

IV CONGRESO CHILENO DE SALUD PÚBLICA Y VI CONGRESO CHILENO DE EPIDEMIOLOGÍA IV CHILEAN CONGRESS OF PUBLIC HEALTH AND VI CHILEAN CONGRESS OF EPIDEMIOLOGY

ANTECEDENTES

La Sociedad Chilena de Epidemiología, la Sociedad Chilena de Salud Pública, la Red Chilena de Instituciones Formadoras en Salud Pública y el Instituto de Salud Poblacional de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se unieron nuevamente para convocar al IV Congreso Chileno de Salud Pública y VI Congreso Chileno de Epidemiología, Salud en Todas: Enfrentando un modelo en crisis. Tuvo lugar en la ciudad de Coquimbo los días 1 y 2 de diciembre de 2016.

La invitación y objetivos de esta nueva cita se centraron en el concepto de enfrentar una crisis observada en nuestro sistema de salud, con miras a analizar caminos de mejoras. Este concepto comienza reconociendo los grandes logros sanitarios alcanzados por Chile en las décadas pasadas, así como su destacada posición frente a otros países del continente; pero observando también que hay que ser cautelosos y, al mismo tiempo, es necesario abrir la búsqueda de estrategias que den cuenta de las necesidades que enfrenta el país en la actualidad. ¿Cómo ha evolucionado y funcionado el sistema de salud? ¿Qué fortalezas y deficiencias percibimos? ¿Qué estrategias hemos aprendido y podemos comunicar, para dar cuenta del mejoramiento de la calidad de vida de la población? ¿Qué podemos aprender de la experiencia internacional en estas materias?

Durante el Congreso Salud en Todas 2016 se compartieron resultados de investigaciones chilenas, se presentaron estrategias innovadoras y experiencias exitosas, junto con diferentes acercamientos para una mejora en la salud. Entre las temáticas tratadas, tanto en los diferentes simposios y conferencias, como en los trabajos científicos, estuvieron: la situación de la atención primaria de salud y de la red de urgencia, estudios poblacionales en salud pública, análisis acerca del desempeño de los sistemas de salud, situación epidemiológica nacional, abordaje de enfermedades crónicas y de enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes, características esenciales de un sis-

tema y modelo de salud efectivo, formación profesional en Salud Pública, investigación en epidemiología ambiental y abordajes complementarios de paradigmas de investigación en salud pública, entre otras.

PRINCIPALES DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Atención de Salud: fortalecimiento del vínculo y eficiencia de los elementos de la Red

Como nunca antes, dentro de lo más relevante del Congreso, tanto a nivel de participación presencial como online, se destacó por sobre otras ideas la necesidad de mejorar y fortalecer la Atención Primaria de Salud.

En el Simposio organizado por la ES-PUCH, “Modelo de atención en la mira: tensiones a la APS desde la urgencia”, una de las conclusiones más importantes fue la necesidad de orientar el modelo hacia la resolución de los problemas de las personas, es decir, situar a las personas en el centro de nuestro modelo de atención, incluso acercándose a la consideración fundamental del enfoque social en futuras intervenciones. Así, una medida concreta y que se considera necesaria, radica en incluir participativamente a los usuarios y la ciudadanía en general al momento de diseñar las soluciones a estos problemas. Uno de los aspectos a los que se hizo mención fue la gran confusión que genera a estos mismos usuarios la creación de los diferentes dispositivos de atención, cuyos nombres y funciones no terminan de quedar claros para la ciudadanía: SAPU, SAR, SUC, SUR, UEH, etc. Centrarse en el usuario significa involucrar de verdad a las personas en las decisiones de diseño y gestión de la red.

La tensión que se observa entre los dispositivos de atención de morbilidad electiva y la atención en urgencia, se resuelve entendiendo que el modelo es uno solo, y que ambos dispositivos deberían ser capaces de coordinarse para resolver los problemas de salud de la población que recurre ampliamente a los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) para acceder a atenciones de salud. Estos episodios de atención son

una oportunidad para una derivación correcta y para el manejo integral de patologías crónicas que necesitan un abordaje integral y continuo, en el nivel de atención primaria y que no se resuelve únicamente en la modalidad de urgencia.

Para esto, dentro de la discusión y presentaciones, se plantearon los incentivos que se consideran necesarios para generar una coordinación real entre los dispositivos de atención de salud. En primer lugar, se plantea que éstos deben fomentar que la red responda mejor a las necesidades de atención de las personas, como por ejemplo, fortalecer el financiamiento del nivel primario y acceso al secundario, con capacidad de trabajar en la prevención de hospitalizaciones evitables. Hoy existe el problema de “urgencialización”, porque la tasa de consulta de morbilidad general es muy baja y tenemos serias barreras de acceso a la atención médica diurna, problema que debe ser enfrentado con mayores recursos, como también mayor resolutivez en la morbilidad general electiva. Otro punto mencionado en este sentido tiene que ver con la necesidad de conectar mejor los sistemas de información, que faciliten la acción conjunta y colaborativa entre los dispositivos de la red, pero no solamente desde el punto de vista tecnológico, sino que también desde los profesionales. Se plantea, además de mejorar el aspecto estructural de esta relación, la instalación de un profesional o equipo sanitario “de enlace” que se constituya en articulador, capaz de generar y mantener el vínculo entre estos tipos de pacientes y sus centros de salud familiar de origen. Esta discusión no es nueva, pero la problemática –la desvinculación entre SAPU, servicios de emergencia hospitalaria y atención primaria, incluso en el mismo establecimiento– persiste. Se plantea como solución diseñar políticas que alienten a los equipos a generar la necesaria coordinación. Por ejemplo, un incentivo sería invertir en la creación de estas políticas/normativas y de este cargo de “enlace”.

Otra de las grandes conclusiones frente a esta discusión es que la predominancia de las atenciones de urgencia se debe a la incapacidad de la atención primaria de responder a la

demanda en un modelo de tensión electiva y de convocar y retener a los pacientes crónicos para el logro de coberturas efectivas. Mejorar lo anterior requiere no solo del financiamiento respectivo, sino de hacer partícipes a los pacientes de su propio tratamiento y situación de salud.

Cómo evolucionar desde un “Sistema Nacional de la Enfermedad” hacia un “Sistema Nacional de Salud”

La conferencia del Dr. Rifat Atun (Universidad de Harvard) estuvo dedicada al análisis de la pregunta ¿Cómo es un buen sistema de salud?, cuya respuesta central se constituyó finalmente sobre la base de que se trata de uno que previene las hospitalizaciones y es capaz de hacerse cargo de la multimorbilidad y las condiciones de discapacidad, las que corresponden al nuevo perfil epidemiológico derivado del envejecimiento poblacional y predominio de enfermedades crónico-degenerativas.

El académico planteó como antecedente que, en Chile, la expectativa de vida ha mejorado mucho en muy poco tiempo: en 25 a 50 años hemos logrado el desarrollo en salud que otros países más avanzados tuvieron en 150 años, con todos los desafíos y problemáticas que eso implica.

Dada la rapidez de la transición demográfica y epidemiológica, no se han podido completar los pasos previos para construir un sistema de salud cohesionado y pertinente a las necesidades de salud de una sociedad que ha cambiado con el tiempo. Por esta razón, enfrentamos la reaparición de la tuberculosis y de otros problemas reemergentes, los cuales nunca fueron verdaderamente resueltos (un problema a nivel latinoamericano también).

Los sistemas de salud y financiamiento están hechos para que el enfermo se trate en el hospital, cuando debería tratarse en la comunidad como un paciente comprometido con su tratamiento. Por lo tanto, es muy importante modificar el enfoque hacia la persona y la continuidad de su tratamiento fuera del hospital. Cambiar desde un sistema centrado en la enfermedad, hacia un sistema centrado en la salud.

Para esto, un punto clave es utilizar de manera eficiente, complementaria y articulada todos los recursos disponibles: sistema público y privado, organizaciones y fundaciones. De ahí que se hace fundamental la inversión en un sistema de salud capaz de abarcar no solo la “hospitalización”, sino también todo lo que debe suceder para evitar que las personas efectivamente vayan a los hospitales, es decir, invertir en promoción y prevención de patologías y sus complicaciones. Así, otros de los puntos fuertes a reforzar serían acciones de salud comunitaria, promoción y prevención con participación, como también en tecnología e innovación, que permitan el trabajo con las personas en términos de control de patologías crónicas y la vinculación de los distintos elementos de la red de salud.

El Dr. Rifat Atun aseguró que el futuro de la salud latinoamericana estará determinado por la multimorbilidad y la discapacidad de las personas, condiciones que no son factibles de abordar desde el nivel hospitalario y que deben ser manejadas a nivel comunitario. Se pronunció a favor de avanzar en la integración del sistema de salud, rompiendo la actual segmentación y fragmentación (tanto a nivel de sistemas de financiamiento y de atención) que lleva a ineficiencia en el gasto y a falta de efectividad. También propone transformar el primer nivel de atención, optimizando su enfoque hacia una atención integral y la entrega de servicios, haciéndola proactiva y centrada en la persona. Esto implica que en este mismo nivel de atención se debe ser capaz de responder a la demanda de servicios, con una oferta de proveedores plurales y privilegiar el uso de tecnologías móviles; pero además debe ser comprehensiva, incluir acciones de promoción y prevención, expandir sus capacidades diagnósticas, ejecutar terapias basadas en la comunidad y apoyar hospitalización domiciliaria (desarrollando acciones en todos los niveles de prevención). También requiere de un enfoque longitudinal, a lo largo del ciclo vital, con manejo integrado y coordinado de patologías crónicas, apoyando la coordinación local y la acción intersectorial.

Finalmente el profesor Atún enfatizó en el valor social de los sistemas de salud como he-

ramientas que ayudan a la democratización y a construir ciudadanía, valores muy importantes de relevar en las sociedades latinoamericanas, caracterizadas por la desigualdad.

Rol de la formación profesional en el enfrentamiento de la crisis en salud: fortalecimiento de todas las profesiones y de la medicina general

El simposio preparado por la Red de Instituciones Formadoras en Salud Pública planteó una problemática central basada en la necesidad de reintegrar la medicina clínica con la salud pública, para superar una mirada únicamente centrada en conceptos de eficiencia basada en la frecuencia de atenciones, de exámenes y utilización de tecnologías. Se plantea que la carencia de políticas explícitas en la formación médica ha provocado un alejamiento de la medicina general y salud familiar, cuando existe la necesidad de seguir insistiendo en los aspectos poblacional, cultural y comunitario en las acciones del sector salud.

Así, una conclusión muy importante radica en que los profesionales de la salud no médicos tienen el protagonismo, en términos del fortalecimiento de las grandes estrategias de atención primaria, y que son quienes enfrentan los grandes problemas de la salud a través de acciones de prevención y promoción.

La Salud Pública es interdisciplinaria, y debe considerar, por una parte, el fortalecimiento de la formación general en medicina menos hospitalocéntrica y, por otra, la enseñanza de los grandes temas de prevención y promoción en todas las profesiones que ejercen la salud.

Vigilancia Sanitaria: haciendo visibles los problemas de salud del siglo XXI y métodos de estudio en epidemiología ambiental

La principal conclusión del simposio organizado por la Sociedad Chilena de Epidemiología (SOCHEPI), en relación a la toma de decisiones para el control de problemas de salud emergentes y reemergentes, es que en Chile adolecemos de sistemas de vigilancia sanitaria que permitan tener información

accesible y oportuna. Ejemplos de ello fueron: salud mental en emergencias y desastres, vectores afectados por el cambio climático, cánceres y efectos dañinos de exposiciones ambientales (agrotóxicos).

El Dr. Craig Steinmaus realizó una conferencia dedicada a sus diversos métodos de estudio en epidemiología ambiental, específicamente en el caso de exposición a arsénico (As) en el norte de Chile.

A partir de un estudio de casos y controles, se ha verificado que la exposición al arsénico se asocia a la aparición de cáncer de pulmón, vejiga y riñón, con alto riesgo y de forma independiente a los otros factores como edad, consumo de tabaco, ocupación y dieta. Además, se ha confirmado que la obesidad produce un efecto potenciador del riesgo de padecer estas patologías. Esto es relevante, dado el aumento de la prevalencia de obesidad y a que estrategias de prevención de la misma permiten a su vez prevenir ciertos tipos de cánceres.

Por otra parte, estos estudios han mostrado que existen efectos epigenéticos de la exposición a arsénico, por lo tanto, los efectos de la exposición podrían ser transmitidos a las siguientes generaciones, provocando riesgo de padecer cáncer a hijos o nietos de las personas originalmente expuestas al elemento.

La relevancia de estos descubrimientos radica en que las estrategias actuales no incorporan factores de susceptibilidad, los cuales tienen que ver con las grandes temáticas de prevención y promoción en la salud pública (como la obesidad), por lo que se vuelve necesario generar mecanismos para incorporarlos. En términos de vigilancia, sería de utilidad contar con registros poblacionales de cáncer para observar la incidencia y características de estos padecimientos a lo largo del tiempo, contribuyendo al diseño y evaluación de las intervenciones preventivas efectivas basadas en evidencia. Otro elemento a considerar (y que ya está medianamente resuelto) es la mejora de los sistemas de abastecimiento de agua potable para reducir exposiciones dañinas; otras estrategias son la reducción de exposiciones laborales y de susceptibilidad (obesidad), además de promover la detección precoz y la innovación en el tratamiento.

Rompiendo paradigmas de investigación en salud pública

En esta conferencia, organizada por la Red Chilena de Instituciones Formadoras en Salud Pública, María Inés Jara, filósofa y académica de la Universidad Javeriana, nos presentó un recorrido por los principios claves de la ciencia moderna y cómo se inserta nuestra disciplina en dichos postulados. Esto desde una perspectiva óptica, es decir, de lo que “es” salud pública, y epistemológica, o sea, cómo conocemos y generamos saber y conocimientos.

El paradigma biomédico sigue los postulados de la ciencia moderna, basado en el empirismo, en la observación y en la experimentación. El fenómeno que se quiere estudiar es un “objeto de estudio”, es algo verificable y que no es sujeto de acción sino más bien un objeto que se observa y sobre el que se experimenta, se controla y se fragmenta para su estudio. Esta relación con lo que se estudia guía hacia una segmentación y especialización, y hacia una reducción de la complejidad a través de la identificación de causas y mecanismos. De esta manera, el cuerpo humano se transforma en una máquina, y el desarrollo de la medicina se orienta hacia la especialización. Este modelo tiene sus alcances y sus limitaciones, y han habido fisuras o rupturas que han permitido que emerjan nuevas formas de generar conocimiento. Una de estas fisuras es la medicina social, el psicoanálisis, la perspectiva antropológica y la epidemiológica.

En este contexto, la esencia de la salud pública es que se manifiesta y se desarrolla en la comunidad, es un valor propio de vivir en un espacio público y compartido. En esta lógica, la comunidad es un sujeto de acción y de derechos, y no meramente un objeto de estudio que existe solo en la medida en que puede ser verificado y objeto de experimentos e hipótesis. Es así como María Inés Jara hace énfasis en que la salud pública, más que tener objetos de estudio, es un campo de conocimientos y prácticas transdisciplinarias, y que la investigación que hacemos debe ser capaz de integrarse en la comunidad que estudia, orientándose a su cambio y mejora. El ejercicio de salud pública, por lo tanto, no es neutral éticamente; existen valo-

res que deben ser reconocidos y ejercidos por los salubristas. El llamado es a identificar cómo construimos conocimiento en salud pública y si nos orientamos hacia un objeto que nos es ajeno y que nos sirve para probar hipótesis, o si trabajamos con sujetos de acción y de derechos.

Otro elemento discutido se refiere a reconsiderar los marcos teóricos con los que trabajamos. El paradigma clásico de la ciencia moderna se basa en una racionalidad lineal con diseños fijos que reducen la complejidad de lo estudiado mediante el control de las variables y de los participantes, y con una alta segmentación por disciplinas. En salud pública necesitamos una racionalidad múltiple, que permita abordar realidades múltiples y abordajes flexibles, que permitan incorporar la complejidad de nuestro campo de acción y conocimientos. En esta lógica, vale la pena conocer e incorporar en programas de estudio y de investigación los “diseños líquidos”.

Finalmente, la formación del salubrista requiere que sea un “sujeto-intérprete-mediador: intérprete de las maneras como los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan su enfermedad; y mediador estratégico con los poderes científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida” (Granda E. “¿Quo Vadis Salud Pública?” Ponencia presentada en el II Foro de la Sociedad Civil en Salud. Lima, 9-11 de agosto de 2004).

CONVOCATORIA 2018

Las instituciones convocantes nos alegramos de contribuir al conocimiento y su difusión en materias de Salud Pública y Epidemiología, orientados hacia el mejoramiento de la salud de la población chilena.

Quedan toda/os cordialmente invitada/os para nuestro encuentro en las versiones de V Congreso Chileno de Salud Pública y VII Congreso Chileno de Epidemiología, en Concepción 2018.

Comité Organizador
Salud en Todas:
Enfrentando un modelo en crisis