

CONGRESATORIO DE SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA: ACCIÓN Y REFLEXIÓN EN TIEMPOS DE COVID-19

CONGRESS OF PUBLIC HEALTH AND EPIDEMIOLOGY:
ACTIONS AND REFLECTIONS IN THE TIME OF COVID-19

RESUMEN FINAL DE CONCLUSIONES¹

Los días viernes 4 y sábado 5 de diciembre de 2020, organizado por la Red Chilena de Instituciones Formadoras en Salud Pública, Sociedad Chilena de Epidemiología, Sociedad Chilena de Salubridad, Sociedad Chilena de Salud Pública Oral, Programa Centro de Salud Pública de la Universidad de Santiago y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, se ha desarrollado en modalidad virtual el Congreso de Salud Pública y Epidemiología: Acción y reflexión en tiempos de COVID-19.

En total se realizaron 12 mesas de conversación sobre diversas temáticas en distintas dimensiones de la salud pública. Participaron 38 expositores y expositoras (28 de distintas regiones, universidades y organizaciones de la sociedad civil de Chile y 10 de organismos internacionales o entidades académicas de diferentes países), quienes compartieron sus experiencias, visiones y reflexiones. A través de las plataformas, el público asistente, que se mantuvo entre 200 y 250 personas durante los dos días de duración del evento, pudo participar compartiendo reflexiones y preguntas en las distintas mesas.

Las principales conclusiones que decantan de este encuentro son las siguientes:

En el eje temático de **Sistemas y Servicios de Salud**, hubo tres mesas de conversación. En la mesa de Institucionalidad sanitaria, el análisis se centró en la acción de la autoridad sanitaria en Brasil, Argentina y Chile, la cual ha sido diversa, aunque con algunos elementos en común. En Brasil, octavo país del mundo en contagios y mayor tasa de muertes, bajo el gobierno de Bolsonaro se han ido destruyendo lazos y cancelando los esfuerzos de organización de la sociedad. La autoridad sanitaria ha estado lejos del rol esperable en una pandemia. Por ejemplo, no ha instruido a la Atención Primaria de Salud (APS) a realizar rastreo ni acompañamiento de casos y contactos. Cada municipio ha actuado en forma autónoma. No ha habido coordinación federal.

En Chile, la autoridad sanitaria ha tenido fallas de coordinación, una débil gobernanza y una comunicación de riesgo muy deficiente, lo que ha repercutido en el empeoramiento del impacto de la pandemia en la salud de la población. La estrate-

¹ Agradecemos la colaboración de las siguientes personas en la elaboración de los resúmenes de cada mesa: María Elena Alvarado Bretón, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; María José Alvarado Mérida, Facultad de Odontología, Universidad de Chile; Claudio Castillo C. Departamento de Salud Pública, Universidad de Santiago de Chile; Ignacio Castro Aguirre, Director Sociedad Chilena de Salubridad; Marcela Cortés Sepúlveda, Departamento de Salud Pública, Universidad Católica del Norte; Gisella Davis Toledo, Departamento de Salud Pública, Universidad de Talca; Rodrigo Espinoza Fariás, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Tyron Jaque Villaseca, Director Sociedad Chilena de Salud Pública Oral; Natalia Lucero M., Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Claudio A. Méndez, Instituto de Salud Pública, Universidad Austral de Chile; Deborah Navarro Rosenblatt, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Patricio Oliva Moresco, Magister en Salud Pública, Universidad del Biobío; Muriel Ramírez Santana, Departamento de Salud Pública, Universidad Católica del Norte; Alexandra Torres A., Instituto de Salud Pública, Universidad Andrés Bello.

Oscar Arteaga
Presidente Comité Científico,
Escuela de Salud Pública,
Universidad de Chile

María Paz Bertoglia
Presidenta Sociedad Chilena de
Epidemiología, Escuela de Salud
Pública, Universidad de Chile

Paula de Orúe
Representante Red Chilena de
Instituciones Formadoras en Salud
Pública. Departamento de Salud
Pública, Universidad de Concepción

Alejandra Fuentes-García
Escuela de Salud Pública,
Universidad de Chile

Elizabeth López
Presidenta Sociedad Chilena
Salud Pública Oral,
Universidad Andrés Bello

Matilde Maddaleno
Presidenta
Comité Organizador Congreso,
Universidad de Santiago de Chile

Rodrigo Martínez
Presidente Sociedad
Chilena de Salubridad

gia de la autoridad sanitaria fue fortalecer la red hospitalaria (camas críticas), asignando el rol operativo de la trazabilidad en los equipos de las SEREMIS de salud y postergando a la APS. Un mejor manejo de la pandemia requiere articulación de la red, lo que se ve dificultado por la dicotomía en la conducción técnica de la APS desde las Direcciones de Servicios de Salud y las SEREMI.

En Argentina, la respuesta a la pandemia se ha asumido como un compromiso tomado entre el Gobierno Nacional y los Gobiernos Provinciales y Municipales, de manera consensuada, bajo la rectoría del Presidente y la autoridad sanitaria. Hay mesas de consenso y discusión. Ha habido una estrategia dirigida hacia la innovación en diferentes áreas como articulación público-privada, protocolización, telemedicina y residencias de personas mayores. Se concluye que la pandemia no ha tenido una mirada latinoamericana, regional, ni de Cono Sur. En los países en los cuales la autoridad sanitaria ha actuado con mayor debilidad, la atención primaria de salud ha desarrollado una acción autónoma. El desarrollo del nivel territorial es fundamental para un mejor manejo de la pandemia, lo que incluye el trabajo de la autoridad sanitaria con las organizaciones territoriales y, para ello, se requiere el desarrollo y fortalecimiento de confianzas.

En la mesa de **Atención Primaria**, el diagnóstico compartido sobre la acción de la APS es que la respuesta de las autoridades de salud al COVID fue lenta y con escasas orientaciones hacia la APS. La percepción en los equipos de salud es que en el nivel central no existe conciencia de los múltiples esfuerzos realizados por APS. Se valora a las TIC como una estrategia costo-efectiva para el seguimiento integral de pacientes crónicos y se estima factible su uso post pandemia, con el debido refuerzo de recursos económicos y corrigiendo las disparidades existentes entre comunas. Además, se valora esta herramienta como una estrategia para el seguimiento de casos COVID. También en esta mesa, se destaca que un desafío muy importante y que se requiere enfrentar, es la necesidad de articular la red de salud desarrollando un mayor anclaje en la territorialidad con municipios y actores locales. Esta articulación es necesaria para entregar una respuesta más efectiva a nivel local ante próximos escenarios de COVID-19.

En relación con la **salud mental** de los trabajadores de la salud, el estudio realizado en 30 países de los cinco continentes de cohorte multicéntrico “COVID-19 Health Care Workers Study”, coordinado

por investigadores de la Escuela de Salud Pública y Columbia University, ha mostrado que en Chile y México los trabajadores y trabajadoras sanitarios han estado expuestos a altos niveles de violencia, estigmatización y acoso durante la pandemia. Este grupo no solo tiene una prevalencia mayor de trastornos de salud mental que la población general sino que, además, este nivel ha aumentado en relación a la etapa pre-pandémica. Un alto porcentaje manifiesta requerir apoyo psicológico, pero solo menos de un tercio lo ha obtenido. La presencia de patologías de salud ha sido mayor en mujeres trabajadoras, mostrando un 60% de las trabajadoras algún trastorno de salud y mayor nivel de sintomatología depresiva. Una perspectiva de género es fundamental para su abordaje y respuesta.

El análisis de la respuesta gubernamental de los países latinoamericanos ante la pandemia y su relación con la salud mental de los trabajadores de la salud ha mostrado en su fase 1 (medidas gubernamentales nacionales) que, tanto en México como en Chile, aunque se tomaron muchas medidas, ninguna hizo alusión directa a la Salud Mental de los trabajadores de la salud, aun cuando los marcos administrativos lo permitían. Desde OPS/OMS se ha visto como los trastornos de salud mental de trabajadores de salud tienen, además, impacto en el ausentismo y en la calidad de atención (por la mayor posibilidad de cometer errores, por ejemplo). Se recomienda que la salud mental de los trabajadores de la salud tenga la misma prioridad en términos de respuesta de política pública que la protección que se le ha dado a su salud física (conocimiento y EPP).

En el eje temático de **Análisis de datos y registros**, en la mesa de Información para la Acción, se abordó la importancia del acceso a datos para la toma de decisiones en relación con la pandemia. La información generada es presentada a los distintos tomadores de decisiones, aún cuando no necesariamente esta información es vinculante en las decisiones a nivel nacional, regional y comunal. Asimismo, para la academia se plantea un rol de cooperación para la generación de datos que permita entregar información a las autoridades para alimentar decisiones y a la comunidad, lo que plantea el desafío de generar información que sea fácilmente comprensible. Por otra parte, se relevó la importancia de la ciencia de datos en la formación profesional para la valoración del registro y análisis de los mismos, pues al inicio de la pandemia se evidenciaron dificultades en el manejo de datos. Lo anterior se plantea como

una oportunidad para incluir la ciencia de datos en los planes de estudios de pregrado y postgrado de los profesionales de la salud, estableciendo esta dimensión en las competencias de egreso.

En la mesa de **Sistemas de registro de estadísticas vitales para la vigilancia integral** en salud pública, se planteó que las estadísticas vitales no constituyen instrumentos de vigilancia adecuada para Salud Pública en situaciones de brotes, epidemias o eventos de salud agudos. Para la vigilancia en Salud Pública, los datos de hechos vitales tales como mortalidad o natalidad, deben surgir de certificados que garanticen calidad del registro, pues respecto de mortalidad, los errores relacionados con la mala definición de las causas de muerte, así como la existencia de información/códigos basura (causas poco útiles) no agrega valor a Salud Pública. En este contexto, las Universidades tienen una responsabilidad ética, moral y social con la formación adecuada de futuros profesionales, como médicos/as y matronas/nes, que emitirán certificados de nacimiento y muerte. La base de datos del DEIS se depura y perfecciona a través del cruce con otros registros, como por ejemplo egresos hospitalarios, base de datos de Carabineros, Enfermedades de Notificación Obligatoria, accidentes laborales causantes de muerte, entre otros, pero, lamentablemente, el Instituto Médico legal, actualmente, no es un aporte para dichos fines. Se pudo concluir que aunque el país posee sistemas de registros completos y útiles, también existen trabas legales para acceder a dichos registros de manera anonimizada.

En el eje temático de **Inequidad en COVID-19**, en la mesa de Impacto de pandemia en la situación de salud y bienestar, se señaló que la pandemia hizo más visible las desigualdades y debilidades del sistema de salud. Esto fue graficado con la “triple carga adicional” en poblaciones específicas: i) inequidades estructurales pre-existentes; ii) mayores riesgos de exposición por la dificultad de cumplir las medidas recomendadas y efectos no deseados y con impacto adverso, y; iii) mayor prevalencia de factores de riesgo y comorbilidades que incrementan complicaciones y mortalidad por COVID-19. Una expresión concreta de desigualdades pre-existentes en Chile es la Salud Oral, en la que la evidencia nacional muestra una brecha entre niveles socio-económicos a partir de los 2 años de vida expresada en caries y dentición no funcional. En la mesa se compartió evidencia respecto a que en la Región Metropolitana, los determinantes sociales de salud, en

particular el índice de pobreza multidimensional, la densidad poblacional y el uso del transporte público son extremadamente relevantes en la prevalencia y dinámica de las infecciones y mortalidad, lo que refuerza la urgencia de promover la salud en todas las políticas y mejorar los esfuerzos intersectoriales para enfrentar esta pandemia.

En la mesa de **Género, Salud y COVID-19**, desde una perspectiva de masculinidad, se planteó que la condición de hombre configura en este un estereotipo cultural de superioridad de género, condición que le atrapa y afecta su desempeño en sociedad. Así, en su edad productiva, por su condición de hombre se cuida menos quedando expuesto a negativas condiciones de vida, lo que, por ejemplo, se traduce en que uno de cada cinco varones, a partir de los 15 años, muere antes de cumplir los 50 años. Tanto en Chile como a nivel internacional, entre las personas contagiadas por COVID, el número de mujeres es levemente superior, pero la gravedad y mortalidad ha sido mayor en hombres. En Chile, el mayor grupo de contagiados es 20 a 39 años, en hombres y mujeres; en mayores de 60 años, son más las mujeres afectadas.

El doble horario de trabajo de las mujeres, sumado a la pobreza, desigualdad, frágiles sistemas de protección social, inequidad de remuneraciones, entre otros factores, han profundizado la inequidad de género en tiempos de pandemia. Es urgente el abordaje de la igualdad de género en la eficiencia de las respuestas al COVID-19 y otras eventuales emergencias o desastres.

Desde la perspectiva de la cultura de los pueblos originarios, la enfermedad corresponde a un estado de desequilibrio entre el individuo y la naturaleza. Para el pueblo mapuche, el COVID-19 es una enfermedad generada y provocada por el mundo “blanco”, logrando desequilibrar a la persona con su entorno natural. Además, atribuyen esta pandemia a los continuos desastres y al cambio climático.

En el eje temático de **Salud Global y Comunicación de riesgo**, en la mesa de Salud global se planteó que la pandemia de COVID-19 en América Central, así como en todo el mundo, ha impactado significativamente en términos socio-sanitarios y económicos, revelando profundas inequidades estructurales y la actual incertidumbre en espera de una vacuna que detenga su propagación. Sin embargo, dada la naturaleza y los determinantes de esta crisis, así como de otras emergencias como el cambio climático, se requiere de soluciones globales en un contexto de

cada vez mayor interdependencia e interconexión entre las sociedades.

Actualmente existen importantes iniciativas y financiamientos a estrategias orientadas a la investigación, producción y distribución de potenciales vacunas a gran escala y de acceso universal. El desafío futuro es promover y mantener instancias permanentes de colaboración internacional, de carácter multilateral, con participación institucional y de la sociedad civil, en pos de una verdadera cultura universal.

En la mesa de **Comunicación de riesgo**, se reconoció que la comunicación de riesgo es, sin duda, parte fundamental del manejo de las emergencias en Salud Pública. Supone la entrega de contenido en tiempo real desde las autoridades y expertos para guiar la toma de decisiones para la población en riesgo. La confianza de la población en las instituciones y en las autoridades juega un rol central para que el mensaje tenga una adecuada recepción en la población. Existe la necesidad de hacer una comunicación de riesgo más horizontal, que incluya a los usuarios en la construcción y conducción del mensaje, que incorpore los conceptos de unidad y el traspaso de la responsabilidad desde lo individual a lo colectivo. La estrategia del Gobierno ha mejorado con el cambio de ministro, pero queda el enorme desafío de enfrentar la segunda ola y una eventual comunicación en un escenario de desconfianza del gobierno y las instituciones.

En el eje temático de **Participación y comunidad**, en la mesa de Inseguridad alimentaria, se planteó que desde el estallido social se ha visto cómo se ha ido destapado la olla del hambre en Chile. Bastaron unas pocas semanas de confinamiento para que aparecieran, como fantasmas del pasado, las ollas comunes. Estas han mostrado que son mucho más que comida; son redes sociales de apoyo, sustento y socorro a la comunidad. Las ollas comunes fueron organizadas mayormente por mujeres, por la sociedad civil, como escapatoria a la falta de soluciones gubernamentales e institucionales. Las organizaciones civiles han logrado surgir y mantenerse sobre la base del empuje, sustento, fuerza de los pobladores.

La inseguridad alimentaria es una realidad local que ha ido en aumento desde el comienzo del estallido social y profundizándose con la pandemia. Con la nueva Constitución se abren ventanas de oportunidades para incorporar el derecho a la alimentación como un derecho humano, el que se debe garantizar de forma explícita en la Constitu-

ción Política. Este derecho se relaciona con la seguridad alimentaria, con la soberanía alimentaria y con los derechos mínimos de la población. El derecho a la alimentación debe asegurar la cantidad y calidad adecuada de alimentos saludables, sin discriminación de ningún tipo y con pertinencia cultural, asegurando el desarrollo saludable y vida satisfactoria a la población chilena. Igualmente, es crucial incluir la protección de la producción nacional agropecuaria y pesquera y garantizar sistemas alimentarios justos, inclusivos, sostenibles y biodiversos.

Se planteó que Chile tiene hambre, hambre de justicia social, hambre de oportunidades, hambre y voluntad para solucionar los problemas estructurales de la población chilena.

En la mesa de **Afrontamiento y organización comunitaria** en tiempos de pandemia, se indicó que en el contexto del estallido social y pandemia por Covid-19, la organización comunitaria se constituye como una necesidad para afrontar los cambios y amenazas emergentes.

Los resultados de la consulta ciudadana de respuesta comunitaria a la pandemia realizada en conjunto entre varias universidades chilenas, está dando cuenta de las respuestas integrales de carácter socio-sanitario desarrolladas a lo largo del país durante la crisis COVID-19, evidenciando que las organizaciones comunitarias, grupos autogestionados y juntas de vecinos son las más frecuentes, mientras que hay una modesta vinculación con instituciones sanitarias, representadas fundamentalmente por la APS.

En el contexto de la situación previamente descrita, desde la Fundación de Educación Popular en Salud (EPES), surge la necesidad de un trabajo comunitario que se desarrolla apoyando a diferentes organizaciones de mujeres y redes mixtas en el país. Este trabajo busca responder a las necesidades básicas generadas por la pandemia, como habilidades tecnológicas, salud mental, violencia de género, desprotección de personas en situación de vulnerabilidad, alimentación, salud y proceso constituyente, con una mirada integral y promoviendo el empoderamiento de las comunidades y el abordaje en profundidad de sus necesidades.

La pandemia ha expuesto la profunda desigualdad de nuestro país, permitiendo visibilizar las experiencias de un gran grupo de nuestra sociedad, la que solamente se podrá enfrentar con solidaridad, colaboración y participación, que a su vez debieran ser los insumos de los diálogos para una nueva Constitución, reflejando cómo pensamos un proyecto de

país, manteniendo viva la participación ciudadana.

A modo de gran conclusión general de las reflexiones desarrolladas en este Congreso, podemos señalar que las condiciones estructurales de base en la crisis sanitaria están marcadas por el estallido social y la crisis económica, que es global. Estamos ante una crisis sistémica, procesos que se superponen, pero implican emociones distintas –rabia/esperanza, asociadas al estadillo y, miedo/cansancio, asociadas a la crisis de pandemia. A esto se suma, que esta crisis sanitaria se da en un contexto de desconfianza, de baja adhesión al gobierno y baja credibilidad en las instituciones. No hay una dicotomía entre economía y salud”. Aunque la cuarentena se asocia al shock económico, esta medida también puede ayudar a un crecimiento económico acelerado, si es que es efectiva en reducir el contagio. Aun desde un punto de vista económico, lo primero que hay que hacer es contener la pandemia. La economía se ve mucho más afectada en una situación de pandemia descontrolada.

Respecto al contexto local, la debilidad de la autoridad sanitaria, el centralismo, orientaciones iniciales desfavorables de la OMS, la crisis de legitimidad de las autoridades y lecturas erráticas desde la lógica económica para actuar en pandemia, favorecieron un manejo deficiente de la crisis, que se estima fue lento, tardío e insuficiente.

En distintas mesas se relevó la importancia de la participación y de la transferencia de poder a las comunidades, quienes son, además, claves para la gestión en la pandemia. En este sentido, profundizar el anclaje territorial e introducirse en las propias estructuras territoriales desde Atención Primaria y el trabajo intersectorial, es una estrategia que requiere esa transferencia de poder.

A nivel de las personas, este contexto revela la inequidad social, evidenciándose una actitud moral caracterizada por la sensación de orfandad sociológica en las personas respecto del Estado. Una expresión de esto en el ámbito de salud son las listas de espera por atención, que se han incrementado debido a la pandemia y la tardía respuesta de la Autoridad Sanitaria.

Después de la experiencia de este Congreso, como entidades organizadoras y desde nuestra identidad de instituciones académicas y científicas, renovamos nuestra firme voluntad y compromiso para seguir generando espacios de diálogo entre diversos actores que comparten la preocupación por los desafíos sociales, sanitarios y políticos que, como so-

ciudad, estamos enfrentando. La generación de los cambios que nos permitan avanzar en una sociedad más justa, más inclusiva, más solidaria requiere del esfuerzo de todos y todas. Fortalecer el necesario espíritu de diálogo que nos permita ir construyendo las soluciones requeridas es también responsabilidad de todos y todas.

Muchas gracias nuevamente a todos y todas quienes hicieron posible la realización de este Congreso. Agradecemos especialmente a los y las panelistas que participaron en las diferentes mesas, así como a quienes actuaron como moderadoras y moderadores en esas mismas mesas y a quienes estuvieron tomando notas para ayudar a la elaboración de este resumen final. De igual modo, agradecemos el apoyo técnico del Centro de Informática Médica y Telemedicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (CTM), que nos permitió la logística de este evento. Finalmente, lo más importante, agradecemos a cada uno y una de ustedes que fue parte de la gran audiencia que tuvo este evento; les agradecemos por su participación, por las preguntas y reflexiones que hicieron llegar a través del chat de cada mesa, pues ello contribuyó de manera muy significativa a lograr los objetivos de este Congreso.

Muchas gracias nuevamente a todos y todas. Nos vemos en VI Congreso Chileno de Salud Pública y VIII Congreso Chileno de Epidemiología, cuando bajo el lema “Equidad en salud para una sociedad de creciente complejidad”, volvamos a encontrarnos en forma virtual, los días 6, 7 y 8 de mayo de 2021.

Comisión Organizadora VI Congreso Chileno Salud Pública y VIII Congreso Chileno de Epidemiología