepago voluntario para mejorar las condiciones de los planes individuales en los que se explicitan los beneficios de cobertura y reembolso por el gasto en los prestadores privados individuales o institucionales.

En la actualidad, de 17.649.729 cotizantes tanto de Isapre como Fonasa, un 18,5% de estas formaban parte del Sistema Isapre a Agosto 2022 (Superintendencia de Salud, 2022). Además es importante de mencionar que dentro del Gasto Total en Salud, el cual es dividido en gasto público y privado, las cotizaciones obligatorias que representan un 7% de la renta imponible son todas parte del gasto público, esto quiere decir que, aunque sean cotizaciones a empresas privadas con fines de lucro, la porción obligatoria es considerada parte del gasto público, reafirmando lo inédito del funcionamiento del Sistema de Salud Chileno (Gattini, C. 2018).

Desde su creación las Isapres han tenido utilidades millonarias, debido a que tienen fines de lucro y realizar discriminaciones por sexo, edad y estado de salud, y sin embargo, el Lunes 8 de Agosto del 2022, Biobio Chile publicó una noticia que reporta que las Isapres están al borde de la quiebra, reportando números rojos por seis trimestres seguidos, “las pérdidas ascienden a \$73 mil millones. Esto, sumado a las cifras de 2021, totalizan un resultado negativo por \$222 mil millones” (Reyes, V. 2022).

El presente ensayo tiene por objetivo realizar un análisis crítico a partir de dicha información de prensa.

Desarrollo

La situación descrita en la noticia se debe a que al inicio de la pandemia se promulgó la ley 21.350, que congeló los ajustes de precio (Ley N° 21.350, del 9 de junio de 2021). Esto llevó a que las Isapres disminuyeran sus ingresos y aumentaron los gastos por la situación epidemiológica. Cuando en junio de 2022 se alzaron los precios, una cantidad importante de usuarios/as acudieron una vez más a tribunales⁵⁸ para revertirla, lo que terminó en que

58 En las Cortes de Apelaciones, no tribunales ordinarios.

las Isapres deben devolver el dinero cobrado de más a las personas que demandaron, aumentando las pérdidas ya mencionadas.

En los medios se habla de que la responsabilidad es multifactorial, por un lado están las Isapres negándose a una reforma estructural, así como un sistema político que no ha sabido actuar eficazmente frente los efectos que esto ha tenido. Por otro lado, “El gremio reiteró que dicho escenario se debe al congelamiento de planes, la creciente judicialización y la “incongruencia” de las autoridades al momento de aplicar y/o interpretar las leyes” (Reyes, V. 2022).

Esto junto a los actuales cambios sociales y políticos de nuestro país han dejado en evidencia que un sistema privado de salud es frágil e incapaz de cumplir con lo que prometen, es decir, asegurar la salud de sus afiliados/as. Su última finalidad como cualquier empresa será obtener utilidades. De hecho, según informó el superintendente Sebastián Pavlovic en 2015 “en los últimos 5 años las Isapres han retirado el 30% y algunas hasta el 100% de sus ganancias” (Superintendencia de Salud, 2015), en lugar de ocupar este dinero para invertir en la salud de sus clientes.

¿Podrían las ISAPRE quebrar próximamente? ¿Cuáles serían las consecuencias para el sistema de salud chileno? Según Héctor Sánchez, director del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello, “estamos ad- portas de una crisis financiera sectorial que puede abarcar la quiebra de dos o más ISAPRE (...). Sin embargo, los más afectados serán los afiliados a las ISAPRE y los trabajadores sectoriales por baja en el empleo” (Sánchez, H. 2022).

En el caso de que las ISAPRE quebraran, FONASA tendría que absorber a los/as usuarios/as. Si bien los primeros meses podría ser caótico y que el Estado tuviese que inyectar fondos para pagar por las prestaciones, es factible pensar que en un plazo no muy largo el sistema terminaría estabilizándose, dado que existiría un aumento de recaudación al sistema público de salud por las cotizaciones de la población de mayores ingresos que actualmente pertenece al sistema ISAPRE.

El presidente de la asociación de ISAPRE, Gonzalo Simon, aseveró que “Sin certeza jurídica ni equilibrio financiero, no es posible garantizar el futuro de las coberturas de salud” (Reyes, V. 2022). En el escenario actual, la “incerteza jurídica” correspondería al proceso constituyente, ya que el proyecto amenazaba directamente la existencia de las Isapres. Sin embargo ahora, después del triunfo del rechazo a dicha propuesta, el escenario no podría ser más diferente y la salud sigue sin ser un derecho constitucional. Existiendo la posibilidad jurídica del lucro en la salud, siempre van a surgir nuevas Isapres, perpetuando el sistema y la inequidad en salud.

Una forma de evitar el lucro y la cotización obligatoria al sistema privado del 7% del sueldo bruto de las y los trabajadores del país (como es el caso del 18,5% de la población cotizante en el sistema privado); sería transformando el sistema privado en seguros complementarios del sistema público, y que sea garantizado tanto el acceso y cobertura por un organismo similar a Fonasa (Parada-Lezcano y Moraga-Cortés, 2019). El tener un sistema común y público sin fines de lucro elimina la inestabilidad económica a raíz de pérdidas o ganancias como es el caso actual de las ISAPRE, pero cambios como estos fueron tajantemente descartados el domingo

4 de septiembre, con el rechazo de una propuesta de Nueva Constitución. El texto descartado se pronunciaba de la siguiente manera sobre el tema: “El Sistema Nacional de Salud es de carácter universal, público e integrado. Se rige por los principios de equidad, solidaridad, interculturalidad, pertinencia territorial, desconcentración, eficacia, calidad, oportunidad, enfoque de género, progresividad y no discriminación” (Propuesta de Constitución Política de la República de Chile, 2022, Art. 44, N°5).

En vista de la gran disfuncionalidad de nuestro sistema, analizar el sistema de salud de nuestros vecinos nos da una idea de cómo podríamos mejorar. Por ejemplo, Uruguay funciona con un sistema de prestadores privados sin fines de lucro, mientras que el Estado presta asistencia gratuita únicamente a indigentes y personas carentes de recursos suficientes (Aran, D. & Laca, H., 2011), a su vez legislando sobre todas las cuestiones relacionadas con salud e higiene públicas y “procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país” (Constitución Política de Uruguay, 1966, Art. 44).

Este sistema es difícil de aplicar en nuestra realidad nacional bajo la constitución vigente, donde se asegura la libertad de lucrar con la salud, lo que causa que el foco de estas empresas sea obtener la mayor ganancia por sobre y a costa de la salud de los/as individuos/as.

Conclusiones

A partir de lo expuesto a lo largo del ensayo, la existencia de un sistema de aseguramiento privado implica que la salud de sus usuarios/as pasa a ser un medio para generar utilidades y no un derecho inherente de las personas en su calidad de seres humanos.

La crisis socioeconómica producto de la pandemia deja en evidencia que es insostenible lucrar con la salud de la población, para lo cual se hace necesario una reforma constitucional que garantice el derecho a la salud y que no permita lucrar con él. De lo contrario, la crisis que vivimos hoy se seguirá profundizando y terminará arrastrando consigo nuestro sistema de salud.

Considerando la situación actual, tanto respecto a la crisis sanitaria como constitucional, es menester hacer un llamado a operar bajo la siguiente pregunta: ¿Es la salud y calidad de vida de las personas algo de lo que se deban obtener ganancias?

Referencias

- Aran, Daniel y Laca, Hernan (2011). Sistema de salud de Uruguay. *Salud Publica Mex* 2013;53 supl. 2: S265-S274. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s265-s274/es>
- BCN (Internet) (2024). Constitución Política de la República de Chile, 11 de agosto de 1980. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/60446/3/132632.pdf>
- BCN (Internet) (2024). Decreto 3 de 1981 (con fuerza de ley). Fija normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, por instituciones de salud previsional. D.O 30.950. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=3570&idParte=9009576>

- BCN (2021) Ley N°21.350. La cual regula el procedimiento para modificar el precio base de los planes de salud. Santiago, 9 de junio de 2021. D.O 42.978. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1161024>
- Convención Constitucional (2022). Propuesta de Constitución Política de la República de Chile, 4 de julio de 2022. <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/07/Texto-Definitivo-CPR-2022-Tapas.pdf>
- Gattini, Cesar. (2018). El sistema de salud en Chile. Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP), Escuela de Salud Pública, U. de Chile. https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/Sistema_Salud_Chile_Gattini_2018.pdf
- Parada-Lezcano, Mario y Moraga-Cortés, Fabián (2019). Crisis del aseguramiento de la salud en Chile: enfermedad crónica socialmente transmisible. *Tempus*, 13, 177-203. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1427603>
- Reyes, Verónica (2022). Isapres reportan sexto trimestre con números rojos y disparan contra “incongruencia” de autoridades. *BioBioChile.cl*. <https://www.biobiochile.cl/noticias/economia/negocios-y-empresas/2022/08/08/isapres-reportan-sexto-trimestre-con-numeros-rojos-y-disparan-contraincongruencia-de-autoridades.shtml>
- Sánchez, Héctor (27 de agosto de 2022) El origen de una crisis y sus consecuencias [Carta al Director. La Tercera] <https://www.latercera.com/opinion/noticia/el-origen-de-una-crisis-y-sus-consecuencias/V3TMU6U3OFGQ7OOE7SS6VKW55I/>
- Superintendencia de Salud (2015, Noviembre). Superintendente de Salud informó utilidades de las ISAPRES por más de 20 mil millones de pesos. <https://www.superdesalud.gob.cl/noticias/2015/11/superintendente-de-salud-informo-utilidades-de-las-isapres-por-mas-de-20-mil-millones-de-pesos/>
- Superintendencia de Salud (2022). Estadística Mensual de Cartera de Beneficiarios del Sistema Isapre – año 2022. Biblioteca digital. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. <https://www.superdesalud.gob.cl/biblioteca-digital/estadistica-mensual-de-cartera-de-beneficiarios-del-sistema-isapre-ano-2022/>

La situación deudora de las Isapres⁵⁹

Gabriel Ahumada Millard, Esperanza Castillo Silva,
Benjamín Carrasco Rodríguez, Joel Fuentes Bustos,
Benjamín Gaete Ramírez, Jorge Jones Ortiz,
Catalina Lacrampe Álvarez, Pablo Soto Romero
y Javiera Urrutia Cabrera⁶⁰



BBC News Mundo (30 mayo 2023). Acceso en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-65686936>

Introducción

Tras un fallo de la Corte Suprema de Justicia chilena en el 2022, se declaró que las Isapres deben restituir a sus afiliados los cobros excesivos que se efectuaron por sus planes, monto que la Superintendencia de Salud de Chile estima en 1400 millones de dólares (USD) (Biblioteca Congreso Nacional, 2023). Se les acusa de cobros excesivos a partir de un modelo de discriminación debido a sus tablas de riesgo que afectaría directamente a mujeres en edad fértil, ancianos y enfermos crónicos o catastróficos, puesto que se consideraba la edad y género como factores de riesgo. Situación que cambió con las nuevas tablas dictaminadas por el Gobierno en 2020 (Superintendencia de Salud, 2019) las que además de eliminar esas variables, dictaminó que los menores de 2 años no tendrían cobros en sus planes. Las Isapres aplicaron estas medidas nuevas sólo con sus nuevos afiliados, pero no con los antiguos, motivo por el que surgió esta demanda.

⁵⁹ Ensayo realizado en octubre de 2023.

⁶⁰ Estudiantes de Medicina, Casa Central.

Estos 1.400 millones USD adeudados llevarían a un colapso y quiebra del sistema de ISAPRES, puesto que, según los controladores de estas, la cifra equivale a más de 30 años de utilidades del sector y a tres veces su patrimonio, debido a que además del cobro, los ingresos de las aseguradoras disminuirían: planes de 400 USD pasarían a costar 30 o 40 USD. Producto de esto aproximadamente 3 millones de personas deberían pasar al sistema FONASA, colapsando aún más este sistema que ya tiene problemas en su cobertura.

“No se les puede salvar, pero tampoco dejarlas caer... La quiebra no beneficia a nadie: ni a las Isapres, ni a sus usuarios ni al resto de los chilenos que se atiende en el Sistema Público... pretender que desaparezcan de un día para otro es una ingenuidad” afirmaciones de Juan Carlos Said, médico internista y experto en Salud Pública del Imperial College London (BBC, 2023).

Las Isapres encuentran el cobro injustificado, mientras múltiples figuras del Gobierno afirman que el fallo de la Corte es claro e inapelable y que buscan una solución que permita la devolución sin colapsar el sistema. Además, se niega la posibilidad de un rescate, y han presentado un proyecto de ley corta para abordar la deuda y ayudar a que el proceso de pago sea lo más equilibrado posible, dándole un plazo de seis meses a las aseguradoras para que presenten un plan para devolver el dinero a sus afiliados⁶¹.

El análisis de esta noticia permite explorar temas complejos relacionados con la gestión en salud, las políticas públicas y la equidad en el acceso a la atención en salud. Además, proporciona una oportunidad para analizar cómo las decisiones en el ámbito de la salud tienen ramificaciones significativas en la sociedad y cómo los responsables de la gestión en salud deben abordar estos desafíos de manera integral y efectiva.

Desarrollo

1. Impacto en la población: La crisis afecta, no solo a los 3 millones de chilenos/as que dependen del sistema asegurador privado de salud, si no que a toda la población. La devolución de dinero a los afiliados/as es un asunto de interés público, ya que un posible colapso de las Isapres significa que Fonasa tendría que hacerse cargo de los 19 millones de chilenos⁶², provocando una sobrecarga excesiva a sistema de salud público y, por tanto, dificultades significativas en el acceso y calidad de la salud de toda la población, mostrando cómo las decisiones de gestión impactan directamente en la vida diaria de las personas.
2. Discriminación y desigualdades en el Sistema Privado: El artículo resalta el modelo de discriminación de las Isapres, que afecta especialmente a mujeres en edad fértil, ancianos y personas con condiciones crónicas. Este tema subraya las desigualdades en el acceso a la atención médica y pone de manifiesto las brechas en el sistema de salud privado.

⁶¹ Nota del editor: La ley corta fue aprobada en mayo de 2024.

⁶² Con excepción de los/as beneficiarios del Sistema de Fuerzas Armadas.

3. Desafíos para el Gobierno y la Política de Salud: El Gobierno, liderado por Gabriel Boric, se encuentra en una situación complicada. La noticia muestra cómo las decisiones políticas son cruciales para manejar las crisis y encontrar soluciones sostenibles para el sistema de salud.
4. Reformas y Cambios Estructurales: La noticia menciona las propuestas del presidente Boric para reformar el sistema sanitario, eliminando gradualmente las Isapres y creando un Fondo Universal de Salud. La situación actual plantea interrogantes sobre la viabilidad de estas reformas y la necesidad de encontrar soluciones realistas y efectivas para mejorar el sistema de salud en Chile.
5. Reflejo de Problemas Sistémicos: La crisis de las Isapres es un síntoma de problemas sistémicos más amplios en el sistema de salud chileno. Revela la necesidad urgente de abordar cuestiones fundamentales en la gestión, la transparencia y la equidad para garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud de calidad.

Antecedentes Complementarios

En diciembre de 2019 se emite una circular que establece una tabla de factores única para eliminar la discriminación por sexo y restringir la basada en edad⁶³. Dicha norma entró en vigencia en abril de 2020 y debía aplicarse a todos los planes iniciados desde esa fecha (Superintendencia de Salud, 2019). Los cinco beneficios de la tabla modificada son:

1. Única: se establece una sola tabla de factores de riesgo para todos los beneficiarios/as.
2. Simple: avanza en mayor transparencia en cuanto a la oferta de planes, se limitan a siete los tramos de edad de la tabla.
3. Lógica sanitaria: considera tramos de edad utilizados para determinar indicadores de salud y el ciclo de vida de las personas, que agrupan, al menos, niños, adultos y personas mayores.
4. Solidaria: para contener las diferencias de precio de planes, la tabla introduce compensaciones desde los jóvenes hacia los adultos mayores y de hombres hacia las mujeres.
5. Homogénea: mitiga variaciones de precios al cambiar de tramo de edad. Para evitar incrementos bruscos en los precios de los planes individuales.

A finales de 2022, ocurre el fallo de la Corte Suprema en torno a las Isapres, donde la Corte Suprema establece una nueva jurisprudencia (Poder Judicial, 2023):

- Dejó sin efecto todas las tablas de factores que fueran distintas de las definidas por la SIS en 2019.

63 Esta resolución de la Superintendencia de Salud (SIS) es producto del fallo del Tribunal Constitucional (TC) de 2010 (Tribunal Constitucional, 2010).

- Se debe contar, únicamente, con un plan base por cada contrato de salud y no por cada beneficiario.
- Desde recién nacido hasta los 2 años está cubierto por el GES, por lo tanto, no se le puede aplicar tabla de factores.
- Se instruyó a la Superintendencia de Salud que debía establecer administrativamente un mecanismo para efectuar la devolución de lo cobrado en exceso a los/as beneficiarios/as desde abril de 2020⁶⁴.

Frente a esto, los aseguradores reiteraban que la devolución íntegra del dinero, estimado en 1.400 millones de dólares por la SIS podría generar un colapso en el sistema de salud, sin descartar la quiebra de una o varias empresas y generando repercusiones directas sobre las clínicas y prestadores y así mismo sobre el sistema de salud. Por lo mismo, se esperaba que el Gobierno presentara un proyecto de ley.

Ley corta de Isapres

Es la propuesta del Gobierno para asegurar cumplimiento del fallo de la Corte Suprema, presentada en mayo de 2023 (Gobierno de Chile, 2023a).

Este proyecto de ley busca regular a las Isapres, modernizar Fonasa y fortalecer a la Superintendencia de Salud, con la finalidad de dar tranquilidad y seguridad a las personas en cuanto a la continuidad de sus atenciones de salud y coberturas asociadas.

Modernizar Fonasa: principalmente a través de la creación de Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), donde aquel suscrito en Fonasa pueda acceder a un esquema de cobertura en la Modalidad de Libre Elección (MLE), integrado por prestadores privados con copagos mínimos garantizados pagando prima comunitaria adicional al 7% obligatorio por beneficiario/a.

Fortalecimiento de la Superintendencia de Salud: la ley dota a la superintendencia con las facultades necesarias para implementar las sentencias de la Corte Suprema a todas las instituciones de salud privada.

Modificación de normativa que regula a las Isapres: a través del establecimiento de condiciones para cumplir con las sentencias emanadas de la Corte Suprema sin perder las coberturas de sus afiliados. El procedimiento para hacer efectivas las devoluciones incluyen:

- Obligación de las Isapres de preparar un plan de devoluciones, para el cual contarán con plazo de 6 meses desde que es aprobada la ley.
- Creación de consejo asesor independiente para la Superintendencia de Salud, que ayuda a revisar dichos planes y solicitar ajustes cuando corresponda, también con un plazo de 6 meses.
- Devolución de los cobros indebidos, a través de excedentes, a los cotizantes.

⁶⁴ Nota del editor: La Corte hace un cambio de jurisprudencia fundamental ya que los efectos del fallo son generales y no solo para la persona que denuncia judicialmente como venía siendo. Esto provocó el alto monto de lo cobrado demás por la industria.

Una Comisión Técnica Asesora para la comisión de salud del senado, conformada por expertos de un amplio espectro político, hizo públicas sus conclusiones el 10 de octubre de 2023 (Comisión Técnica Asesora, 2023). Su objetivo fue desarrollar una propuesta viable para poder cumplir con el fallo de la Suprema, y a su vez, conseguir que la industria sobreviva. Al ser un informe no vinculante, se espera que el ejecutivo tome algunos aspectos y los transforme en indicaciones al proyecto en debate. Entre los puntos a destacar de esta propuesta se encuentran:

- El monto total a devolver, según la comisión, llegaría a US \$451.000, muy diferente a los US\$1.400.000 que estimó la Superintendencia de Salud. Esto ha traído críticas hacia ambos organismos por parte de diversos políticos, y es un tema que seguirá en discusión, pero la SIS se defiende, argumentando que no han hecho una interpretación del fallo, sino que cumplen con el dictamen textual de la Suprema.
- Las Isapres declaran que no están de acuerdo con ninguna de las dos estimaciones y que, desde su punto de vista, la obligación de realizar cualquier desembolso pone en riesgo a la industria en su conjunto.
- Las Isapres más afectadas serían: Colmena (30%), Cruz Blanca (29%), Consalud (20%) y Banmédica (15%).
- La devolución no necesariamente sería en dinero, sino que con un saldo a favor, que podría utilizarse en prestaciones o coberturas adicionales. Esta cuenta aparte sería reajutable, pero no generaría intereses, pudiendo retirar este dinero recién en un plazo de 10 años.

Por otra parte, las Isapres registran ganancias hasta junio de 2023 por \$8.933 millones. Esto ocurre mientras la Corte Suprema publica un fallo donde se ordena el ajuste de precios por las Garantías Explícitas en Salud, dejando sin efecto el alza de las primas GES aplicadas en octubre del 2020. En este caso, la Corte no dictó la restitución de los dineros, sino que encargó dicha resolución a la Superintendencia de Salud. Algunas Isapres detuvieron temporalmente la venta de nuevos planes, para luego reiniciar la venta de estos, pero con la tarifa GES ajustada según la resolución de la Corte. El ejecutivo incluyó en la ley corta una propuesta legislativa que faculta a la Superintendencia de Salud a definir la prima GES⁶⁵.

Análisis Crítico

1. Esta crisis refleja un proceso que se viene arrastrando desde hace años, que corresponde a la obsolescencia de las Isapres, pues estas fueron creadas en la década de 1980 y desde entonces el contexto sociocultural y sanitario del país ha cambiado considerablemente, convirtiéndolas en un negocio menos rentable al pasar los años. Un ejemplo de lo anterior es que la esperanza de vida y la presencia de comorbilidades en la población ha ido en aumento, lo que se traduce en mayores costos en salud y, como consecuencia, se requiere una mayor inversión, obteniendo menores ganancias. Esto motiva a que, en algún

⁶⁵ El 20 de octubre vence el plazo para presentar enmiendas en la comisión de salud, las que deberán ser votadas desde el 23 de octubre.

momento, los directivos de las empresas decidan cambiar sus inversiones hacia un activo más rentable, es decir, personas jóvenes, sin comorbilidades, y que se decida cobrar más dinero a las personas que no se ajusten a este perfil, como las mujeres en edad fértil y las personas adultas mayores, obteniendo, de esta forma, mayores utilidades. Este cobro diferenciado constituye una discriminación, por lo que la Corte Suprema decide eliminar las tablas de factores, equiparando los cobros, pero afectando los ingresos de las Isapres.

2. El hecho de que las Isapres estén en crisis y la posibilidad que este sistema colapse a corto plazo es problema para el Sistema de Salud y, también, para todos los chilenos/as, pues si llegasen a desaparecer las Isapres de improviso, las 3 millones de personas que eran atendidas exclusivamente por el Sistema Privado, deberían ser integradas al Sistema Público, sin ninguna preparación para evitar un colapso de este también. Es por esto, que surge como respuesta del Ejecutivo la tramitación de la Ley Corta, la cual busca encontrar la forma más adecuada para cumplir con el fallo de la Corte Suprema (restituir los fondos de los afiliados/as), evitando el colapso del Sistema Privado y, a la vez, evitando que el Estado deba movilizar recursos para este fin.
3. Con respecto a la ley corta, consideramos que el hecho de incluir el fortalecimiento de Fonasa y de la Superintendencia de Salud en esta, podría retrasar la tramitación del proyecto que, si bien busca atender las posibles consecuencias a corto plazo, corre el riesgo de entrapar una conversación más profunda acerca del sistema de salud, junto con retrasar el cumplimiento del fallo de la Corte Suprema, ya atrasado para mayo de 2024.
4. A raíz de la obsolescencia de las Isapres, el Gobierno plantea, en su programa de salud, que una propuesta factible, tanto para el sector público como privado, sería que todos los ciudadanos/as cotizaran el 7% de su sueldo en un fondo universal de salud “FUS” (pues tanto los afiliados/as a Isapres como Fonasa acceden a servicios sanitarios públicos como las vacunas y medidas de saneamiento), pero a la vez permitiendo que los privados lucren creando “seguros complementarios” regulados por la Superintendencia de Salud para garantizar una administración eficiente y evitar abusos, dirigidos a la población que desee atenderse en un sistema privado.
5. Creemos que la propuesta del Gobierno de Chile de crear un fondo universal para la salud y convertir las Isapres en seguros complementarios es un cambio significativo en el sistema de salud chileno, que se alinea con un esfuerzo por mejorar la equidad y accesibilidad en el sistema de salud del país. La factibilidad de implementar esta propuesta depende de varios factores, como el apoyo político y la disponibilidad de recursos. El apoyo político creemos que puede ser difícil en el Chile actual, el cual se encuentra muy polarizado, en donde no se puede separar una propuesta del sector político en donde se origina, dificultando la implementación de un proyecto como el FUS.
6. En cuanto a las posibles consecuencias, cambiar el sistema de Isapres a seguros complementarios podría llevar a una mayor igualdad en el acceso a la atención médica, dado que un fondo universal garantizaría que todos los ciudadanos tengan acceso a atención mé-

dica, independientemente de su capacidad de pago, lo que reduciría las disparidades en la atención médica y mejoraría la igualdad, a la vez que permitiría que las empresas como las Isapres puedan seguir lucrando con personas que voluntariamente deseen contratar sus servicios. El FUS también podría significar una mejora en la calidad de la atención, dado que todos los fondos disponibles se concentrarían en un solo sistema de salud, aumentando el presupuesto de este y, por consecuencia, podría incentivar una mayor inversión en infraestructura médica y en la formación de profesionales de la salud.

Conclusiones

Creemos que ya ha quedado de manifiesto que el sistema actual con las Isapres debe ser reformado con urgencia, y lo mejor para esto sería proponer un FUS en combinación a seguros complementarios, que es lo que el Gobierno ha estado incentivando.

Pensamos que debiera considerarse la factibilidad de implementación de una posible reforma, mediante mayor apoyo político y disponibilidad de recursos, lo cual se ve muy complejo en el escenario actual, pero es determinante que se logren consensos lo antes posible si se quiere llegar a una solución concreta.

Finalmente, también se deben considerar las consecuencias que traería una posible reforma al Sistema de Salud, que aunque creemos que en su mayoría son positivas, como una mayor igualdad en derecho a salud, acceso y calidad de atención o mayor inversión pública, hay también aquellas que traerán complicaciones al corto o mediano plazo, como las quejas de los afiliados/as que se atienden en el servicio privado que estimen que su atención baje de calidad, o la creencia de que tendrán menor libertad de elección en donde atenderse, entre otros.

Referencias

- BBC (2023). News Mundo. Crisis de las Isapres: por qué el sistema de salud privado en Chile les debe tanta plata a sus usuarios (y la enorme polémica en torno a su devolución) <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-65686936>
- Biblioteca Congreso Nacional (2023) (internet). Fallos de la Corte Suprema sobre isapres. Síntesis de las sentencias; relación con el artículo 3 del Código Civil, y eventual afectación de la “mutualización de riesgos”. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/34299/3/Fallos%20Suprema%20Isapres_PA_GW_2023.pdf
- Comisión Técnica Asesora (2023). Informe Final. Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del boletín 15896-11. https://www.senado.cl/senado/site/docs/20231010/20231010131713/informe_comite_tenico_ley_corta_isapres.pdf
- Gobierno de Chile (2023) (internet). Proyecto de Ley Corta. <https://www.gob.cl/noticias/ley-corta-isapres-fonasa-que-es-detalles-proyecto-ley-cobros-indebidos-devolucion-planer/>
- Poder Judicial (2023) (internet). Corte Suprema acoge recursos de protección y fija nueva doctrina respecto a plan base y tabla de factores de isapres. <https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/noticias-del-poder-judicial/83477>

Superintendencia de Salud (2019). Circular IF/N° 343. Imparte instrucciones sobre una tabla de factores única para el sistema Isapre. https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2019/12/articulos-18918_recurso_1.pdf

Tribunal Constitucional (2010). Sentencia s/n. Sentencia recaída en rol N° 1710-10, proceso iniciado de oficio para decidir sobre la constitucionalidad del artículo 38 ter de la ley de Isapres. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1016076&idParte=8960208&idVersion=2010-08-09>

La crisis de las Isapre y la Ley Corta

Mario Parada-Lezcano y Marisol García Correa

Los espacios de opinión en los medios de prensa suelen estar ocupados por analistas «multiservicio», en el sentido de que su experiencia y argumentación puede orientarse a temas diversos, según lo que sea va tomándose el debate público. Es algo que a quienes editamos estas secciones nos acomoda, pero que lamentablemente deja fuera puntos de vista especializados, para los cuales el ámbito de trabajo pesa más que el lucimiento de una firma. Mi trabajo a cargo de la sección de Opinión de CIPER-Chile consiste en buscar textos confiables y de referencia, que superen las impresiones de corto plazo y la autorreferencia anecdótica para así adentrarse en discusiones contingentes desde perspectivas confiables y autorizadas. Se trata de una búsqueda liberada al azar, que a veces resulta feliz, y que en otras ocasiones queda dando vueltas en banda, como parte de la cacofonía que a veces domina los debates que toman la pauta del país.

Entre esos más bien escasos columnistas especializados, Mario Parada Lezcano es un colaborador que tiene una ventaja excepcional: su mirada consistente sobre la salud pública se ha forjado en un ejercicio múltiple (como médico, académico y divulgador) que consigue sostener también una ética distinguible como tal. En las numerosas columnas que generosamente ha hecho llegar a CIPER desde enero de 2023, Mario ha abordado asuntos que en cada momento parecen urgentemente actuales, pero que, leídas con el paso del tiempo, se entienden al fin como un manifiesto relevante sobre la necesidad de una narrativa de Estado frente al esencial derecho a la salud y el bienestar de quienes habitamos Chile.

Sus aportes comenzaron a llegar a CIPER cuando la llamada «crisis de las Isapres» presentaba un panorama de preocupante cruce entre decisión judicial, inequidades sociales, obligaciones del aparato público y cálculo político que mantenía a la ciudadanía tan expectante como confundida. Eran momentos que requerían del conocimiento y el afán didáctico que Mario supo darles a sus textos, pero sin por eso renunciar a establecer con firmeza que la coyuntura en la salud privada abría valiosas posibilidades para nuestro debate sobre salud pública. Encontré de inmediato en sus escritos el valioso equilibrio entre una clara opinión sobre la actualidad —ésta que toma partido, está al tanto de dichos recientes de autoridades y deja en evidencia las contradicciones del debate— con nociones más impecederas venidas de la práctica médica y el contacto real con las comunidades.

Junto al devenir de las noticias que se iban sucediendo al respecto, las columnas que siguieron dejaban traspasar sucesivas pistas de esperanza, alarma, indignación y, al fin, amarga resignación

sobre esos atávicos acomodos políticos que en Chile hemos aprendido a reconocer como parte del ordenamiento del poder. Invito a leer las opiniones de Mario como un valioso seguimiento a la gravedad del caso que teníamos frente a nosotros, dirigido por una auténtica voluntad de esclarecimiento desde su oficio y experiencia. A la vez, en esas columnas quedan marcas más profundas que las de la reacción ante noticias: son planteamientos guiados por principios sobre lo público y el justo acceso a derechos dentro de una sociedad democrática. En tal sentido, pueden leerse hoy en una muy particular doble condición, como marca de un momento y, a la vez, orientación atemporal sobre el tipo de convivencia que debemos aspirar a darnos.

Marisol García Correa / Editora de CIPER-Opinión

A continuación se encuentran las 12 columnas de Mario Parada Lezcano publicadas en la sección de Opinión de CIPER-Chile entre 2023 y 2024, en orden cronológico. Se han mantenido las negrillas de la editora, y los vínculos a otros sitios web (textos subrayados) se han traspasado para esta edición impresa como notas al pie de página.

La oportunidad que abre la crisis de las ISAPRE⁶⁶

Sabemos del colapso del sistema de salud pública en Chile, y hoy se nos advierte de una eventual caída también del privado. Más allá de las versiones e intereses en juego, «llegó el momento de la transformación por el derecho a la salud», invita el autor de esta columna para CIPER, médico y profesor universitario.

Vemos activadas las alarmas en el sector privado de aseguramiento de la salud, ese engendro *chilensis* creado en dictadura que administra el 7% de cotización obligatoria de sus usuarios para luego ofrecer un servicio discriminado por ingreso económico, estado de salud y edad. Las vocerías públicas de parte de las ISAPRE han conseguido instalar en estos días *hasta en las más altas instancias*⁶⁷ la idea de que el sistema se encuentra en riesgo de quiebra. Incluso la autoridad *ha debido salir al paso*⁶⁸ de las múltiples versiones al respecto.

Para algunos, estamos ante la amenaza de una crisis sanitaria de proporciones —en realidad, y considerando la realidad de la salud en Chile, debería precisarse con la expresión «de aún mayores proporciones»—; un escenario de caos futuro en el que los actuales afiliados a ISAPRE podrían pasar a ser FONASA D, y por lo tanto hacer frente a las mismas dificultades que hoy mantienen la mayoría de los chilenos dependientes de la salud pública (además,

66 Publicada el 18.01.2023. <https://www.ciperchile.cl/2023/01/18/la-oportunidad-que-abre-la-tesis-de-las-isapres/>

67 <https://www.biobiochile.cl/noticias/economia/negocios-y-empresas/2023/01/17/isapres-reiteran-que-su-situacion-es-grave-y-valoran-buena-disposicion-del-gobierno-tras-reunion.shtml>

68 <https://www.df.cl/empresas/salud/ministra-de-salud-y-tesis-de-las-isapres-estoy-de-acuerdo-en-que>

con niveles de copago mucho más elevados de lo que acostumbraban, y a los que sí estamos adaptados los beneficiarios de FONASA en la modalidad de libre elección). Algo así como el temido «nivelar para abajo», que estaría siendo provocado por la codicia de una industria que nunca quiso hacerse cargo del derecho a la salud de su población. **Podríamos llamar a este entuerto «crónica de una desaparición anunciada desde 1990».**

Al respecto, son dos las opciones de solución que están sobre la mesa hasta el momento:

La primera es «rescatar» a las ISAPRE a través de una modificación de sus indicadores de estabilidad financiera y/o ignorando el fallo de la Corte Suprema que obliga a la aplicación de la tabla de factores dictada por la Superintendencia de Salud (diciembre de 2019), la cual eliminó la discriminación por sexo, pero mantuvo aquella por edad), junto con ordenar la restitución a los usuarios de los cobros en exceso una vez que se implemente dicha adecuación.

La segunda solución es rescatar a los beneficiarios de estos seguros privados con fines de lucro, generando una situación de excepción en que sean considerados FONASA, para que el Estado garantice que no cambiará su contrato ni las coberturas pactadas.

En ambos casos, es el Estado —vale decir, todos los chilenos— el que «rescata».

El rescate de las ISAPRE implica que la Superintendencia de Salud (SIS) implemente soluciones que las viabilicen en el corto plazo y, de común acuerdo con el tribunal, precisen un período de prescripción de la devolución de los pagos en exceso, se fijen plazos para ejecutar las devoluciones y aplicar la tabla de riesgos definida en 2019, y además contemple en los ajustes de precios futuros el impacto de estos cambios [SÁNCHEZ 2022]⁶⁹.

En columna publicada previamente en este medio [ver «ISAPRE: una bola de nieve financiera»⁷⁰, en CIPER-Opinión 07.12.2022], David Debrott plantea que es necesario que el foco esté puesto en el rescate de las personas, para lo cual propone que la SIS tenga la facultad de transferir los contratos individuales y las cotizaciones totales (obligatorias y voluntarias vigentes) a FONASA, tal como se puede hacer entre ISAPRE. Esto permitiría una migración ordenada y sin cambios en las coberturas para las personas (constituyéndose el «Grupo E»). Todo esto con carácter «transitorio», hasta que se haga la reforma «de fondo» del sistema.

Es momento de recordar la gran cantidad de tiempo transcurrido entre el dictamen del TC que declaró inconstitucionales las tablas de riesgo utilizadas por las aseguradoras (2010)⁷¹ y el cambio a través de resolución de la SIS de dichas tablas (2019)⁷², elementos que son causa y consecuencia de la forma en que el Estado ha regulado esta industria. Se debe recordar también la falta crónica de acuerdo político para legislar en estas materias, cuya fuente principal de discrepancia es de carácter ideológico: salud como derecho v/s salud como bien de consumo.

69 <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/columnas/2022/12/18/dilema-en-salud-destruir-o-regular/>

70 <https://www.ciperchile.cl/2022/12/07/isapres-una-bola-de-nieve-financiera/>

71 <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1016076&idParte=8960208&idVersion=2010-08-09>

72 https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2019/12/articles-18918_recurso_1.pdf

Otro elemento que traer a colación en este debate es que en 2014 la Comisión Asesora Presidencial para la Reforma del Sistema Privado de Salud tomó como primer acuerdo mayoritario (16 de 18 comisionados) que no se podía acometer la tarea de reformar un solo sector, y que necesariamente la propuesta debía ser integral, culminando ese trabajo con una propuesta de mayoría⁷³ (10 de 16 comisionados) de creación del Seguro Único de Salud con una transición para completar la reforma de diez años.

Desde mi punto de vista, lo fundamental en debate no es si FONASA tendría la capacidad administrativa de absorber a los beneficiarios de las ISAPRE y sus contratos, sino cuál es el rol que debe cumplir el Estado frente a la protección del derecho a la salud. La solución propuesta hasta ahora es como admitir que el Estado (a través de FONASA) no resguarda el derecho a la salud, y por eso es que hay que inventar un nuevo grupo «E» para quienes hoy tienen tal derecho asegurado (actuales afiliados a ISAPRE), pero que lo perderían si es que la industria quiebra.

De plano, tal planteamiento resulta impresentable.

El traspaso de contratos es, considero, inconstitucional, ya que genera un grupo con condiciones desiguales ante la Ley (diferentes coberturas de protección financiera y posibilidad de cotizar voluntariamente), profundizando así la inequidad en salud que padece nuestra sociedad.

Que el sistema público está colapsado es evidente hace décadas, pero eso es solo para una parte de la población. De quebrar las ISAPRE, tal colapso se extendería a casi toda la población chilena (la excepción serían los beneficiarios del sistema de FF.AA. y de Orden). Existen reglas del juego y deben ser respetadas. Si efectivamente estamos ante la amenaza de una crisis, esta se debe manejar como no se ha hecho en cuarenta años, con medidas de fondo, y no sólo de forma.

Hoy es el momento de dar suma urgencia a una reforma profunda: la mancomunación de todos los aportes de lo/as trabajador/as en un «Fondo Universal de Salud» de primer piso, tal como se plantea en el programa de gobierno del entonces candidato Gabriel Boric, y el establecimiento de las ISAPRE como seguros complementarios de segundo piso. Además, se debe definir un plazo de instalación del nuevo sistema en régimen (cinco a diez años), pero sin soluciones tipo parche que sólo aumente la inequidad que caracteriza a la salud en Chile. La crisis que hoy enfrentamos puede al fin llevarnos a hacer la transformación de largo plazo que garantice el Derecho a la Salud, bajo los principios de justicia social, solidaridad y equidad colectiva que nos merecemos como nación.

73 https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf

Nueva propuesta de ley para salvar a las ISAPRE⁷⁴

Sobre el plan dado a conocer esta semana por el MINSAL, «es muy inadecuado no hacerse cargo de que esta coyuntura debe ser un catalizador para la ejecución del programa de gobierno aún vigente, el cual incluye el compromiso de emprender una reforma en salud profunda», recuerda en columna para CIPER, un médico, profesor universitario y especialista en salud pública.

El Ministerio de Salud acaba de hacer pública su propuesta de solución⁷⁵ a la grave crisis de la industria de las ISAPRE, intentando prevenir un desastre, aunque bastante a destiempo, provocado por décadas de codicia e ineficiencia del sector asegurador privado con fines de lucro, y escuálida regulación del Estado. Mismo Estado que, a través de un organismo autónomo como el Tribunal Constitucional, declaró en 2010 inconstitucional al negocio por discriminar por sexo y edad (uso de tablas de riesgo)⁷⁶, y que a través de la Corte Suprema ha ordenado⁷⁷ el cumplimiento de la circular de la Superintendencia de Salud de 2019⁷⁸ (eliminar la discriminación por sexo y ajustar la discriminación por edad).

Ahora ha llegado el momento de enviar el que podría ser el último salvataje para una industria que ha aumentado la injusticia social en nuestro país.

En la propuesta de esta semana, el Minsal establece una progresividad del cumplimiento del fallo de la C. S. —es decir, para la devolución de los cobros indebidos— que implica otorgar plazo para la aplicación de la tabla de factores. Esto despeja la duda de que se iba a intentar no ejecutar el fallo de un poder del Estado (lo cual sería generar una crisis sin precedentes), pero no debemos olvidar que todo el proceso en desarrollo implica un acatamiento parcial del pronunciamiento del TC, ya que no se elimina la discriminación por edad.

Se declara que «no se incurrirá en mayor gasto fiscal», por lo que se despeja la incertidumbre de que el Estado nuevamente rescataría con fondos de todos los chilenos una industria privada con fines de lucro. De todos modos, queda la duda de si la nueva modalidad dentro del FONASA implicará un mayor gasto que sea financiado sólo por el mayor ingreso por la cotización de los beneficiarios que adopten dicha opción. El Ministerio señala, además, que les exigirá a las ISAPRE mayor eficiencia en pos de un equilibrio financiero, con el no retiro de utilidades y la mejora de las atribuciones de la Superintendencia de Salud.

Todo esto se debería/podría haber implementado décadas antes, pero lamentablemente en nuestro sistema social estamos muy acostumbrados a actuar cuando la «sangre está llegando/llegó al río».

74 Publicada el 10.03.2023. <https://www.ciperchile.cl/2023/03/10/nueva-propuesta-de-ley-para-salvar-a-las-isapres/>

75 <https://www.minsal.cl/ministra-aguilera-lidera-encuentro-con-senadores-y-diputados-de-las-comisiones-de-salud-por-proyecto-de-ley-de-isapres/>

76 <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1016076&idParte=8960208&idVersion=2010-08-09>

77 <https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/noticias-del-poder-judicial/83477>

78 https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2019/12/articles-18918_recurso_1.pdf

La propuesta recién dada a conocer vuelve a proponer el fortalecer y modernizar la protección financiera y sanitaria (en prestadores públicos y privados) para beneficiarios de FONASA, pero esta vez a través de una fórmula que no había aparecido previamente en ninguna propuesta anterior: Modalidad de Cobertura Adicional (MCA), diferente a la Modalidad de Libre Elección que existe actualmente. Según se adelantó, esta modalidad será para las personas clasificados como FONASA B, C y D (este incluiría a los afiliados de ISAPRE que se cambien a FONASA); con una cobertura financiera que dependerá de la red de prestadores a la que se opte (lo cual es nuevo respecto de la MLE, ver tabla siguiente).

Tabla 1. Nueva Cobertura Adicional en la Modalidad de Libre elección.
Fonasa y sus modalidades de atención con nueva ley

	Modalidad de Atención Institucional (MAI)	Modalidad de Libre Elección (MLE)	Modalidad de Cobertura Adicional (MCA)
Red de Prestadores	Establecimientos públicos que conforman la red asistencial	Prestadores con convenio	Prestadores con convenio de MCA
Grupo Beneficiario	Grupos A, B, C y D, sin distinción	Grupos B, C y D	Grupos B, C y D, con prima complementaria
Cobertura	100%	Porcentaje de cobertura sin diferenciación de grupo o prestador	Porcentaje de cobertura con diferenciación por red de prestadores

Fuente: Ministerio de Salud, 7 de marzo de 2023.

El Ministerio de Salud finaliza su resumen de propuestas señalando que pretende «no hacer cambios estructurales a partir de situaciones excepcionales». Esta última afirmación es, desde mi punto de vista, realmente un despropósito, ya que aunque esta actual crisis sea «excepcional» por la posibilidad de quiebra masiva de la industria, la situación de injusticia e inequidad generada por la existencia de las ISAPRE es una realidad de carácter crónico que ha motivado la discusión político-ideológica desde 1990, con varios hitos que debemos recordar.

En 2005, se intentó tímidamente hacer una transformación profunda a través de un fondo único solidario, iniciativa que quedó rápidamente olvidada. Las mejoras al sistema tuvieron que ser financiadas, entonces, de la manera más regresiva que existe: con el aumento del IVA [PARADA 2005]⁷⁹. Fue una situación producida por el poder de actores refractarios a estas regulaciones, de la propia industria y de sectores políticos de derecha.

⁷⁹ <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/759/752>

Nueve años más tarde, el informe⁸⁰ de la Comisión Asesora Presidencial para la reforma del sector privado de salud propuso la creación de un Seguro Único Nacional con la transformación de las ISAPRE en seguros complementarios regulados y una transición de diez años para el cambio total de régimen. Pero nada de eso se transformó siquiera en proyecto de ley.

Es muy inadecuado no hacerse cargo de que esta coyuntura debe ser un catalizador para la ejecución del programa de gobierno aún vigente, el cual incluye⁸¹ el compromiso de emprender una reforma en salud profunda que implique:

1. Universalizar la atención primaria de salud, la cual actuará como puerta de entrada al sistema de salud para todas y todos los chilenos, independiente de su condición económica y seguro de salud («para lograrlo, aumentaremos y reestructuraremos el financiamiento de la APS, junto con dotarla de mayor resolutiveidad y mejor gobernanza, con participación de la comunidad»);
2. FONASA universal, quedando todas las personas del país afiliadas a dicha institución, la cual recaudará y solidarizará las cotizaciones de los trabajadores (7%), junto a los aportes del Estado. «Las ISAPRE se transformarán en seguros complementarios voluntarios [...]. Incrementaremos la inversión fiscal en salud hasta llegar al 9% del PIB, y crearemos una entidad pública autónoma para la evaluación de tecnología sanitaria.»;
3. Sistema público de carácter universal, basado en prestadores estatales, con altos estándares de calidad y al cual podrá acceder, de manera gratuita, la población general («para esto, implementaremos el modelo de redes integradas de sistemas de salud [RISS], basadas en la atención primaria, las que se articularán en un Servicio Nacional de Salud»).

La necesaria transformación de fondo, la creación de un Fondo Único Solidario debe ser progresiva, lenta pero sin pausa; y así hasta dejar de ser un país que no logra la meta de la OMS de tener un gasto público en salud equivalente al 6% del PIB (lo cual, a su vez nos tiene con los más altos niveles de gasto de bolsillo de la región)⁸². Lo propuesto no es nada muy original, ni menos aún «socialista». Recordemos que en el sistema de seguro social alemán, existe un Fondo central único que reúne todo el financiamiento, y que los precios de las prestaciones se establecen a nivel nacional a través de organismos públicos, comportándose como un pagador único.

Desde mi punto de vista la solución no pasa por la creación una nueva modalidad de atención en el FONASA, lo cual aumentaría la inequidad en el propio sistema público (nueva diferencia según capacidad de pago de las personas), ni por la creación un plan general o universal en las ISAPRE. La solución es la señalada: Fondo Único Solidario que mancomune los aportes de todos los chilenos. La injusticia social que se vive en salud debe quedar atrás, y este es el momento para iniciar dicha transformación.

80 https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf

81 <https://centrocompetencia.com/wp-content/uploads/2021/11/Gabriel-Boric-Programa-de-gobierno-nuevo-2022-2026.pdf>

82 <https://www.youtube.com/watch?v=STv9Q-5x-CQ>

Algunos mitos sobre el cambio de ISAPRE a FONASA⁸³

¿Largas esperas y atención en consultorios? ¿Filas de madrugada y pérdida de beneficios? Un experto en salud pública aborda en columna para CIPER estos y otros temores de los usuarios en el contexto de crisis de las ISAPRE.

La falacia es la siguiente: si te pasas a FONASA perderás todos los beneficios que tienes ahora en tu ISAPRE; te obligarán a ir a los consultorios; tendrás que hacer fila en la madrugada y someterte a tremendas esperas en los servicios de urgencia de hospitales públicos, atestados de gente diferente a ti... pasarás a ser parte de esas terribles listas en las que la gente muere esperando.

Habría que preguntarles cuánto de cierto hay en esas afirmaciones a las novecientas mil personas que, desde inicios de 2022 y hasta ahora, migraron desde las ISAPRE a FONASA. Pero nadie lo ha hecho. Y la verdad en este aspecto es la que expongo a continuación, donde describo la realidad probable para los usuarios en el contexto de crisis que hoy se vive, y más allá del análisis sobre la nueva legislación que busca repararla, expuesta por mí en columnas previas [\[ver columnas previas del autor en CIPER Opinión\]](#)⁸⁴.

Los beneficiarios de ISAPRE se atienden mayoritariamente en la red privada de prestadores con fines de lucro. Hay excepciones, cuando no hay clínicas para hospitalizarse o se requiere alguna atención de urgencia en el dispositivo que esté más cercano o accesible. Pero en general se trata de ciudadano/as que, por diferentes y legítimas razones, están acostumbrados a la dinámica de atención privada y a las condiciones que ésta impone, que incluyen (para la mayoría) pagar una cotización adicional voluntaria al 7% obligatorio con el fin de financiar planes individuales con mejor protección financiera. Eso es un prepago voluntario que en la industria lleva a una cifra adicional a la cotización obligatoria, equivalente al 3% de los salarios de este grupo de personas.

Son personas que aceptan que se las discrimine por su nivel de ingreso económico (costo de planes mejores), situación de salud-enfermedad (preexistencias) y su edad (tabla de riesgo). Asimismo incluyen en su pago de plan una cifra/prima obligatoria y extra asociada al uso del (GES) (que en FONASA está incluida en el 7%). Además, la gran mayoría de beneficiarios de ISAPRE financian seguros complementarios de salud a través de los «bienestares» de sus trabajos y/o directamente, los cuales en su mayoría reembolsan dinero más allá de lo contratado.

Todo lo anterior implica que tienen incorporado a sus finanzas familiares un cierto nivel de copago de dinero directo mensual/anual —lo no cubierto por el plan— a los prestadores privados (clínicas, laboratorios, centros médicos, consultas privadas, farmacias, etc.). Cabe recordar que este grupo está acostumbrado, también, a que le devuelvan sus excedentes una vez al año, si es que han cotizado (obligatoria o voluntariamente) más de lo estipulado en el contrato.

83 Publicada el 28.03.2023. <https://www.ciperchile.cl/2023/03/28/algunos-mitos-sobre-el-cambio-de-isapre-a-fonasa/>

84 <https://www.ciperchile.cl/author/mario-parada-lazcano>

Por último, los beneficiarios de ISAPRE no están habituados/as a solidarizar en salud-enfermedad-atención-cuidados con el resto de los chilenos con su cotización obligatoria de seguridad social, pues así lo determina el sistema.

Si, ante el panorama de crisis del sector de salud privada, estas personas se vieran obligadas a migrar al seguro público, lo más probable es que seguirían utilizando la red privada, a través de la cotización obligatoria del 7% y el uso de la libre elección (MLE - sin necesidad de prepagos, como quieren algunos), y teniendo atención sin necesidad de esperas como las que sufren los beneficiarios de FONASA que se atienden en la red pública (Modalidad e Atención Institucional – MAI). No estarían obligados a ir a los consultorios para obtener una interconsulta ni sufrir los problemas del proletariado de la salud chilena, que es la mayoría de la población.

Lo que ocurrirá con mayor probabilidad es que cada persona que se cambie a FONASA deberá financiar su 7% obligatorio por ley, pero ahora al seguro público. Aquella cotización adicional que antes le pagaba a la ISAPRE, ahora podrá ahorrarla, utilizarla en contratar un nuevo seguro complementario —esta vez, regulado por la Superintendencia de Salud— o financiar el copago de bolsillo directo que ciertamente aumentará. Además, seguirá recibiendo sus excedentes en caso de existir.

El copago directo de bolsillo aumentará para esas personas, de no mediar una mejora de las coberturas financieras de la MLE, ya que efectivamente son más bajas en FONASA que en las ISAPRE. Continuará financiando los seguros complementarios que el usuario tenía, y mantendrá el nivel de reembolsos. Todo esto, en un espacio de seguridad social en el que no hay discriminación por ingreso económico, preexistencia ni por edad. Además, solidarizando con los demás chilenos: los que tienen más con los que tienen menos; los hombres con las mujeres; los jóvenes con los adultos mayores.

Todo este cambio debería implicar un aumento del gasto fiscal igual a cero, a no ser que la industria de prestadores privados con fines de lucro y la industria de seguros complementarios vean en este cambio una «oportunidad» para aumentar los precios. Ciertamente, hay y habrá situaciones excepcionales, pero que ciertamente por ser excepcionales no deben comandar la política pública.

Es imprescindible que el Estado, como ente rector y regulador, deje de ser comandado en este tema por los actores interesados, y que se tome el camino de seguridad social real y efectiva en la protección del derecho y la equidad en salud en Chile.

Crisis de las ISAPRE: cumplir sin desvíos⁸⁵

Antes que un “perdonazo” a las ISAPRE en su situación actual, el autor de esta columna para CIPER, médico salubrista y profesor universitario, recuerda que «hay otras salidas más coherentes con el Estado de Derecho, con los principios de la seguridad social, con la dignidad de las personas y el derecho a la salud.»

85 Publicada el 03.06.2023. <https://www.ciperchile.cl/2023/06/03/crisis-de-las-isapres-cumplir-sin-desvios/>

La propuesta presentada hace unos días⁸⁶ por un grupo de ex superintendentes de ISAPRE y de Salud (SIS) para abordar la crisis en la que se encuentra el sector privado de salud es otro intento por evitar el cabal cumplimiento de los fallos de la Corte Suprema cuyo plazo fue extendido hasta noviembre próximo. Es un texto que redunda en la postura dominante hasta ahora en el debate en grandes medios, el cual amenaza con el abismo de la industria, de sus beneficiarios y de los prestadores privados con fines de lucro que dependen de dicha industria.

Se trata de un informe preparado por un conjunto de ex autoridades del sector que hoy se desempeñan en el área académica o en las propias aseguradoras privadas con fines de lucro (o empresas asociadas): Héctor Sánchez y Manuel Inostroza (editores); y César Oyarzo, Alejandro Ferreiro, José Pablo Gómez, Sebastián Pavlovic y Patricio Fernández (suscriptores). Al respecto, son evidentes los conflictos de interés o, al menos, enfoques ideológicos que hacen dudar sobre la objetividad de la propuesta. La intención del texto es salvar a como dé lugar a las ISAPRE, y para esto definen una serie de medidas que en sus palabras son transitorias, que no implican el abandono de la idea de un futuro seguro único de salud, y que refuerzan la idea de que la mayoría de los usuarios está satisfecha con el sistema, etc.

La propuesta de cálculo de la deuda de las ISAPRE con sus beneficiarios que se hace en la citada propuesta incluye aspectos tales como: procedencia de devolución de los cobros en exceso a los que hace referencia el fallo de la Corte Suprema solo en aquellos meses o períodos en los que las ISAPRE hayan obtenido utilidades; plazos extendidos para aminorar el impacto financiero (5, 10 años o más, de ser necesario); distintas formas de devolución (en prestaciones de salud, con coberturas financieras adicionales o menores copagos); capitalización accionaria por parte de los beneficiarios a los que se les adeuda; dinero efectivo solo para los casos en que una vez cumplidos los plazos de pago de las modalidades anteriores quedase aún un remanente. Todo lo anterior, entre otras sugerencias técnicas que favorecen un cálculo menor del dinero adeudado a las personas. En otras palabras, la propuesta se vale de datos parciales e interesadamente orientados a un objetivo que va en beneficio de las compañías para el desmedro de sus afiliados.

Los autores de la propuesta han declarado hasta ahora a la prensa que su aporte metodológico⁸⁷ «tiene como objetivo mostrar algunos caminos alternativos para enfrentar el dilema al cual en cinco meses no se ha podido resolver a través de una solución viable que cumpla los tres consensos alcanzados: aplicar y cumplir, no desestabilizar y no solucionar con mayor gasto fiscal»; así como que la interpretación de la crisis que hace el gobierno⁸⁸ «está jugando con fuego, será un boomerang que se les va a devolver [...]. Que se paguen los US\$ 1.400 millones será la caída del sistema ISAPRE, porque es inviable pagar ese monto».

86 <https://radio.uchile.cl/2023/05/30/crisis-de-las-isapres-colmed-y-exsuperintendentes-de-salud-entregan-propuestas-al-senado/>

87 <https://radio.uchile.cl/2023/05/30/crisis-de-las-isapres-colmed-y-exsuperintendentes-de-salud-entregan-propuestas-al-senado/>

88 <https://www.ex-ante.cl/ex-superintendente-manuel-inostroza-y-ley-de-isapres-el-gobierno-esta-jugando-con-fuego-sera-un-boomerang-que-se-les-va-a-devolver/>

En su exposición⁸⁹ ante la Comisión de Salud del Senado, uno de los editores de la propuesta manifestó que las empresas dueñas de ISAPRE «van a recuperar su capital en los tribunales internacionales, ellos van a resolver su problema y se van a ir. El problema nos va a quedar a nosotros, a los chilenos, que en definitiva nos vamos a tener que hacer cargo de todas las personas que hoy día están en tratamiento».

Debemos recordar que en encuestas recientes, sólo un 16% de los beneficiarios de ISAPRE consultados se manifiestan de acuerdo con el proyecto de los senadores de centroderecha que implica un perdonazo para la industria (reforma constitucional mediante). Sin embargo, todo en el debate actual parece presentarse como si no hubiese más camino que aplicar mecanismos que les permitan a los aseguradores privados disminuir ostensiblemente su deuda por secretaría y/o pagarla en un largo plazo y en «servicios»; vale decir, no pagar a sus deudores como corresponde: en dinero, el mismo que obtuvieron a través de cobros indebidos.

Pero hay otras salidas más coherentes con el Estado de Derecho, con los principios de la seguridad social, con la dignidad de las personas y el derecho a la salud. Una propuesta que no se ha planteado aún es la de generar un proyecto de ley que contenga un plan de cierre del negocio actual de las ISAPRE y de apertura del negocio de seguros complementarios, tal como fue planteado en 2014 por la Comisión Asesora Presidencial, pero ya no en una transición de diez años sino en cinco o menos. Con un diseño tal que se haga una instalación del seguro único de manera ordenada, regulada y, sobre todo, protegiendo a los afiliados a ISAPRE con enfermedades crónicas y graves para que no se deterioren sus actuales condiciones ni caigan en la ruina financiera.

Esto último es de la mayor trascendencia. Implicaría un desafío mayor para el seguro único, ya que, para mantener el principio de igualdad de la seguridad social, este debería generar las mismas condiciones de «excepcionalidad» en la atención y cuidado para los beneficiarios que están ahora en FONASA en las mismas condiciones de enfermedad que las de los de ISAPRE. Es decir, si una persona de ISAPRE con una enfermedad grave o GES se atiende en unas determinadas condiciones de oportunidad y calidad de atención/hotelería, al producirse el cambio de sistema debe mantener esas mismas condiciones (y, a su vez, lo mismo con un afiliado a FONASA). Habría así un efectivo «nivelar para arriba» la protección social, ya que estaría determinada por las condiciones de salud-enfermedad y no por la capacidad de pago de las personas. Ese proyecto sí implicaría más gasto fiscal, pero ese mayor gasto no sería para subsidiar a una empresa, sino para todas las personas que por condiciones sanitarias requieren ser tratadas de una manera preferencial, diferente, como ocurre hoy pero solo para los beneficiarios de ISAPRE.

89 <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/isapre/exsuperintendentes-proponen-compensaciones-mas-razonales-para-cumplir/2023-05-30/140613.html>

Crisis de salud: el rol de un Estado rector frente a la fragmentación del sistema⁹⁰

Emergencias sanitarias y catástrofes públicas son excepciones que deben reconfigurar el sistema y las obligaciones de los actores en él, tal como sucedió en pandemia, recuerda en columna para CIPER un médico salubrista y profesor universitario: «La crisis que en estos días se actualiza con la muerte de estos seis niños es un indicativo de que hay lecciones sobre salud pública ya olvidadas».

Cuando una desigualdad en salud es evitable e injusta, hablamos de inequidad. ¿Eran evitables las muertes en estos últimos días⁹¹ de los seis niños y niñas chilenos afectados gravemente por un virus respiratorio agresivo? Si la respuesta es afirmativa —vale decir, si en la cadena de eventos causantes estuvo presente la falta de recursos o de atención de parte del sector público, o algún otro determinante social, tales como contaminación ambiental, pobreza, malas condiciones de vivienda, etc.—, entonces estamos frente a una inequidad flagrante e intolerable.

Lo cierto es que el determinante social que en el actual debate insiste en lo del «sistema de salud que aprende de las lecciones dejadas por la pandemia» es muy débil. Se nos olvidaron las causas por las que hubo tres veces más muertes por Covid-19 en las comunas pobres respecto de las más privilegiadas del Gran Santiago. O que la fragmentación entre sistemas (FONASA, ISAPRE y FF. AA.) es un obstaculizador de la respuesta eficaz y socialmente eficiente a la atención de las enfermedades, y que por lo tanto hay ocasiones de emergencia en que el Estado debe ejercer su rol rector con fuerza, lo que para el caso de la pandemia implicó regular completa y directamente la red de establecimientos hospitalarios del país capaces de entregar cuidados intensivos y críticos a las personas que lo requieran, sin importar quién era el dueño de dicho dispositivo ni las condiciones sociales de las personas que necesitaban dicha atención.

La crisis que en estos días se actualiza con la muerte de estos seis niños es un indicativo de que hay lecciones ya olvidadas.

Vamos al caso de las camas críticas. ¿Cuáles son las modalidades en su manejo cuando se requieren más recursos que la capacidad instalada en el sector público? La respuesta es diferente cuando el Estado asume su rol rector y centraliza la gestión de toda la oferta de camas del país (como fue el caso de la emergencia sanitaria por Covid-19), que cuando el rol del Estado es de mero coordinador/priorizador de convenios con otros actores relevantes (y que es la situación actual). En el primer caso, que fue el instalado y alabado durante la pandemia, el poder de decisión de prioridades, flujos, procedimientos de traslados y los precios son funciones propias del Ministerio de Salud. El segundo caso, son las condiciones regulares en que

90 Publicada el 14.06.2023. <https://www.ciperchile.cl/2023/06/14/crisis-de-salud-el-rol-de-un-estado-rector/>

91 <https://www.latercera.com/nacional/noticia/minsal-da-cuenta-de-seis-menores-fallecidos-por-virus-sincicial-representantes-de-la-cartera-se-reuniran-este-lunes-con-exautoridades/GIM7KQCHFZDINB7GOV2HUUROAY/#>

funcionan los hospitales públicos: ante la falta de oferta en un centro hospitalario específico, se activa la consulta al resto de la red pública regional y nacional (incluidas FF. AA.); y en caso de que allí no esté la solución, se activa la búsqueda de camas en el sector privado prestador con fines de lucro en convenio con los servicios de salud.

Evidentemente, el escenario de un Estado con la potestad de ejercer su rol rector, sobre todo en caso de emergencias y catástrofes, a lo menos inquieta —por no decir que es obstaculizado— al actor prestador privado, pues le quita las ventajas con las cuales funciona habitualmente: definición de precios no para los casos individuales, sino —más importantemente— en las licitaciones públicas (el cincuenta por ciento de los ingresos promedio de esta industria provienen de recursos públicos por la «venta de prestaciones»).

Cuando el mecanismo falla —vale decir, cuando no hay una cama crítica disponible vía convenios previos y en funcionamiento—, aún hay otras dos salidas. El uso de la Ley de Urgencias es el primero, que permite que las personas de FONASA gravemente enfermas ingresen (y no sean rechazadas) a un centro privado o de las FF. AA. aun sin ser beneficiarias de dichos sistemas, y ser atendidas hasta que se encuentren en condiciones de ser trasladados con seguridad a una cama de igual o de menor complejidad en un hospital público. Según ha manifestado en estos días⁹² la exministra de Salud Helia Molina, la Clínica Las Condes sí ha recibido niños graves usándose esta modalidad, pese a que existe un dictamen del Tribunal Constitucional⁹³ que señala la prohibición de realizar contrataciones con el Estado por dos años (desde noviembre 2022). Más que contentarse en el «no se puede», hay situaciones en las que se justifica desafiar el «por qué no se puede». Pienso en un criterio colectivo, que trasciende lo individual.

La otra modalidad es que, en casos excepcionales, los hospitales pueden contratar y pagar directamente al sector privado o prestador con fines de lucro prestaciones que no se han podido conseguir por las vías regulares, sin necesidad de convenios previos o vigentes.

Todo lo anterior está normado y protocolizado.

En relación con la falta de recursos públicos, sobre todo para la atención pediátrica, se debe recalcar que hay un déficit muy importante de «camas básicas», un problema que no se aborda públicamente, y que pierde visibilidad frente a los casos más graves y las lamentables muertes. Las camas básicas son para niños que requieren cuidados especializados o más estrechos/cercanos que los que podrían tener en sus domicilios, y a quienes el trato adecuado puede evitarles el agravamiento de su enfermedad. Sucede que hay casos que requieren hospitalización, pero que por falta de camas básicas aquello no ocurre. Al respecto, no hay convenios vigentes con prestadores privados, ni siquiera con otros públicos, como son los hospitales de las Fuerzas Armadas.

92 <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/enfermedades-respiratorias/primer-cafe-molina-y-oferta-de-pinera-para-salud-tuitearlo-es-mas-provocativo-que-cooperativo/2023-06-12/111005.html>

93 <https://www.eldesconcierto.cl/nacional/2023/06/13/clinica-las-condes-que-dice-el-fallo-del-tc-que-le-impide-tener-contratos-con-el-estado.html>

Entonces, ¿es un problema de gestión o de los gestores el que está en la base de estas recientes muertes evitables e injustas que hoy se han tomado la atención del país?

La labor de gestionar sistemas desintegrados, fragmentados, es muy compleja. Los intereses contrapuestos entre actores requieren de una fuerza reguladora superior: una rectoría potente. Dentro de nuestro contexto sanitario, el sector privado prestador con fines de lucro es el actor menos regulado. Por supuesto, esta es una afirmación que ese sector rechaza, ya que señalan que están obligados a usar los precios definidos por el «arancel FONASA», y que aquello sería el epítome del exceso de regulación. Lo que se olvida es que dicho arancel es de referencia, por lo que los prestadores definen precios que van más allá de dicho arancel (se trata de aranceles subvalorados y/o muy distantes de los precios de mercado). Además, hay muchísimas prestaciones no aranceladas, y que por lo tanto se cobran a precio de mercado. Existe, también, lo que en el sector privado llaman el «arancel Superintendencia», que son aquellas prestaciones con precios definidos al estilo del arancel FONASA, pero que sólo están para ser aplicados entre las ISAPRE y los prestadores privados, y no para quienes quieran usar la modalidad de libre elección (MLE) desde FONASA.

El Ministerio de Salud cuenta con personal confiable en su rol de funcionarios públicos; teóricamente, sus orientaciones políticas particulares no afectan la calidad de su trabajo. Para aclarar responsabilidades y posibles causas asociadas a la mala gestión de la que hoy se acusa a la cartera, se deben hacer las investigaciones pertinentes y eventualmente sancionar: la impunidad es un determinante social muy deletéreo. Los planes de auditorías de gestión clínica debiesen ser permanentes en redes, establecimientos y servicios clínicos.

Recta final para definir el destino de las ISAPRE⁹⁴

La situación de las ISAPRE respecto al comentado fallo en su contra de la Corte Suprema entra en etapa de discusión parlamentaria, con plazo final de cumplimiento del dictamen para diciembre de 2023. Pero no es sólo la industria de seguros privada la que debe discutirse con urgencia, recuerda el autor de esta columna par CIPER, médico y académico, sino el concepto de fondo del derecho a la Salud universal como parte de nuestra seguridad social.

Hemos entrado ya en un período decisivo respecto de la solución a la crisis de las ISAPRE, desatada por los fallos de los últimos meses de parte de la Corte Suprema⁹⁵, y ampliamente cubierta en medios y en el debate público. El Parlamento entra en la etapa de discusión en sala, y el plazo para cumplir el dictamen de la Suprema se cumple en diciembre próximo: las miradas de los distintos actores involucrados están atentas. Pero también, como sabemos, son divergentes entre sí.

94 Publicada el 13.09.2023. <https://www.ciperchile.cl/2023/09/13/recta-final-para-definir-el-destino-de-las-isapres/>

95 https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/34299/3/Fallos%20Suprema%20isapres_PA_GW_2023.pdf

Están quienes buscan de manera explícita salvar la situación vía un rescate financiero por parte del fisco, desconociendo parcial o totalmente que es de su responsabilidad la deuda contraída al no respetar/acatar la regulación de la Superintendencia. Por otra parte, están quienes ven la oportunidad de darles racionalidad sanitaria y de seguridad social a las decisiones que se puedan tomar sobre esta crisis, en la medida que la industria de las ISAPRE hoy persiste en discriminar de acuerdo a edad, pese a que constituye una práctica inconstitucional⁹⁶.

Hace un par de semanas, en convocatoria⁹⁷ hecha por la comisión de Salud del Senado —que, además, conformó una comisión supuestamente técnica con representación de partidos y de instituciones involucradas⁹⁸—, los actores sociopolíticos discutieron cómo generar una solución dialogada y ojalá consensuada que, en palabras del presidente del Senado, consiga al fin alcanzar los acuerdos necesarios para la crisis en curso. El Ministerio de Salud mantiene la idea de reformar los sistemas de salud en Chile, para lo cual mantiene a cargo de la tarea al médico Bernardo Martorell⁹⁹, articulándola en torno a cuatro áreas fundamentales: i) la insatisfacción de las personas hacia el sistema (la cual va —tanto en el sector público como en el privado— desde el sentimiento de indignidad en la atención hasta el riesgo de empobrecerse producto de una enfermedad); ii) la gran carga de enfermedades crónicas y de afectación de la salud mental; iii) el riesgo permanente de sufrir desastres naturales; y iv) una enorme inequidad entre la población tanto en los resultados sanitarios, como en el gasto de bolsillo y en el acceso a los servicios de atención.

Afortunadamente, el gobierno centra el debate en principios fundamentales: una propuesta de reforma al sistema desde el entendimiento del derecho a la Salud como un derecho fundamental y universal; vale decir, sin discriminaciones de ningún tipo. Mantiene la intención de reestructurar la seguridad social, eliminando las conductas contrarias a sus principios (solidaridad, universalidad, igualdad, suficiencia) y avanzando hacia un Fondo Universal de Salud que mancomune las cotizaciones obligatorias de todos los chilenos y chilenas (excepción hecha con los beneficiarios del sistema de las FF. AA.). No obstante, y poniendo freno al avance del programa de reforma del gobierno, el ministerio declara que «las condiciones no están dadas» para avanzar en ese propósito; es decir, posterga la reforma estructural de la seguridad social y refuerza las ideas de cambio de funcionamiento propuestos en el proyecto de «ley corta»¹⁰⁰ que está en el Congreso.

De más está decir que la Asociación de ISAPRE no está de acuerdo¹⁰¹ con este camino intermedio. La industria exige consolidar el sistema de multiseguros, «evitando cambios copernicanos», en sus palabras; y proponiendo un rol de Estado similar al de algo así como

96 <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1016076&idParte=8960208&idVersion=2010-08-09>

97 <https://www.youtube.com/watch?v=rqTg1kjDyVw>

98 <https://www.ex-ante.cl/confidencial-quienes-son-los-16-integrantes-de-la-comision-que-trata-de-aunar-criterios-por-la-ley-de-isapres/>

99 <https://www.minsal.cl/dr-bernardo-martorell-designado-como-coordinador-de-la-reforma-de-salud/>

100 <https://www.doe.cl/alerta/10052023/202305103001>

101 https://www.isapre.cl/images/PDF/Declaracion_AGICH_11052023.pdf

el administrador de un retail sanitario. Quienes sostienen que es el tiempo de «mínimos acuerdos comunes» olvidan que estos dejan contenta solo a la élite, haciendo imposibles las transformaciones que requiere el resto de la sociedad.

Llegando a este punto es necesario definir si avanzamos hacia un seguro único con prestadores mixtos que permita mayor equidad y la mejoría de la calidad (con una atención primaria universal), o a un multiseuro que haga a las ISAPRE reformuladas competir con un seguro público en un mercado abierto, con libre movilidad subsidiada por el Estado y perpetuando la inequidad. Es necesario recalcar que ninguno de los actores cuestiona hoy los fines de lucro entre aseguradores ni prestadores privados —algunos hasta proponen la inclusión de este tipo de prestadores en la atención primaria—, lo cual lleva a una serie de peligros (riesgo moral), tales como que quienes cuenten con seguros con mayor protección financiera puedan demandar atenciones por encima de lo necesario (pues ni el prestador ni la persona tienen incentivo para economizar en exploraciones y tratamientos); los prestadores puedan inducir la demanda de atención (fenómeno más intenso cuando hay integración vertical); se siga seleccionando por riesgo, discriminando a las personas de mayor gasto (por ejemplo, enfermos crónicos); o se incurra en altos costos de administración, comercialización y marketing.

El esquema que proponen los defensores del multiseuro —y que ahora denominan, eufemísticamente, «seguridad social mixta, a la europea»— es muy similar al sistema colombiano vigente desde los años 90, y que en la actualidad se intenta reformar¹⁰² dado el aumento de la inequidad y el deterioro de los indicadores sanitarios. Además, no debemos olvidar que este tipo de camino es el menos recomendado por organizaciones internacionales como la OMS/OPS, OCDE, CEPAL, OIT, las cuales señalan que es la universalización de los sistemas de seguridad social de salud la manera más eficaz y eficiente para que los países avancen en bienestar y equidad para su población. Porque el fenómeno salud-enfermedad-atención-cuidados está socialmente determinado, y es la base para entender por qué es necesaria la universalización con financiamiento solidario, poner foco en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y el abordaje del tema junto a las comunidades y con participación vinculante. No se necesita financiar «solo» atenciones de salud, sino un cambio de orientación global del sistema. La creciente necesidad de financiamiento de atenciones se volverá aún más insostenible, y seguirá la tendencia actual al empeoramiento de varios indicadores de salud que se ha constatado en Chile y otros países de la región.

Aún quedan muchos pasos pendientes en este proceso. Uno cercano es el informe de la última comisión de expertos y la discusión detallada en el Parlamento. En lo que sigue, esperamos no se pierda de vista a la salud como un derecho y un bien público, no como un privilegio ni un producto a la venta. No está de más insistir que la salida a esta crisis es colectiva y no individual: solidaridad de jóvenes con viejos, de hombres con mujeres, de sanos con enfermos, de personas con más recursos con los que tienen menos.

102 <https://ieu.unal.edu.co/en/medios/noticias-del-ieu/item/la-reforma-a-la-salud-y-su-impacto-en-los-gobiernos-locales-2>

Acuerdo sobre ISAPRE: un informe para que nada cambie¹⁰³

El que sigue es un análisis detallado de los mandatos y omisiones en el informe final dado a conocer ayer por la comisión a cargo de la salida a la llamada crisis de las ISAPRE. Es una columna de opinión para CIPER, a cargo de un médico y profesor universitario.

La Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado ha evacuado el pasado martes, en el marco de la discusión del boletín 15896-11, su informe final. Se trata de una comisión técnico-política creada especialmente ante la llamada «crisis de las ISAPRE», derivada del fallo de la Corte Suprema que obliga a éstas a hacer cumplir una circular previa de la Superintendencia de Salud sobre eliminar la discriminación por sexo y ajustar la discriminación por edad, reponiendo a los usuarios los montos adeudados por aquello. [\[más del autor sobre este tema en CIPER-Opinión\]](#)¹⁰⁴. En la Comisión participaron personas con conocido compromiso político en el actual gobierno y en los anteriores.

[El texto dado a conocer](#)¹⁰⁵, señala como mandato de la citada comisión «entregar elementos técnicos que permitan asesorar a la Comisión de Salud del Senado en la búsqueda de acuerdos políticos para la implementación de los fallos, asegurando la sostenibilidad del sistema de salud y, a la vez, avanzando en cambios que apunten a mejorar nuestro sistema de salud».

Aquí hay una primera explicitación preocupante: la búsqueda de acuerdos políticos con dos poderes del Estado (Ejecutivo y Legislativo) para implementar fallos judiciales (Poder Judicial). Suena a una negociación inquietante entre los tres poderes que nuestro ordenamiento democrático supone independientes entre sí. Algo así como «nosotros juzgamos, y ustedes ven cómo lo resuelven... pero sin que se note».

El informe agrega que «se requieren propuestas que otorguen certeza jurídica respecto a la forma de implementar la adecuación de las tablas de factores y reducción de las primas GES ordenada por la Corte Suprema; y también propuestas que apunten a la sostenibilidad financiera del sistema, cautelando siempre que la reciente jurisprudencia de nuestros más altos tribunales se cumpla». Luego se detalla: «Sostenibilidad financiera del subsistema privado de salud; equilibrio entre ingresos y gastos».

Esta última premisa supone otros dos elementos inquietantes. Se espera que un informe técnico otorgue «certeza jurídica», pero ¿no son los tribunales, las cortes, los que deben allegar tal certeza? Si además se explicita que debe apuntarse a la sostenibilidad financiera del sistema, ¿debemos asumir, entonces, que resulta imperativo evitar la quiebra de una o más ISAPRE?

Se nos promete en la introducción que habrá una sección final «en la que se plantean elementos que, a juicio de la Comisión, deben ser considerados en una necesaria discusión de re-

103 Publicada el 11.10.2023. <https://www.ciperchile.cl/2023/10/11/acuerdo-sobre-isapres/>

104 <https://www.ciperchile.cl/autor/mario-parada-lazcano/>

105 https://www.senado.cl/senado/site/docs/20231010/20231010131713/informe_comite_tenico_ley_corta_isapres.pdf

forma en el cortísimo plazo». Es decir, y desde mi punto de vista, se deja para el final algo que no estaba en el mandato, pero que es lo que realmente el país —y no solo la industria— necesita.

Lo fundamental del informe está ya en numerosos titulares de prensa: se calcularon de otra manera las deudas, dejándolas reducidas a un tercio de la estimación realizada por la SIS. ¿Aca-so deberá explicarse más adelante cómo es que la SIS avala esta nueva metodología de cálculo (habiendo personas de la SIS como parte de los colaboradores de la Comisión)? Además, se da un plazo extendido para el pago de lo adeudado a los afiliados (diez años, los mismos sugeridos en 2014 por la CAP como transición a una solución definitiva hacia un seguro único de salud).

El informe contiene una serie de detalles «técnicos» difíciles de digerir y algunas novedades, incluso para quienes nos consideramos conocedores de la seguridad social en salud. Por ejemplo, se señala que se debe «incluir un artículo en el proyecto de ley que permita que todos aquellos contratos de salud que a la fecha de entrada en vigencia de la ley tengan un precio pactado por debajo de la cotización legal se reajusten, por el solo ministerio de la ley, al valor de la cotización». Vale decir que hay personas que pagan por sus planes menos del 7% de la remuneración que está definida por ley ([art. 92 del DL 3.500, de 1980](#))¹⁰⁶, y por ende las empresas que lo hacen incumplen la legalidad vigente. El citado informe sugiere que «en ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir el plan de salud alternativo, pero mientras no suscriba un nuevo plan cuyo precio se aproxime a su cotización legal los excedentes que superen el 5% de esa cotización pasarán a ser un aporte total al sistema».

Cabe la duda: ¿aporte al sistema o a la ISAPRE?

En el capítulo «Necesidad y urgencia de una reforma estructural» se explicita que la crisis actual del subsistema de ISAPRE subraya la necesidad y urgencia de esta reforma, que no es posible resolver mediante una ley corta, agregando que «es por esto que la Comisión acuerda recomendar, tanto al Congreso Nacional como al Ejecutivo, avanzar de manera urgente en un trabajo técnico y político que permita el diseño y aprobación de cambios sustantivos a nuestro sistema de salud, los cuales sean materializados con la mayor urgencia posible. En concreto, nos parece fundamental que el Congreso Nacional y el Ejecutivo acuerden plazos explícitos para presentar uno o más proyectos de ley de reforma, iniciando desde ya el trabajo en esos nuevos cuerpos normativos, entendiéndose que un esfuerzo de este tipo requiere de grandes acuerdos para hacerse viable».

Es de esperar que el gobierno, que ha avalado este informe que ayuda a la mantención del statu-quo respecto del sistema de ISAPRE, retome su programa de gobierno y, tal como sugiere la Comisión, proponga al Parlamento a la brevedad el proyecto de reforma que Chile necesita: creación e implementación de un Fondo Universal de Salud. Esto implicará la incorporación de la actual población beneficiaria de ISAPRE, con sus aportes financieros obligatorios (7%), y que a su vez mantiene una demanda por atenciones sanitarias con prestadores preferentes de carácter privado con seguros complementarios de salud.

106 <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=7147>

Claro que hay una dificultad pendiente en este debate, y es que los comisionados —incluyendo aquellos representantes de la coalición de gobierno— han considerado en el informe que los elementos que debieran ser parte del marco para la reforma incluyen cosas coherentes con el programa de Gabriel Boric (más solidaridad, equidad, eficiencia del sistema, reducir el gasto de bolsillo. etc.), pero también otros componentes que no lo son, relacionados con la libertad de elección de seguros, seguros sin cautividad (preexistencias), regulación de alzas de precios y mutualización de riesgos.

Un último acápite a este respecto: nada dice el informe respecto de la eliminación de la discriminación por edad que hacen los planes de las ISAPRE. Al permanecer ésta en las tablas de riesgo, entonces el sistema mantendría su carácter de inconstitucionalidad, de acuerdo al Dictamen del Tribunal Constitucional de 2010.

Así, se trata de un informe que cambia muchas cosas —por ejemplo, la interpretación de la SIS—, para que en realidad nada cambie.

Informe sobre ISAPRE: soluciones inconstitucionales¹⁰⁷

Al menos tres puntos de la propuesta dada a conocer por la Comisión a cargo van en favor de las ISAPRE —y no de sus afiliados— de acuerdo a una lógica que resulta contraria a la Constitución vigente, denuncia esta columna para CIPER.

La controversia generada por el informe supuestamente técnico de la Comisión a cargo de destrabar la llamada «crisis de las ISAPRE» es alta, y hace muy probable que, aunque sea de consenso y no de mayoría, no tenga aplicación futura [ver columnas previas del autor en CIPER-Opinión]¹⁰⁸. Que las ISAPRE, según el TC, funcionen de manera inconstitucional desde 2010, al parecer ha generado un escenario de laxitud normativa en los actores políticos y de la industria.

El informe que conocimos hace poco más de una semana constituye una interpretación de los fallos de la Corte Suprema que va en favor de las ISAPRE, y no de sus afiliados. No es una propuesta técnica para cumplir lo que la Corte dictaminó. El poder Legislativo intenta travestirse a través de esta Comisión en un tribunal de ejecución, en búsqueda de «la certeza jurídica», pero cambiando el claro sentido del fallo y asumiendo riesgos de inconstitucionalidad, en al menos tres puntos:

1. Los excedentes tienen protección por derecho constitucional de propiedad: La propuesta de cálculo para rebajar la deuda de las ISAPRE incluye que no deben ser considerados aquellos excedentes generados porque los precios de los planes individuales resultantes son menores al valor de la cotización del 7% obligatorio. Pero la ley establece que en el caso de las ISAPRE, y a diferencia de FONASA, se pueden contratar planes cuyo precio final

107 Publicada el 20.10.2023. <https://www.ciperchile.cl/2023/10/20/informe-sobre-isapres-soluciones-inconstitucionales/>

108 <https://www.ciperchile.cl/author/mario-parada-lazcano/>

pactado sea inferior al 7%, lo que da origen a los excedentes de cotización (art. 188 DFL 1 de 2005)¹⁰⁹. Y agrega que las diferencias generadas deben ser consideradas como excedentes, y que cuando no se devuelven en servicios se consideran «de propiedad del afiliado, inembargables e incrementarán una cuenta corriente individual que la Institución deberá abrir a favor del afiliado, aumentando la masa hereditaria en el evento de fallecimiento».

2. No puede haber retroactividad en las leyes: Si la ley corta incluye la propuesta anterior, su aplicación solo debería darse para los contratos nuevos, ya que si se intentara aplicar a los contratos celebrados previamente se caería en inconstitucionalidad, pues no puede existir retroactividad.
3. Aplicación del sentido de mutualización: El informe definitivo de la Comisión política-técnica señala que se entenderá que hay mutualización de riesgos entre los/as afiliados/as, y que por ende se debe entender que una distribución de riesgos arbitraria o injusta, si bien merece ser corregida, no conlleva necesariamente el cobro de un sobreprecio por parte de la aseguradora. Lo que se espera que se entienda es que el grupo de afiliados al que se le cobró de más debe «soportar» con su sobreprecio el menor ingreso realizado por el otro grupo menos riesgoso. Debemos recordar que las tablas de riesgo nunca han sido utilizadas por la industria como mecanismo de mutualización de los riesgos, sino que son una mera herramienta de tarificación o de definición de precios (de hecho, fueron múltiples las tablas existentes en cada ISAPRE). Esta «solución» podría ser aplicable solo a los contratos nuevos cuando entrara en vigencia la ley.

¿Qué pensarán las personas afiliadas a ISAPRE frente a la lógica y los cálculos que sostienen este reciente Informe? ¿Se sentirán representadas por este tipo de propuestas? La comunidad de intereses, ¿es con los operadores del sistema o con las personas vulneradas en sus bolsillos? Los componentes de inconstitucionalidad recién descritos en el informe nos hacen suponer que la ley corta deberá respetar el fallo de la Corte Suprema, y cumplirlo tal como se plantea en el texto del proyecto de ley vigente. Solo falta flexibilizar las maneras y plazos para que las ISAPRE paguen completamente la deuda por cobros indebidos, aunque sea muy voluminosa y en muchos años.

«Salvataje de las ISAPRE»: la paradoja de más alzas¹¹⁰

Con una serie de medidas de emergencia, el gobierno busca en estos días moderar la crítica situación financiera que enfrentan las compañías privadas de salud. Sin embargo, observa el autor de esta columna para CIPER, existe una esencial contradicción en que la reacción contra un fallo judicial que encareció los planes a pacientes sea, precisamente, la subida en el precio de estos.

¹⁰⁹ <https://www.suseso.cl/612/w3-propertyvalue-173361.html>

¹¹⁰ Publicada el 07.12.2023

«Acá tenemos que lograr una combinación, un equilibrio que asegure la continuidad, porque lo primero es el bienestar de los pacientes, tanto del sistema privado como del sistema público». Las palabras del presidente Boric¹¹¹ esta semana fueron parte del anuncio de su gobierno en torno a la crítica situación financiera de las ISAPRE producto de la aplicación del fallo de la Corte Suprema en relación a alzas indebidas, especialmente por la prima GES [ver cobertura previa de este tema en CIPER-Opinión]¹¹². Entre otras medidas, la Ministra de Salud, Ximena Aguilera, confirmó¹¹³ que se adelantará en el tiempo (de julio a abril de 2024) el que estas empresas puedan subir los precios de los planes de las personas, paliando así en parte la situación que enfrentan.

Hay, a nuestro juicio, tres problemas fundamentales de esta medida: práctico, jurídico y ético. Para salvar la situación generada por cobros excesivos, cuestión fuera de toda duda luego del fallo judicial, se le permitirá a la industria adelantar el momento de subir los precios base de los planes y aplicar un cálculo diferente del Indicador de Costos de la Salud - ICSA. No sólo se permitirá que las ISAPRE adelanten la fecha en que pueden realizar estos aumentos de precios de los planes (de julio a abril) para pagar la deuda generada por cobros excesivos a estos mismos beneficiarios, sino que, además —y aquí está la situación que nos permitirá llamarles «nuevos aumentos excesivos»—, incluiría formas de cálculo de dichos aumentos [ver carta de David Debrott en CIPER]¹¹⁴ que oscilarían entre 12% y 94% del precio base (manipulando el Indicador de Costos de la Salud - ICSA).

Suena como una paradoja brutal, y efectivamente lo es. Lo anterior implica una subida del precio mucho mayor para todas aquellas personas que tienen en su «tabla de riesgo por edad» vigentes factores sobre el valor 1,0. Por ejemplo, en el caso extremo de una persona que esté en una ISAPRE en que le aumenten en 94% el precio base de su plan (casi un 100%) y además está con un factor de riesgo de 2,0 por ser adulto mayor, el aumento de 94% se multiplica por dos veces; o sea, esa persona podría tener, a partir de abril de 2024, alzas realmente insólitas en el precio de su plan (casi 300%).

Por otra parte, está la continuación de la judicialización a pesar de las nuevas medidas, ya que aun suponiendo que las personas beneficiarias no van a reclamar por esta nueva alza de precios, todas las posibles soluciones que están en carpeta mantienen el problema de la inconstitucionalidad del funcionamiento de las ISAPRE. Recordemos que todos los escenarios hasta ahora no toman en cuenta la discriminación por edad que de acuerdo al fallo del Tribunal Constitucional de 2010 hace que la industria completa esté fuera de la Constitución vigente.

111 <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/isapre/boric-llamo-a-buscar-equilibrio-para-evitar-colapso-de-las-isapres/2023-12-05/121057.html>

112 <https://www.ciperchile.cl/?s=isapres>

113 <https://cooperativa.cl/noticias/pais/salud/isapre/ministra-aguilera-las-isapres-ya-estan-en-una-situacion-mas-estable/2023-12-05/083127.html>

114 <https://www.ciperchile.cl/2023/12/02/cartas-manipular-el-icsa/>

El último problema es un evidente conflicto de intereses, ya que la mayoría de los actores sociales y políticos abocados a buscar salidas para que las ISAPRE se mantengan son beneficiarios de este sistema. Recordemos que el ex Primer Ministro del Reino Unido, Boris Johnson, abogó alguna vez por el fortalecimiento del National Health Service en el cual fue atendido cuando estuvo grave por la pandemia, pero en tal caso se trataba de un servicio público y universal, que no ejerce discriminaciones por edad, sexo, estado de salud ni etnia. En el caso chileno, en cambio, las autoridades se encuentran defendiendo a un sistema que atiende a la población con más recursos, dentro de un marco que no acoge el principio de solidaridad de la seguridad social. Recién durante la semana el superintendente Torres puso sobre la mesa la opción que habitualmente se utiliza frente a empresas en riesgo de quiebra, que es aumentar el capital desde el patrimonio de sus dueños (una alternativa que no ha estado en discusión, y que incluso la ministra ha descartado¹¹⁵, al abogar por una «ley cortísima» para la coyuntura actual).

Por último, es importante recordar que hasta la fecha no hay estudios serios que apoyen ni refuten la hipótesis de una catástrofe ante una quiebra masiva de las ISAPRE, pese a que en los medios masivos y en el debate público tal escenario se presenta como verdad irrefutable, e incluso ahora el Presidente Boric insiste en que eso es «lo que se quiere evitar». El negocio de los prestadores privados con fines de lucro no solo depende de las ISAPRE, sino también de FONASA, de otras aseguradoras de salud y del gasto de bolsillo de las personas. Los beneficiarios de ISAPRE seguirán pagando por atenderse, aunque sea un poco más que ahora. El grupo de personas que sí puede verse afectado en su atención de manera preocupante es aquel compuesto por pacientes con enfermedades crónicas graves, y que hoy aparecen «cautivas» de un prestador. En el caso de un quiebre total y al unísono del sistema, es innegable que se deberían buscar soluciones específicas para ello/as. Soluciones que deberían ser implementadas también para beneficiarios de FONASA en las mismas condiciones, considerando un avance sin más discriminaciones ni inequidades.

ISAPRE, contradictoria salvación¹¹⁶

Los remedios paliativos del gobierno contra la crisis financiera de los prestadores privados de salud están agravando la enfermedad del sistema, opina en columna para CIPER un especialista en el área, médico salubrista y profesor universitario: «Algo declarado ilegal se quiere hacer legal. Algo que plantea una excepción ‘que sea a la baja’ se interviene alzando los precios. La única racionalidad del texto que se discute hoy es la de salvar la industria, sin lógica sanitaria alguna.»

115 <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/isapre/ministra-aguilera-las-isapres-ya-estan-en-una-situacion-mas-estable/2023-12-05/083127.html>

116 Publicada el 13.12.2023. <https://www.ciperchile.cl/2023/12/13/isapres-contradictoria-salvacion/>

El senador Juan Luis Castro (PS) ha indicado esta semana¹¹⁷ que «nosotros urgimos a que el gobierno tome una decisión, tome un camino: ¿quiere hacer una reforma de la Salud a partir de la oportunidad de esta crisis o simplemente hacer algunas medidas puntuales, como el ICESA (Indicador de Costos de la Salud) que se va a enviar la próxima semana en el proyecto de reajuste, o la rebaja de la prima GES?».

En enero de este año, nos planteábamos algo similar [ver columna del autor «La oportunidad que abre la crisis de las ISAPRE»¹¹⁸, en CIPER-Opinión 18.01.2023]: «Podríamos llamar a este entuerto ‘crónica de una desaparición anunciada’ desde 1990», decíamos.

En este debate intestino de la élite que toma las decisiones, y que se ha evidenciado en la falta crónica de acuerdo político para legislar en esta materia, es central recordar que la fuente principal de discrepancia es de carácter ideológico: Salud como derecho o Salud como bien de consumo. Es triste que esa disyuntiva persista incluso en el gobierno actual, el más de izquierda de la neodemocracia.

De hecho, el gobierno envió para su aprobación el siguiente texto dentro de la ley de reajuste como una miscelánea, la cual deja claro que el problema requiere ser salvado económicamente:

La Superintendencia de Salud determinará el valor anual del indicador sin considerar el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones que se realicen en la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud [...]. Junto al indicador a que se refiere el numeral uno, la Superintendencia de Salud determinará el valor en Unidades de Fomento que las instituciones de salud previsional, por una sola vez y de forma extraordinaria, podrán incorporar a todos sus precios finales, a fin de otorgar financiamiento al costo y cobertura de las prestaciones de salud de las cargas menores de 2 años de edad para estos efectos la Superintendencia deberá evaluar el costo y cobertura de las prestaciones de salud correspondientes a estas cargas.

Totalmente impresentable. Se trata de una intención que contraviene por completo lo que la Justicia precisamente condenó —y reiteradamente— en los últimos meses.

El fallo de la Corte Suprema señala¹¹⁹, respecto de esto último, lo siguiente: al nonato y luego de nacido hasta los 2 años lo cubre completamente el GES, por lo tanto no se le puede aplicar una tabla de factores. Después de esa edad legal, se le aplica un plan correspondiente a los dos años, el que es inmodificable en el tiempo, salvo que sea a la baja.

Vale decir que algo declarado ilegal se quiere hacer legal (vía miscelánea en la ley de reajuste). Y algo que plantea una excepción ‘que sea a la baja’ se interviene alzando los precios.

117 <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/isapre/crisis-de-las-isapres-senadores-urgen-a-que-el-gobierno-tome-una/2023-12-06/212447.html>

118 <https://www.ciperchile.cl/2023/01/18/la-oportunidad-que-abre-la-crisis-de-las-isapres/>

119 <https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/noticias-del-poder-judicial/83477>

La única racionalidad del texto que se discute hoy es la de salvar la industria, sin lógica sanitaria alguna, a menos que los escenarios apocalípticos se entiendan como una realidad concreta. Hemos escrito en columnas previas que tal escenario es, hasta ahora, hipotético; temible, pero no sustentado con estudios en cuanto tal.

Por último, esto nos recuerda, dolorosamente, la —al parecer— insoslayable matriz socio-cultural de Chile, transformada revolucionariamente en dictadura a través de los instrumentos fundantes del miedo, la represión y la Constitución.

Repito lo señalado hace ya diez meses: existen reglas del juego y deben ser respetadas. Si efectivamente estamos ante la amenaza de una crisis, esta se debe manejar como no se ha hecho en cuarenta años, con medidas de fondo, y no sólo de forma. Es el momento de dar suma urgencia a una reforma profunda: la mancomunación de todos los aportes de los/as trabajadores/as en un «Fondo Universal de Salud» de primer piso, tal como se plantea en el programa de gobierno del Presidente Boric, y el establecimiento de las ISAPRE como seguros complementarios de segundo piso.

ISAPRE: desidia o conveniencia¹²⁰

La aprobación del pasado lunes en el Senado de un proyecto de «ley corta» para las ISAPRE incorporó la «mutualización» de la deuda que estas mantienen con sus afiliados, según fallo previo de la Corte Suprema. El cálculo de la Superintendencia de Salud se reduce así a casi un tercio del monto original. «Lo sucedido esta semana en el Congreso es realmente insólito, digno de una realidad creada por inteligencia artificial», explica en columna para CIPER un especialista en salud pública: «En este caso, ‘con mi plata, sí’»,

Los significados de la palabra ‘desidia’ son: negligencia, falta de cuidado, falta de ganas, de interés o de cuidado al hacer una cosa. Es una hipótesis para explicar por qué cuando, en 2010, el Tribunal Constitucional señalara que las ISAPRE estaban funcionando fuera de la Constitución al discriminar a sus afiliados por sexo y edad, la actitud de los gobiernos de turno no fuera el sacar a la industria de esa situación con insistencia, fuerza y determinación: era una especie de desidia, una falta de interés del sistema sociopolítico por entrar en debates «inconducentes», ya que no existían las mayorías necesarias en el Parlamento, también de turno. Nunca fue prioridad lo de traer a la superficie, a los matinales, el debate ideológico de fondo: asegurar el derecho a la salud de manera equitativa —como derecho social— versus mantener la atención a la enfermedad como un área de negocio en la que lucrar. Ganó siempre la perspectiva más cortoplacista, en términos electorales pero también en el carácter de protección de intereses personales. «Antes de mandar un proyecto, primero tienen que estar los votos», se escuchaba en los pasillos de los ministerios. Y, en el Parlamento: «... se debe mantener el sistema asegurador privado, por eso nada de incluir al sector público en la dis-

120 Publicada el 31.01.2024. <https://www.ciperchile.cl/2024/01/31/isapres-desidia-o-conveniencia/>

cusión»; «hay que realizar más estudios». «Mantener el empate, eso es lo que Chile necesita», era una frase de consenso.

En tanto, son sinónimos de ‘conveniencia’: utilidad, provecho, beneficio, interés, oportunidad, rendimiento, ventaja.

Otra hipótesis explicativa de la parálisis decisoria o de toma de acuerdos políticos respecto del funcionamiento inconstitucional de las ISAPRE es que a la élite, aquella con conciencia de serlo, no le convenía entrar en profundizaciones, y era mejor dejar todo en statu quo: «Dios o el tiempo dirán...». Es que la salud en Chile no es solo un tema económico financiero, racional y objetivo, sino que también se trata de un tema simbólico: de prestigio, de privilegios, de clase.

Ideología, pero de la profunda. Nada que se solucione con una ley corta... ¿o sí?. Parece que la ley corta aprobada en general el lunes por el Senado para enfrentar el modo en el que las ISAPRE podrán acomodar un fallo de la Corte Suprema en su contra será, en definitiva, la que permita al sistema, a la industria, salvarse de este mal momento, pero a través de una consigna del todo impresentable: «Para poder pagar la deuda, primero la tenemos que reducir cómo sea (por secretaría), y luego cobrar más caro». Por eso, lo sucedido esta semana en el Congreso es realmente insólito, digno de una realidad creada por inteligencia artificial.

Al contrario de los intereses que se defienden en el problema de las pensiones, pareciera ser que quienes son afiliados al sistema privado de salud quedarán sometido/as a la implementación de normas retroactivas (mutualización) que reducen en un tercio la deuda que sus aseguradoras mantenían con ello/as.

En este caso, «con mi plata, sí».

No pierdo la esperanza en que otro Chile es posible; uno en donde el derecho a la salud supera a la desidia y la conveniencia. Un país en el que dialoguemos, buscando acuerdos no abusivos, orientados según el bien común, y no el de unos pocos. Ahora viene el momento de la Cámara de Diputados y Diputadas.

Ley Corta de ISAPRE: triunfó el liberalismo¹²¹

Al revisar el texto de la nueva ley despachada esta semana por el Congreso para enfrentar la llamada crisis de las ISAPRE, no hay lugar a duda que quienes salen perjudicados son la población y el concepto mismo de seguridad social, afirma en columna para CIPER un médico especializado en salud pública: «Se generan mecanismos para que cada individuo pueda asegurarse mejor mientras tenga más dinero y menos riesgo, lo que podemos denominar ‘isaprización’ del sistema.»

121 Publicada el 15.05.2024. <https://www.ciperchile.cl/2024/05/15/ley-corta-de-isapres-triunfo-el-liberalismo/>

Con el despacho al Ejecutivo esta semana de la llamada «Ley corta de ISAPRE»¹²² los chilenos hemos quedado frente a un escenario en salud sin precedentes. La aprobación de esta nueva normativa, que establece nuevos plazos y montos¹²³ par a la restitución de los dineros cobrados en exceso a los afiliados de la salud privada, constituye el triunfo de la alternativa más liberal que podía obtenerse frente a la crisis que siguió al fallo de la Corte Suprema (diciembre de 2022) por uso de tablas de factores individuales arbitrarias. Así, las cuestionadas ISAPRE seguirán funcionando sin modificaciones esenciales, no sabemos hasta cuándo, incumpliendo incluso la propia Constitución, ya que mantendrán la discriminación por edad que fue precisamente uno de los puntos objetados por la Corte Suprema. En sintonía con lo que he expuesto previamente en este medio sobre el tema [ver columnas del autor en CIPER-Opinión]¹²⁴, detallo a continuación tres elementos que hacen de la aprobación del Congreso de esta ley corta de ISAPRE una conquista para un sistema de salud que va en perjuicio de la ciudadanía.

“SÍ ES UN “PERDONAZO”: Pese a lo que en estos días se intenta difundir desde el gobierno¹²⁵, lo cierto es que la enorme deuda certificada por el fallo de la Corte Suprema no lo pagarán las ISAPRE sino que los mismos afiliados a los que ese dictamen buscaba beneficiar. La ley permite que las aseguradoras privadas con fines de lucro suban los precios de sus planes base sin un mecanismo de contención dentro del Indicador de Costos de Salud (ICSA) en los próximos tres reajustes anuales. Vale decir, se logró legalizar los cobros abusivos. La deuda se podrá pagar en un plazo de hasta trece años, excepto para las personas mayores de 65, frente a las que este plazo se reduce a cinco (para los mayores de 80, es de dos años). Se dan todo tipo de facilidades para el pago, incluido el «pronto pago», que da la posibilidad de pagar anticipadamente la deuda a través de un pago único pero con el descuento de hasta un 35% («el equivalente a la tasa de interés máxima convencional vigente al momento de celebrar el acuerdo»). Pero hay algo aún más preocupante, y es que la ley permitirá la presentación por parte de la ISAPRE de «una propuesta para incorporar, en todos los contratos que administre la institución, una prima extraordinaria por beneficiario, correspondiente al monto necesario para cubrir el costo de las obligaciones con sus personas afiliada, correspondientes a prescripciones, licencias médicas, excesos y excedentes de cotización, entre otros»; eso sí que «la referida prima no podrá implicar un alza mayor a un 10% por contrato».

Lo anterior implica una forma más de aumentar los ingresos de la empresa a costa de sus afiliados. También «las deudas que cada Institución de Salud Previsional informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que éstas deben mantener en alguna entidad autorizada ... no serán consideradas para el cálculo de los indicadores (de solvencia)

122 <https://www.ciperchile.cl/wp-content/uploads/ley-corta-140524.pdf>

123 <https://www.latercera.com/nacional/noticia/ley-corta-cuanto-dinero-devolveran-las-isapres-a-los-afiliados-y-en-que-plazos/T73KLV4NCNE5BLWQ6JLTEQMUPA/>

124 <https://www.ciperchile.cl/autor/mario-parada-lazcano/>

125 <https://www.latercera.com/politica/noticia/presidente-boric-destaca-aprobacion-de-la-ley-corta-de-isapres-y-afirma-que-la-postura-del-gobierno-era-evitar-un-perdonazo/IXYZMFC2QFG6PMYSXA7KQS3FBU/>

... tampoco para la determinación del patrimonio mínimo establecido» por la ley vigente. Todo nos indica, entonces, que uno de los epítomes del liberalismo autoritario impuesto por Pinochet, como es la privatización de la seguridad social en salud, es mantenido 45 años después, y de una manera impresentable.

“ISAPRIZACIÓN” DEL FONASA: Para hacer el seguro público más competitivo, la ley señala que FONASA deberá «velar por el correcto funcionamiento de la licitación, contratación e implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria» de la libre elección (MCC). Las personas de los grupos B, C y D que hayan efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses (excepto los que hayan pagado por primera vez cotizaciones de salud en FONASA) podrán optar a la MCC, que implica acceso a un seguro complementario para aumentar su protección financiera en prestadores privados. Vale decir, quien puede pagar más del 7%, prepagará un seguro de prima plana con la intermediación de FONASA, para así disminuir el gasto de bolsillo generado por «prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada, obligándose al pago de una prima complementaria». Todo esto será regulado por la «Comisión para el Mercado Financiero, conforme a las disposiciones de la letra e) del artículo 3° del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931, del Ministerio de Hacienda, sobre compañías de seguro, sociedades anónimas y bolsas de comercio», y no por la Superintendencia de Salud. Además, se establece que las «prestaciones financiadas en conformidad a este artículo (MCC) quedarán excluidas para el otorgamiento de préstamos» por parte de FONASA, muy utilizados actualmente por las personas de menores ingresos que usan la MLE.

Se prepara así a FONASA para acoger a nuevos beneficiarios en condiciones similares a las que hoy contempla el sistema de aseguramiento privado, generando mecanismos para que cada individuo pueda asegurarse mejor mientras tenga más dinero y menos riesgo, lo que podemos denominar ‘isaprización’ del sistema. Se introduce en la seguridad social pública la existencia de planes individuales, como en las ISAPRE, para que la gente con más dinero se asegure de manera diferenciada al resto. Se acaba así con el principio de solidaridad integral en el seguro público, ya que al permitir la variabilidad individual de acuerdo al ingreso personal/familiar, esos dineros no pasarán al fondo solidario, que es el actualmente existente.

CONSOLIDACIÓN DEL MULTISEGURO LIBERAL: La ley pronta a promulgarse señala expresamente:

Artículo décimo. Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud. Sin perjuicio de lo anterior, antes del 1 de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto

con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud; así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, y los mecanismos que permitan su viabilidad, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.

Esto marca que la reforma va, pero que incluye en su diseño mayor regulación para las ISAPRE. Esto se viene adelantando hace un tiempo. De hecho, el «Protocolo de acuerdo para la gestión de la crisis de ISAPRE y el fortalecimiento del Fondo Nacional de Salud-FONASA y la Superintendencia de Salud»¹²⁶, suscrito entre el Senado y el gobierno en diciembre pasado, al fragor de la discusión de esta ley corta, ya señalaba lo que quedó en la ley, agregando que «se definirán reglas e incentivos que permitan la transición voluntaria de las ISAPRE a seguros complementarios de salud para las personas de FONASA», no incorporando los elementos del programa de gobierno que nos prometía: la mancomunación de todos los aportes de los/as trabajadores/as en un «Fondo Universal de Salud». Hoy, las presentaciones oficiales de la reforma futura que realizan las autoridades de salud nos aseguran respecto al eje de seguridad social que «FONASA Avanza; Superintendencia Contigo y Eliminar preexistencias y discriminación en ISAPRE»¹²⁷. Todo indica que el proyecto de reforma propondrá un sistema de multiseguros que perpetuará la existencias de las ISAPRE en coexistencia con un seguro público; o sea, un sistema que sigue respaldando la ética que sostiene que quien tiene más dinero cuenta con más y mejores condiciones para hacer efectivo el derecho a la salud, pese a que este debiese ser universal y no depender de los ingresos económicos.

A más de tres décadas de neodemocracia y a catorce años del fallo del TC que en 2010 declaró inconstitucional el uso de tabla de factores en los cobros de salud, nos encontramos con la paradoja de que el gobierno más progresista de nuestra historia reciente pueda estar en camino de concretar la vieja aspiración liberal/conservadora del multiseguro.

¿Acaso, entonces, deberemos olvidar las palabras que hace justo un año pronunciara el Presidente Boric en torno a que «el norte del gobierno no se modifica por coyunturas [...]». Nuestro gobierno ha tenido y seguirá teniendo una agenda de trabajo muy clara y definida por las necesidades del pueblo, por los compromisos que adquirimos con el país por los cuales estamos gobernando»? Mantengo mi esperanza en que la garantía al derecho a la salud y la seguridad social prevalecerán, y que se mantendrá lo expresado en el programa de gobierno.

126 <https://www.ciperchile.cl/wp-content/uploads/acuerdo-1812-isapre-1.pdf>

127 <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2024/04/BERNARDO-MARTORELL-COLMED-Abril-2024.pdf>



PARTE IV

ANÁLISIS CRÍTICO DE
LA FORMACIÓN EN SALUD

El ensayo como herramienta de enseñanza, aprendizaje y evaluación en el Internado de atención primaria de la Escuela de Medicina Campus San Felipe

Daisy Iturrieta Henríquez¹²⁸ y Mario Parada-Lezcano¹²⁹

RESUMEN

Formar médicos y médicas para un Chile desigual, implica comprometerse con el desarrollo de competencias que encuadren un proceso de enseñanza-aprendizaje que les sitúe en las reales problemáticas que las personas viven en sus territorios, en vinculación con el entorno social y con la red de salud disponible. Este propósito se ve socavado por la cultura hegemónica en la formación médica, la que se caracteriza por ser hospitalocéntrica, con énfasis permanente en el análisis de las enfermedades y su curación más que prevención, así como también la aplicación de metodologías de enseñanza y evaluativas tradicionales. Desde este hecho objetivo, es que el Internado de Atención Primaria, realiza un proceso de vinculación con otras temáticas, colocando en valor la experiencia situada y territorial, utilizando el marco de la salud colectiva / medicina social, en cada centro formador de Atención Primaria, siendo en el 100% Centros de Salud Familiar y Comunitarios. Es rescatable, que en el propio contexto de pandemia, tanto los/as estudiantes como el equipo docente comenzaron la búsqueda de estrategias de enseñanza-aprendizaje que colocaran en el centro el análisis crítico, la participación activa del estudiante en su proceso de aprendizaje y la pertinencia de la estrategia de evaluación con el momento que se estaba viviendo. Es así como el espacio de reflexión colectiva, frente a ciertas temáticas y problemas se transformó en una oportunidad plausible de evaluar, puesto que ya no sólo se contaba con la motivación de presentar un tema de contingencia y su respectivo análisis sino también, se comenzó a gestar la posibilidad de llevar a un texto dichos análisis. Dado lo anterior, la construcción de un ensayo como género literario, se transformó en una puerta de entrada para fortalecer el análisis crítico, pero por sobre todo para la articulación y posicionamiento ético político desde el rol profesional de los médicos y médicas en formación. A continuación se presenta una contextualización del desarrollo del ensayo como herramienta de enseñanza, aprendizaje y evaluación en el Internado de atención primaria de la Escuela de Medicina en el Campus San Felipe, considerando su iniciación, los lineamientos para su desarrollo, los temas abordados entre el 2021 y 2022 y la propuesta de evaluación.

PALABRAS CLAVE

Educación Médica, Ensayo, Atención Primaria

128 Profesora Titular de la Escuela de Medicina Campus San Felipe. Coordinadora del Internado en APS:

129 Profesor Titular de la Escuela de Medicina. Docente del Internado en APS Campus San Felipe.

Introducción

La formación médica en Chile tiene el desafío de formar profesionales para un contexto social desigual, lo que implica comprometerse con el desarrollo de competencias que encuadren un proceso de enseñanza – aprendizaje que les sitúe en las reales problemáticas que las personas viven en sus territorios, en vinculación con el entorno social y con la red de salud disponible. Sin embargo, no se están formando médicos/as preparados/as para trabajar en un modelo de Atención Primaria de la Salud (APS); la evidencia documenta que los Sistemas de Salud basados en la APS logran mejores indicadores sociosanitarios, mayores grados de eficiencia, y contienen el aumento de costos de la atención médica. Dicho desafío se ve socavado por la cultura hegemónica en la formación médica, la que se caracteriza por ser hospitalocéntrica, con énfasis permanente en el análisis de las enfermedades y su curación más que prevención, así como también la aplicación de metodologías de enseñanza y evaluativas tradicionales (Parada y Romero (2018); UES por el territorio (2021); Parada et al., 2022).

En este contexto es que la asignatura Internado de Atención Primaria de Salud (IAPSSF), se imparte en séptimo año del plan de estudio de la carrera de Medicina de la Universidad de Valparaíso, realizando, además de la práctica clínica generalista, un proceso de vinculación con otras temáticas, colocando en valor la experiencia situada y territorial de cada estudiante en su centro formador de Atención Primaria (APS), siendo en el 100% en Centros de Salud Familiar y Comunitarios (CESFAM) de las comunas del Valle del Aconcagua¹³⁰. El internado es de modalidad presencial, de carácter práctico con una duración de ocho semanas. En ella el/la estudiante se incorpora al equipo del CESFAM, efectuando atención clínica supervisada, acciones de gestión y un programa de actividades de promoción de la salud, considerando el plan institucional, contexto social y epidemiológico actual en donde desarrolla su internado (Escuela de Medicina, 2023).

El/la estudiante tiene la oportunidad de poner en valor la APS como la estrategia fundamental para el logro de una mejor salud y desarrollo del buen vivir de las comunidades, en donde el enfoque de derechos, de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la participación social en salud (PSS) tienen un espacio privilegiado para su desarrollo. En segundo lugar, se profundiza la última fase del cumplimiento de las competencias específicas del Título Profesional de Médico/a, siendo una de ellas la vinculada a la promoción del cuidado integral de la salud de las personas y de la población, en tanto sujetos de derecho, a lo largo de su ciclo vital individual y familiar, considerando el contexto social cultural y espiritual, desde la perspectiva de una medicina humanizada. En tercer lugar, se espera verificar con mayor profundidad el despliegue de las competencias genéricas de la Universidad de Valparaíso¹³¹, que se refieren a que el/la estudiante mejore continuamente sus habilidades profesionales a partir de un aprendizaje autorregulado y con pensamiento crítico, lo que le permite generar propuestas de soluciones innovadoras pertinentes según sus contextos de desempeño.

130 San Felipe, Los Andes, Catemu, Panquehue y Putaendo.

131 https://vra.uv.cl/descargas/proyecto_educativo.pdf

El contexto sociopolítico y sanitario de 2019-20, inspiró en las distintas Escuelas de Medicina de Chile un proceso de transformación en tres ámbitos: el formato para la entrega de conocimiento; el tipo de evaluación; y, el uso de la tecnología (Cuevas, Lucía; Zúñiga, María Guerra y Myer, Giselle; 2021). El Internado de APS del Campus San Felipe (IAPSSF) no estuvo ajeno a estas adecuaciones y una de ellas fue precisamente la incorporación del ensayo como estrategia de evaluación dentro del examen obligatorio del internado.

Esta innovación, surge como respuesta a una demanda propia de los estudiantes, quienes manifestaron la necesidad de avanzar hacia procesos de evaluación que dieran espacio a la problematización de situaciones de salud, realizando análisis crítico desde un enfoque territorial y local. Lo que indica que la vivencia en este internado genera espacios de reflexión diferentes e interesantes (Parada-Lezcano et al., 2022).

En tal sentido, el análisis crítico de la realidad sociosanitaria es uno de los objetivos de la formación en la Escuela de Medicina y se incentiva a lo largo de la formación desde el 1er al 3er nivel de dominio (Escuela de Medicina, 2023). Este tipo de análisis se integra como una estrategia clave para el proceso de enseñanza aprendizaje en todos los niveles educativos. Es un proceso cognitivo complejo y resulta extremadamente útil para la resolución de un problema (Butler (2001); Cuervo, Guevaray Pérez (2022); Facione (2007); Moreno-Pinado, y Velázquez (2017); Muñoz (2019)). Se entiende que “El pensamiento crítico es propositivo, es un juicio autorregulado resultado de la interpretación, el análisis y del uso de las estrategias que faciliten la estimulación del pensar en la construcción del conocimiento” (Moreno-Pinado y Velázquez, 2017p.54).

Por otra parte, el ensayo es un género que se ha mostrado útil como herramienta pedagógica y de evaluación, particularmente para evidenciar el pensamiento crítico adquirido y/o desarrollado durante el proceso de formación (Figuerola y Aillon (2015); Flores (2020), Pinzón y Guerra (2014); Segarra-Báez (2019)). Es un estilo abierto, flexible, que demanda al estudiante que asuma posiciones en donde el pensamiento crítico (qué hacer, por qué, cuándo, en qué creer o no, qué valor se le asigna al fenómeno, etc.), incentiva una autoevaluación del proceso y los resultados del aprendizaje, evidenciando una actitud autorregulada. Así el ensayo está ampliamente aceptado como una forma eficaz de generar y evidenciar pensamiento crítico (López (2019); López, Orozco y Reyes (2020); Sánchez (2020)).

Desarrollo

La incorporación del ensayo como estrategia de evaluación en el examen obligatorio de Internado de APS, fue parte de las adecuaciones realizadas en contexto de pandemia. Las indicaciones para su ejecución se entregan al inicio de cada rotación a través de una pauta orientadora (ver tabla) y además se les propone la lectura titulada ¿Qué es un ensayo? (Vargas, 1996), lo que ha permitido una anticipación de trabajo por parte de los estudiantes.

Las situaciones problema analizadas, surgen de la propia vivencia de los/as estudiantes, la que en su mayoría está problematizada por la práctica médica disponible desde el modelaje de sus tutores, los saberes y prácticas instalados en el habitus médico y la evidencia disponible en la literatura.

Tabla 1. Pauta orientadora para el desarrollo del ensayo del IAPSSF.

1. OBJETIVO

Problematizar desde el enfoque de la Medicina Social- Salud Colectiva, una situación de salud pública propia del actual contexto social y epidemiológico del país, que usted haya identificado en el marco del desarrollo del Internado de Atención Primaria de Salud.

2. ABORDAJE

- Elija un problema o situación de salud pública posible de analizar desde el enfoque de la medicina social/salud colectiva.
- Analícelo incorporando los marcos teóricos y temas revisados en los seminarios de actualización del Internado de APS.
- Incorpore la visión de al menos 2 autores y cuestione sus postulados según considere.
- Integre antecedentes históricos, políticos, económicos, ideológicos-culturales, sociodemográficos, estadísticos y epidemiológicos que fundamenten el problema analizado.
- Puede auxiliar su análisis, a partir de los seminarios, lecturas obligatorias y complementarias del internado y de su propia indagación bibliográfica.

3. CONTENIDOS A DESARROLLAR

Introducción: Describa e introduzca al lector/a respecto a: (a) Problema de salud-enfermedad-atención-cuidado que se analizará, (b) los objetivos de análisis de manera clara y en relación al problema planteado, (c) Fundamento y/o justifique la selección del problema desde el enfoque de la salud colectiva-medicina social, (d) Describa la metodología para su realización y (e) mencione las fuentes de información utilizadas.

Cuerpo Argumentativo: Presente un relato del tema creativo, coherente y con un análisis crítico considerando: (a) Un marco conceptual acompañado de la visión de distintos autores; (b) antecedentes históricos, políticos, económicos, ideológicos-culturales; (c) antecedentes sociodemográficos, estadísticos y epidemiológicos que evidencian el problema o situación justificándolo con datos o tasas, que se pueden aplicar al problema o situación analizada; (d) un análisis fundamentado, integrando los puntos de comparación con los autores, divergencias, entre las referencias revisadas y la opinión del propio del/la estudiante como autor/a del ensayo.

Conclusiones: (a) Una o más conclusiones a partir del análisis crítico realizado de manera coherente (b) Una pregunta de investigación epidemiológica/clínica/gestión y un plan metodológico breve para abordarla, derivada del análisis realizado en su ensayo. Dicho plan incluye: una elección adecuada del enfoque (cualitativo/cuantitativo/mixto), mención del diseño metodológico propuesto en coherencia a la pregunta planteada, definición de las variables / categorías a estudiar según corresponda y la elección correcta del plan de análisis.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Utilice formato APA o Vancouver.
- Utilice como mínimo 5 referencias bibliográficas en formato APA o Vancouver, cumpliendo con el formato solicitado.
- Utilice como mínimo 2 Autores, integrando sus referencias en formato APA o Vancouver.
- Otras fuentes bibliográficas (según las que considere)

5. FORMATO

- Logo Institucional
- Título (nombre del ensayo)
- Autor (nombre del estudiante)
- Tres palabras claves que refieran una
- Resumen (250 palabras)
- Una extensión mínima de 8 páginas
- Hoja tamaño carta, letra Arial 11, interlineado simple

6. EVALUACIÓN

Para la evaluación se contempla la aplicación de una rúbrica, la que será aplicada por docentes del equipo del Internado de APS.

Al considerarse un espacio de aprendizaje, se tiene estipulado acompañar su diseño través de tutorías (tres durante las ocho semanas), las que son realizadas por parte del equipo docente del internado y tienen como objetivo incentivar la reflexión colectiva y colaborativa de los distintos temas / problemas propuestos por los/as estudiantes. En cada uno de estos espacios formativos, ellos/as presentan sus avances, se les realiza retroalimentación por parte de los/as docentes y compañeros/as, así como también se entregan orientaciones respecto de la literatura que están utilizando y/o que podrían incluir. Es importante resaltar que las tutorías que tuvieron oportunidad de ser presenciales se abordaron en un espacio de aula, pero como un ajuste en el formato de ubicación del mobiliario, privilegiando los semicírculos como condición para desarrollar una interacción más horizontal.

La rúbrica de evaluación que se aplica contiene todos los elementos que aparecen en la pauta orientadora además del cumplimiento del plazo de entrega, valorados con puntaje de 1 a 5, con un máximo de 90 puntos. Cabe destacar que los siguientes aspectos son valorados con una doble ponderación: Antecedentes históricos, políticos, económicos, ideológicos-culturales; Antecedentes sociodemográficos, estadísticos y epidemiológicos y la pregunta de investigación epidemiológica/clínica/gestión y un plan metodológico breve para abordarla (Escuela de Medicina, 2023).

Por lo tanto el/la interno/a, a través de un proceso de análisis crítico, relatado en un ensayo exprese un punto de vista que dé cuenta de su proceso enseñanza aprendizaje de los tópicos principales trabajados en el IAPSSF.

Setenta y ocho estudiantes entre el 2021 y 2022 han rendido su examen en esta modalidad. El promedio de notas fluctúa entre el 6.0 y 6.5. Las temáticas abordadas por los/as internos/as, la mayoría asociadas a los impactos de la pandemia, han sido diversas y entre las más frecuentes se encuentran los que están en la tabla 2.

Por otro lado, una evaluación docente aplicada por la Oficina de Educación Médica da cuenta de una valoración positiva de la estrategia: “Es agradable la libertad creativa que representa la escritura de un ensayo y es adecuada la elaboración de una evaluación con alternativas para los conceptos teóricos” (interna IAPSSF); “Tener más evaluaciones en el proceso de elaboración de los proyectos y del ensayo” (interno IAPSSF). Los/as docentes se sienten satisfechos/as con la metodología y esperan mejorar aún más su aplicación.

Tabla 2. Temas / problemas abordados en los ensayos del IAPSSF

Enfrentamiento desde APS a la Pandemia	
<ul style="list-style-type: none"> · Desafíos en la reorganización de la Atención Primaria. · Salud mental en tiempos de Covid-19. · Decisiones ético-políticas que afectan a la APS. · Vacunación contra el SARSCOV 2. 	<ul style="list-style-type: none"> · Confinamiento como determinación social en el aumento del exceso de peso en la población. · Salud mental de los funcionarios de salud. · APS y su trabajo con las comunidades.
Otros temas	
<ul style="list-style-type: none"> · Burnout en profesionales de salud · Promoción y prevención en salud con enfoque integral · La inasistencia a controles de Salud; · Visita Domiciliaria; Mujeres y envejecimiento como autoras y sujetos de investigación · Rol de los medios de comunicación y redes sociales en los trastornos de la Conducta Alimentaria 	<ul style="list-style-type: none"> · Formación de médicos de atención primaria en salud · Desafíos humanos y medioambientales pendientes · El estrés como problema de salud pública · Enfoque de género en salud · Educación sexual integral · Importancia de incluir un enfoque socioambiental de forma transversal en la formación médica; la educación en salud.

Por su parte en la investigación “Percepción de las y los titulados, sobre los aportes y desafíos que presentan los Bloques Curriculares Salud y Sociedad I y II para el desarrollo del Perfil de Egreso, de la Carrera de Medicina- Campus San Felipe entre los años 2011-2021” (2023), posicionan esta estrategia como una de las más importantes para efectos de consolidar el desarrollo de la competencia de título vinculada a promover el cuidado integral de la salud de las personas y de la población, en tanto sujetos de derecho, a lo largo de su ciclo vital individual y familiar, considerando el contexto social cultural y espiritual, desde la perspectiva de una medicina humanizada y las competencias genéricas “Sello UV” de la Universidad de Valparaíso¹³².

Conclusión

El ensayo usado como herramienta de enseñanza, aprendizaje y evaluación en el Internado de atención primaria de la Escuela de Medicina Campus San Felipe de la Universidad de Valparaíso, ha permitido el despliegue de la competencia “análisis crítico de la realidad socio-sanitaria” en los/as futuros/as médicos/as formados en el Valle del Aconcagua.

La vivencia del internado de APS se constituye en un espacio privilegiado para la reflexión respecto de los temas y problemas de salud pública y de la red de atención pública. Cuando dicha reflexión es orientada, sistematizada y sobre todo basada en el marco teórico de la

132 https://vra.uv.cl/descargas/proyecto_educativo.pdf

salud colectiva / medicina social permite una visibilización de la determinación social de la salud y de la inequidad que existe en nuestro territorio.

El ensayo como herramienta evaluativa del internado en APS contribuye a vincular la teoría con el contexto social, a representar al mundo cotidiano de las personas, a validar las fuerzas de la comunidad. Así, la enseñanza de lo biomédico se puede vincular a la influencia de la realidad social en las dinámicas de expresión de la enfermedad, más allá de que las prácticas comunitarias se asocien a riesgo, inseguridad, pobreza, precariedad. El ensayo abre oportunidades de conocer y reflexionar críticamente, lo que ayuda a vivenciar el enfoque y principios de la APS en sus componentes comunitario y territorial.

Referencias

- Butler, Judith (2001). ¿Qué es la crítica? Un ensayo sobre la virtud de Foucault. Traducción de Marcelo Expósito, revisada por Joaquín Barriandos. <https://transversal.at/transversal/0806/butler/es>
- Cuervo, Lina; Guevara, Paola y Pérez, Yeraldí. (2022). El pensamiento crítico en la escuela: una mirada desde el ensayo y la argumentación. Maestría en Pedagogía. Universidad Católica de Manizales. Facultad de Educación. <https://es.scribd.com/document/656721980/Lina-Marcela-Cuervo-Gallego-2022>
- Escuela de Medicina (2023). Programa Internado Atención Primaria en Salud. Campus San Felipe. PDF.
- Facione, Peter (2007). Pensamiento Crítico: ¿Qué es y por qué es importante? Insight Assessment <http://www.insightassessment.com>.
- Figueroa, Beatriz y Aillon, Mariana (2015). Escritura académica de un ensayo mediado por el aprendizaje colaborativo virtual. Estudios Pedagógicos XLI, N° 1: 79-91, 2015. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052015000100005&script=sci_abstract
- Flores, Ángel (2020). El ensayo como estrategia didáctica. Centro de Formación Continua-CCH. Universidad Nacional Autónoma de México. Colegio de Ciencias y Humanidades. Octubre de 2020. https://www.researchgate.net/publication/334077388_Angel_Flores_agente_doble_del_cosmopolitismo_transatlantico
- Iturrieta, Daisy; Parra, María; Torres, Cristian; Flores, Paula; Plaza, Nicolas; Ramírez, Juan y Sepúlveda, Macarena (2024). Percepción de las y los titulados, sobre los aportes y desafíos que presentan los Bloques Curriculares Salud y Sociedad I y II para el desarrollo del Perfil de Egreso, de la Carrera de Medicina- Campus San Felipe entre los años 2011-2021. Escuela de Medicina Campus San Felipe. Universidad de Valparaíso. PDF.
- López, Christian (2019). El pensamiento crítico y la producción de ensayos académicos en estudiantes de I y II ciclo de las facultades de educación y arquitectura de la Universidad privada de Tacna, semestre 2018 – II. Universidad privada de Tacna. Escuela de postgrado. Maestría en docencia universitaria y gestión educativa. <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/1346>
- López, Migdalia; Orozco, María y Reyes, Nerys (2020). El ensayo argumentativo como herramienta para el desarrollo del pensamiento crítico en los estudiantes de secundaria. Departamento de ciencias de la educación y humanidades. Facultad regional multidisciplinaria de Chontales. Recinto universitario “Cornelio Silva Argüello”. UNAN- FAREM-Chontales. Nicaragua. <https://repositoriosidca.csuca.org/Record/RepoUNANM18785>

- Moreno-Pinado, Wilfredo y Velázquez, Miriam (2017). Estrategia Didáctica para Desarrollar el Pensamiento Crítico. REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 2017, 15(2), 53-73. doi:10.15366/reice2017.15.2.003
- Muñoz, Jaime (2019). El Pensamiento Crítico para la solución a un problema. Revista de Marina N° 970, pp. 49-52. <https://revistamarina.cl/revistas/2019/3/jmunozr.pdf>
- Parada, Mario y Romero, María Inés (2018). Política de formación médica para la atención primaria de salud en Chile, crisis y desafíos. Cuad Méd Soc (Chile) 2018, 58 (N°1): 61-68. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/issue/view/14>
- Parada-Lezcano, Mario; Parrao-Achavar, Felipe; Gurovich-Herrera, Joaquín y Palacios-Saldivia, Joaquín (2021). Percepciones acerca de la formación en atención primaria de estudiantes de medicina: un estudio cualitativo. Inv Ed Med. Vol. 11, N° 42, abril-junio. DOI: <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.42.21400>
- Pinzón, MaríayGuerra, Yolanda (2014). El ensayo como herramienta de aprendizaje en el pregrado y los posgrados de medicina. Facultad de educación y humanidades. Especialización en docencia universitaria. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá. <https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/12945?show=full>
- Segarra-Báez, Iván (2019). El ensayo como herramienta y estrategia del aprendizaje. Rev. Innova Educ. Vol. 1 Núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.35622/j.rie.2019.02.011>
- Sánchez, Adriana (2020). Acercamiento al ensayo: Una oportunidad para fortalecer el pensamiento crítico y la habilidad argumentativa. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ingeniería y Administración. Maestría en Enseñanza de las Ciencias Exactas y Naturales. Palmira, Colombia. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3381354>
- Santelices, Lucía; Guerra, María y Myer, Giselle (2021). Educación Médica en tiempos de pandemia COVID-19: Reflexiones de la Red de Educación Médica y Ciencias de la Salud de Chile. ARS med. (Santiago, En línea); 46(4): 12-15, dic. 07, 2021. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1363824>
- UES por el territorio (2021). Hacia la formación de profesionales de salud que Chile necesita. Dilemas y Desafíos en las Enseñanzas-Aprendizajes de las Ciencias de la Salud. En Parada-Lezcano, Mario (Ed.) (2021). Gestión en Salud en Chile. Miradas desde las y los estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso. Parte V. Autoedición. <https://medicina.uv.cl/images/attachments/466/GESTIO%CC%81N%20EN%20SALUD%20EN%20CHILE%20-%2020191001.pdf>
- Vargas, Gabriel (1996). UN CONCEPTO DE ENSAYO. Redacción de Documentos Científicos, Informes Técnicos, Artículos Científicos, Ensayos. Escuela de Ciencias del Lenguaje, ITCR. <https://es.scribd.com/document/40891895/Un-Concepto-de-Ensayo>

Inclusión del enfoque socioambiental de forma transversal en la formación de los y las estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

Carlos Zúñiga Guzmán¹³³

RESUMEN

La formación de los profesionales de salud presenta un marcado sesgo biomédico por sus mallas curriculares y por la predisposición de los equipos docentes. Esto tiene impacto en cómo se concibe la salud por parte de los/as profesionales en formación, desligando la labor de análisis y promoción de salud, preponderando la aspiración al desarrollo profesional desde una mirada meramente asistencialista o una vocación de promoción y prevención que duerme en el esquema de los determinantes de salud, que se encuentran dentro de un modelo cartesiano (lineal descriptivo) del desarrollo científico hegemónico, instrumento de los intereses del capitalismo neoliberal. En consecuencia, las/os egresados/as de medicina no poseen una perspectiva que les permita comprender íntegramente las raíces de las problemáticas que aquejan a las comunidades. Ejemplo de esto es la importante presencia de procesos extractivistas en nuestros territorios, particularmente al agroextractivismo, el cual impacta en la biología de nuestros cuerpos, aumentando el riesgo de cánceres, enfermedades metabólicas, neurodegenerativas, entre otras. En nuestra escuela de medicina, el abordaje es somero hacia intoxicaciones con pesticidas o las patologías consecuentes, reafirmando la orientación hacia el asistencialismo de las patologías específicas, y no hacia una comprensión global y crítica desde la determinación social. Urge preparar a las y los profesionales de salud en estos conceptos para un ejercicio más efectivo del análisis territorial local en donde nos desenvolvemos, y el desarrollo de una postura política que priorice el bienestar de todos los seres humanos de nuestras comunidades.

PALABRAS CLAVES

Salud colectiva, salud socioambiental, determinación social

133 Interno de medicina, Campus San Felipe.

Introducción

En este ensayo intentaré abordar el problema de la poca disposición que se presenta en los y las egresados de medicina del campus San Felipe frente a los problemas ligados a los procesos extractivistas en nuestro Valle del Aconcagua. Aunque es frecuente una postura de empatía por la gente de nuestro territorio por problemas conocidos y dramáticos, no hay una tendencia a presentar acciones frente a esto. Propongo que esto se debe a múltiples causas. Las que percibo y trataré son:

1. Una formación principalmente hospitalaria, que nos lleva a pensar y ejercer la medicina desde un enfoque fundamentalmente asistencialista, asociado a un menosprecio de los/as tutores clínicos hacia la atención primaria, entre otros.
2. Se comprende el proceso salud – enfermedad – atención – cuidados (SEAC) desde una mirada de determinantes sociales más que desde la determinación social. A modo tal de no enfocar nuestra atención al modelo económico extractivista que se da en nuestro territorio, por ejemplo. A no comprender la globalidad de la salud individual de las y los usuarios en el ejercicio clínico, lo que es peligroso cuando esto nos impide empatizar con ellos.
3. La tendencia transversal en nuestra sociedad a no hablar de política por el miedo y el rechazo que existe frente al concepto que sin embargo es fundamental para intentar el ejercicio de una democracia plena. Esto lamentablemente se da en los espacios comunes de nuestra universidad y en los centros de salud. No es raro escuchar la frase “es de mal gusto hablar de política”.

Ante todo lo anterior, si se da una mayor presencia de la mirada de la determinación social y la epidemiología crítica en las aulas, se nos nutrirá de una mirada más amplia y objetiva de la realidad. Por lo mismo, esto debiese ser planteado transversalmente en las asignaturas, y si no fuera de esta forma, que tenga un rol importante y ampliamente tratado en las asignaturas que aborden conceptos de salud pública / salud colectiva.

Al mismo tiempo, debiese incluirse en esta mirada una mayor visibilización de la realidad de las comunidades en nuestro territorio, como por ejemplo los problemas con la agroindustria en el contexto del extractivismo neoliberal: el uso de agrotóxicos, el consumo de agua y las plantaciones de paltos, la depredación de espacios naturales, entre muchos otros.

De la mano con esto, la tendencia progresista de las y los autores de estas temáticas se impregnaría, en las/os estudiantes, empoderándoles, llamando a ser parte de los procesos de cambio. Esto último es considerado como una de las noblezas de descentralizar la educación superior y abrir una universidad en un territorio como el Valle del Aconcagua, lejos de las urbes con más tradición de movimientos estudiantiles que trabajan con sus comunidades, entre otras determinaciones.

La formación de las y los profesionales médicos/as en la escuela de medicina del campus San Felipe presenta las tendencias descritas por Parada-Lezcano et al. (2022), hacia un

ejercicio hospitalario y especializado de la medicina, a pesar de que el perfil de egreso considere a los médicos y médicas egresadas como profesionales holísticos, preparados para ejercer en la atención primaria con un enfoque hacia la promoción de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Existe un currículum oculto que se hace presente por la formación fundamentalmente hospitalaria, con una aspiración a la especialización y subespecialización, y en dónde a la vez existe un menosprecio hacia las labores de los médicos/as generales y especialistas en salud familiar. Siguiendo esa línea, las y los estudiantes de medicina siguen esta influencia, considerando la APS como un espacio de transición a una especialidad durante la realización de un EDF u otras formas laborales. Todo sumado a una serie de otros factores, como la baja resolutivez desde la APS, poca disposición de exámenes complementarios o fármacos, etc. (Parada-Lezcano et al., 2022).

La visión altamente hospitalaria resulta en una limitada interpretación del enfoque biopsicosocial, una visión individualista. En mi experiencia he visto médicos/casi especialistas que creen satisfacer la visión biopsicosocial cuando preguntan por síntomas “ánimicos” a pacientes ingresados/as por motivos “ajenos” a la salud mental, o cuando educan sobre los factores de riesgo individuales de patologías que ya están instaladas. Y lamentablemente, he observado algo muy similar en el ejercicio de los médicos/as de APS, limitados a consultas de 20 minutos, en dónde educan someramente sobre factores de riesgo, y se asume una distribución de la responsabilidad a la esfera individual de las/os usuarios, pudiéndose observar un discurso como: *“Señor, usted tiene prediabetes, si sigue comiendo azúcar y pan le dará diabetes, y eso es malo, la diabetes es una enfermedad muy mala en dónde puede perder sus riñones, sus piernas o puede quedar ciego. Tiene que hacer más ejercicio, comer más sano y tomarse los remedios”*.

Este tipo de comentarios se dan en la atención primaria y los centros hospitalarios. Al hacer este tipo de “educación”, algunos médicos/as ya sienten que cumplen con los otros conceptos que aprendieron paralelo a “biopsicosocial”, como promoción de salud, educación en salud, etc. Pero, aparte de ser simples indicaciones sobre hábitos y estilo de vida, no hay una visión más amplia, no hay una intención de comprender la globalidad de los procesos, la determinación social de la SEAC.

Ejemplo de esto es desconocer el contexto histórico de las comunidades, circunscrito en siglos de colonialismo, cuyo legado aún perdura con el abuso y la violencia sobre los pueblos originarios, la existencia de un sistema patriarcal y un modelo económico neoliberal, que relega a Latinoamérica a un rol fundamentalmente extractivo, como fuente de materias primas, con una agroindustria centrada en la maximización de ganancias y el uso de tecnologías químicas tóxicas o el abuso del agua para lograrlo; sin una mínima intensión de consideración de la salud de las y los habitantes de los territorios.

Jaime Breilh describe cómo es que la ciencia epidemiológica lineal descriptiva es insuficiente para abordar de forma resolutive los problemas de salud a gran escala, y solo son suficientes para establecer descripciones basadas en factores de riesgo o establecer modelos

predictivos (Breilh, 2003), sin contextualizar de una forma metanalítica de las verdaderas raíces de las problemáticas de salud (Breilh, 2022).

Como ejemplo de lo anterior, se puede mencionar una investigación realizada en Estados Unidos sobre las causas de la obesidad durante el siglo pasado, y cómo la epidemiología cartesiana, en aquellos años y en adelante, se redujo a describir factores de riesgo y plantear hipótesis respecto a causas como por ejemplo una mayor predisposición genética, el tabaquismo, la obesidad materna. Con una gran precisión del cálculo de los factores de riesgo, pero sin una consistencia lógica real que explique por qué tanta gente en el mismo período comenzó a sufrir obesidad, con un cambio significativo en la curva de la prevalencia durante los años 70 (Rodger et al., 2018). Los autores mencionan como hipótesis plausible la modificación de las leyes agrícolas durante esa década, que condujeron a un rápido aumento en la producción de alimentos y, por lo tanto, a un aumento en el tamaño de las porciones de alimentos, el mercadeo acelerado, disponibilidad y accesibilidad de alimentos densos en energía; y la introducción generalizada de agentes edulcorantes baratos y potentes, como el jarabe de maíz con alto contenido de fructosa, que se propagó en el sistema alimentario y afectó a toda la población simultáneamente. Los autores reconocen que esto no puede explicar el fenómeno en otros países, pero sí debe ser considerado para este contexto específico (Rodgers et al., 2018).

Este tipo de análisis va de la mano de la cultura hegemónica en las escuelas de medicina. Es mucho más fácil para el neoliberalismo que las y los profesionales de la salud se predispongan a considerar el desarrollo de patologías en las y los usuarios/as como un fenómeno que involucra, de forma fundamental, el ejercicio de la libertad individual (Elige vivir sano). Consideración que nace como consecuencia de ver la salud desde los determinantes sociales y no desde la determinación social (Verzeñassi, 2020; Morales-Borrero et al., 2013), que nos llevaría a encontrar dispositivos patogénicos estructurales que actúan en sinergia: el colonialismo con su jerarquización impuesta pero naturalizada sobre los humanos, saberes, lugares y subjetividades; el capitalismo con la mercantilización a ultranza de la vida; la democracia ficticia, como un secuestro del Estado por parte de los grandes capitales, y el patriarcado. Todas estas profundas y complejas determinaciones quedan fuera del marco de determinantes sociales de la OMS.

Por lo anterior, no es raro encontrarnos en los espacios de confianza con personas de las carreras de la salud, comentarios peyorativos o que reafirman el punto anterior, del tipo: “ellos se lo buscaron, quién le manda a comer pan todo el día”, y acto seguido, algún comentario redentor como “ya, pero, el contexto, es parte de la cultura chilena tener el pan en la mesa todo el día, la gente no acostumbra a comer otra cosa, los salarios no dan para más. Hay que seguir educando para que coman más legumbres, en Asia se come mucha más verdura.” Allí concluye el proceso de análisis en los espacios comunes, sin más trasfondo, sin complejizar, sin allegar conclusiones que nos lleven a producir efectos reales sobre la población y no solo relegar la labor a la “educación” para que la gente haga ejercicio de “la libertad” con la mayor información posible, y así expiar de forma más fácil la responsabilidad del sistema, de la determinación social, y mantenerla en los usuarios y usuarias.

En nuestra realidad local, Valle del Aconcagua, se viven las consecuencias de todos estos problemas ligados a los dispositivos patogénicos estructurales mencionados previamente, al igual que el resto de Latinoamérica. Una de las formas de manifestación del capitalismo son los procesos extractivistas: la minería y la agricultura. Ambos con fuerte impacto (y de larga data) (Ciudad y Moyano, 1988) en la biología de las y los integrantes de nuestras comunidades, ya sea por la exposición a pesticidas, los minerales pesados excretados por la minería y los conflictos que existen con esta última por el agua entre las grandes empresas y las comunidades, entre muchos otros (Vega, 2015). Particularmente se ha descrito la asociación de los agrotóxicos con cáncer, leucemia, Parkinson, asma, trastornos neuropsicológicos y cognitivos, entre otros (González, 2019).

Y más allá de las consecuencias biológicas, el modelo extractivista conlleva a la pérdida de la diversidad biológica, la disminución de las propiedades nutritivas de los alimentos, la homogeneización de los modos de alimentación y la intoxicación de los alimentos con químicos y antibióticos. (Verzeñassi, 2020)

Todos estos fenómenos, con importante presencia y desarrollo actualmente en nuestro territorio, están modelando la forma en la que se vive la SEAC en nuestras comunidades. Se vuelve imperativo desarrollar investigación para describir de forma integral estos procesos, en conjunto con las comunidades.

En nuestra escuela de medicina, campus San Felipe, la formación mantiene un enfoque reduccionista, exclusivo a pesticidas, siguiendo el esquema descrito previamente: centrado en las patologías, ya sean las intoxicaciones agudas, o las enfermedades asociadas a los agrotóxicos, sin ir más allá en el análisis de las causas de las causas, de las determinaciones sociales en los contextos particulares. Esto limita la capacidad analítica sobre el asunto de quienes nos formamos en la escuela, perpetuando la formación asistencialista, sostenida en una tendencia a no complejizar estas realidades, en donde no se consideran los factores dinámicos, las determinaciones socio históricas.

Secundario a esta predisposición, la comunidad estudiantil local se encuentra en una fuerte inercia, sin una fuerza que la mueva en dirección a los trabajos transformadores, y un marco conceptual que la acelere.

Frente a este panorama, la presencia de la salud colectiva y el marco teórico de determinación social de la SEAC, en la formación se muestra como una alternativa necesaria que nos permita producir investigación útil para las comunidades, gestionar trabajo con estas en los territorios, y difundir / generar posturas de empoderamiento hacia estos asuntos.

Conclusiones

Se vuelve fundamental la integración transversal de la salud colectiva y la determinación social a las asignaturas impartidas en nuestro campus. E idealmente llevarlo más allá, a la difusión activa, a la generación de grupos de trabajo y la integración a las redes académicas latinoamericanas con este enfoque.

La presencia de la determinación social de forma transversal en la carrera podría proveer los instrumentos analíticos para abordar las problemáticas que aquejan a nuestras comunidades. Se pudiese suponer que tal vez exista un trabajo continuo desde el pregrado que siga desarrollándose posteriormente al egreso, desde los espacios laborales de salud, principalmente desde la APS, promoviendo la emancipación en salud.

Del mismo modo, la actitud de empoderamiento que conlleva pensar de esta forma y la inspiración que causa escuchar a académicos que inviten a este pensamiento, puede suponerse que estimulará aún más a los y las estudiantes a intentar participar de los procesos de cambio que pudiesen estar gestándose en las comunidades. Aportando un marco conceptual objetivo desde la educación científica, pero no desde la ignorancia estratégica que conviene al neoliberalismo, sino desde este pensamiento nuevo que se contraponga a la hegemonía que depreda a la humanidad.

Es bello soñar con un campus San Felipe con estas características, como espacio común para las comunidades de nuestro territorio en su camino a la transformación reivindicadora en búsqueda de autopreservación y la salud plena.

Reconozco que esto nace de una motivación personal que comenzó con los seminarios y las referencias recomendadas y se disparó con mi indagación y profundización respecto a estos asuntos. De la misma forma, reconozco lo subjetivo del proceso y que esta subjetividad es altamente probable que no se desarrolle de forma similar en una importante proporción de otras y otros estudiantes.

Por lo anterior, considero interesante investigar respecto al impacto que genera la educación en salud colectiva a las y los estudiantes, medicina e idealmente otras carreras, del campus San Felipe. En las esferas desarrolladas en el ensayo: análisis global metanalítico, desarrollo de una mayor empatía hacia las y los usuarios, sensibilidad frente a prejuicios que indirectamente promueve apelar a la libertad individual como responsable de los problemas de salud, intensidad de la motivación para participar de procesos de cambio en las comunidades, entre otros.

Referencias

- Breilh, Jaime (2003). Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora E interculturalidad. Lugar Editorial.
- Breilh, Jaime (2022). Ciencia para una sociedad de la vida en el siglo XXI (El pensamiento y la metodología meta-crítica) [Webinar]. II Conferencia Latinoamericana caribeña de pensamiento crítico en salud. https://www.youtube.com/watch?v=v268dC7ZrOo&ab_channel=SaludInternacionalCLACSO
- Ciudad, Claudio y Moyano, Stella (1988). Residuos de pesticidas persistentes en recursos naturales del Valle Aconcagua. Biblioteca Digital INIA. <https://biblioteca.inia.cl/handle/20.500.14001/41406>
- González, Paco (2019, enero). Efecto de los plaguicidas en la salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26823/2/Efecto_de_los_plaguicidas_en_la_Salud.pdf

- Morales-Borrero, Carolina; Borde, Elis; Eslava-Castañeda, Juan y Concha-Sánchez, Sonia (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797-808. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42231751001>
- Parada-Lezcano, Mario; Parrao-Achavar, Felipe; Gurovich-Herrera, Joaquín y Palacios-Saldiva, Joaquín (2022). Percepciones acerca de la formación en atención primaria de estudiantes de medicina: un estudio cualitativo. *Investigación En Educación Médica*, 11(42), 30-41. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.42.21400>
- Rodgers, Anthony; Woodward, Alistair; Swinburn, Boyd y Dietz, William (2018). Prevalence trends tell us what did not precipitate the US obesity epidemic. *The Lancet Public Health*, 3(4), E162- E163. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30021-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30021-5)
- Vega, Stefania (2015). Expansión de Codelco Andina 244: Una amenaza a los Glaciares, el Agua y la Vida del Valle del Aconcagua. *Observatorio Latinoamericano de Conflictos Ambientales*. <https://olca.cl/articulo/nota.php?id=2574>
- Verzeñassi, Daniel. [Salud Internacional CLACSO]. (2 de septiembre 2020). CLASE 3 Diploma FLACSO RD - "Ambiente y Salud Colectiva": Damián Verzeñassi [Archivo de video]. https://www.youtube.com/watch?v=kTiv_hqVQEA&ab_channel=SaludInternacionalCLACSO

Formación de médicos/as de atención primaria en salud: ¿Estamos formando médicos/as desconectados con su comunidad?

Ismael Pérez Villar¹³⁴

RESUMEN

La formación de profesionales médicos/as fue, es y será parte fundamental para el funcionamiento de los sistemas de salud. Desde tiempos antiguos se ha preservado en la docencia de la medicina la figura del binomio maestro – aprendiz, siendo el primero una fuente de gran influencia para el segundo. En nuestro país, la formación de profesionales médicos/as está a cargo de las universidades, la mayoría de las cuales declaran formar médicos/as generalistas que puedan desenvolverse en cualquier escenario y que cumplen con el perfil médico de egreso que proponen instituciones como ASOFAMECH. Sin embargo, el déficit y la escasa presencia de médicos/as nacionales en la atención primaria lleva a pensar que algo está fallando durante este proceso de formación. Considerando que gran parte de las cátedras de los estudiantes de medicina es impartida por especialistas y gran parte de su tiempo de prácticas clínicas se dan en hospitales por sobre otros centros asistenciales, algunos autores plantean que este enfoque hacia la especialización puede estar relacionada con esta falla identificada. En el presente ensayo se expondrán las posibles causas que puedan explicar la razón por la cual los/as profesionales formados/as en universidades chilenas, descartan o presentan poco interés en desenvolverse en la atención primaria, por el contrario, la ven como un paso transitorio necesario para después cursar la especialidad, además se discutirán posibles medidas que se podrían tomar para evitarlo. Por último, se tratará de responder si acaso se están formando médicos/as desconectados/as con la comunidad.

PALABRAS CLAVE

Formación médica, atención primaria, salud comunitaria

134 Interno de Medicina. Campus San Felipe.

Introducción

Salud, enfermedad, atención, cuidados son conceptos inherentes del ser humano que lo acompañan desde el inicio de los tiempos y pueden afectarle de manera individual o grupal. Por lo general, donde hay grupos humanos que puedan ver afectada su salud, debe haber alguna persona encargado/a de velar por dicho ámbito, un/a referente de salud que en ese entonces dependiendo de la cultura, se les llamaba de una forma diferente: Sanadores, Curanderos/as, Chamanes o en un caso más local Machis o Meicas.

A lo largo de la historia, es sabido que la medicina ha ido evolucionando, pasando de explicar las enfermedades desde una perspectiva mística y espiritual a una fundamentada en el raciocinio. Sin embargo, independiente de la latitud o la era, hay un patrón que se repite, que es la presencia del binomio maestro/a – aprendiz. Este binomio es de suma importancia, ya que posibilita transmitir los conocimientos de generación en generación, permitiendo a su vez la formación de médicos/as que, debido al carácter dinámico de las nuevas informaciones y tecnologías, al igual que sus maestros deberán seleccionar los contenidos que legarán a sus propios estudiantes.

Se ha observado un fenómeno pro – especialización en la formación de pregrado de los estudiantes medicina, dando mayor tiempo a la enseñanza de detalles que son más propios de especialidad que de la medicina general. Desde el punto de vista de las prácticas ocurre una situación similar, ya que los/as estudiantes poseen una carga mayor de prácticas clínicas en centros hospitalarios de atención secundaria o terciaria, alejándolos de la realidad de la atención primaria en salud (APS).

Entonces ¿Qué pasa cuando la formación de estos futuros/as profesionales está desconectada de las necesidades y/o recursos de la población que tendrán que atender? ¿Quiénes son los responsables de esta situación? ¿Quiénes se verán mayormente afectados?

En este trabajo, haremos un breve repaso por la historia de la formación médica hasta nuestros días para entender su funcionamiento, analizaremos los alcances de la APS, buscaremos la falencia en la formación de futuros/as profesionales que se desarrollarán en APS y también compararemos con otros países.

Para ello, se consultó bibliografía de diversos autores que aportan diversos puntos de vista al tema en discusión. Por otro lado, es de suma relevancia reflexionar en torno a este tema, puesto que se necesita que los profesionales de salud que lleguen a la APS deben estar familiarizados con ella y la futura población que atenderán.

Desarrollo

Historia de la medicina y la enseñanza de esta

La medicina no siempre ha sido así como se le conoce actualmente. Antiguamente la capacidad y responsabilidad de sanar y aliviar los males recaía en personas que tenían relación con el área espiritual y la fe / magia presente en los grupos humanos. Si bien algunas

de sus prácticas tenían una base científica, otras se apoyaban en elementos religiosos y esotéricos que no podían ser explicadas sin recurrir a lo místico. Es por ello por lo que queda preguntarse ¿En qué momento de la historia comienza la medicina actual y su enseñanza?

A pesar de las diversas investigaciones históricas, es difícil fijar una fecha exacta en la que se pueda hablar del primer médico, sin embargo, Diana Díaz (2011), entrega una visión sucinta de la enseñanza de la medicina a lo largo de la historia desde el antiguo imperio egipcio hasta el siglo XVII. Refiere que los historiadores coinciden que tanto la medicina como su enseñanza empezó en el antiguo Egipto hacia tres mil años antes de Cristo. Esta enseñanza fue por medio de signos pictográficos y luego con el uso de papiros en los cuales se describían los pilares básicos de una buena atención médica y se hacía descripción detallada del tipo de lesión o enfermedad.

Debemos avanzar muchos años en la historia hasta llegar al siglo V antes de Cristo, para encontrarnos con el siguiente gran hito de la medicina con Hipócrates “padre de la medicina científica” con su escuela de medicina en Cos (Grecia). Hacia fines de dicho ya se habían formado y adquirido gran prestigio varias escuelas médicas y esto se debe a que tal como refiere Gadamer (citado en López, 1986), “Y es que el médico deja de adoptar la figura de curandero, rodeado del misterio de sus poderes mágicos, para pasar a ser un hombre de ciencia”. Para entonces, ya no servían tanto las viejas explicaciones mágico-religiosas sobre la enfermedad y la curación.

Se avanza nuevamente hasta detenernos en el renacimiento, en donde ya tenemos constituidas la figuras de las universidades como instituciones encargadas de educar y formar profesionales de salud. Romero et al. en su texto (2006) “La enseñanza de la Medicina en la Universidad de Bolonia en el Renacimiento”, refiere que las universidades italianas fueron herederas de la tradición médica medieval que se basaba en la medicina grecolatina y árabe de Hipócrates, Galeno y Avicena y, por lo tanto, se impartían conocimientos sobre medicina teórica, medicina práctica, cirugía, medicina clínica y botánica en un periodo de 4 años (Romero et al., 2006). Siendo el ejemplo más cercano que tenemos a la formación actual de estudiantes de medicina.

Con los ejemplos anteriores, podemos apreciar que desde épocas antiguas y desde que la medicina se ha entendido como una ciencia, se ha buscado enseñarla para permitir el traspaso de conocimiento entre maestros y estudiantes, sin embargo, en vez de hacerse de manera testimonial, se ha buscado dejar plasmado su conocimiento en registros gráficos y de forma instructiva para así formar nuevos referentes de salud en dicha área, con el tiempo, esta enseñanza se ha ido formalizando, surgiendo escuelas específicas del área como en el caso de la Escuela en Cos, hasta implementar un plan de estudios como es el caso de las universidades italianas del renacimiento.

Atención Primaria en Salud

Se entiende por Atención Primaria en Salud como el lugar de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, por medio de la atención ambulatoria

y a través de cualquiera de sus establecimientos ya sean Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Servicio de atención primaria de urgencia de alta resolución (SAR), Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicio de Urgencia Rural (SUR), Postas Rurales, etc.

A nivel global, la APS es reconocida como el enfoque al que deberían orientarse los sistemas de salud, puesto que se ha visto que los países con APS sólidas muestran mejores resultados en cuanto al costo – beneficio, en comparación con aquellos que tienen una red más débil (Starfield Barbara et al., 2005; OMS, 2008).

¿Y qué ocurre en Chile? Sabemos que nuestro sistema de salud se define como un Sistema basado en Atención Primaria, y se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad (Parada, 2021). La idea es que la atención primaria como primer acercamiento a la comunidad sea capaz de promover, prevenir, pesquisar y manejar las necesidades de la población de manera oportuna y eficaz, para cumplir con el modelo de atención integral con enfoque familiar que se aspira a lograr.

Para ello, es necesario contar con profesionales de salud capacitados para dicha tarea. Los encargados de esta formación son las instituciones de educación superior, quienes son los encargados de formar estos futuros profesionales de la salud, si bien hay algunas diferencias entre casas de estudios, por lo general el perfil de egreso es similar, esto se puede constatar en el informe de ASOFAMECH: Perfil Egresado de medicina, en donde enumera las diferentes características que debe tener un médico general egresado de las universidades chilenas, tales como (ASOFAMECH, 2015):

“Sólida formación científica, clínica, ética y humanista, consciente de su rol y compromiso con la sociedad en la que esta inserto. Que actúa con profesionalismo, aplicando principios éticos y logrando una comunicación efectiva en su ejercicio profesional, que se desempeña con excelencia en diferentes contextos clínicos incluida la atención primaria, resolviendo patologías prevalentes y urgencias no derivables, y derivando a otro nivel de atención cuando se requiere, que realice acciones orientadas a la prevención, promoción y rehabilitación, considerando los determinantes sociales de la salud, capacitando para trabajar en equipos interdisciplinarios, integrándose de forma efectiva al trabajo en el sistema de salud chileno, en coherencia con el marco legal vigente, reflexivo, con capacidad de autorregulación, autocuidado, aprendizaje continuo y adaptación a los cambios, que utiliza en la práctica médica, la mejor evidencia científica disponible, analizándola críticamente, y tomando decisiones considerando su juicio clínico, el contexto y las preferencias del pacientes”.

Formación médica y la APS

Entonces, si tanto la OMS como el sistema de salud chileno, señalan los beneficios de la APS ¿Por qué en Chile hay tan poco interés de parte de los/as médicos/as de ser parte de ella?, para ello, revisaremos dos autores nacionales para explicar este fenómeno.

Joaquín Montero et al. (2009), refiere que la falta de profesionales idóneos en APS tiene relación con la enseñanza de la medicina, puesto que se pesquisa una falta de interés de los médicos/as formados/as en Chile por trabajar en la APS, y enfoca este problema en dos pilares: carencia de políticas de desarrollo del recurso humano y fallas del sistema formador.

Y he aquí un elemento preocupante, ya que, si hay fallas del sistema formador, significa que es una conducta que tácitamente las escuelas han ido perpetuando a lo largo del tiempo, lo que va en desmedro de la formación académica del futuro médico/a.

¿Pero por qué pasa esto? Mario Parada et al. (2016), en la investigación “Educación médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes”¹³⁵, encuentran que en relación al médico/a que Chile necesita, las respuestas fueron orientadas a que el país requiere médicos generales y especialistas, por igual. Si bien se reconoce que la baja disponibilidad y mala distribución de los segundos, impulsa a seguir formando especialistas, hay políticas sanitarias que respaldan la formación de médicos/as generales, a su vez, mencionan que otro de los factores que influye es que la población exige ser atendida por especialistas. Sobre la formación generalista se evidencia una cultura médica transmitida de docentes a estudiantes que dice que “es mejor ser especialista” y se asocia esta situación como el punto de máximo éxito, dejando a la atención generalista solo como un paso de transición. Por otro lado, que las clases sean dictadas por especialistas puede acarrear problemas al centrarse mucho en manejo según el área y dejando de lado las aptitudes generalistas. Esto se puede corroborar con los testimonios obtenidos de estudiantes:

“La visión general de la universidad es que intenta formar médicos generales. Ahora no sé qué tanto se da esa situación, porque en realidad todas las clases las tenemos con médicos especialistas y no hay muchos espacios donde se fomente la visión de médico general, no sé si se cumple mucho el objetivo”

“El perfil que busca la universidad es un médico integral, que sea más que nada empático con la gente, que pueda ayudarlos y que se enfoque a la medicina general más que nada. Tratan de formar médicos generales, bueno..., eso es lo que dicen” (Citado en Parada et al., 2016).

Con respecto a las actividades prácticas se señala que se desarrollan mayoritariamente en hospitales y se pesquisa que las escuelas tienen internados y prácticas de APS hacia el final

135 A través de entrevistas individuales semiestructuradas a agentes claves y entrevistas grupales a estudiantes de medicina, consiguió agrupar las respuestas en 4 categorías: el médico que Chile necesita, formación generalista, actividades prácticas y orientación hacia el trabajo en APS.

de la formación, de manera esporádica y a veces voluntaria. En este análisis se señala que hay una tendencia actual de una enseñanza médica hecha por especialistas, lo que afecta negativamente a las decisiones para optar por enfoques generalistas del ejercicio profesional y sugiere que las escuelas de medicina no están formando médico/as para el ejercicio preferente de APS sino una especie de profesional totipotencial que pueda diferenciarse en cualquier especialidad a futuro (Parada et al., 2016).

Esto genera la sensación, de que gran parte de los médicos egresados no quiere estar en la atención primaria, lo hacen porque es un paso transitorio, lo que genera esta desconexión inicial del médico/a con la población, esto debido a la poca experiencia en dicha área, solo se limita a cumplir con los objetivos en el tiempo estipulado para así poder completar los requisitos de un médico EDF¹³⁶ o en su defecto completar puntos para otros concursos ministeriales para la especialización.

APS y formación médica en otros países latinoamericanos

Ya vimos el caso de Chile, pero ¿Esto solo sucede aquí o se ve en otros países? para ello revisaremos la realidad de Brasil, Argentina y Cuba.

En Brasil, Peixoto y Assis (2022) en su texto “Evaluación de la formación médica en atención primaria de salud en una Universidad de Bahía/ Brasil”, señala un consenso sobre el precario vínculo entre el/la médico/a dle Equipo de Salud de la Familia (EqSF) y las Prácticas para la Integración de Educación, Servicio y Comunidad (PIESC), debido a que la mayoría presentan carencias del perfil actual sobre APS, y de igual manera, la dificultad para compatibilizar las agendas, la falta de espacio físico en las Unidades de Salud de la Familia (USF), la alta rotación de médicos/as y la inexistencia de políticas públicas que los motive a trabajar con los estudiantes.

En Argentina, María del Carmen Gayol et al. (2011), buscando contrastar la realidad realiza un trabajo de opinión, que mediante un conjunto de reflexiones argumentativas y de propuestas derivadas de ellas de los/as encargados/as de planificación, implementación y/o evaluación de currículos médicos orientadas hacia la APS, menciona que Argentina se encuentra en una situación similar a Chile, puesto que se refleja un escaso registro de médicos/as generales orientados/as hacia la APS, al menos en el Colegio Médico de la provincia de Santa Fe, comparados con el de las restantes especialidades.

En Cuba, Vela Valdés en su tesis “Formación de médicos para los servicios de salud en cuba 1959-2014”, muestra la articulación e integración de los sistemas educativos y de salud que existe en dicho país. No se concibe la educación médica separada de la práctica y por ende la formación transcurre en los escenarios reales, donde se desarrolla el proceso de salud enfermedad, fundamentalmente en los escenarios de la APS (Vela Valdés, 2016). Esto se ve reafirmado ya que la APS es la base del sistema nacional de salud, con acceso universal y cuidado de los individuos, sus familias y la comunidad (Di Fabio et al., 2020).

136 “En etapa de formación”, los conocidos como Médicos Generales de Zona.

Análisis Crítico

La medicina y su enseñanza comparten una relación que data de tiempos antiguos, basados en el binomio maestro – aprendiz, el cual se ha perpetuado hasta los tiempos actuales, si bien la forma de enseñar y el número de estudiantes ha ido cambiando a través del tiempo, se evidencia una intención formadora y de gran influencia del profesor al estudiante.

Los nuevos estudios y nuevas tecnologías han permitido un cambio entre la antigua forma de hacer medicina, donde un médico se hacía cargo de todo, a la forma actual donde se instauran distintas estrategias y se forman profesionales según los requisitos de cada población.

En Chile, desde hace algún tiempo, se ha optado por una atención integradora con enfoque familiar, y para ello la atención primaria se ha vuelto de gran relevancia ya que actúa como puerta de entrada a todo el sistema de salud. Para su funcionamiento es esencial contar con profesionales capacitados para su buen funcionamiento. Aquí las universidades toman un rol protagónico en la conformación de sus planes de estudio y guía al futuro profesional para ejercer el día de mañana.

Sin embargo, se ha evidenciado que hay poco interés de los/as médicos/as formados/as en el país para ejercer en la APS y una de sus causas es la formación recibida en sus casas estudio. No se están formando médicos/as con enfoque hacia la atención primaria de salud y esto tiene directa relación con la influencia que tiene el binomio, profesor especialista – estudiante. En base a los datos revisados, que, aunque las universidades declaren querer formar médicos/as generalistas, el tener a especialistas dictando las cátedras y orientar las prácticas a hospital por sobre centros de menor complejidad, transmite el mensaje contrario, dejando de lado la importancia que tiene para un/a estudiante de medicina aprender y desempeñarse en APS. Es por esto que es importante que se generen políticas públicas que velen por una formación médica que pueda responder a las necesidades de la población. En mi experiencia personal como estudiante de la salud, gran porcentaje de mis clases han sido impartidas por médicos especialistas y gran parte de mi formación clínica ha sido en hospitales por sobre los CESFAM.

Ahora, si comparamos este escenario, con otros países latinoamericanos, podemos percatarnos que no es solo un problema local, puesto que países como Argentina presentan la misma problemática de tener escasos funcionarios orientados a la atención primaria versus especialistas. Brasil por su parte, también evidencia carencias en el perfil para actuar sobre APS. Por otro lado, el caso de Cuba debe ser analizado, considerando su contexto político, puesto que este país a raíz de la revolución de la década del 50 pudo realizar los cambios que le han permitido tener una buena red de atención enfocada en la APS, sin embargo, hay que considerar que los sistemas de salud de ambos son completamente diferentes ya que el cubano es un sistema de carácter nacional y el chileno aún mantiene su sistema mixto.

Conclusión

La formación médica es un elemento esencial para el funcionamiento de cualquier sistema de salud, en nuestro caso, se ha evidenciado una falencia en la formación de médicos/as generales con enfoque hacia la atención primaria en salud, puesto que se le da más importancia al enfoque de especialidad, lo que se ve reflejado con la típica pregunta que le realizan al estudiante de medicina promedio “¿En qué te quieres especializar? Esta falencia debiese ser corregida lo antes posible puesto que cada año egresan más estudiantes descartando la atención primaria o participando en ella solo como un paso transitorio.

La atención primaria en salud, por su parte requiere de profesionales capacitados, en Chile los encargados de su formación son las universidades, las cuales, si bien declaran tener la intención de formar médicos generalistas, no hacen mayor esfuerzo para corroborar que eso se cumpla, por lo que les queda de tarea encontrar los mecanismos propicios para cumplir con lo declarado.

Si bien, nuestra situación es similar al de otros países de la región, esto no debe ser motivo de conformismo, sino que un alentador para generar las reflexiones y acciones respectivas para solucionar dicha situación, para ello es de fundamental importancia que las casas de estudio escuchen a sus estudiantes egresados para que puedan realizar los ajustes necesarios en las mallas curriculares y no seguir perpetuando esta dinámica.

En el caso de la atención primaria en Cuba, tiene una consideración especial, puesto que producto de los cambios generados en su momento, posee un sistema nacional de salud único que permitió el fortalecimiento de la APS por medio su programa de atención primaria orientada en la comunidad (APOC). Considerando que nos encontramos próximos a la votación de una nueva constitución que aboga por un sistema de salud universal. Podrían estudiarse que elementos propios del sistema de salud cubano se podrían replicar para fortalecer la nuestra ya sea en el área de formación y/o instauración.

En el título de este ensayo se plantea la pregunta si es que estamos formando médicos desconectados con su población, en vista de los temas revisados, podemos responder parcialmente que sí, puesto que, si comparamos su formación en centros secundarios o terciario tienen proporcionalmente una aproximación menor a la atención primaria, lo que les significaría un inicio más complicado si es que debe atender en esta área. Sin embargo, si se realizan esfuerzos mancomunados desde las políticas públicas, las casas de estudio, los/as médicos/as docentes y por supuesto los/as futuros/as médicos/as.

Referencias

- ASOFAMECH (2015). Informe Final Comisión Perfil Egresado de Medicina. https://drive.google.com/file/d/1HXr_sZFjsdJu4dia0bR3gdBLJZZtYfjc/view
- Di Fabio, José: Gofin, Rosa y Gofin, Jaime (2020). Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Revista Cubana de Salud Pública, 46 (2) e2193. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v46n2/1561-3127-rcsp-46-02-e2193.pdf>

- Díaz, Diana (2011). Una visión sucinta de la enseñanza de la medicina a lo largo de la historia: I. Desde el Antiguo Imperio Egipcio hasta el siglo XVII. *Iatreia*, 24(1), ág-90.
- Gayol, María; Tarrés, María y D'Ottavio, Alberto (2011). Currículos médicos orientados hacia la atención primaria de la salud. Reflexiones y propuestas desde la realidad Argentina actual. *Actual. Med.* (2011) Vol. 96/2011/nº784 · Septiembre / Diciembre 2011 · Pág.036 – 040. https://actualidadmedica.es/wp-content/uploads/784/pdf/05_docencia.pdf
- López, Juan (1986). Hipócrates y los escritos hipocráticos: origen de la medicina científica. *Epos: Revista de filología*, (2), 157. <https://doi.org/10.5944/epos.2.1986.9454>
- Montero, Joaquín; Rojas, Paulina; Castel, Josette; Muñoz, Mónica; Brunner, Astrid; Sáez, Yuvitza y Scharager, Judith (2009). Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile. *Revista médica de Chile*, 137(12), 1561-1568. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n12/art03.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza: OMS; 2008.
- Parada-Lezcano, Mario (Ed.) (2021). *Gestión en Salud en Chile. Miradas desde las y los estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso*. Valparaíso: Autoedición. <https://bibliotecadigitalodilo.uv.cl/info/00776217>
- Parada-Lezcano, Mario, Romero, María Inés y Moraga Cortés, Fabián (2016). Educación médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. *Revista médica de Chile*, 144(8), 1059-1066. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n8/art14.pdf>
- Peixoto, Marcelo y Assis, Marluce (2022). Formación Médica en la Atención Primaria de Salud en una carrera de medicina de Bahía/Brasil. *Educación Médica Superior*, 36(1). <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/2468/1346>
- Romero, Andrés; Moreno-Rojas, Juan; Soto-Miranda, Miguel; Ponce-Landín, Francisco; Hernández, Daniel y Ramírez-Bollas, Julio (2006). La enseñanza de la Medicina en la Universidad de Bolonia en el Renacimiento. *Revista de investigación clínica*, 58(2). 170-176. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000200010
- Starfield, Barbara; Shi, Leiu y Macinko, James (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502. https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2020/04/STARFIELD_et_al-2005-Milbank_Quarterly.pdf
- Vela, Juan (2016). Formación de médicos para los servicios de salud en Cuba 1959–2014. *Educación Médica Superior*. Sociedad cubana de educadores en salud. <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1207>

Compartiendo estrategias para abordar el cambio en la formación profesional en salud¹³⁷

UES por el Territorio¹³⁸

Introducción

UES por el Territorio es un colectivo conformado por profesionales de universidades públicas y privadas de diferentes regiones del país que imparten en Chile carreras del ámbito de la salud y fomentan la participación social y la construcción de conocimientos. Desde abril del 2020, en contexto de inicio de la Pandemia, este grupo se encuentra trabajando colaborativamente con el objetivo de lograr que las Universidades se vinculen con el territorio para formar profesionales y equipos de salud que se inserten en la Atención Primaria de Salud, para aportar con ello, a una mejor salud para Chile.

Nos hemos dado cuenta de que las ideas que surgen en el debate acerca de formar este tipo de profesionales muy frecuentemente no apuntan a la comunidad como socio estratégico, con saberes y experiencias que deben estar en el diálogo con las instituciones, para que todo el acervo cultural y organizacional de un territorio y sus habitantes, sean integrados en los diseños curriculares y se constituyan en co-docentes del proceso de formación de las carreras de pregrado. Por ende, creemos que es necesario desarrollar experiencias de trabajo con los territorios y abordar la salud comunitaria como un requisito del proceso de formación para estudiantes de todas las carreras de salud.

Como colectivo sugerimos reflexionar en torno a las estrategias intersectoriales que apuntan primero, al buen vivir y luego abordar estrategias de intervención sobre las enfermedades ya manifestadas diferenciando las intervenciones preventivas de enfermedades o daños, de la

137 Documento original contiene las ponencias inextenso en anexos.

138 Documento elaborado por: Marisol Barría Iroumé (U de Los Lagos), Báltica Cabieses Valdés (U del Desarrollo), Lucía Castillo Lobos (U de Santiago), Isabel De Ferrari (U Academia de Humanismo Cristiano), Lillian Fernandez Fernandez (U de la Frontera), Karla Mansilla Nilsson (U Austral), Mario Parada-Lezcano (U de Valparaíso), Carolina Reyes Bahamonde (U de Valparaíso), Lídice Tobar Quezada (U Academia de Humanismo Cristiano).

promoción de la salud versus aquellas que dan cuenta de la producción social de la salud en los territorios. En esta línea, se releva la necesidad de establecer modelos y metodologías de trabajo con los territorios que abarquen el encuentro horizontal, humilde, transparente y respetuoso con la comunidad, vale decir con el conocimiento histórico, las prácticas cotidianas de sus habitantes, sus redes de colaboración, así como sus propios saberes compartidos.

La formación de pregrado de carreras de la salud debe evolucionar hacia la incorporación de la complejidad de los procesos biológicos, sociales, culturales y ambientales, incluyendo paradigmas del cuidado, metodologías de trabajo hermenéuticas y participativas, así como contenidos de ética social, comunitaria y de la alteridad. Desde esta vereda, la aproximación ética hacia otro/otra se constituye desde el reconocimiento legítimo del otro u otra. Así, las profesiones de la salud deben incorporar en su aprendizaje dimensiones éticas, epistemológicas y metodológicas desarrolladas, por las ciencias sociales y humanistas para lograr una formación integral de los/as profesionales de la salud.

El colectivo de UES por el Territorio, considera que es un requerimiento del proceso de formación profesional reconocer que el trabajo en salud y cuidados forma parte de los paradigmas de la complejidad y de las ciencias sociales, por lo cual requiere darle valor y sentido al trabajo interdisciplinario e intersectorial. Por ello, es necesario realizar experiencias de trabajo como equipo de salud integrado con otras carreras, por ejemplo, arquitectura, ingeniería, políticas públicas, leyes, etc. y entregar elementos para la integración de visiones promoviendo la reflexión y el pensamiento crítico a partir de las experiencias y debilidades encontradas, tanto en el trabajo en equipo, como en las experiencias de trabajo intersectorial.

Es preciso estar conscientes de que, a pesar de los cambios de mallas y rediseño de perfiles de egreso, el currículum oculto puede continuar ejerciendo su influencia. Por lo mismo, es necesario permanecer siempre vigilantes para que no se convierta en una barrera para la transformación que se quiere lograr.

Para regular la formación de profesionales de la salud de acuerdo con las necesidades del país se requiere de abordar los siguientes aspectos:

- Definición de perfiles de egreso de los/las profesionales de la salud, liderados por la autoridad sanitaria, requeridos para la sociedad del siglo XXI.
- El MINSAL debe ser el ente rector que, en conjunto con el Ministerio de Educación, incorporen los elementos del Modelo Integral en salud con enfoque familiar y comunitario, Atención Primaria y comunidad como requisito en la asignación de campos de práctica a las diferentes casas de estudio.
- Las pruebas habilitantes de profesionales como el EUNACOM, que evalúa perfiles de egresados de las diferentes Universidades chilenas y extranjeras, debe incorporar conocimientos y habilidades sobre la estrategia de APS, los modelos de cuidados, la continuidad de la atención, con análisis los problemas de carga enfermedad y determinantes/determinación social de la salud de las comunidades, etc.

En Chile, la Educación en Ciencias de la Salud (ECS) necesita redefinirse y realizar un cambio hacia la comunidad, formación generalista y enfoque APS. Se debe repensar las bases de la ECS y la planificación curricular en las Escuelas que forman a los/as profesionales de Salud. Varias de nuestras universidades han realizado cambios curriculares, sin embargo, ello no ha sido insuficiente. La estructura universitaria actual propicia la reproducción del modelo profesional “hospitalocéntrico”, curativo y “biologicista”, incentivando estos rasgos en las preferencias del estudiantado.

Objetivos del Seminario:

- Profundizar la reflexión en torno al rol de la formación profesional que incorpore los determinantes que influyen la calidad de vida en los territorios.
- Presentar resultados del taller “Compartiendo estrategias para abordar el cambio en la formación profesional en salud” realizado el 2 de julio, 2022

Asistentes:

- Estudiantes y académicos/as de las universidades participantes.
- Trabajadores/trabajadoras de APS.
- Miembros de Organizaciones de la sociedad civil involucradas en la atención primaria (Ancosalud, CAR de Seremi)
- Miembros de Consejos Locales de salud
- Decanos de Facultades de Ciencias de la salud y directores/as de las carreras de salud de las universidades con académicos/as en UES por el Territorio.
- Integrantes del Comisión Nacional para la Universalización de la Atención Primaria y del Consejo Nacional para la Universalización de la Atención Primaria.
- Representante de DIPOL y DIGEDEP de MINSAL.
- Representante de la Comisión de Salud de la Asociación Chilena de Municipalidades.
- Representante del Departamento de Educación Superior del MINEDUC.

UES por el territorio hace un llamado a la acción de todos los/as actores interesados/as en ser parte de esta transformación.

Existe la convicción de que se requiere un fuerte cambio en la enseñanza de las ciencias de la salud, a pesar de que varias universidades han realizado cambios curriculares, aún no son suficientes.

Se sigue formando para la enfermedad y no para la salud, para los hospitales y no para la atención primaria, y para individuos y no desde la transdisciplinariedad para la comunidad.

Se espera continuar con este análisis hasta lograr cambios efectivos.

Se invita a sumar en este camino de “Universidades por el Territorio”, ya que se cree que son mayoría quienes desean esta transformación al servicio de la comunidad.

Mesa desafíos de la formación en salud en el territorio

UES por el Territorio propone avanzar en:

- La importancia de desarrollar experiencias de trabajo en territorios y abordar la salud comunitaria para que los estudiantes aprendan a trabajar en equipo con actores comunitarios y sociales.
- La importancia de reflexionar sobre las estrategias intersectoriales, incluyendo la mirada latinoamericana, y migrar hacia una mirada horizontal, respetuosa y humilde en el trabajo con las comunidades.
- Necesidad de incorporar la formación en ciencias sociales para que los estudiantes tengan una mirada más crítica y compleja de la salud, incluyendo los determinantes sociales.
- La importancia de migrar hacia una mirada que ponga en el centro a la comunidad en sus contextos y se proponen metodologías de trabajo participativas y hermenéuticas que consideren la ética comunitaria y social para una formación integral de los equipos de salud.
- En general, se busca dejar atrás el modelo biomédico y avanzar hacia una mirada más holística y centrada en la calidad de vida de las personas.

La mesa fue moderada por María Elisa Quinteros de la U de Talca y contó con la participación de personas con gran experiencia del ámbito académico y territorial:

- Rosa Vergara, Presidenta de la Asociación Nacional de Consejos Locales de Salud (ANCOSALUD)
- Angélica Fuenzalida, Jefa de DIGEDEP del MINSAL
- Luis Astudillo, Alcalde de la Comuna de Pedro Aguirre Cerda, miembro de la Comisión de Salud de la Asociación Chilena de Municipalidades.
- Patricia Contreras, coordinadora división educación universitaria del MINEDUC.

Compartiendo puntos de vista para abordar el cambio en la formación profesional en salud.

- La nueva reforma de salud se enfoca en estructurar un sistema basado en la Atención Primaria de Salud (APS) y en un modelo de salud familiar y comunitario que sea interdisciplinar e interprofesional. Para ello, es necesario que las carreras de la salud incluyan la formación en APS como condición fundamental.
- Es importante abrir conversaciones con las diferentes sociedades para modelar los cambios curriculares desde el Ministerio de Salud (MINSAL), midiendo y evaluando los resultados.

- Además, se debe fortalecer los recursos humanos incluyendo la Atención Primaria (APS) y todas las profesiones de la salud y técnicos. Aún queda pendiente el cambio de mirada del MINSAL hacia la APS y el territorio, y se debe trabajar en la formación y retención de profesionales de la salud, así como en el compromiso de trabajo conjunto con el Ministerio de Educación (MINEDUC).
- Es necesario desarrollar el tema de Campos Clínicos en APS y cambiar el paradigma de los directivos hacia metas centradas en la APS y enfoque de derechos.
- Para mejorar la situación actual de la salud, se requiere una participación más activa en políticas públicas y acciones en este ámbito. Para ello, se debe mejorar la formación de los profesionales de la salud, con especial énfasis en la docencia en territorios desde los primeros años y el conocimiento de la población.
- Además, se debe revertir el maltrato a los/as usuarios/as, mejorando la información, empatía, respeto y solidaridad de los funcionarios con los usuarios.
- Es necesario mejorar la planificación y coordinación con el territorio y el intersector.
- También es fundamental garantizar el derecho a la salud y avanzar hacia un sistema único de salud, y esto requiere un cambio de paradigma y cultural en el enfoque de la salud.
- La participación vinculante de la comunidad en la gestión de la Atención Primaria de Salud es crucial para lograr una atención más integral y efectiva en salud.
- Se destaca la importancia de la formación como herramienta fundamental para apoyar el desarrollo de las comunidades y territorios. Para ello, se deben generar estrategias que promuevan el trabajo colaborativo, interdisciplinario e interprofesional.
- Además, se deben considerar ejes educativos como la igualdad de género, el reconocimiento de la interculturalidad y el fortalecimiento de la estrategia de desarrollo territorial.
- Es fundamental focalizar la formación en Atención Primaria de Salud, trabajando en conjunto con diferentes actores para lograr una atención más efectiva y equitativa en salud.

Mesa formación integral en el territorio: oportunidades

UES por el Territorio propone avanzar en un diseño de currículum que:

- a) Incorpore la inserción territorial de estudiantes y de la comunidad universitaria, con enfoque ético, epistemológico y metodológicos.
- b) Integre el enfoque del paradigma de la complejidad que da cuenta de análisis y procesos integradores de diferentes disciplinas, propiciando el encuentro de saberes y la expresión de las diversidades, sociales, culturales, de género y la ética de la alteridad.
- c) Aporte al rol profesional la visión de un actor que forma parte una sociedad diversa que comprende el potencial del encuentro de saberes y el valor del cuidado de los seres vivos y de todo el ecosistema.

- d) Incorpore los enfoques de la determinación social de la salud, aplicación de metodologías de trabajo participativas y la relación de diálogo permanente con las organizaciones sociales.
- e) Asume la declaración universal de los derechos humanos y comprometida por el Estado y que considera la salud como un Derecho Humano fundamental que es una condición para el ejercicio de derechos humanos.

La mesa fue moderada por Isabel De Ferrari de la Universidad de las Américas (UDLA) y contó con la participación de personas con gran experiencia del ámbito académico y territorial:

- Dra. Elisa Loncon, Académica de la Universidad de Santiago (USACH). Expresidenta de la Convención Constitucional.
- Carla Lagos Hidalgo, estudiante de Tecnología Médica de la Universidad de la Frontera (UFRO).
- Gianina Letelier, Profesional del CESFAM Carlos Lorca de la comuna de El Bosque.
- Antonio Orellana, Médico, Presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso (UV).

Tópicos Principales Presentados y Debatidos

Interculturalidad, interdisciplina e inserción territorial en los modelos de formación de profesionales de la Salud. El desafío de la formación para implementar salud intercultural.

Premisas:

- a) Reconocer que el mundo es diverso. Hay diversidad de culturas, lenguas, prácticas, concepciones diferentes de mundo.
- b) Existen diversos sistemas médicos, hay concepciones diferentes sobre salud, enfermedad, modos distintos de sanar; visión del buen vivir de los pueblos indígenas.
- c) También se asume que un solo sistema médico no es suficiente para atender las demandas de salud de toda una población, más aún cuando existen otras concepciones sobre salud y enfermedad y de cómo se lleva a cabo la sanación.
- d) La biomedicina asociada a lo científico y tecnológico se ha relacionado de manera hegemónica frente a los otros sistemas médicos y tiene resistencia a la medicina tradicional: teórica, epistémica y práctica (mal de ojo, empacho, susto).

Como elemento constitutivo e ineludible de su misión, las universidades del Estado deben asumir con vocación de excelencia la formación de personas con espíritu crítico y reflexivo, que promuevan el diálogo racional y la tolerancia, y que contribuyan a forjar una ciudadanía inspirada en valores éticos, democráticos, cívicos y de solidaridad social, respetuosa de los pueblos originarios y del medio ambiente.

Avances:

- Incorporación de la medicina intercultural en Constituciones de países como Ecuador, Bolivia y México.
- Salud Intercultural fue propuesto en la Nueva Constitución de la Convención Constitucional de Chile. Pese al rechazo es demanda de los pueblos originarios.
- Hay programas académicos en algunas universidades: Diplomados de salud intercultural. Universidad Intercultural del Estado de México, Licenciatura En Salud Intercultural, Diplomatura el Salud e interculturalidad. Escuela de Salud Pública y Ambiente. Ciencias Médica. Universidad Nacional de Córdoba.
- Presencia de universidades Interculturales. Marco teóricos sobre pluralismo epistémico; profesionales indígenas involucrados en la materia.

¿Cómo avanzamos en la necesaria inserción territorial, en el desarrollo de experiencias de interdisciplinariedad e interculturalidad en los modelos de formación en las ciencias de la salud?

- Generar procesos de reflexión continua con los equipos de salud, ya que tenemos muchos profesionales formados en la “vieja escuela”.
- Validar en los futuros profesionales a la comunidad en cada uno de sus roles, saberes y expertiz.
- Mantener procesos de reflexión continua con los activos comunitarios¹³⁹ y equipos de salud.
- Validar la importancia del trabajo coordinado con la APS y todo el intersector municipal, pensar incorporar prácticas multiprofesionales.
- Disminuir el encasillamiento de tareas/roles o acciones a determinados profesionales, importancia de tener en cuenta desde la formación.
- La pandemia es entendida como una oportunidad de resignificar los espacios de trabajo territorial y valorar el vínculo cara a cara entre todos los actores.
- Asegurar tiempos para la docencia y la reflexión.
- Favorecer equipos interdisciplinarios de estudiantes (modelo UDLA) a integrarse en CESFAM con prácticas prolongadas y enfocadas solo en trabajo territorial: continuidad de los procesos.
- Fomentar que las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad sean responsabilidad de todos.

¹³⁹ Hablamos de “activos comunitarios”, son las personas de la comunidad que se integran a actividades de bienestar, aportan, participan desde sus vivencias y experiencias. Nos muestran su vida cotidiana y sus potencialidades para proteger y protegerse, para cuidar y cuidarse.

¿Por qué proponemos que la APS sea centro de docencia para futuros profesionales?

- Entrega posibilidades de comprender la salud desde su amplio concepto.
- Permite comprender a la persona y su contexto familiar.
- Favorece el contacto directo con la población y no solo desde sus enfermedades. Ver a la persona desde amplia mirada y en su contexto
- Hace posible la nueva mirada desde el “bienestar / salutogénesis”.
- Permite visualizar toda la línea de posibilidades de intervención en salud.
- Entrega la oportunidad de desarrollo habilidades de creatividad, intervención ante escenarios diversos (determinación social) con recursos disponibles escasos.

¿Podemos pedirles a los equipos de salud que trabajen juntos si nunca les enseñamos a estudiar juntos?

Debemos orientarnos hacia la definición de políticas de formación de los futuros profesionales de la salud, ya que hoy vivimos una incoherencia al mantener vigente un modelo de formación profesional que se sustenta en la enfermedad y no en la salud, y que se logra por una práctica profesional en los hospitales y especialmente en los hospitales de alta complejidad, alejado de las personas que tienen necesidades que debieran abordarse en la atención primaria.

Esto hace obligatorio el luchar por una coherencia de la política pública de salud y de educación superior. Por esta razón, de alguna manera debemos incidir en el diseño de una política de formación de pregrado de todas las carreras tanto técnicas como profesionales de la salud, así como también incidir en la asignación de campos clínicos, de prácticas profesionales y otros aspectos también relevantes.

Debemos concluir que lo óptimo sería desarrollar experiencias de trabajo con los territorios y abordar la salud comunitaria como requisito del proceso de formación para estudiantes de todas las carreras de la salud. De esta manera, reconocemos que el trabajo en salud forma parte de los paradigmas de la complejidad y de las ciencias sociales, por lo cual requiere darle valor y sentido al trabajo interdisciplinario, ya que ésta va implicar el enriquecimiento de una disciplina con los saberes de otras y contribuye al abordaje de problemas complejos que con el enfoque unitario no sería posible.

Es necesario regular la formación de profesionales de la salud de acuerdo con las necesidades del país y en este sentido debemos preocuparnos de aspectos fundamentales, como son:

- Necesidad de definir los perfiles de egreso de los y las profesionales de la salud que requiere la sociedad actual.

- El ministerio de salud debe jugar un papel importante junto con el Ministerio de Educación donde el modelo integral, con énfasis en la atención primaria y la comunidad debieran ser requisitos fundamentales para el aporte al desarrollo de la educación superior en salud.
- Las pruebas de conocimientos en ciencias de la salud y que son habilitantes como el EUNACOM deben incorporar en un porcentaje importante preguntas sobre conocimientos y habilidades sobre la estrategia de la atención primaria, sobre determinantes sociales de la salud y sobre conocimiento de salud comunitaria

Plenario: Ideas y Compromisos de Futuro

- Dar coherencia a la Política de Formación con la Política Sanitaria para lo cual es esencial, por ejemplo, que los mecanismos de acreditación como los de medición de competencias, estén alineados y apunten en el mismo sentido.
- Incidir en el diseño de una política de formación de pregrado de todas las carreras tanto técnicas como profesionales de la salud, así como también incidir en la asignación de campos de formación y de prácticas profesionales.
- Elaborar perfiles de egreso que se articulen con las profesiones, los territorios, la interculturalidad y otras epistemologías.
- Desarrollar experiencias de trabajo con los territorios y abordar la salud comunitaria como requisito del proceso de formación para estudiantes de todas las carreras de la salud.
- Regular la formación de profesionales de la salud de acuerdo con las necesidades país.
- Definir los perfiles de egreso de los y las profesionales de la salud que requiere la sociedad actual.
- Visibilizar los obstáculos para la formación de pregrado en APS, como por ejemplo la gestión del actual modelo de atención, que obliga a rendimientos que son incompatibles con el desempeño de profesionales docentes.
- Cambiar el actual paradigma investigativo biomédico / positivista y posicionar la creación de conocimiento intercultural a partir de la colaboración con las personas.
- Relevar los incentivos académicos por sobre los incentivos económicos de los centros formadores en APS.
- Relevar al profesional sanitario como una figura con poder que potencialmente puede ejercer violencia y vulneración de los Derechos Humanos.
- Integrar otras disciplinas como la sociología, la psicología, etc., y también el arte en el trabajo comunitario y metodologías como el aprendizaje en servicio.

- Destacar la articulación del Ministerio de Salud y Ministerio de Educación para introducir modificaciones en el proyecto de Ley de campos clínicos como estrategia para facilitar la formación en APS.
- Seducir a los/as estudiantes con el mundo de APS mostrándoles sus ventajas, así como el impacto en la transformación de sus propias comunidades para, de este modo, retribuir a la sociedad.
- Repensar / reimaginar la relación entre el mundo sanitario y el docente. Existe un grado de preocupación desde el Ministerio de Salud dado el alto número de solicitudes de capacidad formadora centralizadas en los establecimientos de alta complejidad y no en la APS.
- Valorar la experiencia de vínculo con la comunidad por sobre el desarrollo de trabajos científicos o actividades similares en los procesos de postulación a becas de especialización.
- Fortalecer la labor social de las universidades estatales.
- Trabajar en conjunto con los trabajadores, la autoridad, la academia y la comunidad.

A stylized illustration in shades of blue and white. It depicts a series of stairs leading upwards. On the stairs, there are silhouettes of people: one jumping with arms raised, another jumping, a child playing with a ball, and a woman walking. In the background, there are wavy lines representing hills or clouds, a utility pole with power lines, a kite flying, and a group of people playing soccer. The overall theme is progress, health, and community.

PARTE V

DESAFÍOS ACTUALES DEL
SISTEMA DE SALUD CHILENO

Análisis crítico del Sistema de Salud Chileno Actual

Mario Parada-Lezcano ¹⁴⁰ y Paula Adones Soto ¹⁴¹

RESUMEN

El ensayo se encarga de actualizar la situación del sistema de salud chileno y de realizar un análisis crítico que también aborde causas y consecuencias. Se realiza en primer lugar una revisión histórica de cómo se ha configurado el sistema de salud, para luego profundizar en la estructuración de este, señalando las falencias en cuánto al acceso y cobertura, financiamiento, las crisis del rol administrador y rector, del financiamiento y la falta de equidad. Se concluye que la falta del reconocimiento de la salud como derecho fundamental por algunos sectores del país, ha permitido el predominio de modelos privatizadores basados en la discriminación y la exclusión por motivos económicos, así como la fragmentación administrativa y financiera, generando una profunda inequidad, exponiendo a los sectores más vulnerables a peores niveles de salud. A pesar de la evidencia científica disponible respecto a las diferencias de salud según nivel socioeconómico, nivel educacional, tipo de aseguramiento e incluso haber diferencias entre los propios niveles de FONASA, seguimos avanzando sin realizar reformas estructurales al sistema de salud, permitiendo que las injusticias en salud sigan ocurriendo.

PALABRAS CLAVES

Sistema de Salud Chile; Inequidad en Salud; Sistema de Salud fragmentado

140 Profesor Titular de la Escuela de Medicina.

141 Médica cirujana de la Universidad de Valparaíso. Médica General de Zona en CESFAM Las Torres de Viña del Mar.

Introducción

El sistema de salud en Chile ha sido un problema de constante debate y análisis en los últimos años. A pesar de diversos esfuerzos, aunque ninguno estructural, sigue existiendo, tanto en la opinión pública como al interior de los/as propios/as funcionarios/as de los sistemas de salud, la percepción de que el sistema de salud no funciona bien, que ha ineficacia, ineficiencia e insatisfacción. Así queda demostrado en el informe Panorama de la Salud 2023 de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), en donde sólo un 39% de los chilenos se siente satisfecho por la disponibilidad de servicios de salud de calidad (OCDE, 2023).

En Chile la protección social se enmarca en un Estado subsidiario, donde las instituciones públicas son reducidas y reconocidas socialmente como de mala calidad y la atención en salud está fuertemente mediada por determinaciones económicas. La capacidad para usar servicios de salud se convierte en un bien de consumo, lo que significa que, más allá de ciertos mínimos de atención, el poder adquisitivo determina el nivel de tratamiento y comodidad que se puede obtener. Además, la salud se sigue pensando desde un enfoque principalmente biomédico, centrado en tratar las enfermedades y no en mantener los más altos niveles de salud a través de la promoción y la prevención. En concordancia con lo anterior se configura un sistema de salud fragmentado e inequitativo, donde conviven sistemas administrados por el Estado (FONASA, Fuerzas Armadas) y sistemas administrados por privados (ISAPRE, Telefón, seguros complementarios, algunos seguros laborales, entre otros). Asimismo, existen prestadores públicos y privados. Es tal el nivel de complejidad y fragmentación del sistema de salud chileno que incluso muchas veces ha resultado “inclasificable” al compararlo con otros sistemas de salud a nivel mundial.

Por otro lado, si abordamos la salud como un derecho, según la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948) se reconoce que todas las personas deben tener un nivel de vida adecuado que asegure su salud y bienestar, como también el derecho a la seguridad social. Según la OMS el derecho a la salud se define como “el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental” (OMS, 2023). En el caso de Chile, la Constitución Política de 1980 aborda en el Artículo 19 el derecho a la protección de la salud: “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo” (Biblioteca Congreso Nacional, 1980). Sin embargo, la OMS plantea al menos cuatro componentes básicos del derecho a la salud: la disponibilidad, el acceso, la aceptabilidad y la calidad (OMS, 2023); si vemos el caso de Chile la constitución sólo se refiere al acceso, sin profundizar en otros aspectos de este derecho.

El presente ensayo tiene como objetivo realizar un análisis crítico del sistema de salud chileno, que incorpore no sólo una descripción de cómo funciona este, sino que también aborde causas y consecuencias. Realizaremos en primer lugar una revisión histórica de cómo se ha configurado el sistema de salud para luego profundizar en la estructuración de este, señalando las falencias en cuánto al acceso y cobertura, financiamiento, crisis del rol administrador y crisis del rol rector.

Desarrollo

Repaso histórico de la salud en Chile: Desde el Seguro Obrero a la crisis de las ISAPRE

A principios del siglo XX en Chile se comienzan a establecer las bases del sistema de seguridad social. En 1924 se crea la Caja de Seguro Obrero, la cual proporcionaba atención médica y pensiones a los obreros y campesinos asalariados, quedando excluidos los funcionarios públicos y empleados particulares. En 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) que estaba diseñado principalmente para obreros y campesinos, manteniendo la exclusión a algunos grupos del país. Ya desde sus inicios se puede sostener que el sistema de salud chileno no cumple con el principio de la universalidad, pues fue diseñado sólo para un grupo de trabajadores. Ahora bien, esto se basa en la idea de mantener a la mano de obra saludable para poder cumplir con su tarea principal, la producción de mercancías y riqueza para el país. Por otro lado, el grupo con mayores ingresos ha tendido históricamente a autoexcluirse de la seguridad social y no solidarizar con el resto de la población¹⁴².

Con la dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet en 1973 y principalmente respaldado por la Constitución y sucesivas leyes en 1980, se va configurando la base del sistema de salud que conocemos hoy. Se introdujo un modelo mixto de seguridad social en salud en el que coexisten un sistema público de tipo contributivo o bismarckiano (Fondo Nacional de Salud - FONASA) y un sistema liberal basado en seguros de salud con fines de lucro (Instituciones de Salud Previsional - ISAPRE) (Castillo et al., 2019; Parada, 2004)¹⁴³. Esto implica que se privatiza la seguridad social abandonando los principios de solidaridad e igualdad, no así el de obligatoriedad, ya que las ISAPRE comercializan planes individuales de salud que se sustentan en el 7% del sueldo de sus afiliados/as (cotización obligatoria por ley).

En 1981 mediante el decreto con fuerza de ley DFL N° 1-3.063, promulgado el año previo, se inicia el proceso de municipalización de la Atención Primaria de Salud (APS), dejando a las/os Alcaldes a cargo de la gestión y administración de la salud primaria (BCN, 1980). Esta descentralización condujo a diferencias en la calidad y acceso a servicios sanitarios dependiendo de la administración local, diferencias injustas que aún perduran.

Estos cambios transformaron profundamente el sistema de salud chileno, introduciendo elementos de mercado y privatización.

Desde los años 90, con la vuelta a la democracia, se realizan varios intentos por fortalecer la APS y disminuir algunas de las grandes brechas existentes, principalmente por los gobiernos de la ex Concertación y Nueva Mayoría. Sin embargo, las inequidades en salud siguen calando hondo en la vida de la mayoría de la población. Es así como, en 2019 con la crisis

142 A lo largo del siglo XX se expande la cobertura de la seguridad social, pero abarcando a una población específica, creando la Previsión de la Defensa Nacional (Capredena) y la Caja de Previsión de Carabineros (Dipreca), que brindaban cobertura a miembros de las Fuerzas Armadas y Carabineros, respectivamente.

143 Asimismo, en la otra esfera de la seguridad social, las pensiones, se crean las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), que va en concordancia también con la privatización de derechos sociales.

social en Chile, también conocida como estallido social, sale a la luz un cuestionamiento a las autoridades, las instituciones del Estado y los partidos políticos, poniendo sobre la mesa múltiples demandas sociales, incluyendo una salud digna y de calidad.

Sin embargo, el ímpetu de justicia social se ve acallado inicialmente por la crisis sanitaria que se desata con la aparición del nuevo coronavirus en 2020 y también por un proceso constituyente cuya propuesta es rechazada en 2022.

La alta demanda asistencial, la falta de camas críticas, la necesidad de un seguimiento epidemiológico fuerte, la sobrecarga o burnout de los equipos de salud, va dejando entrever lo débil que es el sistema de salud ante situaciones de crisis.

Sumado a la anterior en 2023 se desata públicamente la crisis de las ISAPRE, que tiene múltiples precedentes: el dictamen que declara inconstitucionales las tablas de riesgo (Tribunal Constitucional, 2010) y el cambio de dichas tablas a través de la resolución de la Superintendencia de Salud (SIS) (2019). Esto nuevamente abre el debate frente al rol que debe cumplir el Estado en la protección del derecho a la salud.

Funciones generales de todo sistema de salud

Para entender y comparar cualquier sistema de salud en el mundo, es esencial considerar las siguientes cinco funciones clave, que son universales en cualquier contexto sanitario: regulación y rectoría, administración de las políticas públicas, financiamiento, provisión y prestación de servicios de salud.

En primer lugar, la rectoría implica la formulación de políticas públicas que dan dirección y expectativas al sistema de salud. Estas pueden presentarse como leyes o normas constitucionales. La responsabilidad recae en el Estado a través de la autoridad sanitaria, encabezada por el Ministerio de Salud (MINSAL), que descentraliza sus funciones a través de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) y el Instituto de Salud Pública (ISP). A su vez el MINSAL está compuesto por 2 subsecretarías: de Salud Pública y de Redes Asistenciales.

Las políticas públicas deben ser ejecutadas a través de la función de administración realizada por organismos públicos, como los Ministerios, y por privados, como aseguradoras (en el mundo la mayoría son de derecho público, sin fines de lucro). En el caso de Chile, se administra a través de FONASA que es un sistema de seguridad social solidario pues todos los/as individuos/as aportan sus cotizaciones obligatorias (7% de los ingresos mensuales) a un fondo común, que es utilizado según la necesidad de cada persona y de la población en su conjunto. Además, recibe un aporte del Estado a través del subsidio para personas sin ingresos (FONASA "A")¹⁴⁴, financiamiento de campañas sanitarias y pago de otros beneficios.

¹⁴⁴ En FONASA existe una categorización de los/as trabajadores según sus ingresos mensuales, donde en segmento A es el que tiene la categoría de "indigentes" en salud. Hasta septiembre de 2022 esta segmentación servía para definir el % de copago en las prestaciones institucionales: A y B gratuidad, C pagaba el 10% y D un 20%, pero desde esa fecha ha gratuidad para todos los tramos, quedando solo vigente para definir el acceso a la modalidad de libre elección (MLE) el cual esta vetado para las personas del tramo A.



Figura 1. Funciones generales de todo sistema de salud (Parada-Lezcano y Moraga, 2019).

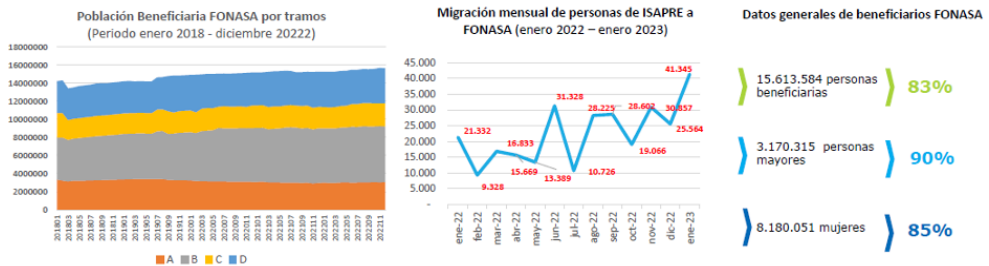


Figura 2. Población beneficiaria de FONASA y migración desde ISAPRE. 2022 - 2023 (Cid, 2024).

FONASA ofrece su atención a través de hospitales públicos y centros de APS, a través de la modalidad de atención institucional (MAI), pero a su vez se puede acceder a prestadores privados con o sin fines de lucro a través de la modalidad de libre elección (MLE) y compra de servicios directa. En FONASA no existe discriminación por edad o sexo, de hecho, la mayoría de niños/as, mujeres y ancianos se encuentran inscritos en este sistema de salud, grupos principalmente discriminados por las ISAPRE. En FONASA, al 2023, se encontraban inscritas 15.6 millones de personas, lo que corresponde a un 83% de la población. Además, aumentó sus beneficiarios en casi 380.000 personas en 2022, un 75% de ellos provinieron de las ISAPRE, siendo notorio el aumento de la migración en los últimos meses (Cid, 2024).

También puede que la función de administración sea de responsabilidad de entidades privadas, como en el caso de ISAPRE, seguros privados con fines de lucro que funcionan en base a planes de salud individuales cuyo valor está determinado en base a los riesgos o preexistencias, cubriendo un 15% de la población (Superintendencia de Salud, 2024). Existen ISAPRE de tipo abierto, que pueden afiliarse a cualquier persona que tenga dinero para contratar un plan; y existen las ISAPRE cerradas (seis), que están dirigidas exclusivamente a los/as empleados/as y sus familiares de determinadas empresas¹⁴⁵.

Existe otro sistema de salud en Chile cubriendo a una pequeña y privilegiada parte de la población, el sistema de las Fuerzas Armadas, financiado de forma tripartita. Los individuos aportan con cotizaciones obligatorias de un 5.5% de su sueldo, aporte menor al realizado por el resto de la población inscrita en FONASA e ISAPRE, y el Estado aporta, por un lado, como empleador, el 1.5% de la cotización obligatoria restante, y, por otro lado, un 1% para un fondo de medicina preventiva¹⁴⁶. Cabe destacar que este sistema no cuenta con fiscalización del MINSAL, sino sólo del Ministerio de Defensa.

Tabla 1. Beneficiarios Sistema ISAPRE 2013 – 2023 (Superintendencia de Salud, 2024)

Año	ISAPRE		Total Sistema
	Abiertas	Cerradas	
2013	3.104.957	101.355	3.206.312
2014	3.211.101	97.826	3.308.927
2015	3.314.427	96.060	3.410.487
2016	3.334.530	93.135	3.427.665
2017	3.302.824	90.838	3.393.662
2018	3.315.906	88.990	3.404.896
2019	3.345.512	85.614	3.431.126
2020	3.255.847	83.379	3.339.226
2021	3.249.997	80.257	3.330.254
2022	3.076.622	75.263	3.151.885
2023	2.715.746	72.511	2.788.257

Fuente: Superintendencia de Salud, 2024.

¹⁴⁵ En este tipo de ISAPRE juegan un rol muy relevante los sindicatos de trabajadores que negocian los planes con beneficios colectivos financiados por los empleadores.

¹⁴⁶ Este fondo, creado en 1936 para financiar la Ley de Medicina Preventiva, existía para todos/as los/as chilenos/as hasta la reforma en dictadura.

De forma complementaria a los sistemas anteriormente descritos, encontramos:

- a) Seguro Laboral: Seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales financiado por los empleadores, establecido por ley desde 1967. Se administra y ejecuta de tres maneras: por seguros privados sin fines de lucro (Mutuales); por el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST) de carácter Estatal y las Administraciones Delegadas para empresas estatales específicas (por ejemplo Codelco)¹⁴⁷.
- b) Teletón: Sistema que da atención a niños, niñas y adolescentes con discapacidad física, para lo cual posee una red propia de establecimientos. Se financia a través de la beneficencia pública, realizando una colecta nacional televisada desde 1978. Si bien Teletón es un sistema de salud privado, no posee fines de lucro. Sin embargo, es sabido que muchas empresas donadoras permiten reducir el pago de impuestos a través de la Ley de Donaciones.

En cuanto a la función de financiamiento, en Chile el Estado aporta a través de impuestos generales, y por otro lado tenemos las personas financian a través de las cotizaciones obligatorias donde cada trabajador formal o informal aporta un 7% de su sueldo, que puede ir dirigido a FONASA o a las ISAPRE. Además, en ISAPRE, existe una cotización adicional obligatoria denominada “prima GES”, destinada a cubrir los gastos de las patologías incorporadas en la Ley de Garantías Explícitas en Salud¹⁴⁸. También, las personas financian con el prepago voluntario en el sector asegurador privado donde existe la posibilidad de sumar cotizaciones que en promedio alcanzan un 4% de los sueldos en todo el sistema. Así, las personas acceden a distintos planes de salud, cuyos precios son determinados por el riesgo individual de enfermar, y donde mientras más dinero se pueda pagar se pueden acceder a más y mejores prestaciones de salud. Las ISAPRE realizan discriminación arbitraria, pues según el estado de salud de la persona, sus preexistencias (patologías previas), sexo y edad (uso de tablas de factores¹⁴⁹) se establecen distintos precios para los planes de salud.

El aporte de las personas al financiamiento más allá de las cotizaciones obligatorias se da a través del gasto de bolsillo, que corresponde al gasto directo que hace cada persona en el copago (en FONASA o ISAPRE¹⁵⁰), el prepago o cotizaciones voluntarias ya sea para acceder a más prestaciones en un plan de ISAPRE o a través de la contratación de seguros voluntarios, y el gasto de bolsillo directo, por ejemplo, al comprar medicamentos, pagar por exámenes, ayudas técnicas, prótesis, entre otros.

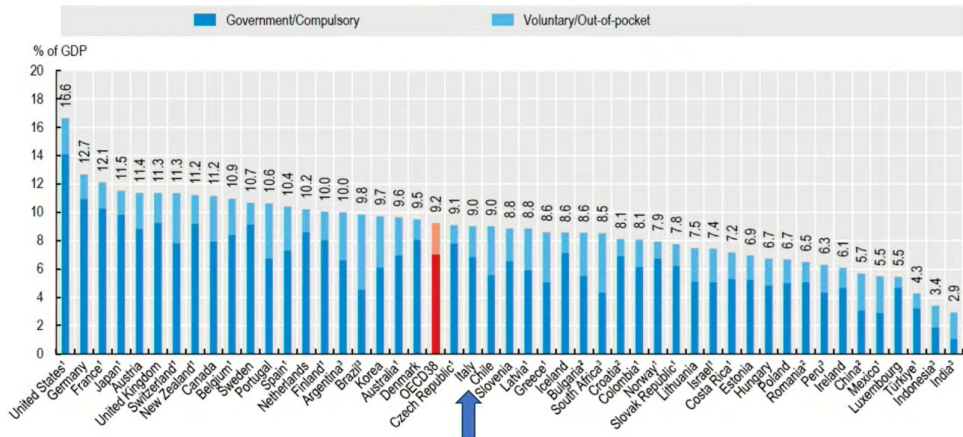
En relación con los seguros de salud complementarios, son seguros privados con fines de lucro que entregan cobertura al gasto que no está cubierto por otra institución previsional o sea dan “protección financiera” respecto del copago. De acuerdo con las últimas cifras conocidas existen más de 11 millones de personas con este tipo de seguros en 2023.

147 Para más detalle ver <https://www.suseso.cl/606/w3-article-18609.html>

148 Esto desde 2005. Se diferencia de FONASA pues en el sistema público la cobertura de las patologías GES se financia con el 7% de la cotización obligatoria.

149 La discriminación por sexo ha sido definitivamente eliminada desde mayo de 2024. Ver detalles más adelante.

150 Todo el gasto realizado por las FFAA y sus beneficiarios no son contabilizados como gasto de salud, sino como gasto en Defensa.

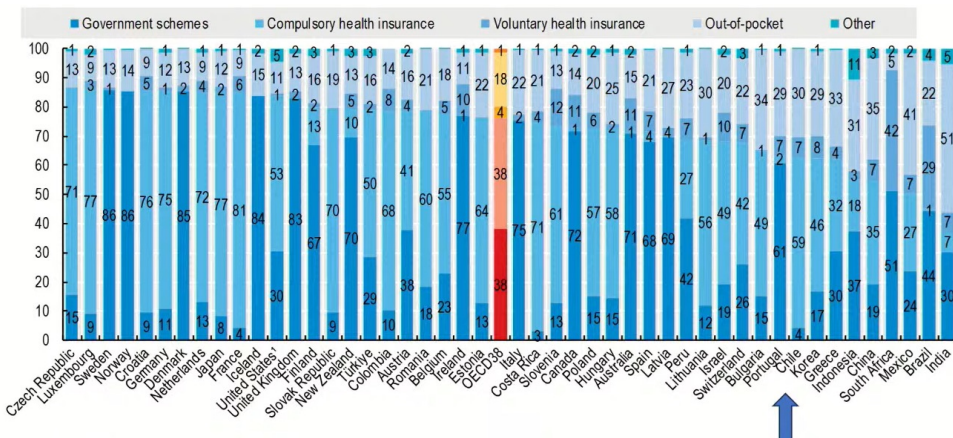


1. OECD estimate for 2022. 2. 2021 data. 3. 2020 data.

Source: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.

Chile 9%: 5,6% Público/Obligatorio+3,4% Privado

Figura 3. Gasto en salud como % de PIB, 2022 (o años más cercanos) (OCDE, 2023).



Note: Category "Other" refers to financing by NGOs, employers, non-resident schemes and unknown schemes.

1. All spending by private health insurance companies reported under compulsory health insurance.

Figura 4. Gasto en salud, según fuente de financiamiento, 2021 (OCDE, 2023).

De esta forma el gasto total en salud en Chile, según datos de la OCDE para el año 2022, es un 9% del PIB, del cual un 5,6% es Gasto Público y un 3,4% es Gasto Privado (ver figura 3).

El gasto total se descompone en gasto público y gasto privado. El público incluye los aportes por la cotización obligatoria a FONASA e ISAPRE, más el aporte por cotizaciones realizadas en el seguro laboral y más el aporte estatal (gasto fiscal). El privado se divide en el gasto en el prepago a seguros privados y el resto del gasto de bolsillo (ver figura 4). Según estos datos nuestro país cuenta con un 43.9% de financiamiento a través de ingresos públicos generales, un 6.8% a través de gasto privado prepagado, un 11.7% de contribuciones de seguridad social y un 30.3% de gasto de bolsillo. Cabe destacar que Chile posee uno de los más altos porcentajes de gasto de bolsillo en comparación al promedio de la OCDE que corresponde a un 18% (OCDE, 2023). Lo anterior lo podemos evidenciar en la figura 4.

En cuanto a la **función de provisión**, es decir, el suministro de recursos esenciales para el funcionamiento de un sistema de salud, encontramos como proveedores a las universidades que forman los profesionales y técnicos sanitarios; las farmacéuticas que proveen medicamentos e insumos, entre otros.

Por otro lado, la **función de prestación**, que puede ser ejercida por dispositivos públicos o privados. En el caso del sistema público este funciona mediante una red de 29 servicios asistenciales que se distribuyen a lo largo del país, constituida por hospitales, centros de diagnóstico terapéutico (CDT) y centros de referencia de salud (CRS). La Atención Primaria de Salud (APS) también forma parte de la red asistencial, pero su administración está a cargo en su mayoría por los municipios. Los prestadores privados se constituyen principalmente por clínicas, centros médicos y consultas privadas; no cuenta con una red estructurada de Atención Primaria. La mayor parte de estas instituciones son con fines de lucro y se puede acceder en FONASA a través de la modalidad libre elección (MLE).

Las personas inscritas en ISAPRE pueden acceder a prestadores privados con fines de lucro, donde habitualmente cada institución establece convenios con prestadores. Esto permite la integración vertical, es decir, que holdings empresariales sean dueñas de ISAPRE, clínicas, laboratorios, inmobiliarias, entre otras instituciones, que trabajan en conjunto favoreciendo el enriquecimiento de esos grupos financieros.

Las FFAA y de orden tienen sus redes propias, conveniadas entre las diferentes ramas y también con prestadores privados.

Además de las funciones de todo sistema de salud anteriormente descritas, encontramos la **función de investigación** donde participan universidades, fundaciones, entre otras entidades. Esta función permite conectar las necesidades de salud – enfermedad – atención – cuidados de las personas y comunidades y sus determinaciones sociales con los sistemas de salud existente, y así contribuir a mejorar el producto social en salud.

Modelo médico hegemónico en salud

Los sistemas de salud no sólo se componen de instituciones o actores que cumplen diversas funciones como vimos anteriormente, sino que también existe una forma de entender y responder a los procesos de salud-enfermedad-atención, esto es lo que podríamos llamar el modelo médico. Según Menéndez (1998) el modelo médico hegemónico (MMH) corresponde al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como la medicina “científica”, que desde fines del siglo XVIII ha ido estableciendo como subalternas a un conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas que hasta entonces eran dominantes en los conjuntos sociales, logrando así identificarse como la única forma de atender la enfermedad y sus causas legitimadas tanto por criterios científicos, como por el Estado.

En Chile, y la mayoría de los países en el mundo, el MMH en salud es el biomédico, enfocado en la enfermedad, más que en la mantención de una buena salud. La centralidad está entonces en la presencia de enfermedades, el diagnóstico y el tratamiento de estas, lo que ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico. Algunas características de este modelo que queremos destacar son el biologicismo (generando una exclusión de las condiciones sociales y económicas en el desarrollo de las enfermedades), individualismo y el mercantilismo (Menéndez, 2005). Ahora bien, este modelo no aparece de una abstracción, sino que nace y se ve profundizado en el seno de la revolución industrial en el siglo XIX, y profundizado con el avance del capitalismo hasta el neoliberalismo actual.

El MMH recibe variadas críticas pues el entendimiento del proceso de salud-enfermedad-atención es reducido a principios biológicos, fisiológicos y químicos, sin comprender las determinaciones sociales, históricas y culturales, lo que favorece la mercantilización de la salud al excluir lo político e ideológico de la concepción de la salud (Piñero, 2021). Cabe destacar el rol de la epidemiología que reconoce factores socioculturales y económicos en el estudio de las enfermedades, sin embargo, eso no implica que sean utilizados como factores determinantes al mismo nivel que los procesos biológicos (Menéndez, 2005). Así, el modelo médico hegemónico se constituye también como un elemento importante en la determinación social de la salud, pues desde la formación del profesional de la salud, hasta el funcionamiento y financiamiento de las instituciones, vemos impregnado este modelo.

Producto sociosanitario: inequidades en salud en Chile

El sistema de salud chileno, con las distintas instituciones públicas y privadas que lo constituyen, se configura como un sistema con altos niveles de inequidad. Si bien, en comparación a lo que ocurría en el siglo XX donde los niveles de pobreza se veían de forma mucho más tangible, por ejemplo, en una alta tasa de mortalidad infantil, en la actualidad existe una disminución de esas cifras, pero enmascarando desigualdades significativas. Así vemos que para el 2020 en algunas comunas rurales como Huará, en la región de Tarapacá, la mortalidad infantil alcanza una tasa de 21.8/1000 nacidos vivos, versus comunas como Las Condes, donde presenta una tasa de 3.6/1000 nacidos vivos (Biblioteca Congreso Nacional, s/f).

Según un informe realizado por la comisión médica asesora ministerial en el año 2017 (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018), se evidenciaron diferencias importantes, por ejemplo, entre el número de personas fallecidas en listas de espera GES y no GES. Para el año 2016 fallecieron 993 personas con una garantía GES retrasada, aunque sólo se encontró que en un 15% de los pacientes existía una asociación entre la garantía retrasada y la causa de fallecimiento. Para el mismo año fallecieron 15.625 personas que se encontraban en el repositorio nacional de listas de esperas sin haberse resuelto su derivación; de ese grupo la mayoría se encontraba a la espera de una consulta nueva de especialidad o intervención quirúrgica. Sin embargo, según se describe en el informe, dada la limitación de los datos no se pudo realizar un análisis de causalidad entre el tipo de atención o especialidad en espera y la causa de muerte. Las personas en ISAPRE y FFAA no tienen que convivir con las listas de espera.

Asimismo, en un estudio publicado en 2022 se evidenciaron diferencias importantes en la tasa de supervivencia de cáncer colorrectal entre afiliados/as a FONASA versus aquellos de ISAPRE, con una tasa de supervivencia a 5 años de 47% y 68%, respectivamente. Además, se evidenciaron diferencias también en los distintos subgrupos de FONASA, como se muestra en la siguiente figura (Mondschein et al., 2022).

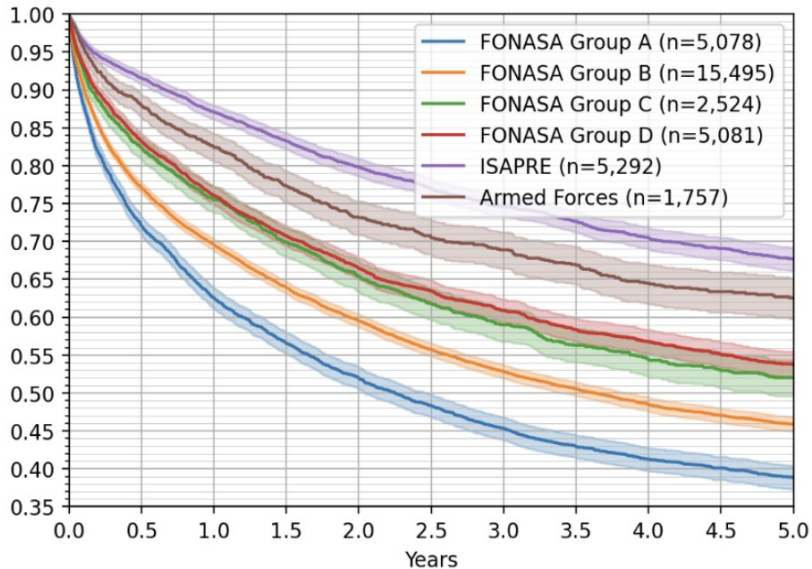


Figura 5. Curvas de supervivencia Kaplan-Meier a cinco años para pacientes tratados por cáncer colorrectal, según seguro médico, Chile 2021 (Mondschein et al., 2022).

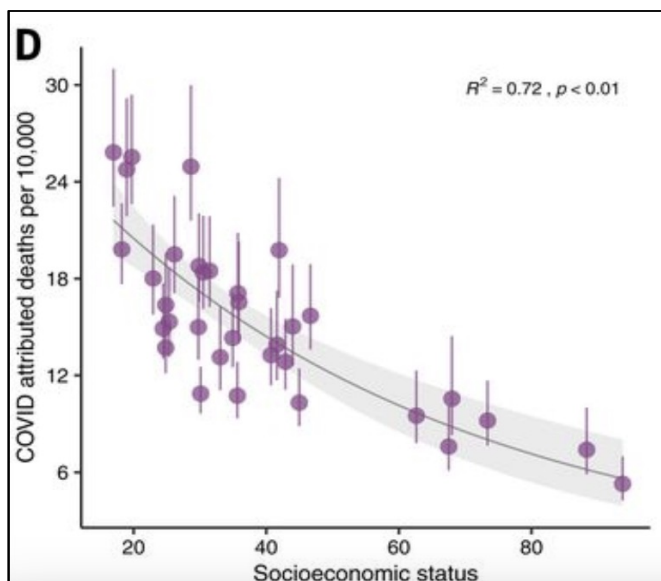


Figura 6. Muertes atribuidas a COVID cada 10.000 habitantes, según nivel socioeconómico, Chile 2020 (Mena et al, 2021)

Otro ejemplo que es importante mencionar es lo ocurrido en la pandemia de Covid-19, dónde las comunas con un nivel socioeconómico mayor, como Vitacura, presentaron una incidencia máxima de 22.6 casos semanales en 10.000 personas a mediados de mayo del 2020, versus comunas con menor nivel socioeconómico, como La Pintana, donde se reportó una incidencia máxima de 76.4 casos semanales en 10.000 personas durante la primera semana de junio el mismo año. Las desigualdades son similares cuando miramos la diferencia de mortalidad por Covid 19 para distintas comunas, donde las que poseen un menor nivel socioeconómico presentaron una mayor mortalidad (Mena et al., 2021).

Con lo anterior, no es posible negar que existen diferencias importantes en los resultados de salud según territorio y nivel socioeconómico, lo cual se correlaciona también con el sistema de aseguramiento al que se está afiliado, por ende estamos frente a inequidades¹⁵¹. La evidencia concuerda con lo que es sabido por la mayoría de la población: quien tiene más dinero puede acceder a mejor y más oportuna atención en salud, teniendo también

151 Según Nancy Krieger las inequidades sociales en el campo de la salud se refieren a “las disparidades de salud en un país y entre países que se consideran improcedentes, injustas, evitables e innecesarias (no inevitables ni irremediables) y que gravan sistemáticamente a las poblaciones que han sido hechas vulnerables por las estructuras sociales subyacentes y por las instituciones políticas, económicas y legales” (Krieger, 2002).

menor posibilidad de enfermar y un mejor pronóstico si llegan a estarlo, lo cual se contrasta brutalmente con lo que vive la mayoría de la población de bajos ingresos que debe esperar muchos años para recibir atención de especialistas, endeudarse o recurrir a bingos para poder tener atención en salud, costear exámenes, tratamientos y rehabilitación, o bien simplemente no recibir atención alguna.

Este escenario lamentable de inequidad en salud está originado en la crisis del sistema de salud chileno, ya crónica, de un sistema gravemente enfermo. La crisis del sistema de salud es algo planteado por distintos sectores y desde el advenimiento de la neodemocracia en 1990. En la antesala al estallido social de octubre de 2019 se observaban verificaciones de que la crisis estaba llegando a un punto de inflexión ya que se venían dando movilizaciones del sector salud debido a la falta de recursos e inequidades del propio sistema. Para caracterizar la crisis podemos analizar lo que ocurre en los distintos niveles y funciones del propio sistema de salud, lo cual no está ajeno al contexto social y político, sino íntimamente relacionado con la crisis económica y la crisis de legitimidad de las instituciones en nuestro país. Hay que aclarar que todos los componentes de esta crisis se vieron agravados y visibilizados con fuerza durante la pandemia de Covid19 (Parada-Lezcano, 2021a; Giovanella et al., 2021).

Crisis en el rol rector

Los principales sistemas ensayados históricamente desde 1924, siempre han excluido a parte de la población, generando fuertes tensiones por la fragmentación e inequidad que produce, propiciando una crisis permanente, como una enfermedad crónica (Parada-Lezcano y Moraga, 2019). El Estado como rector del Sistema de Salud se ve obligado a tomar acción frente a las distintas situaciones que incrementan la inequidad en salud. Sin embargo, muchas veces no ha sido capaz de prevenir y de realizar cambios estructurales para mejorar la equidad en salud. Así ha ocurrido con varios ejemplos como la colusión de las farmacias, el abuso de las concesionarias de hospitales, la contaminación medioambiental y la crisis de las ISAPRE, que profundizaremos más adelante.

Crisis en la administración y financiamiento en salud

Como describimos anteriormente, se reconoce una fragmentación total en la administración del sistema de salud, combinando múltiples sistemas de salud que segregan según ingreso y según ocupación (si consideramos el caso de las FFAA). Al mirar el desarrollo de la salud en Chile post dictadura, sólo se han realizado reformas funcionales, y si bien han existido algunos programas de gobierno que han propuesto realizar cambios estructurales ninguno ha sido ejecutado. Cabe destacar que el único programa de gobierno que ha propuesto la creación de un seguro único de salud ha sido el del actual presidente Gabriel Boric, sin embargo, se evidencia una incapacidad política de poder llevarlo a cabo ante la falta de acuerdos y la concesión de ciertas propuestas que permiten moderar su proyecto y mantener la gobernabilidad (Figura 7). Esto se refleja, por un lado, en algunos avances parciales en materia de salud, por ejemplo, el inicio de la universalización de la Atención Primaria, que

permite que las personas asociadas a los distintos sistemas de salud puedan acceder a la salud pública primaria¹⁵², y el copago cero para los usuarios de FONASA de los tramos C y D atendidos en la red pública¹⁵³.

Sin embargo, vemos la aprobación de la ley corta de ISAPRE, que perpetúa y protege la idea de un modelo mercantilista¹⁵⁴. En resumen, a pesar de existir ciertas propuestas para avanzar hacia un modelo de salud más equitativo, la gran mayoría de estas ideas se han suabastado en pos de mantener un acuerdo amplio de la clase política, que perpetúa un sistema de salud cimentado en el modelo neoliberal.

Entre las reformas funcionales más significativas se encuentra la creación de las Garantías Explícitas en Salud (GES) ocurrida en 2005, que permitió dar garantías de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad, a un cierto número de patologías en determinadas edades. Si bien esto ha permitido mejorar la atención de ciertas patologías más prevalentes o que implican mayores gastos, por otro lado, genera una discriminación entre personas que tienen patologías GES versus no GES en el sistema público.

Por otro lado, también existe una diferencia en la cobertura de patologías GES en FONASA e ISAPRE. Para el año 2020 un 80.2% de los afiliados a FONASA tuvo acceso a la cobertura GES, en comparación con un 50.6% de los afiliados a ISAPRE (Casen, 2020). Esto podría explicarse por el desconocimiento sobre cómo funciona el GES en el sector privado, sin embargo, son quienes pagan un monto extra de la cotización obligatoria para la prima GES.

Además de lo anterior, existe una crisis en el financiamiento del sistema de salud chileno, que se caracteriza por tener un alto grado de financiamiento privado (que incluye la cotización voluntaria, prepago o copago y el gasto de bolsillo), teniendo sólo un 32% de gasto fiscal. También Chile posee uno de los más altos gastos de bolsillo de los países de la OCDE. Esto implica que la mayoría de las personas debe costear una gran parte de su atención en salud, ya sea a través del copago en FONASA, la compra de medicamentos, exámenes, entre otras cosas. Existen muchas cosas que contribuyen a la generación de este gasto, destacando la falta de resolutivez del sistema público, lo que lleva a acceder a prestadores privados para ahorrar los tiempos de espera.

Si miramos el financiamiento a la Atención Primaria de Salud, nivel de atención fundamental pues debiera estar centrado en la promoción de salud y prevención de enfermedades, recibe sólo un 11% del gasto en salud, siendo el promedio de países de la OCDE un 16.1% (OCDE, 2023).

152 Ver más en <https://www.gob.cl/noticias/aps-universal-estas-son-las-14-comunas-que-se-suman-a-la-cobertura/>

153 Información en <https://www.gob.cl/copagocero/>

154 Profundizaremos más en este aspecto en el apartado “Crisis actual de las ISAPRE”.

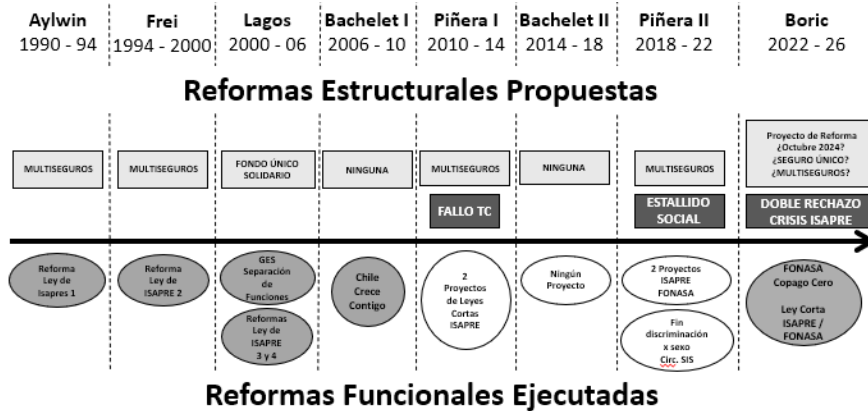


Figura 7. Esquema de Propuestas de Reforma Estructural y de Reformas Funcionales ejecutadas en el Sistema de Salud Chileno en Neodemocracia (Elaboración propia).

Crisis actual de las ISAPRE

El origen de la actual crisis, sin considerar su nacimiento como privatización de la seguridad social en salud, se remonta al año 2010 cuando el Tribunal Constitucional (2010) emitió un fallo que declara inconstitucionales el uso de las tablas de riesgo que permiten la discriminación por sexo y edad en el precio de los planes individuales. Posterior a eso el sistema político no tomó medidas efectivas y se dio un proceso de demandas judiciales masivo de los/as beneficiarios/as del sistema ante las Cortes de Apelaciones. Esto hasta el año 2019, donde la Superintendencia de Salud (SIS), en base a dicho fallo del TC, estableció el fin de la discriminación por sexo y reguló la discriminación por edad imponiendo una tabla única (Superintendencia de Salud, 2019). Dicha norma entró en vigencia en abril de 2020 y la industria de ISAPRE, una vez más, no la aplicó según lo mandado por la SIS, lo que generó una nueva oleada de judicialización por las demandas de las afiliadas fundamentalmente. Para más detalle ver la figura 8.

Dado el escenario judicial, en noviembre de 2022 la Corte Suprema emitió fallos que ordenan a las ISAPRE la detención de las alzas anuales de los planes de salud y restituir los dineros cobrados en exceso a todos/as los/as beneficiarios/as, independiente que hayan presentado demandas ante los tribunales¹⁵⁵ (Álvarez y Williams, 2023). El fallo señala que deben contar con un único plan base por cada contrato de salud y no por cada beneficiario de

¹⁵⁵ Este hecho marca un cambio fundamental de la jurisprudencia nacional ya que se dicta una sentencia con carácter universal o colectivo, y no solo válida para el/la demandante.

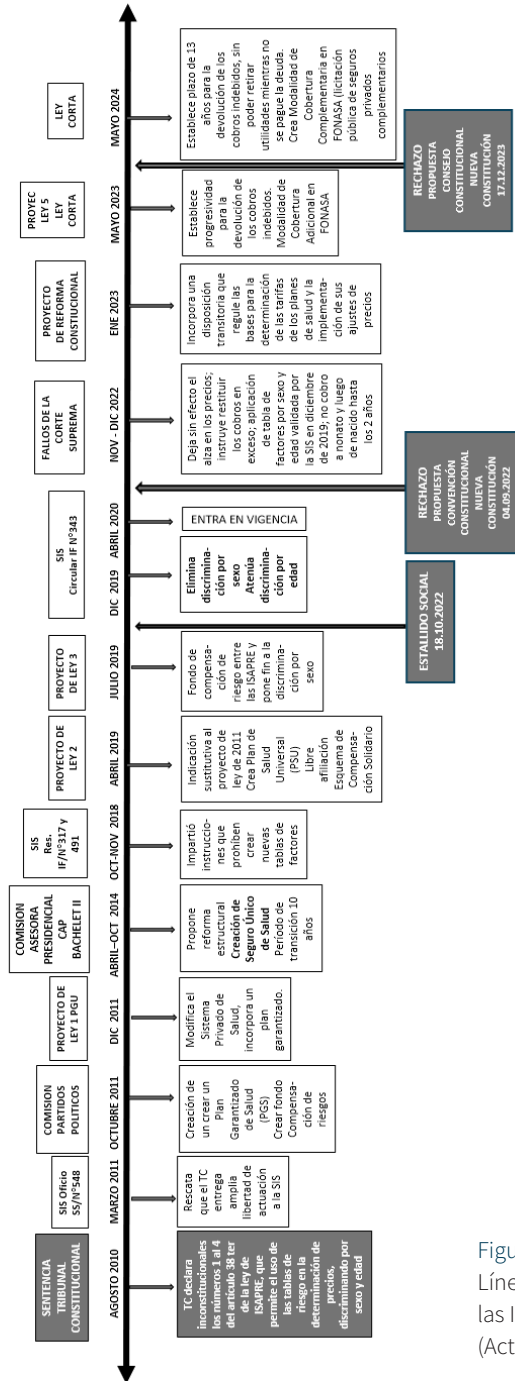


Figura 8. Línea Histórica de la inconstitucionalidad de las ISAPRES, 2010-2024. (Actualizado de Parada-Lezcano, 2023).

dicho plan; deben respetar la tabla confeccionada por la SIS en 2019; no pueden aplicar una tabla de factores a los menores de 2 años ya que se encuentran cubiertos completamente por la prima GES; y por último, que la tabla de factores diseñada por la SIS se aplica cuando el cotizante ingresa a la ISAPRE y es inmodificable en el tiempo, a menos que beneficie al propio cotizante^{156,157}. Además, se indicó que las cantidades de dinero recibidas en exceso y cuyo cobro no esté prescrito deben ser restituidas como excedente de cotizaciones a todos los usuarios que se vieron afectados por las alzas injustificadas de los planes de salud. El monto calculado por la SIS sobrepasaba los 1.400 millones de dólares¹⁵⁸. Además, en marzo de 2023 la misma Corte sentenció que las ISAPRE también deben devolver cobros realizados en exceso por el precio de la prima GES, ya que varias no respetaron el porcentaje de alza señalado por la SIS¹⁵⁹.

Con los fallos se activaron las alarmas tanto en sector político como en el sector privado asegurador, generando controversias desde las ISAPRE (que negaron la existencia de alguna deuda), hasta los prestadores privados, llevando incluso al propio gobierno a generar medidas de salvataje para enfrentar esta problemática. Así, con la aprobación de la Ley de Reajuste del Sector Público del 2024, se permite adelantar el momento de subir los precios base de los planes de las ISAPRE y aplicar un nuevo cálculo del Indicador de Costos de la Salud (ICSA)¹⁶⁰, permitiendo a las aseguradoras privadas el pago de la deuda y permitiría calcular nuevas formas para justificar los aumentos excesivos de los planes¹⁶¹.

Ante esta situación, las aseguradoras privadas representadas a través de la Asociación de ISAPRE han presentado múltiples quejas y alarmas ante el eventual quiebre de algunas de las aseguradoras en caso de tener que pagar tan alto monto de deuda. El gobierno envió en abril de 2023 el proyecto conocido como “Ley corta de ISAPRE” el cual acaba de ser aprobado en mayo de 2024. Dicha ley establece nuevos plazos y montos para la restitución de los dineros cobrados en exceso a los afiliados de la salud privada, constituye el triunfo de la alternativa más liberal que podía obtenerse frente a la crisis que siguió al fallo de la Corte Suprema en 2022 por uso de tablas de factores individuales arbitrarias (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2024). Se obliga a (Torres, 2024):

- Aplicar una Tabla de Factores Única (TFU) a los contratos de salud a partir del 1 de septiembre 2024¹⁶²

156 Ver columna en <https://www.portal.ijuridica.cl/2022/12/corte-suprema-acoge-recursos-de-proteccion-y-fija-nueva-doctrina-respecto-a-plan-base-y-tabla-de-factores-de-ISAPRE/>

157 Ver columna en Poder Judicial <https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/noticias-del-poder-judicial/83477>

158 Ver columna en <https://elpais.com/chile/2023-12-21/ISAPRE-las-claves-que-explican-la-crisis-del-sistema-privado-de-salud-en-chile.html>

159 Dicha deuda aumentaba en cientos de millones de dólares la ya existente.

160 Ver columna en Ciper Chile <https://www.ciperchile.cl/2023/12/07/salvataje-de-las-ISAPRE-la-paradoja-de-mas-alzas/>

161 Además de solicitar prórrogas del plazo de ejecutorización de los fallos para dar tiempo a encontrar una vía legal que respetando el fallo diera viabilidad al sistema de ISAPRE.

162 Circular IF/N°468 de la SIS.

- informar los contratos, que aplicada la TFU, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la ISAPRE¹⁶³
- devolver los montos cobrados en exceso entre el 1 de abril de 2020 (vigencia TFU) y el 31 de agosto de 2024¹⁶⁴
- restituir los cobros en exceso por no natos y menores de 2 años¹⁶⁵
- suspender del cobro por cargas no natas y menores de 2 años¹⁶⁶
- ajustar los precios totales de los planes al 7% de los ingresos mensuales (1 de septiembre de 2024)¹⁶⁷
- presentar un plan de pago y/o ajustes (PPA)¹⁶⁸
- aunque la persona afiliada migre a FONASA, la deuda permanece
- si un cotizante fallece, la deuda es heredable
- hacer propuesta de compensación si procede
- crear una prima de equilibrio con un techo de 10% de la cotización descontada a julio de 2023

Así, las cuestionadas ISAPRE seguirán funcionando sin modificaciones esenciales, no sabemos hasta cuándo, incumpliendo incluso la propia Constitución, ya que mantendrán la discriminación por edad que fue precisamente uno de los puntos objetados por el TC.

Son tres elementos que hacen de la aprobación de esta ley por el Congreso un triunfo liberal que va en perjuicio de la ciudadanía. Se trata de un “perdonazo” ya que la enorme deuda certificada por el fallo de la Corte Suprema no lo pagarán las ISAPRE, sino que los/as mismos/as afiliados/as a quienes ese dictamen buscaba beneficiar. La ley permite que las aseguradoras privadas con fines de lucro suban los precios de sus planes base sin un mecanismo de contención dentro del Indicador de Costos de Salud (ICSA) hasta 2027. Vale decir, se logró legalizar los cobros abusivos. La deuda se podrá pagar en un plazo de hasta trece años¹⁶⁹ y se dan todo tipo de facilidades para el pago, incluido el “pronto pago”, que da la posibilidad de pagar anticipadamente la deuda a través de un pago único, pero con el descuento de hasta un 35% (“el equivalente a la tasa de interés máxima convencional

163 Circular IF/N°470 de la SIS.

164 Ídem anterior.

165 Ídem anterior.

166 Circular IF/N°455 de la SIS.

167 Circular IF/N°470 de la SIS.

168 Ídem anterior. Informar contratos afectos a devolución; Informar montos a devolver en UF; Modalidades de la devolución: Excedentes (Hasta 13 años para menores de 65 años; Hasta 5 años a los mayores 65 años; Hasta 2 años a los mayores 80 años); Pronto Pago en efectivo con tasa de descuento del interés máximo convencional a la fecha del acuerdo; Títulos representativos.

169 Excepto para las personas mayores de 65, frente a las que este plazo se reduce a cinco y para los mayores de 80 a dos años.

vigente al momento de celebrar el acuerdo”). Pero hay algo aún más preocupante, y es que la ley permitirá la presentación por parte de la ISAPRE de “una propuesta para incorporar, en todos los contratos que administre la institución, una prima extraordinaria por beneficiario, correspondiente al monto necesario para cubrir el costo de las obligaciones con sus personas afiliada, correspondientes a prestaciones, licencias médicas, excesos y excedentes de cotización, entre otros”; eso sí que “la referida prima no podrá implicar un alza mayor a un 10% por contrato”. Lo anterior implica una forma más de aumentar los ingresos de la empresa a costa de sus afiliados/as. También “las deudas que cada ISAPRE informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que éstas deben mantener en alguna entidad autorizada ... no serán consideradas para el cálculo de los indicadores (de solvencia) (...) tampoco para la determinación del patrimonio mínimo establecido” por la ley vigente (Biblioteca Congreso Nacional, 2024). Todo nos indica, entonces, que uno de los epítomes del liberalismo autoritario impuesto por Pinochet, como es la privatización de la seguridad social en salud, es mantenido 45 años después, y de una manera impresentable.

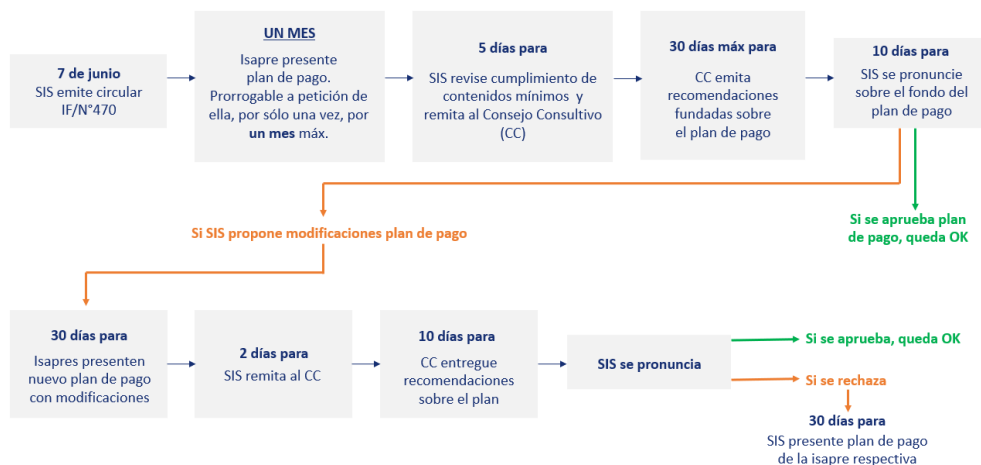


Figura 9. Plazos del Plan de Pago y/o Ajuste (PPA) en la Ley Corta (Torres, 2024).

Para hacer el seguro público más competitivo, la ley señala que FONASA deberá “velar por el correcto funcionamiento de la licitación, contratación e implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) en la libre elección. Las personas de los grupos B, C y D que hayan efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses (excepto los que hayan pagado por primera vez cotizaciones de salud en FONASA) podrán optar a la MCC, que implica acceso a un seguro complementario para aumentar su protección financiera en pres-

tadores privados. Vale decir, quien puede pagar más del 7%, prepagará un seguro de prima plana con la intermediación de FONASA, para así disminuir el gasto de bolsillo generado por “prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada, obligándose al pago de una prima complementaria”. Todo esto será regulado por la “Comisión para el Mercado Financiero, conforme a las disposiciones de la letra e) del artículo 3° del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931, del Ministerio de Hacienda, sobre compañías de seguro, sociedades anónimas y bolsas de comercio”, y no por la Superintendencia de Salud. Además, se establece que las “prestaciones financiadas en conformidad a este artículo quedarán excluidas para el otorgamiento de préstamos” por parte de FONASA, muy utilizados actualmente por las personas de menores ingresos que usan la MLE (Biblioteca Congreso Nacional, 2024).

Se prepara así a FONASA para acoger a nuevos beneficiarios en condiciones similares a las que hoy contempla el sistema de aseguramiento privado, generando mecanismos para que cada individuo pueda asegurarse mejor mientras tenga más dinero y menos riesgo, lo que podemos denominar Isaprización del sistema. Se introduce en la seguridad social pública la existencia de planes individuales, como en las ISAPRE, para que la gente con más dinero se asegure de manera diferenciada al resto. Se acaba así con el principio de solidaridad integral en el seguro público, ya que al permitir la variabilidad individual de acuerdo con el ingreso personal/familiar, esos dineros no pasarán al fondo solidario, que es el actualmente existente.

Por último, la ley señala expresamente en las disposiciones transitorias: “Artículo décimo. - Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud. Sin perjuicio de lo anterior, antes del 1 de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud; así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, y los mecanismos que permitan su viabilidad, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud” (BCN, 2024).

Esto marca que la reforma estructural se producirá, pero que incluye en su diseño mayor regulación para las ISAPRE. Esto se adelantaba en los debates públicos, de hecho el Protocolo de acuerdo para la gestión de la crisis de ISAPRE y el fortalecimiento del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud¹⁷⁰, suscrito al fragor de la discusión de esta ley, entre el Senado y el gobierno en diciembre de 2023, ya señalaba lo que quedó en la ley, agregando que “se definirán reglas e incentivos que permitan la transición voluntaria de las ISAPRE a seguros complementarios de salud para las personas de FONASA”, no incorporando los elementos

170 Ver más en <https://www.hacienda.cl/noticias-y-eventos/noticias/comision-de-hacienda-del-senado-despacha-a-sala-proyecto-de-ley-de-reajuste>

del programa de gobierno prometía: la mancomunación de todos los aportes de los/as trabajadores/as en un “Fondo Universal de Salud”¹⁷¹. Se espera entonces que el proyecto de reforma propondrá un sistema de multiseguros que perpetuará la existencias de las ISAPRE en coexistencia con un seguro público; o sea, un sistema que sigue respaldando la ética que sostiene que quien tiene más dinero cuenta con más y mejores condiciones para hacer efectivo el derecho a la salud, pese a que este debiese ser universal y no depender de los ingresos económicos.

A más de tres décadas de neodemocracia y a catorce años del fallo del TC que en 2010 declaró inconstitucional el uso de tabla de factores en los cobros de salud, existe la posibilidad de que se dé la paradoja de que el gobierno más progresista en la historia reciente pueda estar en camino de concretar la vieja aspiración liberal/conservadora del multiseguro. ¿Acaso, entonces, se olvidarán las palabras del presidente Boric en torno a que el norte del gobierno no se modifica por coyunturas? “Nuestro gobierno ha tenido y seguirá teniendo una agenda de trabajo muy clara y definida por las necesidades del pueblo, por los compromisos que adquirimos con el país por los cuales estamos gobernando”¹⁷².

Si bien este tema amerita ser analizado con mucha más profundidad que la planteada aquí, es importante señalar la crisis de las ISAPRE se transformó en un factor relevante y decidor para pensar un nuevo sistema de salud en Chile.

Conclusiones

Considerando la complejidad de la configuración del Sistema de Salud Chileno y entendiendo las múltiples formas de inequidad en todos sus niveles, resulta claro que este se podría catalogar como un sistema gravemente enfermo, que contribuye a mantener la división de la sociedad entre quienes pueden pagar por una buena salud y quienes deben esperar años para recibir atención o simplemente esperar la muerte.

A lo largo de su historia, desde sus cimientos fragmentados y excluyentes hasta la crisis actual de las ISAPRE, se ha evidenciado una serie de falencias que han minado la capacidad de este sistema para brindar una atención, tratamientos y rehabilitación que sean efectivos y equitativos para toda la población.

La falta del reconocimiento de la salud como derecho fundamental por algunos sectores del país, ha permitido el predominio de modelos privados basados en la discriminación y la exclusión por motivos económicos, así como la fragmentación administrativa y financiera, generando una profunda inequidad, exponiendo a los sectores más vulnerables a peores niveles de salud. A pesar de la evidencia científica disponible respecto a las diferencias de salud según nivel socioeconómico, nivel educacional, tipo de aseguramiento e incluso haber diferencias entre los propios niveles de FONASA, seguimos avanzando sin realizar reformas estructurales al sistema de salud, permitiendo que las injusticias en salud sigan ocurriendo.

171 Documento disponible en <https://www.ciperchile.cl/wp-content/uploads/acuerdo-1812-ISAPRE-1.pdf>

172 Discurso disponible en <https://prensa.presidencia.cl/discurso.aspx?id=233742>

Es necesaria una visión que ponga la centralidad en la salud como un derecho humano fundamental, que garantice la equidad en salud para todas las personas, que fomente un enfoque centrado en mantener una buena salud y no sólo a brindar ayuda en el momento de enfermar. Es necesario un compromiso político y social para construir un sistema de salud inclusivo, solidario y eficaz que responda a las necesidades de toda la población chilena.

Referencias

- Álvarez, Paola y Williams Guido (2023). Fallos de la Corte Suprema sobre Isapres. Asesoría Técnica Parlamentaria, Biblioteca del congreso Nacional de Chile. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/34299/3/Fallos%20Suprema%20Isapres_PA_GW_2023.pdf
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (s/f). Estadísticas Territoriales en Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: tasa de mortalidad infantil, menores de 1 año (por mil nacidos vivos). <https://www.bcn.cl/siit/estadisticasterritoriales/resultados-consulta?id=289976>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (1980). Constitución Política de la República de Chile [C.P] (24 de octubre 1980). <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/60446/3/132632.pdf>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2024). Ley 21.674. Modifica el Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades a la Superintendencia de Salud, y modifica normas relativas a las Instituciones de Salud Previsional. 24 de mayo 2024. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1203779>
- Castillo, Carla; Matute, Isabel; González, Claudia y Covarrubias, Trinidad (2019). Historia del Sistema de Salud Chileno. En Estructura y funcionamiento del Sistema de Salud Chileno (pp. 49-58). Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Universidad del Desarrollo. <https://medicina.udd.cl/files/2019/12/Estructura-y-funcionamiento-del-sistema-de-salud-chileno-2019.pdf>
- Cid, Camilo (2024). Presentación “Ejecución de la Ley Corta en lo referido a Fonasa” Camilo Cid Pedraza, Director del Fondo Nacional de Salud. Conversatorio Ejecución de la Ley Corta en Fonasa. Departamento de Salud Pública del Colegio Médico Regional Valparaíso. Junio de 2024. <https://www.youtube.com/watch?v=Dry21nkQBzA>
- Giovanella, Ligia; Vega, Román; Tejerina-Silva, Herland; Acosta-Ramírez, Naydú; Parada-Lezcano, Mario; Ríos, Gilberto; Iturrieta, Daisy; Fidelis de Almeida, Patty y Feo, Oscar (2021). ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? Trabalho, Educação e Saúde. Vol. 19, 2021, e00310142. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>
- Krieger, Nancy (2002). Glosario de epidemiología social en Rev Panam Salud Pública N°11. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/480-490>
- Mena, Gonzalo; Martinez, Pamela; Mahmud, Ayesha; Marquet, Pablo; Buckee, Caroline y Santillana, Mauricio (2021). Socioeconomic status determines COVID-19 incidence and related mortality in Santiago, Chile. Science, Vol. 372(6545). <https://doi.org/10.1126/science.abg5298>
- Menéndez, Eduardo (1998). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Ponencia presentada en Segundas Jornadas de Atención primaria de la Salud. Pág. 451-464. Buenos Aires.
- Menéndez, Eduardo (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva. Vol. 1(1), 9-32. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2005.v1n1/9-32/es>

- Mondschein, Susana; Subiabre, Felipe; Yankovic, Natalia; Estay, Camila; Von Mühlenbrock, Christian y Berger, Zoltan (2022). Colorectal cancer trends in Chile: A Latin-American country with marked socioeconomic inequities. PLOS ONE Vol. 17(11), e0271929. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271929>
- Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Organización Mundial de la Salud (2023). Derechos humanos y salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Parada-Lezcano, Mario y Moraga-Cortes, Fabián (2019). Crise do seguro saúde no Chile: doença crônica socialmente transmissível. Revista Eletrônica Tempus, actas de saúde colet, Brasília. Vol 13(2), 177-203. ISSN 1982-8829. <https://doi.org/10.18569/tempus.v13i2.2685>
- Parada-Lezcano, Mario (2021). Crisis de la salud-enfermedad-atención en Chile y los efectos de la pandemia. En Salud y Sociedad: Crítica latinoamericana. Pandemia y desigualdad en América Latina. Número 1(25-31). <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/248573/1/N1-Salud-y-sociedad.pdf>
- Parada, Mario (2023). Reformas de Salud en Chile. Seminario Internado de Atención Primaria en Salud. Escuela de Medicina, Campus San Felipe. Universidad de Valparaíso, Chile. PDF.
- Parada, Mario (2004). “Evolución del Sistema de Protección de la salud en Chile: un análisis sociológico”. Tesis Doctoral. Departamento de Sociología Universidad Autónoma de Madrid. Diciembre de 2004. PDF.
- Piñero, Joaquín (2021). El modelo médico hegemónico como contra cara de la salud colectiva. Ponencia presentada en XII Jornadas de investigación, docencia, extensión y ejercicio profesional (XII JIDEEP). La Plata, Argentina.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. Minsal. (2018). Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES en Chile: en Modelo de Atención en RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud) 2014-2018. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Plan-nacional-de-tiempos-de-espera-No-GES.pdf>
- Superintendencia de Salud (2024). Cartera de beneficiaries 1990 – 2023. <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-biblioteca-digital/estadisticas-3724/>
- Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile (2019). Circular IF/N° 343. Imparte instrucciones sobre una tabla de factores única para el sistema Isapre. https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2019/12/articles-18918_recurso_1.pdf
- Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile (diciembre, 2021). Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Perspectiva de Género. https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2022/03/articles-20754_recurso_1.pdf
- Tribunal Constitucional (2010). Sentencia recaída en rol n° 1710-10, proceso iniciado de oficio para decidir sobre la constitucionalidad del Artículo 38ter de la ley de Isapres. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1016076&idParte=8960208&idVersion=2010-08-09>
- Torres, Victor (2024). Ley N°21.674 (Ley Corta). Presentación de Dr. Víctor Torres Jeldes, Superintendente de Salud. Conversatorio: Ejecución de la Ley Corta en ISAPRE. Magíster en Salud Pública de la Universidad de Valparaíso. 12 de julio de 2024. <https://www.youtube.com/watch?v=-yPSSI54MhM&t=108s>

Universalización de la APS ¿cambio de paradigma al fin?

Soledad Barría Iroumé¹⁷³ y Mario Parada- Lezcano¹⁷⁴

Introducción

En nuestro país la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) es de larga data. En 1924 con la creación del Seguro Obrero Obligatorio (SSO), que inauguró la seguridad social en salud, se crean los “ambulatorios” que eran dispositivos sanitarios para prestar servicios más cercanos a la población, fundamentalmente de asistencia médica (Illanes, 2010). Luego, con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952 se fusionaron diferentes organismos que ya actuaban en salud pública, tanto hospitalarios como ambulatorios, entre ellos los servicios Madre Niño, Centros de Medicina Rural, servicios preventivos diversos y desde allí se va desarrollando una estructura sanitaria que abarca los diferentes territorios del país, basadas en las “Unidades Sanitarias” con territorio y población a cargo. Marcelo López (2018) denomina a todo el fenómeno previo al SNS una verdadera “tradición primarista” del Sistema de Salud chileno.

La necesidad de ligar la salud al bienestar de la población y al tipo de desarrollo de Chile están muy presentes como se observa en el Plan de Salud de 1964 (Grupo de salud, 2006) o en la creación del Programa Materno Infantil, la Planificación Familiar y la Promoción Popular del Gobierno de Eduardo Frei (BCN, s/f), las 40 medidas del Gobierno de Salvador Allende en 1970, donde se abarcaba la alimentación especialmente de niños, las acciones preventivas e incluso “un consultorio en cada población” (Rivas, 2015). Estos cambios se ven fuertemente impulsados y apoyados internacionalmente en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada por OPS/OMS y Unicef, realizada en Alma Ata en septiembre del 1978, cambiando la orientación de la acción sanitaria necesaria para llegar a la utopía planteada de “Salud para todos en el año 2000”.

173 Académica Universidad de Los Lagos. Ex Ministra de Salud.

174 Académico Universidad de Valparaíso.

Allí se definió la APS como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los/as individuos/as, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS, 1978). Se establece que la Atención Primaria es una verdadera Estrategia de Desarrollo de las Comunidades. Cuarenta años después de esta Declaración de Alma Ata se realiza el encuentro internacional de Astana, también en Kazajistán, donde se reitera la necesidad de una Atención Primaria y una Cobertura Universal (OMS, 2018) para disminuir las desigualdades injustas en salud.

En nuestro país la Atención Primaria que nace, como vimos, fuertemente ligada al concepto de Estrategia fue por una parte, separada del sistema de salud por la dictadura militar y entregada a la administración de los municipios que el poder militar controlaba a través del nombramiento de los alcaldes y por otra parte, se la ligó al concepto de atención básica más que como una estrategia de desarrollo, o como un concepto de trabajo integral con las comunidades.

Con la recuperación de la democracia, se recupera el espíritu de “Sistema de Salud” en que la atención primaria es la base de todo el sistema de redes y se replantea el modelo de atención buscando superar el asistencialismo y reenfocarse en lo promocional y preventivo (Minsal, 1993). En 1995 se dicta el Estatuto de Atención Primaria que permite que el personal municipal de salud tenga un mismo régimen contractual que permite carreras funcionarias locales enmarcadas en una misma legalidad y un financiamiento municipal para salud basado en la población inscrita en esos establecimientos (BCN, 1995). El Modelo continúa su desarrollo y desde 1998 se incorpora el discurso de salud familiar e integralidad. La reforma de salud de 2005 señala oficialmente la APS como base del modelo y en 2008 se oficializa el modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario (MAIS) (Minsal, 2008).

Las reformas de la dictadura separan la salud de la lógica de seguridad social ya que se terminó con los aportes financieros de los empleadores, quedando la salud exclusivamente }de cargo individual, lo que permitió la privatización del aseguramiento con la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) con el espejismo de “la posibilidad de elegir” entre seguros, más un importante subsidio estatal para migrar al sistema privado lo que correspondía a la implantación del modelo neoliberal más clásico en nuestro país.

Sin embargo hoy, 40 años después, la mayoría de los habitantes, más del 80% de la población está hoy adscrita al sistema público de salud que cotizan en el Fondo Público - FONASA, que es solidario (FONASA, 2024) y donde también aporta el Estado de manera subsidiaria para

la población considerada en indigencia económica. Este fondo financia el sistema público de salud que cuenta con una muy fuerte organización territorial: el Sistema Nacional de Servicios de Salud, de redes basadas en atención primaria y coordinados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Cada Servicio de Salud tiene un territorio y población a cargo y debe coordinar la red asistencial en ese territorio, como “Gestor de Red”. En la realidad la red se encuentra segmentada en niveles de atención y muchas veces fragmentada entre la APS municipal y los dispositivos hospitalarios. Todo ello hace que la gran mayoría de la población tenga acceso teórico a la atención primaria de salud. No obstante, solo un 89% de la población beneficiaria de FONASA está inscrita en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), lo que implica un 68 % de la población total, ya que no hay APS en ISAPRE ni Fuerzas Armadas (Giovannella et al., 2021).

Según la CEPAL (Arenas, 2023), la articulación entre los sistemas de salud y de protección social mediante la atención primaria de salud es central para reducir las desigualdades en salud. Así el sistema de Protección Social, en su afán de superar la pobreza y reducir las desigualdades, se ocupa del aseguramiento de la salud y licencias médicas, de los programas de transferencias monetarias, del programa de atención integral de la infancia y los programas de vivienda. Por su parte Salud también se ocupa de la protección de ingresos, de expandir el acceso a la salud, la nutrición, el desarrollo cognitivo afectivo y social y el acceso a servicios básicos para disminuir los riesgos sanitarios. Pero entre estos 2 sistemas, lo que los engrana es justamente la Atención Primaria.

La salud la entendemos como la posibilidad de las personas y de los colectivos humanos de desarrollar el máximo de sus potencialidades. Para desarrollar el derecho a la salud es indispensable superar la pobreza, reducir las desigualdades y por tanto trabajar en la determinantes / determinación social de la salud. Para ello la articulación de la (APS) con el sistema de protección social es indispensable.

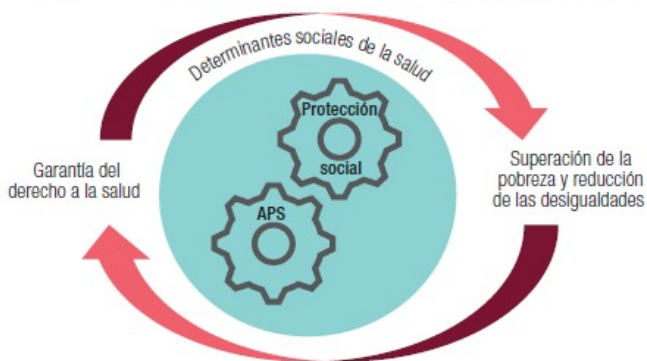


Figura 1. La acción sinérgica entre la Atención Primaria de Salud y la protección social (Marinho, Dahuabe y Arenas, 2023).

¿Qué es la APS Universal?

La APS Universal (APSU) es un compromiso del programa del actual gobierno para avanzar en el derecho a la salud. Es parte de la Reforma anunciada, la cual tiene otros tres ejes interdependientes que permitirán avanzar progresivamente hacia la salud universal con equidad: Dignificar y modernizar el sistema público de salud; Generar condiciones de vida saludable con equidad y Construir un nuevo sistema de seguridad social en salud (Minsal, 2023a).

Se plantea ampliar la cobertura, aumentar los recursos y potenciar el quehacer de la APS a través de la preocupación por los determinantes / determinación social, el trabajo intersectorial a diferentes niveles; el trabajo con la comunidad con efectiva participación en el cuidado y desarrollo de su salud, además de mejorar la atención misma de los diferentes centros.

“... se ha propuesto universalizar el acceso y cobertura a los cuidados de salud, independientemente de la previsión de salud de las personas. Esto permitirá no solamente distribuir los beneficios de los cuidados preventivos a personas que actualmente se excluyen de este nivel, sino también desarrollar estrategias que abordan el territorio en su integralidad, con un foco fuertemente preventivo. Es por esto que el eje de la Reforma de Salud, referido a la atención primaria, incluye aumentar la cobertura al 100% de la población, independiente del seguro de salud que tenga y de su capacidad económica. Pero, tal como ha sido señalado por distintos espacios, como el Consejo Asesor para la Universalización de la Atención Primaria, es necesario fortalecer el sistema para lograr el impacto esperado... busca que todo chileno y chilena pueda gozar del mejor estándar de cuidados y de salud, sin ser este condicionado por las circunstancias económicas, sociales u otras en que las personas viven y se desenvuelven. Para ello, es necesario reconfigurar un sistema de salud que avance, aceleradamente, hacia cuidados de calidad y comprehensivos para todas y todos; que vaya desde la fragmentación hacia la integración centradas en las personas; desde las inequidades hacia la justicia sanitaria y accountability y; desde la fragilidad hacia la resiliencia” (Minsal. 2023a).

Involucra a los centros de Atención Primaria públicos del país, tanto de administración municipal como de los Servicios de Salud, involucrando así a más de 2.400 establecimientos. Se han elaborado varias líneas de trabajo que buscan avanzar el derecho a la salud como bien universal:

- eliminar las barreras de acceso relacionadas con el aseguramiento u otras condiciones;
- transformar cualitativamente de un foco individual (atenciones) a un foco territorial con cuidados integrales en el curso de vida, sobre la salud biológica, mental, ambiental y social;
- mejorar la calidad, preventiva y resolutive, modernizando y dotando de recursos
- poner foco en los determinantes sociales y hacer realidad mayor trabajo intersectorial.

Esta búsqueda de acción para un problema complejo queda mejor graficado en las diferentes líneas de este mapa conceptual de la APSU del Minsal (2024).

Según el Ministerio de Salud la APSU rescata los siguientes conceptos ya tradicionales en la política pública explícita: Enfoque de derechos ciudadanos y protección social, Estrategia Nacional de Salud al 2030; Redes Integradas de Servicios de Salud; Principios del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario (centrado en las personas, integralidad, continuidad del cuidado) (Minsal, 2023a).

El objetivo del presente ensayo es contribuir al fortalecimiento de la instalación e implementación de la universalización de la Atención Primaria de Salud en Chile, para lo cual se realizará un análisis crítico y propositivo de esta estrategia.

Desarrollo

Un primer aspecto relevante es hacer aparecer la disputa entre paradigmas que significa la instalación de la APSU tal como está planteada. Pese a los intentos desde hace muchos años de avanzar en Atención Primaria como estrategia, hasta ahora sigue siendo hegemónico en el país el modelo biomédico (MMH), fundamentalmente curativo y cuyo foco son las especialidades médicas. El modelo capitalista - mercantilizado continúa la lógica patriarcal y colonialista, poniendo en el centro el individualismo, favoreciendo así la desigualdad e inequidad. Las herramientas fundamentales del paradigma hegemónico en salud – enfermedad – atención – cuidados (SEAC) es el análisis positivista de un multi causalismo que intenta superar a la triada ecológica. En palabras de Jaime Breilh (2023) se trata de un paradigma epistemológica y éticamente despistado. Se trata de un modelo de sociedad todavía imperante que durante años muchos/as vienen buscando incidir para transformar la lógica desde la enfermedad a la salud, de la recuperación al cuidado.

Es así como desde la praxis en Atención Primaria se han ido concertando voluntades que buscan la transformación del sistema de salud, a partir de la misma atención primaria. Es en ese espacio donde se trabaja con territorios y comunidades, donde existen miles de experiencias de participación social, donde aparece y maneja la multicausalidad y la determinación que sufren las comunidades, donde se visibiliza la necesidad de cambiar la relación entre profesionales de salud y las personas usuarias, procurando pasar desde la “obligación” de seguir un tratamiento indicado a buscar “planes consensuados” donde la persona sea de verdad el centro de la atención y/o el cuidado. Es así como hay múltiples estrategias que hoy se busca incluir en lo que se ha denominado la Atención Primaria Universal. Se trata de ir hacia una construcción contrahegemónica en SEAC.

Avanzar en un modelo contrahegemónico significa poner el foco en la salud colectiva, favorecer la equidad y la justicia para lo cual es indispensable ocuparnos de la determinación social de la salud-enfermedad-atención-cuidados; donde el personal de salud sea a la vez generalista -capaz de integrar y por tanto complejizar, donde la acción esté centrada en la prevención y la promoción de la vida, donde busquemos el equilibrio naturaleza / sociedad. Todo ello con pluralismo epistemológico, en un sistema democrático, no discriminatorio ni etiquetador. En definitiva se espera hacer carne el marco teórico de la medicina social lati-

noamericana o Salud Colectiva. Para Jaime Breilh, desde la Determinación Social de la Salud, marco teórico central de la Salud Colectiva, actualmente se apunta hacia el logro de los siguientes principios protectores y requisitos del bien vivir (Breilh, 2023):

Tabla 1. Las 4 “S” de la vida en Salud Colectiva

Dimensiones	Descripción
“Sustentabilidad (Vitalidad plena, duradera)”	Capacidad para la reproducción presente y futura de la vida humana y natural (es decir, sujeto social y naturaleza).
“Soberanía (libertad; liberación)”	Autonomía en la conducción de un sistema social y forma de vida elegidos, control de los recursos indispensables actuales y planificación
“Solidaridad, organicidad (Equidad, humildad, consciente)”	“Civilización equitativa, lógica protectora para el bien común; organización popular orgánica en torno a intereses estratégicos autodeterminados; validez y viabilidad de derechos. Fraternidad psicológica solidaria y sentido espiritual de bienestar y unión. Relación profunda y respetuosa con la naturaleza y relaciones colectivas equitativas con los demás.”
Seguridad de la vida: (humana-ecosistemas)	Espacios y procesos saludables, protectores, formas saludables de encarnación.

Fuente: Jaime Breilh (2023).

Nos podemos preguntar entonces ¿Es la APS Universal Contrahegemónica?

Efectivamente la APSU está en un camino hacia la contrahegemonía, ya que:

- busca integrar y reducir la fragmentación que hoy día observamos en la atención y cuidados
- complejiza, en el sentido de adoptar la complejidad (no confundir con niveles de atención más complejos) como marco para emprender soluciones (por ejemplo en la Estrategia de Cuidados Centrados en la Persona ECICEP).
- democratiza pues incluye tanto el consenso con las personas (individuales) a través de los planes consensuados, como con las comunidades a través de la deliberación que se debe dar en los diálogos ciudadanos
- aporta equidad al eliminar barreras de acceso, al establecer trabajo intersectorial para el trabajo en determinantes sociales
- aporta a la mejoría de la calidad a través de la búsqueda del incremento en las atenciones y en la resolutividad de los dispositivos.

Además y muy importantemente, la instalación de la Atención Primaria Universal apunta a corregir el “error congénito” de la seguridad social en salud, la falta de universalidad (Parada-Lezcano y Moraga-Cortés, 2019). Después de 100 años terminaríamos con la importante fragmentación o fractura existente hoy día. Sin embargo, pudiera esperarse una oposición del complejo médico industrial, tan fuerte en nuestro país.

Para implementar contrahegemónicamente debemos recordar no es lo mismo:

- Niveles de resolutiveidad y Complejidad
- Población y Comunidad
- Niveles de atención y Niveles de Intervención
- Patología y Malestar
- Cronicidad NO Transmisible y Transmisibilidad Social
- Oportunidad de Elegir / reclamar y Participación Social
- Acceso a comprar atenciones y Ser sujeto de dignidad
- Asociaciones de consumidores de atención médica y Comunidad organizada
- Consejos Locales de Enfermedad y Consejos Locales de Salud
- Metas y Logros / Resultados

Se busca que la Atención Primaria sea el “Centro del Sistema de Salud”, que las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) estén basadas en la APS, de hecho el slogan del gobierno es que la APSU “es el corazón de la reforma”. Toda la teoría apunta a configurar un escenario como lo muestra la figura siguiente, que señala que es la comunidad la que está en el centro del modelo, debiendo la Atención Primaria articularse con la propia comunidad para que esta busque la mejor calidad de vida (Promoción de la salud), con otros actores intersectoriales para hacer frente a la causa de las causas de los desafíos sanitarios (determinantes) y también con la red de salud para hacer frente a problemas que superan el nivel de resolutiveidad requerido.

Vemos así que la APS participa de tres redes, la comunitaria, la intersectorial y la de salud, buscando la integralidad para atender las necesidades de SEAC, tanto individuales como poblacionales y superar el modelo hegemónico (Franco, 2020).

Por otra parte, es importante señalar que las instituciones formadoras de profesionales y técnicos en SEAC aún no son convocadas e involucradas en el proceso de APSU, salvo por la presencia de varios/as académicas en algunas de las mesas del órgano consultivo Consejo Asesor.

La agrupación de académicos/as de 15 universidades “UES por el Territorio” (2023), señala “Consideramos que la vinculación de las instituciones formadoras al trabajo en las comunas pioneras, debe salirse de la relación tradicional de tipo “docente - asistencial”. Vale decir que en un proceso estratégico como el iniciado con la universalización de la APS, las comunidades académicas también aprenden, crecen, se nutren. Fomentando una relación

transversal, horizontal en la construcción de esta política pública. El vínculo que se establece supera las actividades circunstanciales, no es utilitario, de modo que establece tiempos conjuntos para avanzar en modelos de co-construcción, de intercambio, aprendizaje y cooperación mutua”; proponiendo las siguientes posibles contribuciones a la implementación y desarrollo de la APS Universal.

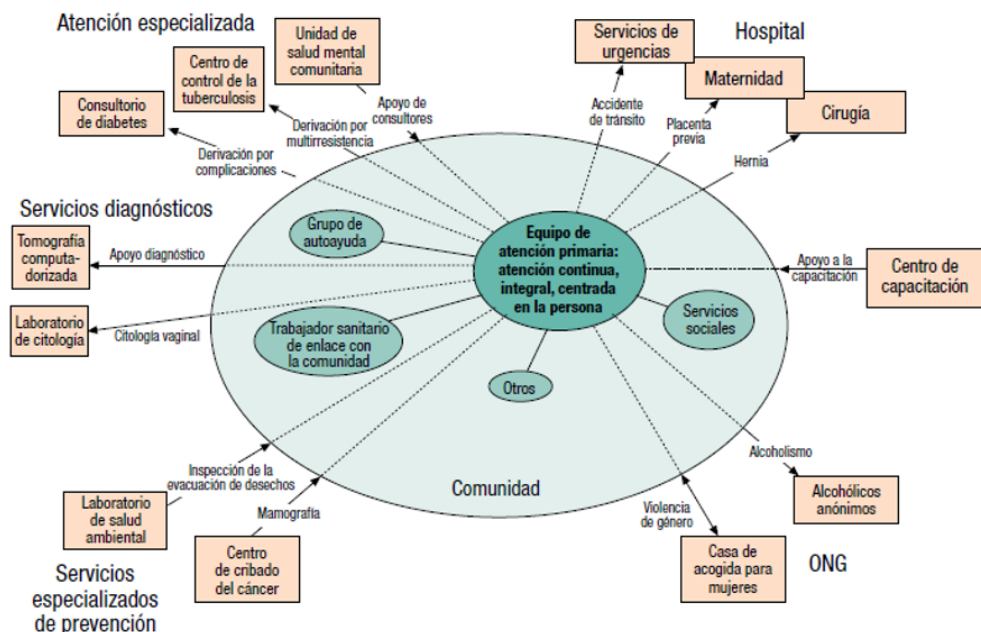


Figura 4. La atención primaria como centro de coordinación: creación de redes en la comunidad atendida y con asociados externos (OMS, 2008)

Recuadro. Posibles contribuciones a la implementación de la APS Universal

Contribuciones directas a partir de fuerza de tarea

En las instituciones formadoras hay muchas personas que pueden llevar adelante actividades asistenciales, docentes, supervisores, estudiantes de pregrado del área de la salud, así como otras que pueden aportar en otros ámbitos que sean necesarios, así como profesionales en formación de postgrado y postítulo tanto de carreras de salud como de otras disciplinas (arquitectura, ingeniería, humanidades, derecho, etc.).

Se propone algunos ámbitos de inserción vinculación y cooperación, siempre desde una lógica contributiva y no solamente en la expectativa de utilizar un espacio formativo.

- Incorporar / aportar capacidad resolutive a través de equipos docentes y personas en formación en el propio territorio así como desde la Universidad, a través de atenciones y prestaciones (incluso más allá de las incorporadas en el plan de Salud Familiar vigente).
- Comprometer estudiantes y académicos para formación / acción interprofesional de todas las carreras que puedan ir a terreno, trabajar con las organizaciones y comunidades y colaborar en acciones concretas como inscripción personas, fichas familiares etc.
- Contribuir al análisis y resolución de situaciones integradas, convocando a diferentes actores sociales e institucionales al diseño conjunto de respuestas, a través de capacidades disponibles en las universidades.

Contribución académica para la sistematización de experiencias

Una importante contribución que se puede generar desde las Universidades es realizar la sistematización de aspectos del proceso de implementación, para ir obteniendo insumos para los procesos de expansión de la política. Es importante aclarar que la expectativa es contribuir al proceso, compartir aprendizajes y no realizar explotación de datos con interés academicista.

Sistematizar de la experiencia de universalización, tanto a nivel de Gestión como clínico asistencial.

- Realizar diseño y ejecución de investigación tradicional y/o investigación acción de acuerdo a las necesidades del territorio
- Determinar las brechas existentes entre las funciones / competencias requeridas para el adecuado desempeño en APS universal en las comunas pioneras y la formación / competencias que tienen los/as profesionales de carreras de la salud, recién formados/as.
- Formular / ejecutar proyectos de intervención con metodología de marco lógico.
- Realizar estudios de apoyo para llevar adelante la implementación: infraestructura, diseño industrial, diseño organizacional, clima laboral, salud laboral, etc.

Colaborar en la co-Construcción de la ECICEP

Elaborar una propuesta de co-construcción de la experiencias y saberes respecto la estrategia ECICEP, entendiendo su relevancia y centralidad en la política, y conociendo la necesidad de aportar claridad en la operación de componentes cruciales como son la “atención por duplas”, “el plan de cuidados consensuados”, entre otros.

- Construir instrumentos que apoyen la comprensión / implementación operativa de la ECICEP, contribuyendo a su eficacia, pero sobre todo a la equidad en las comunas pioneras.
- Proponer diseño de la infraestructura necesaria para realizar la ECICEP, así como para la labor formativa en establecimientos, el trabajo comunitario, etc.

Contribución en educación continua

Contribuir a través de procesos de educación continua y perfeccionamiento en ámbitos que se hayan detectado como brechas, así como en los que puedan emerger desde los mismos actores de las comunas, para que la contribución pueda ser pertinente.

- Entregar apoyo docente en metodologías para el trabajo comunitario: investigación participativa, reuniones efectivas, metodologías de consenso, sistematización de consensos
- Acordar con los actores de las comunas programas de formación para profesionales sanitarios como del intersector: escuelas para líderes sociales, para trabajadores/as, co-construcción de diplomados, etc.

Por otra parte, este proceso ha buscado ser participativo en al menos dos sentidos. En la conformación precoz, en Julio 2022 del Consejo Asesor para la APS Universal (Minsal, Internet 2024) que busca asesorar, de manera no vinculante, la reforma, especialmente en APSU. Allí participan actores relevantes de la política de salud: usuarios, gremios, colegios profesionales, municipios, gobernaciones, parlamentarios y ex ministros de salud. Este Consejo ha venido sesionando sistemáticamente desde esa fecha, haciendo propuestas en diversas áreas, publicadas en la web del Minsal (Internet, 2024), y evaluando el grado de avance de las diferentes líneas a desarrollar en las comunas donde se implementa la estrategia, comunas denominadas “pioneras”¹⁷⁵. El Ministerio también ha buscado espacios sistemáticos de encuentros entre las comunas pioneras y otras con innovaciones importantes, que permitieran avanzar en la co-construcción de la estrategia con los actores de las comunas implicadas. Adicionalmente está la participación local y el rol que la comunidad jugará en la aplicación y desarrollo de la estrategia en los diferentes territorios.

Preguntas y reflexiones finales

¿Hay coherencia entre el discurso y la praxis de la real importancia y viabilidad de la APS Universal? ¿Cómo nos hacemos cargo de la complejidad? ¿Cómo transformamos lo hegemónico en contrahegemónico? ¿Cómo se hace coherencia en tiempos de incoherencia? ¿Negociación o consenso? ¿se sabe/recuerda/implementa que para generar cambios estructurales hay que asignar poder a los/as actores priorizados dentro de la Política? ¿Se recuerdan/visibilizan los juegos de fuerza/poder que existieron en las reformas de 1952 y en 1980? ¿De qué manera podemos preocuparnos de verdad de la inequidad y la falta de participación social?

Los desafíos son enormes y como siempre contra corriente. La APSU debe dejar de ser una política de gobierno y pasar a ser una Política Pública, vale decir debe ser llevada a un cuerpo legal que asegure su continuidad como política de Estado.

El sistema socio sanitario debe vivenciar las ventajas de la APSU para que haya evidencias de sus logros y fuerza societaria para defender la estrategia de sus detractores.

Así mismo debe ser punta de lanza, no solo el corazón, del proceso de reforma del sistema de salud en su conjunto, demostrando que la universalización implica más solidaridad y más equidad.

“Frente a lo que defiende cualquier individualismo miope, típico hoy del neoliberalismo, las personas no somos individuos aislados, sino en vínculo con otras, en una relación básica de reconocimiento recíproco, de interdependencia e intersubjetividad (...) En tiempos en que el emotivismo domina el espacio público desde los

175 Las 7 comunas pioneras que inauguraron la estrategia en 2023 son: Canela (Coquimbo), Alhué (RM), Renca (RM), La Cruz (Valparaíso), Coltauco (O'Higgins), Linares (Maule) y Perquenco (Araucanía). En 2024 se agregaron otras 14: Arica (Arica y Parinacota), Alto Hospicio (Tarapacá), Tocopilla (Antofagasta), Caldera (Atacama), Illapel (Coquimbo), Quilpué (Valparaíso), Chillán Viejo (Ñuble), Curanilahue (Biobío), Angol (La Araucanía), Valdivia (Los Ríos), Puerto Varas (Los Lagos), Aysén (Aysén), Puerto Natales (Magallanes) y La Pintana (RM).

bulos, la posverdad, los populismos esquemáticos, propuestas demagógicas, apelaciones a emociones corrosivas, urge recordar que las exigencias de justicia son morales cuando entrañan razones que se pueden explicitar y sobre las que cabe deliberar abiertamente. Y sobre todo, que el criterio para discernir cuándo una exigencia es justa no es la intensidad del criterio en la calle o en las redes, sino que consiste en comprobar que satisface intereses universalizables. Ese es el mejor argumento, el corazón de la justicia” (Jürgen Habermas).

Referencias

- Arenas, Alberto (2023). Protección social universal, integral, sostenible y resiliente para erradicar la pobreza, reducir la desigualdad y avanzar hacia un desarrollo social inclusivo. Revista de la CEPAL N° 141, diciembre de 2023. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/4e-ff8784-b560-4487-a9b9-9d8f2c9ac2b1/content>
- Breilh, Jaime (2023). Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Primera edición en español. Quito, diciembre de 2023. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9720/1/Breilh%20J-Epidemiologia%20critica%20y%20salud%20de%20los%20pueblos.pdf>
- BCN (internet) (1995). Estatuto de Atención Primaria, Ley 19.378 <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30745>
- BCN (internet) (s/f). Eduardo Frei Montalva. Presidentes de la República de Chile. https://www.bcn.cl/historiapolitica/resenas_biograficas/wiki/Eduardo_Frei_Montalva
- Grupo de salud (2006). Plan de Salud, Atención Médica y Medicina Social 1964. Candidatura presidencial del doctor Salvador Allende. Oficina central de planificación. 2ª edición. Cuadernos Médico-Sociales Abril 2006 vol 46, <https://www.socialismo-chileno.org/PS/sag/Biblioteca/2/SALUD.pdf>
- Franco-Giraldo, Álvaro (2020). Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. Rev Gerenc Polit Salud. 2020;19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>
- FONASA (Internet) (2024). Población beneficiaria a marzo del 2024. <https://www.FONASA.cl/sites/FONASA/datos-abiertos/tablero-beneficiario>
- Giovanella, Ligia; Vega, Román; Tejerina, Herland; Acosta-Ramirez, Naydú; Parada-Lezcano, Mario; Ríos, Gilberto; Iturrieta, Daisy; Fidelis de Almeida, Patty y Feo, Oscar (2021). ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021, e00310142. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310.
- Illanes, Angélica (2010). En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia Social de la Salud Pública, Chile 1880 – 1973. 2ª Edición. Ministerio de Salud. https://books.google.cl/books/about/En_el_nombre_del_pueblo_del_estado_y_de.html?id=zclvmwEACAAJ&redir_esc=y
- López, Marcelo (2018). ¿Salud para todos? La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018. Hitos de la Salud Pública, Ministerio de Salud. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/418/Hitos%204%20salud%20para%20todos.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

- Marinho, M L; A Dahuabe y A Arenas de Mesa (2023). Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible. Serie Políticas Sociales. N° 244, Santiago. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/b816a7eb-10d7-4f37-8eba-e6cb8feb91cc/content>
- Ministerio de Salud (internet) (2024). <https://www.minsal.cl/consejo-asesor-aps-universal/>
- Ministerio de Salud (2024). Consejo Asesor para la Universalización de la Atención Primaria. Comisión de Reforma. Ministerio de Salud. Marzo 2024. PDF.
- Ministerio de Salud (2023a). Orientaciones técnicas para la universalización de la atención primaria de salud. Marco Operativo para el primer año de implementación de comunas pioneras en atención primaria universal. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/1_Orientaciones-Tecnicas_APS-U-1.pdf
- Ministerio de Salud (1993). Del Consultorio al Centro de Salud. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2008). En el Camino a Centro de Salud Familiar. Subsecretaría de Redes Asistenciales. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/En-el-Camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>
- OMS (1978). Declaración de Alma Ata. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978-Declaracion.pdf>
- OMS (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008.pdf
- OMS (2018). Declaración de Astana. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Parada-Lezcano, Mario y Moraga-Cortez, Fabián (2019). Crisis del aseguramiento de la salud en Chile: enfermedad crónica socialmente transmisible. Revista Tempus. Actas de Saude Coletiva. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v13i2.2678>. <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2685/1961>
- Rivas, Eduardo (2015): Programa Básico de la Unidad Popular. <https://www.marxists.org/espanol/allende/1969/diciembre17.htm>
- UES por el Territorio (2023). Minuta. Posibles contribuciones a la implementación de la APS Universal. PDF.

Análisis crítico de la Participación Social en Salud en Chile^{176, 177}

Mario Parada-Lezcano¹⁷⁸, Daisy Iturrieta Henríquez¹⁷⁹ y Mónica Muñoz Parada¹⁸⁰

Chile es un país neoliberal, modelo cristalizado en la Constitución de 1980 de la dictadura cívico-militar aún vigente, con una sociedad movida por relaciones mercantiles, fracturada en clases sociales y en donde el mercado, junto con el Estado subsidiario, regula el sistema social. Se ha naturalizado la desigualdad, con reducción y privatización de derechos sociales impactando de manera dramática en la vida de las personas más pobres del país, tensionando la definición de las políticas públicas sociales.

Comentamos los principales hallazgos de un estudio cuyo objetivo general fue realizar un análisis crítico de la política pública de participación social en salud (PSS) en Chile durante el período 1990 – 2021. En términos de metodología, este correspondió a un estudio de caso, con análisis cualitativo de documentos (25) relacionados con el marco normativo/regulatorio de la participación social y entrevistas semi estructuradas (6) a expertos/as y principales actores sociales de acciones participativas en salud. El análisis realizado fue crítico / dialéctico del devenir de la política pública de PSS. Una vez levantada y analizada la información se configuraron las siguientes categorías para el análisis: Discrepancia entre discurso y praxis sobre PSS; Dialéctica instituyente / instituido; Movilización social como PSS.

176 Ensayo publicado originalmente en el boletín "Salud y sociedad: crítica latinoamericana: América Latina y el caribe entre pandemias: la desigualdad y el COVID. N°2" / Carmen Gloria Muñoz ... [et al.]; - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2022. Libro digital, PDF - (Boletines de grupos de trabajo) <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/248574/1/N2-Salud-y-sociedad.pdf>

177 Los resultados son una parte del Estudio de Caso de Participación Social en Salud, contratado por la Organización Panamericana de la Salud – OPS Washington, realizado en 2021. Cabe recalcar que la OPS no necesariamente comparte los contenidos aquí entregados.

178 Profesor Titular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso – Chile, integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

179 Profesora Titular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso – Campus San Felipe - Chile, integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Estudios sociales para la salud.

180 Socióloga, Consultora independiente.

Existe gran discrepancia entre lo que está escrito, discurso democratizador y aceptante de la incorporación de la comunidad en la toma de decisiones, y lo que se ejecuta, que es con participación minimalista (derecho a reclamar, a estar informado/a, a ser consultado/a) y eficientista (la PSS formal como una meta asociada a incentivos para los/as trabajadores/as por ejemplo) y un lugar para “evidenciar” la presencia de la comunidad como espectadores con voz, más que actores con derecho a voto en el cotidiano del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (Anigstein, 2008). Los marcos normativos tienen un enfoque reduccionista de la PSS: instancias consultivas no vinculantes, con una idea más bien de entrega de información a las comunidades sobre lo realizado que responde al cumplimiento de una meta de los equipos de salud de APS con muy poco espacio a la deliberación y toma de decisiones, lo cual se inscribe en un espacio sociopolítico de democracia representativa restringida (Cancino, 2010; Cancino y Faundez, 2018; Consejo Nacional de Participación Ciudadana, 2017; Donoso, 2018; MINSAL, 2016).

Hay relatos y experiencias limitadas respecto de experiencias que hayan tenido un resultado instituyente. Son ejemplos de esto los casos “Zona en sacrificio” (Carrasco et al., 2029) y “Ancosalud” (Directorio Ancosalud, 2017) y además en el Programa de Comunas Vulnerables (MINSAL, 2010; Parada 2010ayb) que señaló que “al contrastar el informe de resultados de los Diálogos Ciudadanos y la versión final de la Política se puede identificar que una gran proporción de los contenidos expuestos en los enfoques, principios y objetivos estratégicos de la política fueron emanados de los diálogos ciudadanos y de todo el proceso participativo”. El juego dialéctico instituyente / instituido produce en la organización social desgaste, frustración, junto con la exposición en algunos casos a violaciones a los DDHH. Lo anterior es coherente con que el poder instituido le teme a la PSS, por lo que la limita, restringe, reduce, etc., denotándose una falta de voluntad. En los últimos tiempos hemos ido viendo como la acción colectiva se ejerce más por los canales no institucionales, vale decir a través de medios no convencionales y no parlamentarios, a través de la movilización social. En la sociedad de consumo en la que vivimos, esta estrategia es cada vez más utilizada por los grupos de consumidores.

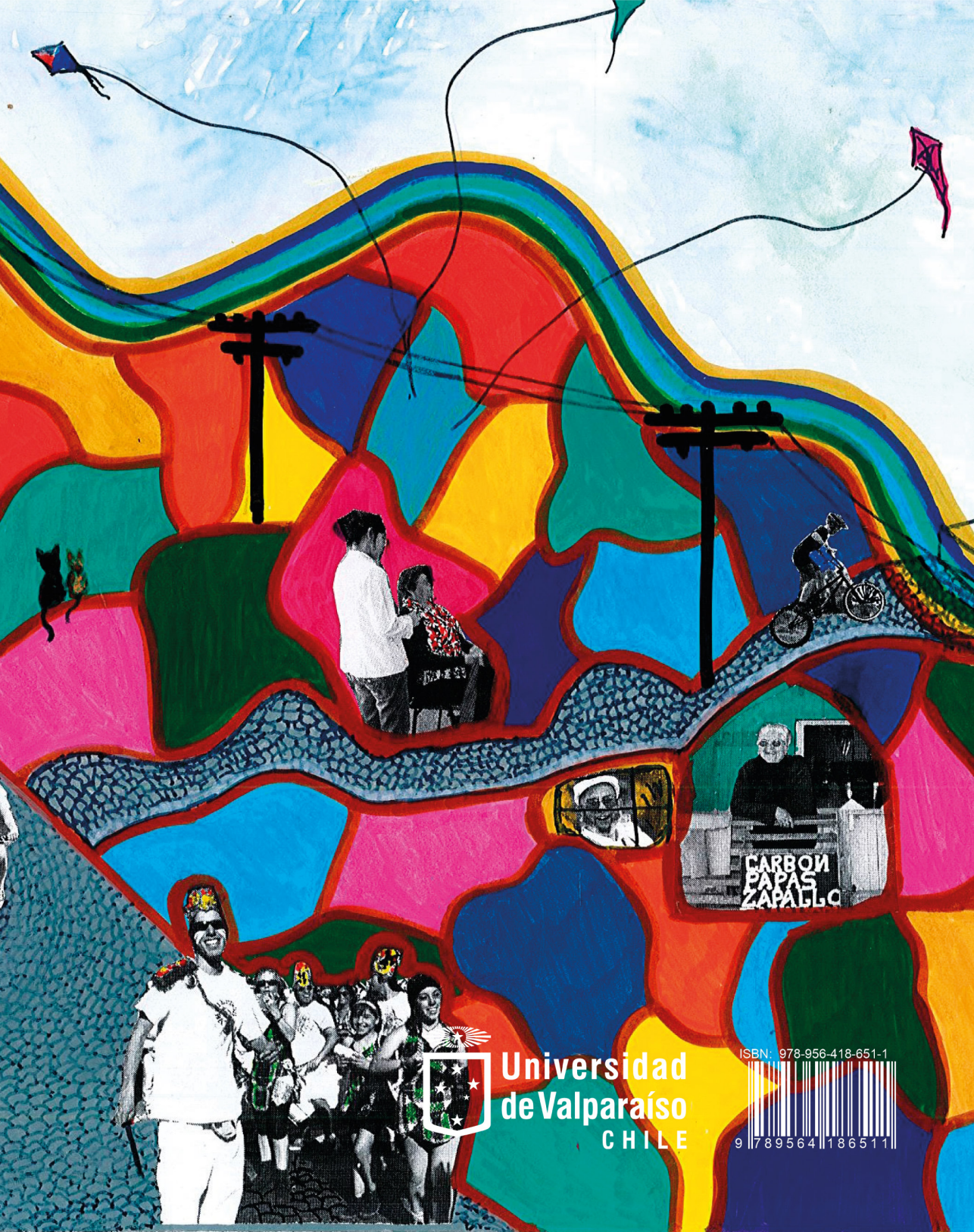
Se puede afirmar que el modelo de sociedad capitalista-neoliberal, vigente en Chile, ha propiciado la presencia de relaciones mercantiles, lo que trae consigo repercusiones políticas, económicas e ideológicas en la matriz socio cultural y por ende en la direccionalidad de las Políticas Públicas que propendan a la participación social en salud.

Se requiere la generación de “democracia participativa”, una “radicalización de la democracia” basado en la toma social de decisiones. Que la democracia se profundice desde el sistema de gobierno hasta la vida cotidiana de las comunidades en sus diferentes territorios y que aquello esté reflejado en la Constitución Política. Además, dejar de hablar de Participación Social y hablar de Democratización, como aporte a la construcción social hacia esa transformación lingüística / cultural necesaria (Breilh, 2020). La repolitización de los/as actores y del fenómeno salud – enfermedad – atención – cuidados es un elemento central para avanzar en PSS, junto con la construcción de más y mejor organización social,

la formación y capacitación de ella. El enfoque territorial, de derecho y con pertinencia cultural de las políticas públicas resulta un desafío aún pendiente.

Referencias

- Anigstein, María Sol (2008) Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. *Rev Mad*. N° 19, Septiembre de 2008. <https://revistamad.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/13898/14183>
- Breilh, Jaime. (2020). Buen vivir: la fuerza de un pensamiento emancipador propio sobre el modo de vivir – Prólogo. En G. Churuchumbi, Usos cotidianos del término Sumak Kawsay en el territorio Kanyambi: Una filosofía para la vida. Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/7079>
- Cancino, Anselmo (2010) Presupuestos participativos como herramienta de deliberación democrática para la construcción de ciudadanía en salud: el caso de tres servicios de salud de la región metropolitana. Magíster En Política y Gobierno. FLACSO – Chile. Universidad de Concepción. <https://flacso.cl/biblioteca/product/presupuestos-participativos-como-herramienta-de-deliberacion-democratica-para-la-construccion-de-ciudadania-en-salud-el-caso-de-tres-servicios-de-salud-de-la-region-metropolitana/>
- Cancino, Anselmo y Faúndez, Rodrigo (2018) Factores dinamizadores para la participación ciudadana en políticas de salud. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2018, 58 (3): 103-110. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/310/284>
- Carrasco Valeria, Almarza María Teresa, Morales, Sánchez Alejandra Ramírez Hernán (2019). Feminismo Popular y Territorios en Resistencia: La lucha de las Mujeres en la Zona de Sacrificio Quintero – Puchuncaví. Heinrich Böll Stiftung. <https://cl.boell.org/sites/default/files/2020-03/Feminismo%20Popular%20y%20Territorios%20en%20Resistencia%20%282020%29.pdf>
- Consejo Nacional de Participación ciudadana (2017). Informe Final: Estado de la participación ciudadana en Chile y propuestas de reforma a la ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. <https://www.goretarapaca.gov.cl/wp-content/uploads/2017/01/Informe-Final-de-la-Comisi%C3%B3n-Nacional-de-Participaci%C3%B3n-Ciudadana-y-Fortalecimiento-de-la-Sociedad-Civil.pdf>
- Directorio Ancosalud. (2017). Camino Recorrido. Chile. PDF.
- Donoso, Nora (2018). Tensiones y paradojas en los procesos de participación social en salud. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2018, 58 (3): 47-52 <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/301>
- MINSAL (2010) Programa de Comunas Vulnerables. Experiencia de Implementación durante el año 2009. Subsecretaría de Salud Pública. PDF.
- (2016) Construcción de Ciudadanía en Salud. Experiencias regionales de participación 2014-2016. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Subsecretaría de Salud Pública. PDF.
- Parada, Mario (2010a) Informe final sistematización programa “Comunas Vulnerables” región del Libertador B. O’Higgins. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. PDF.
- (2010b) Informe final sistematización programa “Comunas Vulnerables” región de Valparaíso. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. PDF



Universidad
de Valparaíso
CHILE

ISBN: 978-956-418-651-1



9 789564 186511