

YA NO podemos ser pacientes

POR TU DERECHO A LA SALUD Y DE QUIENES NOS CUIDAN



AMNISTÍA
INTERNACIONAL



Amnistía Internacional es un movimiento global de más de 7 millones de personas que se toman la injusticia como algo personal.

Trabajamos por un mundo en el que todas las personas puedan disfrutar de sus derechos humanos.

Somos independientes de toda ideología política, interés económico y religión. No hay gobierno libre de escrutinio. No hay situación sin esperanza.

Cuando empezamos, pocos habrían anticipado que los torturadores acabarían convertidos en delincuentes internacionales, que la mayoría de los países aboliría la pena de muerte y que dictadores que parecían intocables se verían obligados a responder por sus crímenes.

Con el paso del tiempo, Amnistía Internacional ha ido ampliando sus reivindicaciones y ha pasado de pedir la liberación de presos y presas de conciencia a defender el espectro completo de los derechos humanos.

Nuestro trabajo protege y empodera a la gente de varias maneras, la protección de los derechos sexuales y reproductivos, la lucha contra la discriminación o la defensa de los derechos de personas refugiadas y migrantes, entre otras. Alzamos la voz en nombre de quienes ven amenazadas su libertad y dignidad.

Agosto 2020. Santiago, Chile.

Introducción

Los primeros casos que reporta Chile de covid-19 son de marzo de 2020. Ante este escenario, el gobierno reaccionó principalmente suponiendo un alza en los contagios: tomó medidas para aumentar la capacidad hospitalaria, la cantidad de camas disponibles y también de ventiladores mecánicos. En sus reportes diarios acerca de la evolución del virus en el país, un dato que relevó desde muy temprano fue el saldo de ventiladores mecánicos disponibles en el sistema de salud a nivel nacional.

Además, el gobierno [anunció](#) en abril de 2020, que todos los ventiladores mecánicos, ya sean del sistema público o privado, se gestionarían como un único sistema integrado para asegurar que toda persona que lo necesite pueda acceder a este.

El [12 de junio de 2020 se informó](#) la cifra más alta de contagios diarios que ha habido hasta ahora con [6.754 nuevos casos](#). Apenas unos días después, el 27 de junio, se informó la cifra más alta de fallecidos con [279 decesos](#) por covid-19. La [actual cifra agregada de contagios y fallecidos](#) (a 12 de agosto) posiciona a Chile como uno de los países más afectados por el virus en el mundo con un total de [378.168 personas contagiadas](#) y 10.402 fallecidas confirmadas con test PCR (sin incluir casos sospechosos), estando actualmente entre los 10 primeros países según cantidad de fallecidos por millón de habitantes.

Desde el 14 de abril de 2020, en que el gobierno empezó a incluir en su reporte diario el dato del saldo de ventiladores mecánicos disponibles a nivel nacional, e incluso en estos peores momentos en junio, el saldo informado nunca llegó a cero. Por esto mismo, en la cuenta pública presidencial del 31 de julio de 2020, el presidente Sebastián Piñera señaló que el sistema de salud respondió, especificando: *“todos los chilenos podemos estar orgullosos, porque nuestro sistema de salud ha cumplido siempre con su misión, de prestar la debida atención médica que los enfermos necesitan (...) hemos podido cumplir nuestro compromiso de dar a todos la atención médica, los tratamientos críticos y la ventilación mecánica que han necesitado”*.

No obstante, ver solo los grandes números agregados a nivel nacional oculta la realidad en el terreno, por dos razones.

Primero, porque el sistema de salud no son solo camas y ventiladores. Su funcionamiento requiere de múltiples trabajadores/as capacitados/as, que no necesariamente aumentaron junto con las camas y ventiladores. Y no hablamos de médicos/as solamente, sino de todos/as los/las trabajadores/as que hacen que un hospital funcione y que las personas reciban atención digna y de calidad: enfermeros/as, kinesiólogos/as, TENS (técnicos/as en enfermería de nivel superior), paramédicos/as, tecnólogos/as médicos/as, personal administrativo, conductores de ambulancia, auxiliares de aseo, etc. Estas personas han recibido reconocimientos de las autoridades, como el llamado a la ciudadanía a aplaudir a los/as funcionarios/as de la salud y agradecimientos en diferentes discursos oficiales, llamándoles incluso “héroes”; sin embargo, en muchas ocasiones, y especialmente en el sistema público, no han recibido una adecuada protección.

Y segundo, para muchas personas que trabajan en hospitales públicos, insinuar que “el sistema no colapsó” podría ser casi una burla. Hubo hospitales que sí colapsaron y que coinciden con aquellos que atienden a sectores más populosos y de menores recursos. Quizá el sistema no colapsó para todas las personas en Chile, pero sí colapsó para las más pobres. Así lo demuestra el [primer informe epidemiológico del gobierno con desglose de información por comunas](#) donde se evidencia que la mayor cantidad de muertes afecta especialmente a comunas más precarizadas como: Puente Alto (542), La Florida (451) y Maipú (370), entre otras.

Mirando las tasas de mortalidad separadas por hospital o clínica, de acuerdo a información obtenida por un [medio de prensa](#) a través de reportes oficiales, el Hospital Padre Hurtado registraba una tasa de mortalidad del 25,1%, el Hospital San José un 21,3%; el Hospital Salvador un 20,1%; la ex Posta Central un 17,7%; el Hospital San Juan de Dios un 18%; y el Hospital Sótero del Río un 10%. En cambio, en clínicas privadas, desde el Grupo Banmédica (clínicas Santa María, Dávila, Vespucio, Vidaíntegra y otras dos fuera de la RM), señalaron que su tasa promedio era de 8,9%, la Clínica Universidad de Los Andes un 9,7%, y la Clínica Indisa señaló tener una tasa de mortalidad hospitalaria de 12%.

Por otra parte, según el Ministerio de Salud son más de 17 mil los/as trabajadores/as de esta área contagiados con covid-19, y los más afectados han sido, en el siguiente orden: los técnicos de salud, enfermeros/as, médicos cirujanos, auxiliares y administrativos. Aquí nuevamente, se ven las desigualdades sociales: al 30 de mayo, había tres servicios de salud que lideraban en contagios de trabajadores/as de la [salud](#): Servicio Metropolitano Sur Oriente (que incluye los hospitales Sótero del Río, de La Florida, Padre Hurtado y San José de Maipo), el Servicio de Salud Metropolitano Sur (hospitales Exequiel González Cortés, Barros Luco, El Pino, San Luis de Buin, El Peral y Lucio Córdova) y el Servicio de Salud Metropolitano Norte (hospitales San José, Roberto del Río, Instituto Nacional del Cáncer, Psiquiátrico y Comunitario de Til Til).

En cuanto a las personas fallecidas, según la información difundida por medios de comunicación y gremios del sector, alcanza a la fecha a 26, administrativos/as, paramédicos/as (al menos 1), auxiliares de vigilancia (guardias, al menos 2), conductores de ambulancia (al menos 4), técnicos en enfermería (al menos 4) y médicos/as (al menos 9). Al menos 12 de las personas fallecidas trabajaban en centros de atención primaria.

Como sociedad, especialmente desde las autoridades, debemos cuidar y proteger a los/as trabajadores/as de la salud porque además de que tienen derecho a que así sea, si ellos/as no están protegidos/as debidamente, nadie lo está. El personal de la salud puede tener la mejor voluntad y ser profesionales brillantes, pero si está trabajando al límite de sus capacidades, sin descanso, temiendo contagiarse, contagiándose derechamente e incluso falleciendo; es difícil que la calidad de la atención se sostenga. Así, se vulneran por igual los derechos de quienes atienden y de quienes reciben atención.

Lamentablemente, una parte de esto no es nuevo ni es atribuible solo a la covid-19. Los hospitales públicos colapsan casi todos los inviernos debido a las enfermedades estacionales. La pandemia adelantó el momento del año en que ello sucedió y agravó sus efectos, visibilizando claramente la necesidad de una reforma estructural del sistema público de salud en Chile.

Por otra parte, es evidente que muchas desigualdades propias de la sociedad chilena se han reproducido tristemente en el sistema de salud y se han agudizado debido a la pandemia. Claro está que las carencias preexistentes requieren una reforma estructural. Sin embargo, el gobierno debe con urgencia tomar las medidas necesarias para que no se vuelva a poner en riesgo los derechos básicos y seguridad de los/as trabajadores/as de salud.

Al momento de cerrar este documento, los casos de contagio en el país van en disminución y en algunas comunas se han relajado las medidas restrictivas de acuerdo a lo que el gobierno ha llamado un “Plan Paso a Paso”. Sin embargo, y como lo muestra la experiencia de otros países, existe la posibilidad de nuevos rebrotes. A ello se suman situaciones nuevas: personas enfermas crónicas que han postergado sus tratamientos, personas que han retrasado cirugías y/o exámenes de control, personas que han tenido la covid-19 y que siguen lidiando con sus efectos, etc.

Volver a enfrentarse a una situación como la que ya vivió el país ante posibles nuevos peak, y además con un personal de la salud cansado, desprotegido y agobiado física y emocionalmente, es injusto y peligroso, no solo para ellos/as sino para la población completa. El virus no está controlado. El desgaste actual del sistema de salud público es inmensamente mayor y la posibilidad de llegar de nuevo a un punto de colapso podría ser solo cuestión de tiempo y con consecuencias que podrían ser peores.

La información recopilada por Amnistía Internacional evidencia lo anterior, y permite identificar, desde las voces de los/las propios/as trabajadores/as de la salud, recomendaciones de medidas a adoptar, en tres grandes categorías: bienestar, descanso y salud mental; salud física y protección ante la covid-19; y el respeto a la libertad de expresión y el derecho a denunciar vulneraciones de derechos.



Metodología

El objetivo de la investigación fue conocer la realidad en terreno del personal de la salud en diferentes roles, lugares de Chile y centros de atención de salud. Para la elaboración del presente documento se trabajó con dos fuentes principales de información.

1- Datos y estadísticas de fuentes disponibles al público. Esto no considera solamente cifras oficiales, sino también las de organizaciones profesionales y de la sociedad civil que han levantado datos e información, incluyendo Confusam (Confederación Nacional de Funcionarias y Funcionarios de Salud Municipal), Confedepus (Confederación Democrática de profesionales universitarios de la salud), Fedepus (Federación de Profesionales Universitarios de Salud), Fenats (Federación Nacional de Trabajadores de la Salud), Secretaría Nacional de Salud de la CUT (Central Unitaria de Trabajadores), Colegio Médico de Chile y el Colegio de Enfermeras de Chile.

2- Entrevistas personales a trabajadores/as de la salud que consideró a 23 personas. De ellas:

- 10 son hombres y 13 mujeres.
- 20 trabajan en el sistema público de salud (18 en hospitales y 2 en centros de atención primaria) y 3 en el sistema privado.
- 8 son médicos/as, 3 enfermeros/as, 1 técnica en enfermería, 3 kinesiólogos/as, 2 tecnólogos/as, 2 auxiliares de aseo, 2 técnico paramédicas, 1 anestesióloga y 1 psicóloga.
- Las entrevistas abarcaron a personas de Arica, Antofagasta, Calama, Región Metropolitana, Rancagua y Talca.

Las entrevistas se realizaron entre el 25 de mayo y el 25 de junio del presente año.

En diversos casos, los testimonios fueron entregados bajo condición de reserva de la identidad, por lo que utilizaremos nombres ficticios y omitiremos información que podría permitir su identificación. Cuando se trata de un nombre ficticio, éste se señala entre comillas (por ejemplo, “Cristina”).

Si bien, este documento no permite hacer un diagnóstico comprensivo de cómo ha operado el sistema de salud en Chile en el contexto de la pandemia, sí aparecen patrones que se repiten y que dan una clara señal de alerta de que es necesario abordar el asunto de manera urgente.

Finalmente, hacemos presente que para efectos de este documento y en todas nuestras comunicaciones podemos usar el concepto de “trabajadores/as de la salud” y “personal de la salud” como sinónimos, entendiendo que cubre a todas las personas que trabajan en centros de atención de salud en cualquier rol.

1

Bienestar, descanso y salud mental

¿Cuál es el problema que nos relataron?

Sería esperable que en un contexto de crisis sanitaria el personal de la salud deba trabajar en horarios más extensos que lo habitual. Sin embargo, ello tiene un límite y hubo hospitales en los que personas debieron trabajar jornadas extenuantes. *“Nuestros funcionarios están absolutamente desgastados con turnos de 24, 36 e incluso 48 horas. Esto porque no había profesionales suficientes, puesto que caían compañeros contagiados. Además, por principio del deber funcionario establecido estatutariamente, debemos seguir atendiendo con todo lo que ello supone”*, relató Carlos Schulmeyer, dirigente de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (Fenats) del Hospital de Melipilla.

En algunos centros de salud, el personal recibió instrucciones directas de que no podían hacer uso de vacaciones, días libres ni tiempo fuera para realizar capacitaciones.

En materia de salud mental, si bien el gobierno ha dispuesto el programa “Saludable-Mente” para la población en general, no existe un programa focalizado para trabajadores/as de la salud, que se encuentra particularmente expuesto. Quienes refieren verse más afectados/as han señalado, por sobre todo, la frustración de no poder dar un fin de vida digno a las personas que han fallecido, producto del colapso que han debido enfrentar.

Trabajadores/as de la salud, especialmente mujeres, refieren dificultades porque no tienen cómo resolver el cuidado de sus hijos/as u otras personas a cargo mientras se encuentran trabajando, viéndose en ocasiones obligadas a dejarles solos/as. Por otra parte, manifiestan con frecuencia el miedo y ansiedad de contagiarles cuando retornan a casa.

La primera encuesta de la **Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (Confedeprus)** realizada en mayo de 2020 concluyó que los/as trabajadores/as de la salud que han desempeñado labores durante la pandemia están **“agotados emocionalmente”**.

El estudio, realizado a 880 profesionales de 10 servicios de salud de la Región Metropolitana, Valparaíso y Ñuble, establece que a partir de la evaluación realizada se ha podido obtener en el eje de cansancio emocional un valor alto (es decir, agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, experiencia que se genera debido al contacto diario y mantenido con personas en situación de enfermedad y sufrimiento). En el eje de despersonalización la puntuación se encuentra en un nivel medio, pero al límite de avanzar al siguiente nivel (al borde de la posibilidad de comenzar a desarrollar sentimientos negativos de actitudes y conductas que los/as podrían llevar a endurecimiento afectivo, automatización y deshumanización de la atención). Al evaluar la falta de realización personal y autoeficacia se obtiene una puntuación alta, mostrando un factor que podría ser el único que sostiene la labor hoy.

Margarita Araya, psicóloga especializada en psicooncología y vicepresidenta de la Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (CONFEDPRUS) en el Hospital Sótero del Río, señala: *“en marzo se suspendieron todas las vacaciones del personal, así como los permisos administrativos; se van a cumplir 10 meses sin descanso”*, y hace presente que *“la salud pública no tiene implementación de recursos en términos de salud mental”*. La presidenta del Colegio de Enfermeras de Chile, María Angélica Baeza, también alerta de que *“muchas colegas se han separado de sus hijos para protegerlos y así como de otros familiares dependientes”*.

Mauricio Navarro, kinesiólogo y dirigente metropolitano de Fedepus del Hospital San José, señala que el estrés tiene también relación con la falta de recursos para atender debidamente a sus pacientes: *“tienes una situación súper crítica, un paciente que se te está ahogando y un ventilador al lado, pero nadie te capacitó en el uso y el paciente se está muriendo. Es tremenda esa situación y ha pasado muchas veces”*. Algunos de los ventiladores que llegaron a Chile provenían de China, sin las instrucciones o capacitación correspondientes, *“faltaban piezas, sensores de flujo, algunos usados y sin garantía”*, completa el dirigente.



RELATOS DESDE EL TERRENO

“

Me siento profesionalmente muy frustrada por no poder dar la gestión del cuidado adecuada al paciente. Mi función en el equipo de salud es justamente esa, y creo que no se está dando para nada de forma adecuada. Mi estrés laboral fue por sentirme poco protegida, poco cuidada en mi ambiente laboral.

Además, una de mis hijas tiene parálisis cerebral y displasia broncopulmonar, si ella se llega a contagiar sería mortal. Y lamentablemente, ella no es viable para un ventilador, no se lo van a dar en ninguna parte y, obviamente, este es el punto más importante de mi estrés.

“Cristina”, enfermera de urgencias de un hospital del sector norte de la Región Metropolitana.

”

“

Siempre me voy del turno o muy llena o muy vacía. Me ha tocado responder a llamadas de familiares que preguntan por sus parientes y he tenido que decirles que su familiar murió hace dos días. Estamos sobrepasados. Todos estamos con ansiedad.

En una ocasión, el paciente despertó y no habían bombas disponibles. No sé si por razones de mal uso o qué pasó, pero faltaban como diez bombas en el servicio de emergencias, lo que significó no poder brindar una atención como corresponde a las personas.

“Natalia”, médica general de urgencias en el Hospital Regional de Antofagasta.

”

“

Lo más duro en lo profesional ha sido el estrés y el constante miedo de que en cualquier descuido te puedes contagiar y no sabes qué va a pasar. No sólo trabajamos con la vida de las personas, sino con nuestra vida. Nos estamos poniendo en riesgo. En lo personal lo más duro ha sido separarme de mi hijo, ya van 2 meses y no sabemos cuánto más va a faltar, él es crónico respiratorio y no quiero ponerle en peligro.

Desde que el gobierno se hizo cargo de las clínicas hay un constante estrés para el personal porque la clínica te cuenta que no están generando ingresos, que está perdiendo mucho con todo esto, que hay que cuidar el trabajo, que no se sabe qué va a pasar más adelante...

Creo que es necesario un programa de salud mental focalizado en los trabajadores porque llevamos meses con esto y el equipo de salud está colapsando, está agotado física y psicológicamente.

“Carla”, técnica en enfermería en una clínica privada de Santiago.

”



Una se siente bien superada y un poco angustiada, porque sabes que al final no le estás dando un tratamiento al paciente con las condiciones que se debería. Muchos han llorado en algún momento del turno en que se han visto sobrepasados, en un principio había mucha energía, pero ya se ve un desgaste.

Mi hospital tiene las tasas más altas de mortalidad y atendemos a comunas de muy bajos recursos. Es muy duro saber que nosotros somos la única oportunidad para estas personas y, sin embargo, no podemos entregar las mismas condiciones que una clínica.

Nos toca limitar el tratamiento a pacientes simplemente por disponibilidad de recursos, y eso es algo que no nos corresponde hacer a los médicos. Pero no queda otra opción y eso es duro.

La sobrecarga emocional es fuerte porque, aunque el comité de ética decide quién se ventila y quién no, una es quien durante las 24 horas se tiene que hacer cargo del paciente no ventilado, avisar a la familia, acompañarlo en el proceso de fin de vida. Eso es lo que más energía me quita, no es un proceso fácil teniendo más de 15 pacientes más por atender. Es complejo tener que dar la información a los familiares y no poder contenerles porque uno tiene que seguir viendo a otros pacientes.

Muchas veces el paciente en fin de vida es el menos prioritario, pero la sobrecarga emocional es mayor: hablar con él, acompañarlo, darle un buen morir. Yo me dedico a eso, estoy acostumbrada, pero en la urgencia ha sido muy desgastador ver que entregar un buen morir está fuera de nuestras posibilidades.

A nivel personal, yo vivía con mis dos papás y él es crónico, así que le dije que se fuera de Santiago. Iba a ser por un par de semanas, y llevan tres meses viviendo fuera para no acercarse a mí. Yo me estoy medicando con antidepresivos y he subido un poquito las dosis bajo evaluación médica.

“Sara”, médica del Hospital Padre Hurtado.



“

Nuestro primer juramento es no dañar y proteger la vida, y eso es lo que estamos haciendo. La gente que se atiende con nosotros no tiene dónde más ir, somos su única opción.

Se nos presiona y obliga a decidir, uno se ve forzado a eso. Hubo un turno de 24 horas muy difícil, en el cual fallecieron varias personas. Morían porque no teníamos con qué atenderles y había mejores candidatos, con mayor probabilidad de sobrevivir. .

Cuando comenzó la pandemia yo y algunos compañeros acudimos a la jefatura advirtiendo que los equipos de ventilación mecánica no eran los adecuados para tratar pacientes graves. Nunca hubo respuesta. En más de una oportunidad tuve que resolver con un equipo hechizo, con todo el riesgo que significa. Llegó un momento en que exploté. No tenía con qué trabajar. Sentía que me enviaban a la guerra, pero sin fusil ni nada.

Me acuerdo perfectamente de cada uno de estos pacientes, y cuando lo hago me quiebro. De llegar a mentirles y decirles que van a estar bien, cuando no van a estar bien. Ha sido difícil hacer el cambio y decir: de diez que lleguen, con que uno se salve me sentiré agradecido.

Chile no tenía la capacidad para esto. Cuando sale [el presidente] Piñera diciendo que estamos preparados desde enero, es mentira; cuando te dicen 300 ventiladores, ¿dónde están? Entonces cuando ves que tus autoridades viven en una realidad absolutamente alterna, uno se siente que es carne de cañón.

“Gustavo”, trabajador de un hospital público de Santiago.

”

“

Al principio estábamos con mucha fuerza, gran vocación y ganas de querer realizar la labor. Sin embargo, el día antes de ir a trabajar se vive mucha angustia, mucho miedo, de contagiarse a la familia... No queremos contagiarnos porque sabemos sus consecuencias.

El estrés que estamos viviendo ha ido en aumento totalmente. Al principio había mucha fuerza, pero ahora mismo se nota el estrés en el equipo. No tenemos derecho a pedir días administrativos ni vacaciones en todo el año, nos avisaron en abril o marzo. Además siento mi ánimo devastado después de la pérdida de un paciente.

“Javiera”, tecnóloga médica de un hospital de la Región Metropolitana.

”

“

Al principio me sentía muy desprotegida, con el miedo siempre a contagiarme, pero con el pasar de los días lo vas normalizando y no le vas tomando el peso de lo que significa.

Estamos con mucha sobrecarga en el tema de seguimiento de pacientes: muchos ingresos, muchas familias. Lo hemos hecho desde el día cero.

Muchos han tenido que salir de sus funciones normales para cubrir nuevas tareas, en su mayoría administrativas, y eso también genera mucho estrés. Todos nos hemos visto forzados a hacer cosas que no hemos hecho nunca, estar constantemente en cambio te estresa y te abruma igual. Se dan momentos muy tensos, de discusión, peleas y también cansancio.

“Diana”, médica general en un CESFAM de Santiago.

”

“

Me siento súper privilegiada y sé que no es la situación de la mayoría de mis compañeros médicos. Me tocó un muy buen lugar donde hay harto apoyo y además se han podido hacer cosas, han ido escuchando cuáles son los cambios que debemos hacer, las sugerencias y nos hemos podido movilizar para hacer un buen apoyo a los pacientes, pero tengo súper claro que estoy en una posición privilegiada, con harto trabajo pero no pasándolo mal. No angustiada, no asustada, con la protección que corresponde, con el apoyo que se requiere y con un equipo con ganas de trabajar.

Lo más duro de todo esto ha sido la parte emocional. Yo soy geriatra, estoy acostumbrada a atender a pacientes que fallecen, pero es difícil cuando tienes pacientes que están lejos de su familia, que saben que independiente de lo que hagas no podrán tener una despedida adecuada.

La Clínica ofreció apoyo emocional desde el principio a los trabajadores, el tema es que la gente no siempre está dispuesta a aceptar que está mal. Uno está acostumbrado a que hay que seguir trabajando y no te das el tiempo para eso, a pesar de que está disponible el recurso.

“Sofía”, internista y geriatra en una clínica privada de Santiago.

”

“

Durante octubre de 2019 estuvimos muy sobreexigidos, con una carga laboral tremenda. Desde entonces que funcionamos con turnos de 24 horas por 3 días libres. Fueron meses atroces, duró hasta enero. Nunca bajó la carga, tuvimos un pequeño veranito de San Juan, en febrero y llegó la pandemia; pasamos de una en otra.

He estado observando y ha habido cambios de actitud, cambios físicos, la gente no almuerza a su hora porque es mucho el trabajo, cansancio, se agotan las manos.

“Julia”, técnica paramédica de la Posta Central.

”

¿QUÉ SE NECESITA?

Las principales necesidades inmediatas son:

- Asegurar que exista personal suficiente para permitir que los/as trabajadores/as puedan tener tiempos de descanso adecuados, especialmente en el sistema público de salud. Procurar que el personal sea contratado bajo buenas condiciones, sin precarización y con posibilidad de continuidad.
- Fortalecer los recursos de la atención primaria y redes comunitarias territoriales, especialmente en comunas de menores recursos, para la atención de pacientes crónicos, adultos mayores, apoyo psicosocial y fortalecimiento de redes solidarias, descomprimiendo así el trabajo de quienes trabajan directamente con pacientes covid 19 y asegurando la protección de la salud de toda la población en general.
- Asegurar la existencia de apoyo en salud mental de carácter específico para el personal de la salud, en sistema público y privado sin distinción.
- Entregar apoyo a trabajadores/as del sector salud que tengan hijos/as u otras personas bajo su cuidado, de manera que cuenten con soluciones para asegurar su protección mientras se encuentran trabajando expuestos/as a la covid-19, incluyendo el poner a disposición residencias sanitarias para que personal expuesto al virus pueda vivir allí temporalmente sin poner en riesgo a otras personas con quienes viven.

2

Salud física y protección ante la Covid-19

¿Cuál es el problema que nos relataron?

Se ha detectado la ausencia de políticas de testeo únicas y claras para trabajadores/as de la salud, en ocasiones realizándose sólo a quienes presentan síntomas, así como el incumplimiento de medidas básicas de resguardo para todos/as, tales como el requerir que un/a trabajador/a interrumpa su cuarentena preventiva para regresar a su empleo u obligar a realizar labores presenciales a trabajadores/as que se encuentran en grupos de riesgo en caso de contagiarse. De acuerdo a [una encuesta](#) del Colegio de Enfermeras, el 71,9% dijo que no cuenta con acceso al examen PCR o a otros test rápidos.

Con respecto a la utilización de mascarillas, recién se decretó el 17 de abril el uso obligatorio en espacios cerrados con más de 10 personas. Esto incluye los espacios de salud y, por lo tanto, a todos los trabajadores de esta área. Antes de este decreto, solo debía usar mascarillas el personal que atendía a pacientes con covid, lo cual hizo que muchos/as funcionarios/as se contagiaran en este periodo, principalmente administrativos y personal de aseo que se encuentran en una posición de particular vulnerabilidad. No obstante, el uso de [mascarillas N95](#) sigue siendo limitado a personas con contacto con pacientes covid y bajo determinadas circunstancias.

Los elementos de protección personal (EPP) fueron claramente insuficientes en una primera etapa, existiendo aparentemente mayor disponibilidad recién a partir del mes de mayo aproximadamente.



Si bien no existen registros oficiales, de acuerdo a un **catastro** realizado por el Colegio Médico de Chile, en marzo 2020 el 85% de las personas encuestadas (médicos/as, enfermeros/as, técnicos/as y otros profesionales del área pública y privada), señaló que faltaba al menos uno de los implementos clave de EPP (mascarillas quirúrgicas, mascarillas N95, visor, guantes o pecheras). En un segundo **catastro** realizado en abril 2020, esta cifra bajó levemente pero seguía siendo alta: 75,11%. Por su parte, el Colegio de Enfermeras realizó una **encuesta** similar a enfermeros/as de todo Chile, y concluyó en abril que un 83,4% manifestó la falta de uno o más insumos o EPP, y una **encuesta** similar en mayo aumentó la cifra a un 88,9%, siendo los más escasos la mascarilla N95, botas, escudo facial, mascarilla quirúrgica, delantal desechable y alcohol gel.

En esa primera etapa, trabajadores/as de la salud debieron gastar de su propio dinero para comprar EPP o lo pudieron hacer gracias a donaciones de particulares. En algunos casos, quienes usaban EPP adquirido en forma privada eran amonestados por personal del hospital y se les exigía dejar de utilizarlo.

También se detectó discriminación en la entrega de los EPP dependiendo del rol dentro del hospital. Silvana González, auxiliar de aseo de la concesionario Siglo XXI y dirigente sindical en el Hospital de Antofagasta señaló literalmente *“Siempre teníamos que estar peleando por los implementos de seguridad. La empresa, además, nos obligaba a hacer aseos terminales sin la capacitación correspondiente”*.

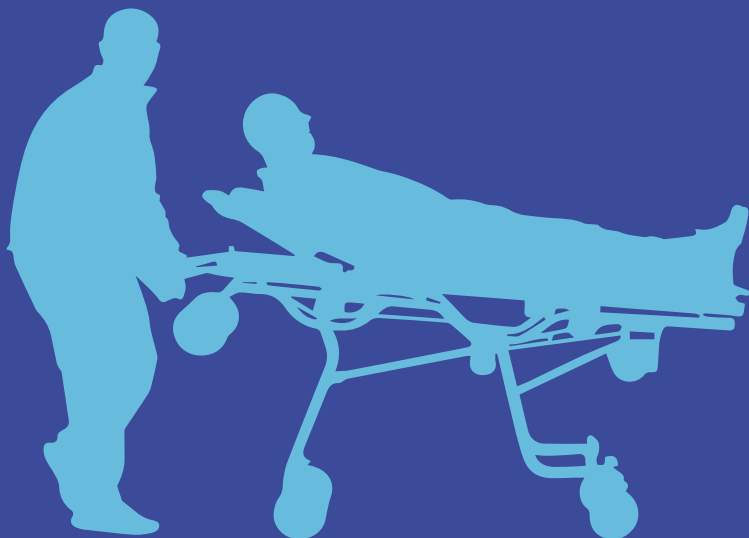
Laura San Martín, técnica paramédico en Consultorio La Florida de Talca y Secretaria General de CONFUSAM señala que *“el Estado tiene que protegernos y entregar los EPP para que podamos llegar vivos y sanos al final de esta pandemia. Estamos trabajando con un tercio de la dotación, si se siguen enfermando, ¿quién va a proteger a la población?”*. Por su parte, Mirta Tapia, encargada del Departamento de Derechos Humanos del Colegio Médico en Rancagua, indicó que *“desde la dirección nos ordenaron que no usáramos nuestro propio EPP al inicio. Nos dijeron ‘si no me hace caso le voy a hacer un sumario’. Llevo más de 20 años trabajando, no voy a arriesgar mi vida. Aquellos que nos arriesgamos - desobedeciendo y usando el EPP - somos los que hemos estado libres de enfermar”*.

En cuanto a la cobertura de gastos de salud en caso de contagio, existe un [oficio de la Superintendencia de Seguridad Social \(SUSESO\), de fecha 27 de abril de 2020](#) que reconoció, aunque tardíamente, que la covid-19 constituye una enfermedad profesional, cubierta por el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que otorga mejores prestaciones que el sistema de salud general. No obstante, en mayo el [Colegio Médico alertó](#) que las Mutualidades presentan alto nivel de rechazo de las licencias de origen laboral.

Mauricio Navarro de Fedepus en Hospital San José señala que *“las mutuales, las cuales reconocen enfermedades profesionales, básicamente solo se centraban en el contagio directamente con el paciente, pero todo lo demás... si no existía una trazabilidad clara, no lo consideraban como enfermedad profesional. Posteriormente logramos que la mutual reconociera todo este tipo de contagios”*. Laura San Martín de CONFUSAM en Talca señaló que *“se implementó como enfermedad profesional por dictamen de SUCESO, pero las mutuales, los organismos administradores, no han estado a la altura de la demanda de trabajadores que requieren la atención, hemos tenido muchas dificultades”*.

Además, Margarita Araya, Vicepresidenta de la CONFEDPRUS alerta que *“como trabajadores de la salud no tenemos test preventivos para ir evaluando oportunidades de contagio. Hasta que no estás con síntomas, no sabes. No hay PCR preventivos que se tomen cada cierto tiempo para monitorear y bajar el riesgo hacia los pacientes también”*.

En todas estas materias existen diferencias significativas según el servicio de salud regional a que se refiere, y también entre el sistema público y privado, revelando la necesidad de tener políticas públicas claras que no dependan de los recursos con que cuente cada centro asistencial individualmente considerado.



RELATOS DESDE EL TERRENO

“

Los EPP salieron de nuestro bolsillo, no lo repartió el hospital. Compré dos overoles blancos para tener un cambio y se me prohibió usarlo.

Las mascarillas N95 se implementaron desde el inicio, el problema fue que sólo se le entregaba a algunos, a quienes estaban en contacto con pacientes covid. Todo el mundo debería andar con N95 porque no tienes ni idea de quién está contagiado.

“Cristina”, enfermera de urgencias de un hospital del sector norte de la Región Metropolitana.

”

“

Al principio no teníamos la mascarilla N95, de hecho me contagié. Simplemente no había y teníamos que trabajar con lo que teníamos, es decir, mascarillas quirúrgicas. Todo el primer mes trabajando con eso y después, a mediados de mayo, empezamos a tener acceso a N95 para todo el equipo de urgencia respiratoria.

“Sara”, médica del Hospital Padre Hurtado.

”

“

Al entrar a turno era una lucha por acceder a los EPP, sobre todo a la mascarilla N95, que es la única certificada para poder protegerse.

La indicación de la jefatura era que solo algunas personas podían usar este elemento y otras no. Afortunadamente nosotros fuimos incluidos. Había mucha resistencia para entregar los EPP y eso era por indicación de la jefatura. Les comuniqué que si yo y mis colegas no teníamos este dispositivo (N95) no íbamos a atender gente y en ese momento aparecieron mágicamente los implementos.

Además, llevamos 100 días desde que comenzó esto y no se nos toman controles rutinarios ni de PCR ni de sangre, siendo personal muy expuesto en urgencias.

“Gustavo”, trabajador de un hospital público de Santiago.

”

“

El material no era suficiente para recibir a la cantidad de pacientes que llegaban con sospecha. Las primeras semanas, incluso después de haberse declarado la pandemia, todavía no era obligatorio el uso de mascarilla quirúrgica para todo el personal. Eso recién fue en abril.

El uso de mascarillas no es en función del número de pacientes que atendemos, sino una cantidad diaria de mascarillas, que tenemos que hacer rendir independientemente del número de casos.

Al realizar mi primer turno, no nos entregaron mascarillas N95, sólo quirúrgicas. Dije que no iba a realizar la atención hasta que no me entregaran la mascarilla correspondiente. Después de varias horas nos fue entregado. Sabíamos que se disponía de este material, solo que al principio no se entregaba por tema de costos. No voy a poner en riesgo mi vida y mi salud porque simplemente no me quieren entregar el materia.

“Javiera”, tecnóloga médica de un hospital de la Región Metropolitana.

”

“

El Ministro pidió ventiladores desde el día cero, nunca pensó en la prevención y la atención primaria.

Empezamos a usar las mascarillas quirúrgicas desde el primer día, cosidas por nosotros mismos, y ahí empezaron las amenazas. Te veían con la mascarilla y te decían: “sáquesela”. Y te ofrecían nota de demérito, manchando tu hoja de vida.

La gente se salvó con su propio dinero, si no estaríamos todos muertos. Al final en tu sueldo apareció un nuevo ítem de gastos: guantes, mascarillas, escudo facial, materiales para aseo de la oficina, de la casa, etc. Los escudos faciales son gracias a las donaciones, no porque el gobierno haya comprado. A la gente le dimos pena.

“Adolfo”, enfermero de Arica.

”

“

Para los compañeros que trabajamos directamente con casos covid tenemos elementos de protección como mascarilla quirúrgica, protectores faciales, pecheras, pero no contamos con las N95, con las que deberíamos atender a pacientes covid o en sospecha. No las tenemos por un tema de recursos y levantamos la demanda desde el primer día.

Cuando un compañero se ha enfermado con covid, la mutual es la que entrega la licencia y las altas. Y sí, se demoran harto en mandarla, en llamarte, en controlarte.

“Diana”, médica general en un CESFAM en la Región Metropolitana.

”

“

La base son los EPP y en muchos lugares no se ha respetado. Nunca me he sentido desprotegido en mi lugar de trabajo y me gustaría que eso siempre fuera así, que no fuera necesario tener que denunciar.

La clínica ha tenido buena disposición de EPP desde el inicio, hemos tenido de todo, pero han bajado la calidad.

Al momento de atender pacientes covid nos cambiamos de ropa y al salir se cambia de nuevo. Lo bueno de la clínica es que tiene duchas en todas las unidades de trabajo y puedes hacerlo después de atender un paciente. El cambio de ropa por unidad se hace en un lugar específico que se desinfecta rutinariamente.

“Cristian”, tecnólogo médico en una clínica privada de Santiago.

”

“

De partida, cuando entrábamos al turno de covid nos hacían a todos PCR para asegurar que éramos negativo; y si teníamos síntomas había acceso a examen para descartarlo.

Siempre han entregado los EPP, desde el inicio, tenemos la seguridad de que si vamos a ver un paciente covid, los tendremos. Se asumió que todo paciente era covid hasta que no se demostrara lo contrario. Además, todos los pacientes tienen fuera de su habitación los EPP necesarios, independiente de que el paciente tenga o no tenga covid.

“Sofía”, internista y geriatra en una clínica privada de Santiago.

”

“

El protocolo llegó tarde para variar y los insumos fueron una lucha. Cuando pedíamos EPP te contestaban: “estamos guardando los insumos para cuando llegue el peak”. Y nuestra respuesta era: “cuando llegue el peak vamos a estar todos contagiados y ahí les va a sobrar material”.

Nuestra labor es un compromiso, pero nuestras vidas y la de nuestras familias está primero. Si nosotros no estamos, los pacientes van a estar peor que nosotros.

“Julia”, técnica paramédica de la Posta Central.

”

¿QUÉ SE NECESITA?

Las principales necesidades inmediatas son:

- Establecer e implementar políticas uniformes de testeo por covid-19 para todo el personal de la salud, especialmente en el sistema público, que es donde se han detectado las mayores falencias.
- Asegurar a todos/as los/las trabajadores/as de la salud la posibilidad efectiva de realizar cuarentenas preventivas cuando se han visto expuestos a riesgos de contagio.
- Asegurar que trabajadores/as de la salud que pertenecen a grupos de mayor riesgo en caso de contagio por covid-19 no se vean obligados/as a realizar labores presenciales en centros de salud.
- Asegurar que todos/as los/las trabajadores/as de la salud cuenten con elementos de protección personal adecuados y suficientes, sin discriminación en relación a su rol en el equipo o al tipo de establecimiento en el que prestan servicios.
- Asegurar que se respete el tratamiento de la covid-19 como enfermedad profesional, obteniendo la cobertura de salud en base a dicho sistema.

3

Libertad de expresión y derecho a denunciar vulneraciones

¿Cuál es el problema que nos relataron?

Las condiciones deficientes antes descritas han generado diferentes formas de protesta por parte de los/las propios/as trabajadores/as de la salud en el sistema público, como por ejemplo en el [Hospital El Pino](#) en San Bernardo, en que personal de ambulancias denunciaron largas esperas que enfrentaron sus pacientes al llegar al centro hospitalario; en el [Hospital San José](#), protestando tras el fallecimiento de un paciente, y el [Hospital Barros Luco](#), denunciando un alto número de contagios de trabajadores/as.

Desde Amnistía Internacional recabamos relatos de casos en que trabajadores/as de la salud recibieron instrucciones directas de que no pueden reclamar, o que se despidió personal en medio de la pandemia, y que las personas despedidas coinciden con quienes habían presentado reclamos por derechos laborales.

Varias personas entrevistadas, tanto del sistema público como privado, comentan que aunque no firman una carta de confidencialidad, existe una obligación implícita de no compartir información de lo que sucede en el interior del espacio de trabajo. Esto hace que muchas personas que nos dieron sus testimonios tengan miedo de entregar sus nombres y prefieran usar pseudónimos. Todas las personas que dan sus nombres reales son personas en roles de dirigencia, que- por tanto- tienen un mayor nivel de protección, pero que de cualquier forma reciben diferentes formas de amenaza o represalia.

Así, por ejemplo, Silvana González, auxiliar de aseo de la concesionario Siglo XXI y dirigente sindical en el Hospital de Antofagasta denuncia que *“a los trabajadores que nos acompañaron en la movilización se les amenazó con despedirlos. Fue boca a boca por parte de jefes. Se encargaron de recorrer piso a piso. Hablaron conmigo y dijeron que si formaban parte de una nueva movilización iban a ser despedidos”*. Juan Carrizo, operario de lavandería de Siglo XXI en el mismo hospital, señala que *“nadie quería hablar por temor a que los jefes digan algo. Es bastante autoritaria la cosa”*.

Margarita Araya, vicepresidenta de la CONFEDEPRUS, comenta que *“salió una circular del Ministerio de Salud que indicaba que podrías ser sancionado si dabas declaraciones o mostrabas imágenes al respecto. Llega la instrucción y si no la cumples puedes ser sancionado”*. Asimismo, Mauricio Navarro, de Fedepus en Hospital San José alerta que *“el funcionario y trabajador está súper temeroso de decir algo que no corresponda por temor a que la jefatura informe a dirección, sobre todo si son personas a honorarios (...)”*.

En esta misma línea, es importante que los/as trabajadores/as de la salud participen en la toma de decisiones, y sus voces sean escuchadas al implementarse medidas sanitarias y políticas públicas. En este sentido, la llamada “Mesa Social COVID-19” ha sido criticada debido a una falta de representación de otras especialidades del área de la salud, y no solo médicos/as. Patricio Meza, Vicepresidente del Colegio Médico de Chile señala que *“Creemos que hay que buscar estrategias para recibir más insumos y aportes, contar con otros gremios de la salud, también con la comunidad y los propios usuarios de la salud. Hay varios elementos que podrían ser muy útiles en el manejo de la pandemia y en las medidas que se toman”*.



RELATOS DESDE EL TERRENO

“

Recuerdo un turno en el que fallecieron muchos pacientes. Morían porque no teníamos con qué atenderlos y había otros candidatos con más probabilidades de sobrevivir. Ese día colapsé. Escribí algo en mis redes sociales y un medio de comunicación lo divulgó. Después de eso, mi jefatura me dijo que necesitaba hablar conmigo por las declaraciones. Mi jefatura, por orden de la dirección del hospital, me pidió que no contase más esas cosas. Muy afectado hablé con una dirigente y ella le manifestó a la dirección que no permitirían amedrentamiento.

“Gustavo”, trabajador de un hospital público de Santiago.

”

“

Ese turno dije que no iba a realizar la atención hasta que no me entregaran la mascarilla correspondiente. Después de mi reclamo el trato cambió, ahí una pasa a ser una persona conflictiva. Además, altera el “orden natural” en el resto del personal, porque después el resto también empezó a exigirlo.

“Javiera”, tecnóloga médica de un hospital de la Región Metropolitana.

”

“

En una oportunidad a mi jefatura me citó porque no podía dar esas opiniones con el uniforme de trabajo. No pasó a mayores. Hace unas semanas llegó una circular que decía que los funcionarios públicos en general no podemos difundir información extraoficial. Yo en particular no me siento amenazada. El mismo Colegio Médico me hace sentir respaldada.

“Natalia”, médica general de urgencias en el Hospital Regional de Antofagasta.

”

“

No puedes compartir información del paciente, las clínicas han sido súper rigurosas en ese aspecto. Necesitas, para todo, la aprobación del comité de ética y, por tanto, no se puede publicar información. Si digo algo, implica una falta. He trabajado en varias clínicas y todas funcionan igual, no se puede compartir información.

“Cristian”, tecnólogo médico en una clínica privada de Santiago.

”

“

No podemos nombrar la clínica, ni sacarnos fotos, ni postear nada en redes sociales. Eso es de siempre, no por la pandemia.

“Carla”, técnica en enfermería en una clínica privada de Santiago.

”

¿QUÉ SE NECESITA?

Las principales necesidades inmediatas son:

- Asegurar la libertad de expresión del personal de la salud. El gobierno debe abstenerse de criticar o poner en cuestión las denuncias que hagan sin tenerlas en consideración e investigarlas.
- Asegurar que no existan represalias penales o administrativas en caso de denunciar situaciones que constituyan vulneraciones de derechos.
- Fortalecer los mecanismos de participación de los/as trabajadores/as de la salud en la toma de decisiones por parte del gobierno, incluyendo todos los diferentes roles y no solamente a personal médico.

Conclusiones: desigualdad y necesidades estructurales

A partir de la investigación realizada hemos identificado algunas necesidades inmediatas que el gobierno debiera abordar con carácter de urgencia. Las situaciones de colapso y desprotección vividas en hospitales y centros de atención primaria en el sistema público han afectado gravemente a trabajadores/as y a quienes se atienden allí, por lo que deben tomarse todas las medidas necesarias para asegurar que estas situaciones no se vuelvan a repetir en caso de producirse un rebrote en el futuro.

A continuación, reiteramos las principales recomendaciones identificadas.

En materia de bienestar, descanso y salud mental, se requieren a lo menos las siguientes medidas urgentes:

- Asegurar que exista personal suficiente para permitir que los/as trabajadores/as puedan tener tiempos de descanso adecuados, especialmente en el sistema público de salud. Procurar que el personal sea contratado bajo buenas condiciones, sin precarización y con posibilidad de continuidad.
- Fortalecer los recursos de la atención primaria y redes comunitarias territoriales, especialmente en comunas de menores recursos, para la atención de pacientes crónicos, adultos mayores, apoyo psicosocial y fortalecimiento de redes solidarias, descomprimiendo así el trabajo de quienes trabajan directamente con pacientes covid 19 y asegurando la protección de la salud de toda la población en general.
- Asegurar la existencia de apoyo en salud mental de carácter específico para el personal de la salud, en sistema público y privado sin distinción.
- Entregar apoyo a trabajadores/as del sector salud que tengan hijos/as u otras personas bajo su cuidado, de manera que cuenten con soluciones para asegurar su protección mientras se encuentran trabajando expuestos/as a la covid-19, incluyendo el poner a disposición residencias sanitarias para que personal expuesto al virus pueda vivir allí temporalmente sin poner en riesgo a otras personas con quienes viven.

En materia de salud física y protección ante posibles contagios por covid-19, se requieren las siguientes medidas urgentes, a lo menos:

- Establecer e implementar políticas uniformes de testeo por covid-19 para todo el personal de la salud, especialmente en el sistema público, que es donde se han detectado las mayores falencias.
- Asegurar a todos/as los/las trabajadores/as de la salud la posibilidad efectiva de realizar cuarentenas preventivas cuando se han visto expuestos a riesgos de contagio.
- Asegurar que trabajadores/as de la salud que pertenecen a grupos de mayor riesgo en caso de contagio por covid-19 no se vean obligados/as a realizar labores presenciales en centros de salud.
- Asegurar que todos/as los/las trabajadores/as de la salud cuenten con elementos de protección personal adecuados y suficientes, sin discriminación en relación a su rol en el equipo o al tipo de establecimiento en el que prestan servicios.
- Asegurar que se respete el tratamiento de la covid-19 como enfermedad profesional, obteniendo la cobertura de salud en base a dicho sistema.

En materia de resguardo de la libertad de expresión y ejercicio del derecho a denunciar vulneraciones de derechos, se requiere, a lo menos:

- Asegurar la libertad de expresión del personal de la salud. El gobierno debe abstenerse de criticar o poner en cuestión las denuncias que hagan sin tenerlas en consideración e investigarlas.
- Asegurar que no existan represalias penales o administrativas en caso de denunciar situaciones que constituyan vulneraciones de derechos.
- Fortalecer los mecanismos de participación de los/as trabajadores/as de la salud en la toma de decisiones por parte del gobierno, incluyendo todos los diferentes roles y no solamente a personal médico.

Finalmente, es importante concluir que, a partir de los relatos obtenidos en este estudio, aparece una constante: muchas de las deficiencias que aquí se identifican no son nuevas. Los/as trabajadores/as de la salud del sistema público relatan que hay ciertos niveles de colapso a los que ya están “acostumbrados/as” a vivir durante todos los inviernos, y que muchas de las necesidades descritas anteriormente en este documento venían de mucho antes del inicio de la pandemia. Tampoco es nuevo que el sistema público y privado de salud responden de manera diferente, y que las condiciones tanto para quienes trabajan allí como para quienes reciben atención en esos lugares son muy distintas.

Como señala Mauricio Navarro de Fedepus del Hospital San José , “... Esto hizo crisis ahora junto a la pandemia. Se observan todas esas precariedades en distintos ámbitos: infraestructuras, falta de especialistas, de equipamiento, insumos. Eso se evidenció ahora con crudeza. Vino a ser una evidencia de que no hacíamos denuncias solo por hacerlas. Nuestras denuncias eran con razón. Veíamos cómo a nivel nacional la salud pública se caía a pedazos, en beneficio de la privada. Hay un negocio con la salud. Era previsible que iba a pasar algo así. También que la mayor parte de la gente que está muriendo es la más pobre, la más precaria, la más vulnerable. La muerte y las consecuencias de esta pandemia la están sufriendo principalmente ellos”.

La pandemia de la covid-19 solo agravó el problema. Por una parte, adelantó el momento del año en que se produjo el colapso, y por otra parte, lo hizo más complejo de manejar debido a una mayor cantidad de casos y al hecho que los/las trabajadores/as de la salud corren un riesgo mayor en caso de ser contagiados/a.

En definitiva: esto que se vivió no es una situación excepcional y transitoria debido a la pandemia, sino un reflejo de un problema estructural de un sistema público de salud que requiere ser reforzado con urgencia.

Por ello, la necesidad y, por tanto, el llamado es a abordar este asunto desde dos perspectivas: una de corto plazo y otra de medio plazo.

En el corto plazo, es imprescindible implementar las medidas antes indicadas para asegurar que en el caso probable de un nuevo momento de colapso, el sistema esté preparado para afrontarlo no solamente con camas y ventiladores, sino también con personas que estén trabajando en condiciones dignas y con sus derechos resguardados.

Como señaló Patricio Meza, vicepresidente del Colegio Médico, *“el gran aporte durante esta pandemia es el compromiso de los trabajadores de la salud. No me canso de destacarlo, es una de las grandes fortalezas del país”*. Por ello, es necesario no esperar que sigan gastando toda su energía, salud y dinero en esto, sino que se les dé la protección que necesitan”.

En el medio plazo, es imprescindible dar una mirada profunda al sistema de salud chileno de forma que se tomen las medidas pertinentes para que cuente con los recursos necesarios y, por cierto, se eliminen las desigualdades intrínsecas que existen entre el sistema público y el privado. Esto se debe integrar, entre otras cosas, al próximo debate sobre una nueva Constitución, aprovechando esta tremenda oportunidad que se abre en el país para que en este ámbito se tenga en cuenta el rol del Estado y- por tanto del sistema público de salud - como un garante efectivo de derechos.

