



CONCLUSIONES GENERALES DEL CONGRESO REGION METROPOLITANA

INTRODUCCION

Ancosalud, Organización Nacional de Consejos y Usuarios de Salud, en conjunto con otras organizaciones, definieron generar y auto gestionar congresos territoriales en todas las comunas del país, camino al VI congreso.

En la Región Metropolitana se realizaron más de 30 Congresos comunales, organizados y apoyados por Ancosalud con una participación aproximada de 2200 usuarios.

Se han reunido de distintos Consejos de Desarrollo Local y Consultivos, juntas de vecinos, adultos mayores, mujeres, club deportivos, agrupaciones migrantes, interculturalidad, de todo el país, para debatir y presentar propuestas en relación 8 puntos temas: para ir al congreso nacional con una postura muy clara de poner en movimiento a Chile por Derecho Humano a la Salud y terminar con el Lucro.

- Creemos que la salud no es solo se debe centrar en la enfermedad, sino que debe estar orientada a un bienestar social para todas/os los chilenos y nuestros hermanos latinoamericanos residentes en nuestro país, por ello que es vital cambiar la cultura o paradigma en la Atención de Salud. Hoy tenemos una salud para Pobres Enfermos y una para Ricos Sanos es por eso produce tanta desigualdad e inequidad.
- Para hacer frente a esta injusticia y vulneración de nuestro derecho social a la salud, diversas organizaciones sociales de base, comunitarias, ciudadanas y populares hemos retomado una senda histórica de encuentro y articulación del movimiento social, es por esto que convocamos al VI Congreso Nacional de Salud, a realizarse los días 26 y 27 de Abril del año 2019, en la ciudad de Valparaíso. Buscamos la unidad del movimiento social que permita movilizar al pueblo en defensa de la salud pública y avanzar en la conquista de un derecho social usurpado durante la dictadura y negado durante la transición, estableciendo la salud como un derecho consagrado en la constitución, el aumento drástico del presupuesto fiscal destinado exclusivamente a la salud pública, poner fin al lucro en la salud, aumentar la participación comunitaria vinculante en los centros de salud, potenciar la Prevención, Promoción y la atención primaria, entre otras propuestas. Es por esto, que les invitamos a hacerse parte de los encuentros locales de salud que se desarrollarán en diversas regiones y comunas de nuestro país, los cuales servirán para dotar de contenido y propuestas la discusión del Congreso Nacional de Salud.

Asumimos las conclusiones de los 5 congresos anteriores, que ya han elaborado un diagnóstico sobre los diferentes temas y hoy se ha retomado la discusión en todo el país.

En la Actualidad estos problemas se han agudizado dada la política de privatización que existe hoy en Chile, que solo desprotege a los más humildes.



Las Comunas y/o Zonales que participaron en el Congreso Metropolitano Fueron:

- | | | |
|---------------------|-------------------------|-----------------------|
| 1. Alhue | 15. Lampa | 29. Puente Alto |
| 2. Buin | 16. Lo Espejo | 30. Quinta Normal |
| 3. Cerrillos | 17. Lo Prado | 31. Recoleta |
| 4. Colina | 18. Maipú | 32. San Bernardo |
| 5. Curacaví | 19. María Pinto | 33. San Joaquín |
| 6. El Bosque | 20. Melipilla | 34. San José de Maipo |
| 7. El Monte | 21. Ñuñoa | 35. San Miguel |
| 8. Estación Central | 22. Padre Hurtado | 36. San Pedro |
| 9. Huechuraba | 23. Pedro Aguirre Cerda | 37. San Ramón |
| 10. Independencia | 24. Peñaflores | 38. Santiago |
| 11. La Cisterna | 25. Pirque | 39. Talagante |
| 12. La Florida | 26. Providencia | |
| 13. La Granja | 27. Providencia | |
| 14. La Pintana | 28. Pudahuel | |

Cada Congreso comunal eligió 10 delegados para representar su diagnóstico y propuestas en el Congreso RM, al cual asistieron 300 dirigentes facultados con voz y voto. Ellos se dividieron en 13 Comisiones de Trabajo, las cuales debatieron las distintas temáticas emanadas de la Organización Nacional (Valparaíso).

A su vez ellos eligieron a 2 delegados por comisión, definiendo un total de 26 Delegados al Congreso Nacional. Los 4 Restantes fueron elegidos mediante votación directa en la Plenaria.

Los Delegados Democráticamente elegidos son:

- | | | | | | |
|---|---------------------|-------------|---|-------------------|------------|
| 1 | Denisse Hermosilla. | Puente Alto | 5 | Enrique Montalva. | La Florida |
| 2 | Jaime Acevedo | Buin | 6 | Eduardo Morales | La Florida |
| 3 | Susana Zúñiga. | Cerrillos | 7 | Cesar Espindola. | La Granja |
| 4 | Diego Cepeda | La Florida | 8 | Arnaldo Cáceres | La Granja |



| | | | | | |
|----|---------------------|------------|----|------------------|---------------|
| 9 | Nancy Hormazabal. | La Pintana | 20 | Vilma Abarzua | Providencia |
| 10 | Paula Escobar-Urra | Lampa | 21 | Fernando Álvarez | Providencia |
| 11 | Leslie Díaz Carreño | Lampa | 22 | Jorge Barrientos | Pudahuel |
| 12 | María Miranda. | Lo Espejo | 23 | Adrián Morales | Quinta Normal |
| 13 | Lucas Morales | Lo Prado | 24 | Carol Yáñez | Recoleta |
| 14 | Bernardita Vicencio | Lo Prado | 25 | Mabel Ramírez | Recoleta |
| 15 | Lesly Díaz. | Lo Prado | 26 | Patricia Lisham | Recoleta |
| 16 | Víctor Ortiz | Lo Prado | 27 | Claudio Cárcamo. | San Joaquín |
| 17 | Rubén Azocar | Maipú | 28 | Víctor Farías. | San Miguel |
| 18 | Héctor López | Maipú | 29 | Romina Álvarez. | Santiago |
| 19 | Libertad Méndez | Maipú | 30 | Katuska Rojas. | Santiago |



Las Resoluciones obtenidas de los congresos Territoriales y tratados en el Congreso Regional Metropolitano son:

Resoluciones de la Comisión “Derecho Constitucional a la Salud”

Capítulo III DE LOS DERECHOS Y DEBERES CONSTITUCIONALES

Artículo 9º El derecho a la protección de la salud.

“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”... Constitución Política de la República de Chile /1980

Se debe cambiar el acceso a un derecho universal, único, de calidad para todos, debido a que el acceso, depende de la capacidad económica, lo cual hace prevalecer la inequidad.

1. Nueva Constitución Política de la República (C.P.R.) basada en Derechos Humanos.
2. El cambio de la C. P. R. debe realizarse vía asamblea constituyente. Debe considerar el cambio del Acceso a un Derecho Universal, Garantizado, Gratuito, de Calidad y Oportuno para todos.
3. Garantía Constitucional del Derecho a una Salud Multidimensional (Bienestar físico, Mental y Social):
4. Cambio cultural de la Sociedad Chilena.
5. Reeducción ética de los Trabajadores de la Salud.
6. Aprendizaje comunitario de los Ciudadanos Usuarios.
7. Sistema único, universal, solidario y complejo de Salud Colectiva:
8. Financiado por el 10% PIB vía Impuestos Generales.
9. Desde la Promoción hasta la Rehabilitación.
10. Participación Ciudadana Vinculante.
11. Acciones a corto y mediano plazo, para la Mitigación de los Daños y la Preparación de Condiciones Políticas y Sociales:
12. Entender y enseñar críticamente la Salud, como un fenómeno complejo y dinámico con determinantes sociales y estructurales.
13. Crear la Defensoría del Ciudadano Usuario/Paciente, para ejercer Abogacía Clínica y Soberanía en Salud con enfoque de Derechos Humanos.
14. Habilitación legal del Recurso de Protección por el Derecho a la Salud para poder demandarlo.
15. Rechazar la política pública del gobierno de S. Piñera que busca privatizar la salud (acuerdo nacional).

Resoluciones de la Comisión “Financiamiento”

1. Salud Pública, gratuita y de calidad requiere cambio constitucional que la consagre como derecho Humano, exigible legalmente.
2. Reforma sanitaria para alcanzar cobertura universal requiere:
3. Sistema Único de Salud .Eliminación de las ISAPRES. Propuesta de Seguro complementario para los que tienen mayor poder adquisitivo.
4. Desmunicipalización de la atención primaria.
5. Terminar recursos reservados a FFAA.



6. Aumentar del 8% al 8,9% del PIB el aporte estatal en salud (promedio OCDE)
7. Nueva estructura de Financiamiento.
8. Nuevo modelo sanitario enfocado en prevención y promoción desde la atención primaria, con participación activa de la población organizada y funcionarios.
9. No a FONASA PLUS. Sistema que aumenta desigualdad y mercantiliza la salud dejando fuera a los más desposeídos. Aumentar Atribuciones y control de Fonasa respecto a las desviaciones de recursos al Extrasistema.
10. No a las concesiones hospitalarias ni externalización de servicios.
11. Creación de Laboratorio Nacional Popular y financiamiento de farmacias populares.
12. Aumento del per-cápita en tanto se crea un nuevo modelo.
13. Enfocar recursos en calidad de la atención y dignidad de las personas:
 - ✓ *traspasar dotación a contrata y después a planta...*
 - ✓ *Adecuación de profesionales de acuerdo de acuerdo a nuevas realidades, (migrantes y otros)*

Resoluciones de la Comisión “Participación”

1. Incorporar en la nueva constitución elementos que promuevan la democracia participativa
2. Democratización y participación en el Sistema de Salud.
3. Incorporar el derecho a la participación en todos los ámbitos de la vida pública como derecho humano exigible.
4. El Estado tiene como deber promover la participación ciudadana y la asociatividad.
5. Nuevos mecanismos de democracia directa y semi-directa: iniciativa popular de ley, revocatoria de autoridades y leyes, ampliar el uso de plebiscitos y referéndum a nivel local, regional y nacional.
6. Eliminar prohibición de dirigentes sociales de postular al Congreso
7. Compromiso de continuar y promover la participación en todo el proceso de elaboración y aprobación de la nueva constitución.
8. Cambiar Ley 20500, para pasar de consultivo a vinculante.
9. Establecer una orgánica de funcionamiento nacional, único, incluyente de todos los usuarios, (con estatutos aprobados en el congreso en todos sus niveles). Se propone que sea ANCO Salud como columna vertebral de los usuarios siempre que exista un encuentro para para revisar estatutos. Planificación anual, Cuenta Publica respectiva, con instancias de seguimiento y evaluación permanente.
10. Siendo la salud un eje transversal proponemos instalar una plataforma intersectorial con todas las organizaciones territoriales y funcionales e institucionales de distintos niveles de participación y demandas; previo trabajo de promoción de los aspectos relacionados con la salud de los usuarios; tales como :
 - a) Educación - conocimientos normativa legal, 20500, 19418, 20584 (Deberes y derechos)
 - b) Promoción - Programas asociados.
 - c) Prevención – Programas Asociados.



11. Elaboración de un estatuto público que resguarde al dirigente y otorgue protección ante cualquier situación (seguro de vida para dirigentes vecinales, revitalizando el convenio de salud con FONASA)
12. Establecer el 0,01% del gasto público destinado a programas con participación ciudadana o para el fortalecimiento de la sociedad civil. En Salud, los Servicios deben contar con el ítem de Presupuesto para Organizaciones Sociales afines, considerando los gastos en que incurren los dirigentes para asistir a los distintos congresos, reuniones, capacitaciones, pasantías, entre otros. Los cuales no están cubiertos por la institucionalidad, lo cual dificulta la participación social.
13. Establecer consultas ciudadanas regionales de carácter vinculante para temas relevantes de la región.
14. Vinculación con las autoridades de salud para mejorar los niveles de resolutive de demandas de los usuarios y ejercer el derecho a la participación social en la gestión pública, con el fin hacer efectiva la contraloría social sobre la ejecución de las políticas públicas, considerando el rol del estado y sus agentes.
15. Exigir el cumplimiento de los programas y planes anuales con la participación de los usuarios en el monitoreo – seguimiento – evaluación y reformulación, tales como COSOC, de los respectivos servicios, municipios y centros de salud.
16. Proponemos que los Consejos de la Sociedad Civil, sean dirigidos y elegidos por los dirigentes integrantes de estos. Manteniendo la Participación de la Autoridad en los mismos. Mantener un Asesor Técnico en el Cosoc para apoyar las distintas temáticas.
17. Relevar el rol que cumplen los CDL (Consejo de Desarrollo Local) para exigir desde la organización de los usuarios el cumplimiento de las campañas más efectivas de prevención, en todos los niveles, (frase tachada) APS, Ministerio y el estado en cuanto se creen campañas más efectivas.
18. *Fiscalizar desde el S. Salud a las empresas de alimentos e impulsar una ley que prevenga y controle la producción y venta de alimentos perjudiciales para la salud, en general a toda la población y también focalizando a poblaciones susceptibles.*

Resoluciones de la Comisión “Salud Mental”

ANTECEDENTES

Definiciones de la OMS

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

SALUD MENTAL, sólo dos palabras que involucran tanto, que nos atañe a todos, que está en todas partes y cuando se daña, muchas veces es invisible para el resto de las personas y también para las autoridades.

Nos atañe a todos porque al dañarse la salud mental de una persona, toda la familia se ve afectada y nadie está libre de vivir esta experiencia.



Y está en todas partes, porque las estadísticas indican que el 31,5% (casi un tercio) de la población chilena mayor de 15 años ha tenido, tiene o tendrá un problema de salud mental en su vida.

GRAVEDAD DE LOS PROBLEMAS

Los problemas de salud mental pueden ser leves, moderados o graves: ansiedad y depresiones en distintos grados. La depresión grave afecta al 9,2% de la población; el consumo de alcohol al 11% y la drogadicción al 8,1%.

La tasa de prevalencia de problemas de salud mental en niñas, niños y adolescente es del 22,5%, es decir, afecta a más de un quinto de las personas que se harán cargo del futuro de Chile.

Según el Censo de 2017:

El 5,5% de la población presenta trastornos moderados de salud mental y eso corresponde a 722.290 personas

Y el 3,3% trastornos mentales graves, esto es 463.374 personas (depresión mayor; trastorno bipolar; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno de pánico; estrés post-traumático; trastorno límite de personalidad; esquizofrenia; trastorno esquizo afectivo; trastorno dual; epilepsia)

Es decir, aproximadamente, 1.200.000 personas presentan trastornos mentales moderados o graves.

ES POSIBLE DISMINUIR EL DETERIORO Y PREVENIR LA DISCAPACIDAD.

Hemos aprendido de salud mental desde nuestra experiencia cotidiana y esa experiencia también nos ha enseñado que si una persona presenta una afección en su salud mental y tiene una atención oportuna, digna, integral y de calidad, el deterioro que podría tener disminuye considerablemente

Así también disminuye la probabilidad de que esta persona llegue a una situación de discapacidad psíquica.

Tendríamos menos personas con discapacidad psíquica si los recursos fueran suficientes para entregar desde el primer momento, desde el primer episodio, una buena atención de urgencia, para ser estabilizado. Es preciso considerar que durante un episodio sicótico el cerebro se inflama y se produce un daño que es mayor mientras más tiempo perdura dicha inflamación. La discapacidad psíquica podría prevenirse con una atención de urgencia oportuna.

REALIDAD

1. Recursos financieros de la salud pública
2. Pese a la magnitud que presentan los problemas de salud mental, los recursos que se destinan a su solución son ínfimos: APENAS EL 2.16% DEL PRESUPUESTO DE SALUD SE DESTINA A SALUD MENTAL (Uruguay y Costa Rica 8%)
3. Atención en urgencia e infraestructura

En nuestro país hay sólo 34 camas de urgencia psiquiátrica (esto es 10 camas psiquiátricas por cada 100 000 habitantes, Uruguay tiene 60, Argentina 67, Estados Unidos 167, Canadá 197):

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, de Recoleta, atiende en el servicio de urgencia sobre 30.000 personas al año. De ellas, aproximadamente el 12% (3.600 personas) debería ser hospitalizadas inmediatamente para su estabilización, pero más de la mitad es enviada a su casa medicamentada momentáneamente, con los riesgos que esto conlleva y con el deterioro consecuente.



Y luego, se requiere el tratamiento adecuado, con equipos multidisciplinarios y la menor cantidad de fármacos posible, otorgándoles la rehabilitación necesaria para facilitar su retorno a la comunidad social, laboral o educacional a que pertenecen, en el más breve plazo.

Los equipos profesionales son insuficientes para la demanda e incompletos, estos equipos multiprofesionales deben estar compuestos, al menos, por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros y terapeutas ocupacionales.

NECESIDAD DE AVANZAR EN LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA.

Lo que está por hacer es mucho y es necesario asignar los recursos para ello, la tarea involucra a todos los sectores del estado y de la sociedad.

BUENA SALUD MENTAL.

Necesita la participación del sector salud, educación, justicia, derechos humanos, vivienda, desarrollo social, medio ambiente, trabajo, seguridad pública, obras públicas, cultura y arte, deportes y recreación, familia, adultos mayores, turismo, migración, consideraciones de género, inclusión, erradicación del estigma y la discriminación, entre otros, y, por supuesto, los recursos que dependen de hacienda y economía. Y, por sobre todo, se necesita voluntad política y compromiso de familiares y de la comunidad toda.

COMPROMISOS.

Es una realidad la deuda que como sociedad tenemos frente al desamparo de una parte importante de nuestra población. Corresponde estar a la altura de los desafíos. Comenzar por reconocer la realidad y dejar de esconderla.

Son necesarios más y mejores recursos humanos y financieros; más conciencia, más voluntad política, más compromiso de todos.

PROPUESTAS.

Las organizaciones sociales reunidas en el Congreso de Salud de la Región Metropolitana realizado el 30 de marzo de 2019 en Santiago, hemos concluido en las siguientes propuestas para una mejor salud mental para nuestro país:

1.-Que el Estado lleve a cabo todas las acciones necesarias para garantizar el cumplimiento de nuestro derecho a la salud en general y a la salud mental, en particular. Lo obligan los Art 19, 20 y 21 de la Constitución, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (suscrito por Chile en 1969), la Convención sobre los derechos de las Personas en Situación de Discapacidad (suscrito por Chile en 2008), la Ley 20.609, Antidiscriminación, la Ley 20.422 de Normas de Inclusión Social y la Ley 20.584, de Derechos y Deberes en la Atención de Salud.

La falta de interés del Estado por cumplir con su obligación es motivo suficiente para demandarlo.

2.-Aumento del presupuesto destinado a salud mental de 2,16% a 5% del presupuesto total de salud, en 4 años, porque 2,16% es insuficiente para satisfacer las necesidades de una población con los índices descritos anteriormente, relacionados con enfermedades de mediana gravedad y trastornos mentales graves, a los que podemos agregar que un 11% de las personas sufre alcoholismo y un 8% tiene problemas de drogadicción, con todas sus consecuencias en la vida intrafamiliar. Y como si todo esto fuera poco, según estadísticas del Minsal, el suicidio es la segunda causa de muerte más recurrente en niños y adolescentes entre 8 y 18 años, después de los accidentes. Y en adultos mayores el suicidio, entre otras razones, por su salud deteriorada y mal atendida y por sus exiguas pensiones, es también un problema de salud mental muy preocupante.



3.-No más AFP y aumento de las pensiones para mejorar la calidad de vida y salud mental de los adultos mayores.

4.-Acciones en la APS para fortalecer la promoción y prevención en salud mental:

-Generar grupos de autoayuda apoyadas en diferentes temáticas y según grupos etáreos.

-Crear grupos de apoyo a las familias desde la comunidad y centros de salud, entregándoles capacitación e incorporándolos a los planes de trabajo de las organizaciones barriales, especialmente, en los sectores rurales.

-Capacitar en salud mental a organizaciones y agentes comunitarios que participen en la salud y educarlas para trabajar en conjunto con oficinas gubernamentales.

-Apoyar a estas organizaciones en su empoderamiento con respecto al modelo de salud mental vigente, en su organización y movilización.

-Fomentar las políticas públicas de salud mental en colegios y universidades.

-Educar a la comunidad en cuanto a políticas públicas respecto al bullying

-Capacitación en derechos humanos y en el modelo social de la discapacidad, tanto a la comunidad como a los trabajadores de la salud, como forma de combatir el estigma y la discriminación de que son víctimas las personas afectadas en su salud mental, tanto en su entorno, como en su atención de salud.

5.-Que el Alzheimer se incluya pronto como patología GES y se contraten más geriatras y psiquiatras para la atención integral de adultos mayores.

6.-Crear programas que incluyan desde la infancia medicina natural, medicina de nuestros pueblos originarios y terapias alternativas, como forma de disminuir el consumo a veces innecesario de fármacos. Inquietud que nace por la gran cantidad de niños en tratamiento farmacológico por diagnóstico de hiperactividad u otros.

7.-Formación de más especialistas en temas relacionados con adolescencia y adultos mayores. Formación de cargo del Estado y no de sociedades médicas.

8.- Evaluación de nuevos proyectos inmobiliarios por parte de la Seremi de Salud, teniendo en cuenta la salud mental y física de los residentes en el nuevo proyecto y en el entorno, previa participación de la comunidad en PLADECOS y Planos reguladores, con este mismo fin.

9.-Más camas de urgencia psiquiátrica.

Para disminuir las brechas en la atención de las personas que se enfrentan a una urgencia psiquiátrica, disminuyendo su probabilidad de deterioro, que puede conducirlo a una situación de discapacidad psíquica.

Un/a Asistente Social con la responsabilidad de seguimiento en este difícil proceso es de vital importancia, tanto para la dificultad del momento, como para la prevención del deterioro antes dicho.

10.-Más camas de corta estadía.

Luego de la hospitalización de urgencia, donde la persona es estabilizada, requiere ser atendida en una unidad de cuidado intensivo o corta estadía, para su evaluación, diagnóstico e inicio de tratamiento.

En Chile faltan 1.181 camas de cuidados intensivos de psiquiatría adultos y 261 para infanto-adolescentes.

Esto produce una necesidad de alta prematura para permitir la circulación de pacientes. Y esta alta prematura es causa de frecuentes recaídas.

Vemos entonces, pacientes ingresando y saliendo una y otra del hospital, sin conseguir su completa recuperación.



11.-Asegurar la existencia de, al menos, un COSAM en cada comuna,

Con equipos multiprofesionales completos (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermar@, trabajador/a social, monitor/a en áreas de interés de l@s usuari@s), para dar continuidad a los tratamientos y estos dejen de ser principalmente farmacológicos, realizándose más acciones de rehabilitación psicosocial conducentes a la INCLUSION.

12.-Más presupuesto para hospitales psiquiátricos.

Hasta la implementación plena del modelo de psiquiatría comunitaria y la atención integral y hospitalización psiquiátrica en todos los hospitales generales, aún sin concretarse, es necesario que los hospitales psiquiátricos ya existentes reciban el financiamiento necesario para que cumplan con su rol como centros de hospitalizaciones de urgencia, cuidados intensivos, mediana estadía, tratamientos especializados de patologías graves y complejas y con su rol de investigación y docencia.

13.-Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, que asigne remuneración regular para el/la familiar cuidador/a, con diseño específico en cuidados y apoyos para personas con trastornos mentales graves.

Generalmente, la cuidadora es la madre, quien deja de trabajar para cumplir este rol, se empobrece, envejece, enferma y cada vez tiene menos capacidad para responder a las exigencias del cuidado y muere sin saber quién continuará cuidando a su familiar enfermo/a. Necesita ingresos, descansos, cuidados, atención psicológica, de salud, tratamiento.

14.-Hogares y residencias protegidas

-Con financiamiento público directo del Estado y administrados por organizaciones de familiares sin fines de lucro.

-SIN licitación pública de personas.

-Con utilización de inmueble de propiedad fiscal (Ministerio de Bienes Nacionales)

-En viviendas construidas con este fin (Ministerio de Vivienda y Urbanismo), especialmente diseñadas para este propósito.

-Donde se apliquen estrictamente las Normas Técnicas y se fiscalice regularmente su cumplimiento. Normas que se deben cumplir y fiscalizar tanto en hogares y residencias públicas como privadas.

15.-Plan nacional de Salud Mental cuyo objetivo final sea la INCLUSIÓN SOCIAL de las personas en situación de discapacidad psíquica.

Que dé respuesta a problemas concretos, con programas anuales y metas claras y definidas, con financiamiento, con instrumentos de evaluación y monitoreo.

16.-LEY DE SALUD MENTAL CON FINANCIAMIENTO ASOCIADO Y NO DE INICIATIVA PARLAMENTARIA.

Con amplia participación de la sociedad civil y de las organizaciones de y para personas en situación de discapacidad.

A nivel mundial, la mayoría de los países tienen una ley de salud mental.

Argentina y Uruguay tienen sendas leyes de salud mental, que garantizan muy bien la atención de su población.

¿Por qué Chile no?



Resoluciones de la Comisión “Salud y Género”

Discusión y Acuerdos.

1.- En Violencia de Género:

No hay recursos humanos ni materiales para la promoción y prevención de la violencia de género. En este gobierno se precarizó aún más estos centros y las trabajadoras están siendo maltratadas con contratos inestables, amenazas de despido, y exigencias de metas desproporcionadas a los recursos otorgados.

No se cuenta con Centros de la Mujer en todas las comunas y los existentes están en riesgo y ya se han cerrado.

No existe fiscalización del cumplimiento de los protocolos para impedir esta violencia.

La Ley de una Vida Sin violencia Duerme en el Congreso desde el año 2017.

Acuerdos: Informar, Educar, Demandar Organizar y Movilizar. Trabajo mancomunado entre usuarios y trabajadores de la Salud y de la Educación.

2.- Derecho a decidir

No se realiza información de la Ley del aborto en tres causales.

Los Centros de Salud obstaculizan el cumplimiento de la Ley al no preparar a los profesionales, no informar a los usuarios y abogar a objeción de conciencia para cumplir la Ley.

Acuerdos:

- ✓ Informar a la comunidad (usuarios y trabajadores e Instituciones) sobre la existencia de la Ley de Aborto en tres causales.
- ✓ Realizar conversatorios y debate sobre el derecho a decidir (aborto libre).
- ✓ Informar Educar Demandar Organizar y Movilizar. Trabajo mancomunado entre usuarios y trabajadores de la Salud y de la Educación.

3.-Identidad de género

Existe una educación machista.

Los estereotipos hombre y mujer son implantados desde la niñez, por las familias las religiones, la educación parvulario, básica, media y universitaria.

Violencia hacia las minorías sexuales.

Acuerdos: Realizar sensibilización a familias, educadoras de párvulos, profesores y alumnos.

- ✓ Exigir educación no sexista
- ✓ Colegios integrados.
- ✓ Difundir Ley Zamudio y Ley LGTBY
- ✓ Informar Educar Demandar Organizar y Movilizar. Trabajo mancomunado entre usuarios y trabajadores de la Salud y de la Educación.

4.-VIH SIDA:

No se realiza una pesquisa permanente de pacientes VIH positivo y se culpa a los migrantes en forma irresponsable. El medio para pesquisar era mediante una encuesta que no era aplicada de manera correcta (confidencialidad y espacio adecuado).

Se estigmatiza a los pacientes

En la campaña reciente se realizó test rápido en centros de la salud pero debería hacerse en territorios

Acuerdos:

- ✓ Campaña Nacional de Información



- ✓ Realizar Test rápido en los territorios
- ✓ Estimular el uso del condón FEMENINO Y MASCULINO. Entregar en colegios.
- ✓ Informar Educar Demandar Organizar y Movilizar. Trabajo mancomunado entre usuarios y trabajadores de la Salud y de la Educación.

5.- Igualdad de derechos

No existe igualdad de salarios

Las mujeres trabajadoras no conocen los derechos adquiridos en relación a salud.

Los programas no tienen perspectiva de género y de condición de trabajo. Los hombres no hacen uso del derecho de controlar su salud (no acuden por no poner en riesgo de perder su trabajo) y las mujeres tienen riesgos diferentes al hombre.

Las isapres ponen planes más costosos a las mujeres.

Las jubilaciones otorgadas por las AFP son más exiguas

Hay una salud para ricos y otra para pobres

Los recursos en las regiones son menores que a nivel central.

En el trabajo las mujeres al mismo trabajo las mujeres tienen menores sueldos.

Acuerdos:

- ✓ Que exista un solo sistema de salud.
- ✓ Desmunicipalizar Salud y Educación
- ✓ Salud derecho fundamental y constitucional
- ✓ Informar Educar Demandar Organizar y Movilizar. Trabajo mancomunado entre usuarios y trabajadores de la Salud y de la Educación
- ✓ Fortalecer farmacias populares en las Comunas y crear donde no existan.

Resoluciones de la Comisión “Atención Primaria de Salud (APS)”

A partir de la década de los 70, con las formulaciones y resoluciones acordadas en la Conferencia Internacional de Atención Primaria realizada en Alma-Ata, se ha venido priorizando en la APS como uno de los instrumentos que los gobiernos y países debieran atender en la idea de avanzar y dar respuestas concretas a las urgencias y crecientes demandas sanitarias de sus poblaciones, y en particular a los sectores más desprotegidos, económica, social, cultural, educacional y medioambientales.

Hoy a casi 5 décadas de la declaración de principios, los estados siguen en deuda con sus pueblos.

Chile, señero en el ayer en la Salud Social, hoy se puede observar con preocupación que no está dando respuesta a las demandas biopsicosociales de su población.

Las transformaciones realizadas, no permiten corregir o cambiar en profundizar el modelo sanitario implementado en los años 80 en la dictadura y durante la administración de Lagos. El primer escollo para ello es que la Constitución relega la Salud en una garantía de acceso, pero no es un derecho con rango constitucional.

Salud primaria como trinchera, puerta de entrada, problema antes de que se agrave.

Mayor aplicabilidad de los Determinantes Sociales en las prestaciones de Salud, tomándolas como eje fundamental en las prestaciones, Salud Mental y Física.

¿Qué queremos desde el mundo usuario?



1. Aumento de los Servicios de Alta Resolutividad (SAR)
2. Cuidado al Trabajador se propone abrir los centros sábados y domingos para que puedan tener sus prestaciones en Salud
3. Prevenir y promocionar tomados como prioridad con más recursos, materiales y funcionarios en los colegios, que los apoderados tomen un rol fundamental de participación en el centro de Salud.
4. Taller de VIH y Comida Saludable.
5. Prevención por medio de la Educación.
6. Capsulas informativas en las pantallas de las salas de espera de los CESFAM y CECOSF, donde se visualicen las enfermedades más repetidas en la población y como prevenirlas.
7. Avanzar hacia una reforma en Salud, donde el usuario tenga un papel protagónico en el debate que sea vinculante.
8. Retomar y hacer practica las resoluciones de ALMA ATA, son tiempos de acción, presión social y movilización, tenemos que generar hitos para llamar a la población a sumarse a una causa por la mejora de la Salud Pública, tenemos que buscar la forma de no se cooptados por la institucionalidad, trabajar con ellos, pero defendiendo lo que ellos quieren, sino lo que la comunidad demanda.
9. Una medida concreta es el aumento de PIB mínimamente al nivel que hoy invierten los países de la OCDE. Con ello más transparencia en los recursos invertidos en Salud.
10. Mayor atención al Adulto Mayor Discapacitado que no puede asistir a los Centros de Salud.
11. Sacar a los CESFAM de la administración de la municipalidad, esto lleva a inequidad en la población, ya que hay municipalidad que puede invertir más dinero que otras.
12. CESFAM abiertos a la integración de la comunidad y no vista la participación como una meta.
13. Mayor inversión en Hospitales, SAPUS, SAR y Centros de Salud Primarios por vía presupuestos sectoriales y una mantención efectiva y acuciosa de las instituciones en salud que ya están construidas.
14. Mejorar la comunicación entre Centros de Salud y el MINSAL, apoyar la Salud del pueblo chileno en las organizaciones sociales de base. Como con la comunidad, buscar nuevas estrategias como generar delegados en la promoción de Salud en cada parte del territorio contemplada en las zonas de los CESFAMS.
15. Optimizar la dación de horas, no ver al paciente por partes, sino íntegramente, que se pase de 15 minutos a 25 minutos que te ve el médico, entregar un numero al usuario para que llame en caso de no poder presentarse a una hora, generando una cultura para frenar la pérdida de hora en las prestaciones que el centro genera.
16. Entrar a un consulta ciudadana de ¿Cómo optimizar la entrega de dación de horas de prestaciones en Salud en los Centros de Salud en Atención Primaria?
17. Aumentar la canasta de Salud en cuanto a prestaciones (aumento de funcionarios) con un grado de resolutividad amplia en APS, mayor dotación de medicamentos complejos que se entreguen a la población en APS, entrega de los mismos dosificados a granel, con la cantidad que contempla el tratamiento. Fomento de las Farmacias Populares como



Política Pública y creación de un laboratorio público que baje los costos de producción de los medicamentos. Agilidad en los resultados de los exámenes que están en días no entregar a plazo de una o dos semanas, enlenteciendo el proceso del usuario, cuando los resultados están en 4 a 7 días.

18. Hay una pérdida de resultados de exámenes de Adultos Mayores
19. Los equipos de salud deben ser escogidos por concurso público y no por amiguismos personales.
20. Aumento de infraestructura en los Centro de Salud existentes, para contratar más personal que tenga que cubrir una mayor cantidad de población disminuyendo considerablemente los tiempos de espera en las prestaciones.
21. Cobertura amplia de Salud Mental, aumentan la mantención y ampliación de los COSAMS existentes y masificar en las regiones los Centros de Salud Mental en todo el país, dándoles una mirada nueva e integral.
22. Aumento en la fiscalización de licencias médicas, mejorar el flujo de información en el caso de que un funcionario no asista y se avise con tiempo a los pacientes o en su defecto utilizar un plan B, de personal que este reemplazando las inasistencias en los Centros de Salud de las comunas, teniendo grupo extra de médicos que estén a disposición de cubrir las ausencias.
23. Ampliar programas donde esté vinculado a salud dental, sexual, programas especiales para el Adulto Mayor.
24. Mejorar comunicación a la población sobre programas desarrollados en los Centros de Salud.
25. Taller de capacitación a los funcionarios en habilidades blandas en el trato al usuario.
26. Reforzar la organización de los CDL y fomentar la unión con los Trabajadores para aunar demandas en la Salud Primaria.
27. Exigir que las direcciones bajen la información del centro a los CDL y estos puedan entregar dicha información a las comunidades que se atienden en el CESFAM.
28. Generar una barrera de contención y resolutividad en APS, llevando médicos especialistas a la Atención Primaria.
29. Aumentar el personal y número de horas que se entregan por Call Center, potenciando que las prestaciones íntegramente se entreguen por este medio siendo una alternativa real a la toma de horas de manera presencial.
30. Tener una herramienta concreta de seguimiento a las interconsultas por medio de un código que el usuario pueda ingresar en una página web, tener conocimiento de su tiempo de espera y un seguimiento concreto.
31. Contar de facilitadores interculturales en los CESFAM para romper la barrera idiomática con los usuarios migrantes.
32. Ausencia de presupuesto para la participación de los CDL, como de un lugar físico dentro del CESFAM para realizar su labor de fiscalización y asesoría a la dirección del centro, teniendo una visión desde el mundo usuario.
33. Aumento del programa de medicina de pueblos originarios, darle una mayor dignidad al programa PESPI donde los recursos lleguen a tiempo y se pueda masificar a todo el país.
34. Avanzar a la necesidad de un cambio Constitucional que permita los cambios
35. legales, institucionales, económicos para dar respuesta a las necesidades en la APS.
36. Avanzar a una Reforma Sanitaria Integral.



37. Dicho proceso de reforma debe ser ciudadano, participativo, resolutivo y
38. aprobado vía plebiscito vinculante.
39. Este proceso debe asumir visión de país, por tanto deben estar convocados por los Usuarios, estamentos del Estado (poder ejecutivo, legislativo, judicial, colegios profesionales, la academia (Universidades), trabajadores del área y sus org.nacionales (federaciones, confederaciones, centrales sindicales)
40. Retorno (escalonado) de la APS al ministerio del ramo, protegiendo las conquistas de los trabajadores del sector.
41. Mientras se avanza a un nuevo sistema de financiamiento (9 % del PIB), sugerido por la OMS y la OCDE, aumentar el Per-Cápita, en forma diferenciada según realidades socio económicas, geográficas, etc.
42. Modelar un sistema tutorial de especialistas, los que concurren a los establecimientos generando una colaboración, capacitación e integración interprofesionales elevando la resolutive de la APS, impactando en la calidad de atención a los usuarios, disminuyendo las derivaciones a los otros niveles de la red.
43. Diseñar plan nacional de capacitación acorde a los cambios epidemiológicos de la población a proteger.
44. Ampliar arsenal farmacológico, incorporando medicamentos de última generación, el que debe ir acompañado de las cadenas de mantención, control informático de bodega de farmacia entre otras medidas.
45. Revitalizar rol de la Cenabast, modernizando su gestión, control, transparencia en su relación con proveedores, que permita entregar productos a tiempo a precios justos, garantizando su calidad.
46. Respecto a una política de salud familiar, se debe revisar y evaluar si la relación equipo de salud y usuarios a atender permite dar cuenta de ello. Se debe realizar un estudio de cuál es la dotación adecuada para dar cumplimiento real a este sistema de atención , que en otros lugares ha demostrado efectividad.
47. La atención primaria debe incorporar contratación de Geriatras, las mismas autoridades dan cuenta de la creciente demanda sanitaria de esta especialidad en atención primaria.
48. Así también diseñar un programa con el adecuado y necesario financiamiento en insumos y personal capacitado en adultos mayores con capacidades reducidas y postradas, ampliando capacitación y preparación a familiar, tutor o persona a cargo.
49. Modelo de APS efectivamente centrado en la promoción y la prevención con enfoque de salud comunitaria y centrada en las determinantes sociales de la salud.
50. A corto plazo fortalecer la salud pública: No + concesiones, no a la externalización de servicios y no FONASA PLUS
51. Implementación de una carrera funcionaria que mejore las condiciones laborales y otorgue estabilidad (mejorar los sueldos y unificarlos a nivel comunal – no precarizar el trabajo, No más honorarios)
52. Crear una mesa de trabajo con las universidades del sector, usuarios, ministerio, colegios profesionales, para trabajar en formación de pregrado con sentido público y social (ética Profesional)
53. Mayor coordinación y fortalecimiento de ANCOSALUD, por ejemplo a través de reuniones semestrales regionales.



54. Aumentar Per cápita para APS, hoy es de \$6.304, exigimos elevar a un mínimo de \$8.000.
55. Que se designen autoridades competentes, con sentido ético y social, con voluntad política.
56. Modernización del sistema de asignación de horas (sistema real, de dación de horas por teléfono, mejorar los Call Center e implementar un sistema de asignación de horas por internet. Creación red informativa única.
57. Concursos públicos con injerencia real de los consejos de desarrollo local.
58. Mejorar el sistema de las interconsultas, especialmente el seguimiento dándole posibilidades de realizarlo también, por ejemplo a través del seguimiento de un código.
59. Agilizar la derivación y la contra referencia.
60. Extensión horaria sábado y domingos para la atención de trabajadores jornada completa.
61. Dosificación en medida justa de los medicamentos para optimizar su uso y a sus ves, evitar la auto medicación.
62. Aumentar el rendimiento de la atención medica de 15 a 25 minutos, para que sea integral.
63. Que se implementen medidas de contingencia ante la inasistencia de profesionales (para que no se pierdan las horas)
64. Que los programas sean por políticas públicas y no por metas, para terminar con el sistema de metas a largo plazo.
65. Que exista continuidad en las horas de urgencia en el almuerzo.
66. Que las farmacias populares sean políticas de estado, incluir planes para medicamentos caros.
67. Que se cree un laboratorio nacional de medicamentos, que se aumente el presupuesto de CENABAST
68. Que exista un enfoque inclusivo real y con medicina intercultural.
69. Énfasis en la atención del adulto mayor en salud mental, en cuidadores y postrados, en el VIH y Celiacos.
70. Implementando nueva estrategia en APS y aumentando el número de COSAM (que se aplique la norma cada 40 mil habitantes debe existir un COSAM). Se debe considerar el Cosam en todas las comunas del país.
71. Creación de una sola red de informática manteniendo conectividad entre las Salud Primaria y Secundaria.
72. Mejorar comunicación con la comunidad para: promoción y prevención en salud – educación (Trabajo conjunto).
73. Que la opinión de consejos consultivos sea vinculante.
74. Recurso de APS sea por número de habitantes, no por inscritos.
75. Decimos: NO A LA CONCESION EN SALUD – NO AL FONASA PLUS
76. Demandar al estado por el genocidio del 2018 por las listas de espera.
77. Desde la comunidad formar un organismo creador, productor de material educativo en salud. Constituir en cada barrio “equipos de salud” para tener una salud soberana.



Resoluciones de la Comisión “SALUD Y MEDIO AMBIENTE”

1. El estado debe implementar a la brevedad, un plan para terminar con la contaminación ambiental grave en las llamadas zonas de sacrificio, que sufren ciudades como Santiago, Quinteros, Freirina, Coyaique, Temuco, Chillan ,Curacavi y otras ,que afectan directamente a la salud de la población ,agravándose en las preemergencias y emergencias ambientales.(problemas broncopulmonares ,cardiovasculares etc).este plan no debe centrar sus esfuerzos en la ciudadanía, sino en las grandes empresas que son los reales responsables de la contaminación.
2. Capacitación a adultos mayores para acercar el conocimiento medio ambiental a niños y jóvenes.
3. Reforzar la fiscalización a los microbasurales con multas más drásticas.
4. Creación de más puntos limpios en calles y pasajes.
5. Políticas de estado en reciclaje.
6. Capacitación a las juntas de vecinos y organizaciones sociales, sobre leyes medioambientales y primeros auxilios (para casos de intoxicaciones masivas por agentes medioambientales).
7. Recuperación de espacios para más áreas verdes.
8. Aumentar y controlar el rol fiscalizador del ministerio de medio ambiente, con mayor preparación y velocidad en su actuar.



TEMAS ANEXOS

LISTAS DE ESPERA

El problema de las listas de espera y otras dificultades que arrastra el sistema Público de Salud, solo podrán ser abordadas adecuadamente a través de una Reforma Estructural con todos los actores vinculados desde el territorio, pasando por los trabajadores, Legisladores, Autoridades Sanitarias y Gobierno de turno. Que permita aumentar los recursos financieros globalmente (PIB) y modifique los mecanismos de transferencia a hospitales y centros de salud (evitando el extrasistema), que en gestión promueva la estabilidad laboral y reoriente las metas a resolver los problemas de salud, que en el ámbito gobernanza reorganice la institucionalidad ministerial, los servicios de salud, y la Atención Primaria de Salud, para una mejor Planificación, Gestión y mayor participación usuaria. En cuanto a modelo de salud, invertir el paradigma actual, el cual prioriza la curación. Creemos que es necesario priorizar la promoción y prevención de salud como eje principal de los esfuerzos (Económicos, RRHH, entre otros) destinados para una mejor calidad de vida de nuestra población.

Debido a los insuficientes recursos disponibles frente a las necesidades de atención, resulta inevitable que en los sistemas de salud exista espera en las atenciones, una situación preocupante que en los últimos años ha copado la agenda noticiosa, debido a los excesivos tiempos que demoran las atenciones, prologando el sufrimiento de las personas y erosionando la legitimidad del mismo sistema de salud.

La cifra de fallecidos por Garantías de Oportunidad GES Retrasadas alcanzó los 11 mil casos, entre los años 2005 y 2016, generando una alarma pública que derivó en una comisión asesora ministerial, que logró establecer una asociación potencial en el 15% de las personas que esperaban una atención de salud y terminaron fallecidas.

Recomendaciones a corto Plazo:

- ✓ Solicitamos al Estado adoptar medidas económicas, técnicas y legislativas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr una progresiva efectividad, sin discriminación, al derecho a la salud.
- ✓ Generar un sistema de alerta en relación a pacientes con prolongados tiempos de espera, desarrollar un mecanismo de fiscalización respecto del cumplimiento de la gestión GES, diseñar nuevas herramientas que permitan evitar incentivos inadecuados para el cumplimiento de la atención en los plazos estipulados, elaborar un marco normativo y de gestión que permita a la Atención Primaria en Salud fortalecer los planes preventivos en la población y elaborar programas de formación permanente a los profesionales que trabajan en Atención Primaria de Salud.
- ✓ Creación de Hospitales Itinerantes con el objetivo de dar solución a las listas de espera a nivel nacional, ofreciendo consultas externas de especialistas y cirugías de baja/mediana complejidad, según la necesidad de cada región del país.
- ✓ Creación de Unidades de Resolutividad de Cirugía Mayor Ambulatoria a nivel país con dependencia directa del MINSAL, habilitando para ello infraestructura física ya existente (como Hospitales de Baja Complejidad) o en otros establecimientos.



- ✓ Establecer como política de salud permanente las consultas de especialistas en la propia Atención Primaria de Salud, utilizando para ello los establecimientos de cada CESFAM.
- ✓ Instalación de una Unidad de Gestión de Pabellones, que articule la red pública a nivel nacional y regional de manera centralizada, en coordinación directa con los hospitales.
- ✓ Potenciar la implementación de las UAPO como una solución de gran eficiencia clínica, epidemiológica, humana y política en los asentamientos urbanos mayores.
- ✓ Abordar la promoción y garantía a los trabajadores y trabajadoras al ejercicio de sus derechos en materia de seguridad y salud laboral.
- ✓ Desarrollar una línea programática en materia de Salud Ocupacional en todos los Servicios de Salud del país a través de la instalación efectiva de Unidades de Salud Ocupacional en los principales Hospitales, avanzando así, hacia una atención especializada en los Servicios de Salud de los accidentes y enfermedades profesionales de origen laboral de la totalidad de la población trabajadora.

PRAIS

La necesidad de validar el concepto de atención integral en salud, haciéndose cargo que los usuarios PRAIS desde el origen de la Ley de Reparación han pasado varias décadas, por lo que sus necesidades de asistencia médica han variado. Por lo que se requiere hacerse cargo de esas necesidades, tales como atención especialidad de Geriatría, acceso a prótesis dentales, implantes. Traumatología (artrosis de cadera), Kinesiología (terapias para artritis reumática, problemas óseos variados (columna) efecto de la edad, de la prisión, de la tortura. Oftalmología (cataratas, miopía severa), problemas psicológicos (depresión, crisis de pánico por estrés post-traumático). Acceso a implementos ortopédicos: catres clínicos, sillas de rueda, bastones, burritos.

Que los recursos asignados a los servicios sean de uso directo para los Prais y no derivados al fondo común de cada centro de salud.

De los facilitadores Prais, que esta actividad no solo sea reconocida si no que tengan la relación adecuada con las necesarias derivaciones a los otros niveles de salud, de forma que su rol no sea solo administrativo, sino operativo ágil y resolutivo.

Realizar un catastro de las necesidades hoy más demandadas, que permita la contratación de los profesionales adecuados en la cantidad de horas necesarias para cubrir estas necesidades Validar por parte de las autoridades locales las Org. de los usuarios Prais, estableciendo con ellos un trabajo mancomunado que permita la planificación de acuerdo a las necesidades detectadas.

SALUD Y MIGRACIÓN

Salud como Derecho Humano

La movilidad humana es un fenómeno mundial cada vez más masivo y que traspasa las fronteras. En Chile, según datos del Censo 2017 la población migrante asciende a 746.465



personas, lo que representa el 4.3% de la población nacional, mientras que según datos del Gobierno y el INE la población ascendería a 1.251.225, lo cual representa un 6,6% de la población total nacional . En este contexto, resulta indispensable la generación de políticas públicas que puedan abordar el fenómeno migratorio actual en el país desde un enfoque de derechos.

En este sentido, la política migratoria debe apegarse al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, que prohíbe las diferencias arbitrarias en función de la nacionalidad de las personas. De igual modo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como La Convención Americana sobre Derechos Humanos, refuerza el principio de no discriminación por motivos de raza, color, idioma u origen nacional.

En consecuencia, las personas migrantes deben ser reconocidas como sujetos de derechos por parte de los Estados, siendo fundamental el acceso a la salud en igualdad de derechos que las y los nacionales y bajo principios de no discriminación independiente de la situación y status migratorio de las personas, más aun cuando se trata de urgencias, niños y niñas y mujeres en los casos de pre y pos natal y urgencias obstétricas, tal y como señala la Convención Internacional para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial y a la Convención Internacional sobre Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares .

Acceso a la salud de la población migrante

Actualmente se ha avanzado desde el año 2014 en la protección en materia de derechos a la población migrante. En este sentido, el decreto N°67 señala los mecanismos para acceder a FONASA tramo A, y en específico la circular A15 N°4 del año 2016 instruye sobre la aplicación de dicho decreto. No obstante, persisten barreras en el acceso a la salud y situaciones de discriminación hacia las personas migrantes que se encuentran en una situación migratoria irregular, toda vez que insisten en solicitar un RUN, o solicitar presentar un certificado de residencia, el cual en comunas como la de Santiago sólo se entrega a personas en situación migratoria regular.

Esta situación que podría perpetuarse y agravarse por medio la nueva Ley de Migraciones, toda vez que respecto del acceso a la salud deja un amplio margen de discrecionalidad a reglamentos posteriores y no establece criterios claros.

De este modo, se debe garantizar que las acciones y medidas administrativas garanticen el acceso al derecho a la salud de las personas extranjeras que residen en Chile, entendiendo que las políticas públicas deben garantizar los derechos humanos de todas las personas migrantes. Asimismo, es imperioso para garantizar los derechos básicos la capacitación de las y los funcionarios del área de la salud en materia migratoria, inclusión y no discriminación.

Por último, se deben derribar mitos sobre la migración respecto del uso del sistema de salud, ya que las y los migrantes, al igual que las y los chilenos, cotizan en el país, es decir pagan AFP y FONASA o ISAPRE. A la vez, los extranjeros pagan impuestos a la compra cuando adquieren todo tipo de productos (IVA del 19% que va a las arcas fiscales) y pagan impuesto a la venta cuando tiene pequeñas empresas o negocios, lo cual por lo demás genera empleo.



Profesionales migrantes del área de la salud:

En Chile existe un déficit de profesionales del área de la salud, y las cifras aumentan cuando hablamos del sector público y especialistas. En por esto que resulta urgente que la revalidación de títulos de profesionales migrantes del área de la salud sea más eficiente y eficaz en términos administrativos y que la EUNACOM sea accesible en términos económicos para todas y todos los profesionales de esta área, con el propósito de que se puedan incorporar al sistema de salud pública. Se debe considerar que la cualificación de dichos profesionales no tuvo costo alguno para el Estado de Chile y que podrían aportar al déficit actual en el sistema de salud público.

COMISION REDACTORA SINTESIS METROPOLITANA.
SANTIAGO, ABRIL 2019