
Cuarto informe de seguimiento:

SOBRE LA ESTRATEGIA DE DESCONFINAMIENTO “PASO A PASO”

Este informe ha sido redactado con la ayuda de especialistas en salud pública, académicos, trabajadores de la APS, directivos de la APS y ex funcionarios públicos de alto nivel.



FISCALIZANDO
PLAN DE
EMERGENCIA



**PARTIDO
SOCIALISTA
DE CHILE**

Informe sobre la estrategia de desconfinamiento “Paso a Paso”

El Partido Socialista ha tomado la decisión de conformar un equipo diverso de personas, militantes y profesionales del Instituto Igualdad, con diferentes perfiles y trayectorias para hacer seguimiento al Marco del Acuerdo por la Emergencia, entre el Gobierno y la Oposición.

Responde a la necesidad de identificar las debilidades, los incumplimientos de los acuerdos, y las trabas de las políticas públicas y de los proyectos de ley impulsados por el gobierno que tienen como fin proteger a las familias afectadas por la emergencia sanitaria y social causada por la enfermedad COVID-19.

El grupo está compuesto por:

- Carlos Montes, senador
- Manuel Monsalve, diputado
- Marcelo Schilling, diputado
- Clarisa Hardy, presidenta Instituto Igualdad
- Karina Delfino, socióloga, coordinadora ejecutiva Instituto Igualdad
- Sergio Echeverría, Alcalde San Joaquín
- Fernanda Villegas, ex Ministra de Desarrollo Social
- Gabriel De La Fuente, Director Área Legislativa Instituto Igualdad, ex ministro SEGPRES.
- Lysette Henríquez, ingeniera industrial, presidenta Comisión económica del Partido Socialista
- Francisco Díaz, abogado y ex Subsecretario del Trabajo
- Álvaro Díaz, economista y ex subsecretario de Economía y Coordinador Foro Desarrollo Justo
- Patricia Silva, abogada y ex subsecretaria de la SEGPRES
- Hernán Frigolett, economista, académico y ex Tesorero General de la República,
- Rafael Pizarro, académico de gestión pública
- María José Becerra, economista.
- Sergio Sánchez, médico, presidente de la Comisión de salud del PS.

Este informe se referirá a un monitoreo a algunas áreas claves de la estrategia del gobierno para el desconfinamiento, recogiendo antecedentes de bibliográficos nacionales e internacionales, así como de trabajadores de la salud, académicos y directivos de la APS. A su vez, el equipo se reunió con la Presidenta del Colegio Médico, Dra. Izkia Siches para intercambiar puntos de vista.

> La situación de la epidemia de COVID-19 en Chile hoy

Hoy avanzamos hacia los 400 mil pacientes contagiados que, según informa el gobierno, corresponden a alrededor de 2000 pacientes en UPC (Unidad de paciente crítico). El total aproximado de fallecidos se eleva sobre los 13 mil (informados confirmados + sospechosos, según DEIS). La letalidad aproximadamente es del 2% (fallecen 2 % de los contagiados). La epidemia siguió una proyección moderada de casos y muertes hasta el 13 de mayo, donde se diagnosticaron más de 2000 pacientes diarios, cifra que es muy similar hoy, habiendo transitado por los 6 mil contagios diarios durante el mes de junio.

La dotación de camas críticas a marzo de 2020¹ era de 1684 (UCI+UTI) y las camas habilitadas al 10 de julio de 2020 llegaron a 1913 (UCI) + 1442 (UTI), lo que da un total de 3355 (MINSAL, 2020) . Otras fuentes estiman las camas en 2780 aproximadamente (DIGERA, 2020).

Toda política pública, y en particular en un escenario de pandemia, ha de privilegiar la salud y en especial salvar las vidas. **Chile, y particularmente varios de sus centros urbanos, incluida la metrópolis de Santiago, aún no presenta indicadores que permitan dar por superado el período más crítico de la expansión del COVID-19.** Si bien hay un descenso en el número diario de casos nuevos y de defunciones, **los índices son todavía demasiado altos y la trazabilidad insuficiente.**

Las políticas del gobierno tienen como corolario una realidad del todo dramática y compleja. Chile se ubica entre aquellos países que no han obtenido buenos resultados al momento de evaluarlos por la capacidad de salvar vidas (se encuentra en el lugar número 9 de mayor número de muertes por millón de habitantes, entre 215 países) y presenta un alto contagio por COVID 19 (lugar 5 por millón de habitantes).

El desconfinamiento es un proceso social de alta complejidad, donde confluyen variables epidemiológicas, sanitarias, pero también sociales y políticas. Reconocemos que la población está cansada de las restricciones a la movilidad y al confinamiento, y que necesita procurarse ingresos ante la insuficiencia de la ayuda del gobierno. Sin embargo, nada de ello puede utilizarse como excusa para actuar apresuradamente, sin evidencia clara, y sobre todo, sin haber generado la adecuada confianza de la población en las decisiones de autoridad. Si no se sigue un proceso de desconfinamiento transparente, científico, participativo, que genere confianza en la ciudadanía, el país arriesga un grave rebrote que terminará dañando aún más la salud de los chilenos y la economía del país.

Planteamos también una revisión a la **agenda legislativa** del gobierno sobre todo en cuanto a estudios clínicos, vacunas, patentes de medicamentos y verificar que todo se haga de acuerdo a acuerdo con las normativas vigentes. Esto se da en un contexto económico en que el propio Banco Central prevé hasta antes de la aprobación del retiro de ahorros previsionales, de una caída entre el 5.5% y 7,5% del PIB.

Chile ha actuado a destiempo en términos sanitarios y de las acciones económicas que lograsen proteger efectivamente los altos grados de vulnerabilidad sociales y territoriales.

A pesar de esto, hace dos semanas, el gobierno ha planteado un proceso de desconfinamiento basado

1 Gestión de Recuperación de Actividad Asistencial GES y No GES, en Contexto Pandemia Macro Centro. DIGERA. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. 15 de Julio de 2020.

en 5 estadios, llamado plan “**Paso a Paso**” anunciando el inicio de la fase de transición para algunas comunas de la Región Metropolitana, al tiempo que ha incorporado a otras, tanto en la RM como del resto del país, a la cuarentena. Después de iniciado el desconfinamiento, es probable que existan rebrotes y por eso es importante considerar la capacidad instalada de camas críticas para hacerse cargo de los casos nuevos. De hecho, la última señal estos días ha sido que los contagios comienzan a aumentar nuevamente.

El gobierno ha dicho que las decisiones deben ir asociadas a indicadores de desconfinamiento propuestos por la Organización Mundial de la Salud: **epidemiológicos, de sistema de salud y de trazabilidad**.

Hemos puesto el foco en este informe en la racionalidad de sostener las medidas de confinamiento y desconfinamiento, a partir de los principios y estrategias desde la salud pública, que considere el testeo permanente, **trazabilidad desde la Atención Primaria de Salud** y el aislamiento de casos y contactos, junto con dimensionar las condiciones socio económicas para que la población pueda hacer viable las medidas de cuarentena y de esa manera lograr controlar la transmisión de la epidemia.

Toda la información disponible sobre trazabilidad de casos y contactos debería hacerse pública y estar a disposición de municipalidades a la brevedad. Si esa información no existiese, se debe hacer el esfuerzo de levantarla a la brevedad.

➤ **Las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud para el desconfinamiento**

La OMS propone un marco que considera tres criterios para que esa tendencia a la baja se transforme en una estrategia de desconfinamiento, en la gestión de la epidemia en cada territorio² que son:

1. **Control de la epidemia** - Está la epidemia controlada (si/no)
2. **Sistema de Salud** - Es el sistema de salud capaz de superar un rebrote de casos de COVID-19 que pudiesen elevarse después de adoptar ciertas medidas (si/no)
3. **Vigilancia epidemiológica** - Es el sistema de vigilancia epidemiológica capaz de detectar y manejar los casos, sus contactos e identificar un resurgimiento de casos (si/no)

A juicio del Observatorio PS-Igualdad, sólo el criterio de Sistema de Salud cumple parcialmente con las recomendaciones OMS, mientras que ni Control de Epidemia ni Vigilancia Epidemiológica lo hacen.

² Basado en : “Public health criteria to adjust public health and social measures in the context of COVID-19 Annex to Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19”. 12 May 2020.

TABLA 1: Criterios OMS y Situación del país

Criterio	Cumple	No cumple
Control de la epidemia		X
Sistema de Salud	X-parcial	
Vigilancia Epidemiológica		X

Por lo tanto, el gobierno debería dar cuenta de los siguientes criterios antes de avanzar en el desconfinamiento:

1. Control de la Epidemia

Criterio	Explicación	¿Actualmente cumple o no?
Baja de al menos 50% en 3 semanas desde el último pico y caída continua de casos observados confirmados y probables.	Indica una baja en la transmisión de la enfermedad siempre y cuando el testeo se mantenga o fortalezca.	No. De hecho, la estrategia de testeo ha disminuido en las últimas semanas.
Menos del 5% de las muestras para COVID son positivas por 2 semanas.	Tiene valor si la vigilancia es exhaustiva y equivale a 1/1000 de la población.	No. La cifra ha venido disminuyendo y se encuentra cercana al 9%.
80 % de los casos provienen de contactos que han sido trazados.	Indica que las cadenas de transmisión son conocidas e identificadas.	No. La trazabilidad es una debilidad de la estrategia del gobierno que está a la base de la falta de control, pues no sabemos la trazabilidad que se está haciendo realmente a escala nacional.
Disminución del número de muertes por al menos 3 semanas.	Indica disminución del número de casos total.	Cumple
Disminución continua en el número de hospitalizados en UCI por al menos 2 semanas.	Indica disminución del número de casos.	Cumple
Disminución en el exceso de mortalidad por neumonía.	Indica disminución del exceso de mortalidad por COVID 19.	Cumple

2. Sistema de Salud

Criterio	Explicación	¿Actualmente cumple o no?
<p>Todos los pacientes pueden ser manejados en el sistema de salud.</p> <p>Pacientes no COVID-graves pueden ser manejados.</p> <p>No hay aumento de la mortalidad debido a enfermedades no COVID.</p>	<p>Indica que el sistema de salud está en condiciones de ofrecer la misma calidad de atención que antes que iniciase la epidemia.</p>	<p>Incierto. El ministerio debe entregar cifras de mortalidad desagregadas por otras causas diferentes a COVID-19.</p>
<p>El sistema puede absorber un aumento de 20% de la carga de COVID-19.</p>	<p>Indica sustentabilidad del sistema en caso de un rebrote.</p>	<p>Parcialmente cumplido. Por ahora las camas libres (UPC) informadas son aproximadamente 15%.</p>
<p>Un control de prevención de infección existe por cada 250 pacientes a nivel territorial.</p>	<p>Indica capacidad de coordinación, incluyendo en la APS.</p>	<p>No cumple. Existe descoordinación importante entre la APS y las SEREMI de salud.</p>
<p>Todas las dependencias tienen screening para COVID-19.</p>	<p>Indica capacidad para asegurar que todos los que acudan a las dependencias de salud podrán ser testeados.</p>	<p>No todas las dependencias cumplen, en muchos lugares de la APS no se cumple.</p>
<p>Todos los establecimientos de agudos tienen dependencias para aislar pacientes sospechosas de COVID-19.</p>	<p>El sistema tiene capacidad para aislar pacientes con COVID-19.</p>	<p>Cumple. Se cuenta con residencias sanitarias con 12.000 cupos para aislar pacientes.</p>

3. Vigilancia epidemiológica

Criterio	Explicación	¿Actualmente cumple o no?
Casos nuevos se identifican, analizan y reportan en 24 h.	Sistema geográficamente referenciado, cubre a todas las personas en riesgo en todos los niveles: comunidad, APS; hospitales y a través de enfermedades centinelas donde existan.	No cumple. Hoy las PCR se analizan entre 4 y 10 días dependiendo del lugar de toma de muestra.
Reporte inmediato de casos probables y confirmados.	Indicador de la oportunidad de la notificación en política sanitaria.	No cumple. Hay un desfase de hasta un mes en la toma de conocimiento del DEIS del MINSAL del dato registrado en Registro Civil.
Vigilancia en residencias cerradas y grupos vulnerables.	Indica que las autoridades han identificado población vulnerable y en riesgo.	Falta hacer pública esta información, si es que está disponible.
Vigilancia de la mortalidad COVID 19 se hace en comunidad y Hospitales.	Indica capacidad, rapidez y confianza para rastrear las muertes por COVID-19.	Falta hacer pública esta información, si es que está disponible.
Número total de exámenes realizados es reportado	Indica el nivel de transmisión entre individuos sintomáticos.	Cumple.
Equipos de respuesta rápida para investigación de casos son funcionales.	Capacidad para investigar casos y contactos.	No cumple. Se requieren mayores capacidades en los equipos de trazadores, tanto en número como en equipamiento.
90% de los casos sospechosos son aislados y manejados dentro de 48h	Capacidad para aislar casos nuevos es suficiente mente rápida para detener la transmisión.	Falta hacer pública esta información, si es que está disponible.
El 80% de los casos nuevos y sus contactos estrechos trazados y en cuarentena en las primeras 72h	Capacidad para realizar trazabilidad es suficiente para casos y contactos.	Falta hacer pública esta información, si es que está disponible.
80% de contactos de casos nuevos monitoreados por 14 días.	Los contactos deberían ser llamados una vez al día por 14 d. para obtener información de su situación.	Falta hacer pública esta información, si es que está disponible.
Sistemas de información están en disposición de manejar trazabilidad de contactos.	La gran cantidad de información debería ser manejada a través de softwares de trazabilidad de manera rápida del tipo Go. Data	Falta hacer pública esta información, si es que está disponible.

> Recomendaciones, conclusiones y sugerencias

1. Control epidemiológico y transparencia de la información

Chile cumple solo parcialmente con los criterios exigidos por la OMS para declarar controlada la epidemia. Hace falta **dar a conocer** la información relacionada con trazabilidad de los casos, con mayor precisión ajustado por territorio y ojalá el proceso de trazabilidad se encuentre delegado en la Atención Primaria de Salud (APS) en toda la nación. El número diario de PCR diarios realizados no debería ser menor a 20.000 para respetar la recomendación de testear diariamente a 1 de cada mil personas y así evitar cambios en el conteo de contagiados debido a menor testeo de casos.

Informes independientes (USACH, 2020; ISCI, 2020; UDD, 2020) muestran que las **comunidades más desfavorecidas socialmente son las que menos han reducido su movilidad y esas mismas son las que mayores índices de contagio presentan.**

Se debe favorecer que las personas se queden en casa teletrabajando en la medida que no desempeñen funciones que exige labor presencial, para impedir la interacción social que prevenga los contagios en lugares de trabajo. Obviamente ello debe ocurrir resguardando las condiciones laborales de los trabajadores que teletrabajan. Asimismo, deben mantenerse las restricciones para las funciones presenciales, manteniendo el criterio de servicios esenciales, y resguardando el número de permisos que se entregan.

El gobierno debe actuar con transparencia en la entrega de la información.

2. Trazabilidad

La estrategia de trazabilidad de los casos no ha logrado contener los contagios en nuestro país. Apoyamos la idea de establecer un proceso de **auditoría** externa al proceso de trazabilidad de casos y contactos para establecer con seguridad que el mismo se esté realizando de manera suficiente. Nos preguntamos ¿dónde y cómo se está distribuyendo el financiamiento para los planes de trazabilidad en APS?

Se sugiere fortalecer a toda la APS con un registro de trazabilidad de casos, contactos y aislamiento con un criterio territorial, pues la única manera de evaluar posibilidades de desconfinamiento es a partir del conocimiento exhaustivo de la realidad territorial.

Se sugiere levantar la siguiente información: **Indicador:** N° de casos trazados/día/región; N° de contactos trazados/día /región. N° de Trazadores reales/Número de trazadores necesarios según norma.

Se debe considerar la trazabilidad en no más de 48 horas siendo como mínimo un 80% del total de casos. Así también, se debe considerar dentro de los indicadores un 80% de ubicación de los contactos estrechos. Sin esta capacidad se hace difícil contener la circulación del virus, incluso habiendo logrado cifras progresivamente disminuidas.

Algunos hospitales procesan las muestras para PCR en 6 - 9 horas, tiempo que permite hacer aislamiento, pero los trámites administrativos deben hacerse más eficaces, pues ellos pueden demorar la entrega de resultados en días. No está la información de la APS- pero sí de la SEREMI. Hay duplicación de funciones de la APS con la autoridad sanitaria.

Se debe avanzar en la **búsqueda activa de casos en lugares como ferias libres** y en la calle través de sindicatos de ferias y organizaciones territoriales. Esta búsqueda activa debe considerar las zonas y poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, particularmente en períodos de desconfinamiento. Por esto resulta imprescindible mantener niveles de realización de exámenes PCR en las diversas comunas y territorios, reforzando también el rol de las empresas y mutuales la disponibilidad de este recurso.

Se debe persistir en generar recursos humanos habilitados para formar trazadores a lo largo del país. La Universidad de Chile ha formado varios miles de trazadores en cursos de post-grado, pero no todos están trabajando en las campañas de trazabilidad, que deben hacerse más visibles. Deben ser puestos a trabajar en un plan nacional de trazabilidad rápido, oportuno y confiable.

Es muy importante para controlar la transmisión el controlar el tiempo entre notificación y confinamiento de los contactos. Se debe mantener el aislamiento de casos; la cuarentena de los contactos y el confinamiento población general.

3. Confinamiento y control efectivo de la epidemia

El gobierno ha sido ineficiente la estrategia sanitaria, demostrando su incapacidad en el manejo de ésta. Las cuarentenas dinámicas no dimensionaron el alto nivel de circulación viral y el hecho que la determinante de movilidad y conectividad en ciudades de tamaño como Santiago deben incorporar medidas efectivas como son cuarentenas en unidades territoriales con control efectivo a la movilización pública y privada en la provincia de Santiago (32 comunas).

Para conocer su real eficacia **se sugiere** contabilizar las personas que cumplen cuarentena efectiva en residencias sanitarias y/o en sus hogares. **Esta información no ha estado disponible en los informes diarios de la autoridad**, por lo que debería trabajar en levantarla para mejor disposición de las políticas de desconfinamiento.

> **Iniciativas legales: Agenda legislativa**

Durante la crisis sanitaria que hemos debido enfrentar, llama la atención que el ejecutivo, y en particular la autoridad sanitaria no haya impulsado una agenda legislativa que pudiera coadyuvar a enfrentar de mejor modo la pandemia y aprovechar de establecer una legislación que haciéndose cargo de las situaciones excepcionales que se viven en tiempos de catástrofe pudiesen transformarse en una normativa que permita siempre enfrentar las emergencias en el ámbito de la salud de nuestra población.

En efecto, el Ministro de Salud, Enrique Paris, ante la Comisión de Salud del Senado, señaló que su agenda legislativa ministerial estaría enfocada a sacar adelante proyectos tales como: Proyecto de FONASA e ISAPRES, Ley de tabaco, Donación de alimentos, Ley del Cáncer, que ya fue despachada por el Congreso Nacional y Contratación de médicos especialistas. Es decir, iniciativas muy importantes, pero que no son atingentes, de manera directa a la emergencia que vivimos y a la necesidad de contar con herramientas permanentes para enfrentar futuras crisis, que tarde o temprano han de llegar.

Por ello, creemos que el Ejecutivo debe patrocinar y hacerse corresponsable con el Congreso Nacional de sacar adelante un conjunto importante de iniciativas actualmente en tramitación legislativa, a través de la asignación de urgencias. En este grupo destacamos los siguientes proyectos:

- Aprobación de la ley de Fármacos II en actual trámite de comisión mixta en el Congreso Nacional. (Boletín 9914-11)
- Proyecto de Protección de la salud mental (Boletín 10563-11)
- Proyecto que modifica el Código Sanitario para regular la realización de estudios y ensayos clínicos, tendientes a la obtención de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, para el combate de las enfermedades que motivan una alerta sanitaria. (Boletín 13642-11).
- Obliga a los establecimientos de salud a informar, a los pacientes recuperados de Covid-19, sobre la posibilidad de donar plasma sanguíneo para ensayos clínicos que se desarrollen en el país (Boletín 13.643-11)
- Declara como de utilidad pública, y de interés general de la Nación y la salud de la población, todo tratamiento preventivo y curativo, incluyendo productos, farmacéuticos, vacunas, alimentos especiales y elementos de uso médico para el tratamiento y cura de la enfermedad Covid-19 (Boletín 13638-11).
- Regula la disposición final de elementos de protección personal de carácter sanitario, prohíbe y sanciona su eliminación en lugares públicos. (Boletín 13598-11)
- Modifica el Código Sanitario para establecer medidas especiales de protección, en favor de los profesionales y funcionarios de la salud, en casos de pandemia (Boletín 13.516-11)

Del mismo modo, estimamos que existe un segundo grupo de materias que necesariamente requieren del concurso del ejecutivo por tratarse de materias de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, que el Minsal junto a los parlamentarios y equipos técnicos debieran trabajar conjuntamente para que sean presentadas a tramitación legislativa. En este grupo destacamos las siguientes iniciativas:

- Presunción de derecho para el otorgamiento de licencia médica a pacientes sospechosos y probables de COVID-19.
- Eliminar restricción de pago de licencias de corta duración.
- Incentivos para la innovación en materia de tecnologías médicas e insumos escasos.
- Incentivos a donación de plasma para enfermos recuperados con la debida certificación sanitaria y de evidencia clínica, considerarlo un recurso público garantizado.
- Aumento de los recursos para la salud municipal, pasando de un per cápita de los \$7.200 actuales a uno de \$9.500 que es igual al costo de la canasta básica de salud para la APS.
- Establecimiento de normas estrictas de probidad en materia de licitaciones, contrataciones y adquisiciones en el ámbito de la salud que, entre otras, impidan y sancionen conflictos de intereses, negociaciones incompatibles y sobornos.

> Otras sugerencias

1. Licencias por COVID 19

El aislamiento es fundamental para controlar la propagación del virus. Actualmente las licencias médicas son extendidas solo por cuatro días para contactos (a la espera del resultado del PCR). Debido al retraso en obtener resultados de hasta 7 días se sugiere aumentar a 7 días por defecto el reposo en casos sospechosos de COVID.

Se sugiere permitir que todos los médicos de APS que den licencias y no uno por cada centro de salud. Una persona por comuna o por CESFAM es poco para una estrategia adecuada de aislamiento. **Si se levanta el confinamiento, surgirá nuevamente un brote.** Debemos hacerla funcionar sí o sí. La trazabilidad llegó para quedarse.

Resulta imprescindible reconocer el derecho a la licencia por causa laboral así como su notificación y coberturas establecidas por la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades profesionales. Así también se debe cumplir con lo establecido en relación a las actividades de prevención y el resguardo que también le exige a las Mutuales dispongan de EPP cuando sea necesario. Es una buena medida la licencia médica maternal por hijo enfermo de COVID-19.

En este mismo sentido se deben establecer comités de empleadores y trabajadores para la implementación de planes donde la participación activa de los trabajadores y sus organizaciones sea un factor que fortalezca la respuesta social y sanitaria.

2. Integración territorial de la información con georreferencia

El país es heterogéneo y debería ser compartida la información georreferenciada de casos y contactos con Direcciones de salud municipal para perfeccionar los sistemas de trazabilidad de los pacientes.

Se sugiere integrar la información territorial para la toma de decisión en el **territorio**. Es fundamental que alcaldes conozcan el número de casos entrando y saliendo de la enfermedad para que las estrategias de prevención locales tengan éxito.

3. Levantamiento de datos y transparencia de la información

Las recomendaciones de la propia OMS y nuestra tradición sanitaria en el ámbito de estadísticas sanitarias debe ser exigido de forma detallada dada la trascendencia de la vigilancia epidemiológica en pandemias como las que enfrentamos. Un sistema de información con datos actualizados, estadísticas de los casos activos y bajo las definiciones del MINSAL, sospechosos, confirmados y probables entre otras definiciones, deben contar con información actualizada y abierta al público.

4. Salud Mental de niños y niñas.

Los niños en confinamiento pasan por situaciones de vulnerabilidad debido a violencia intra familiar (VIF), uso exhaustivo de Tics y asimilación de tele-educación. Al revisar los registros del DEIS -MINSAL no se encuentra información actualizada respecto a estos casos. **Se sugiere:** Iniciar programa de detección precoz de VIF en la infancia, a realizarse en los centros de salud de la APS, y trabajar de forma coordinada con los establecimientos educacionales para la detección de estos casos.

5. Violencia de género y confinamiento

Durante el confinamiento aumentó la violencia de género, para muchas mujeres el encierro termina siendo un infierno.

Por lo anterior, es muy importante el rol del Ministerio de la Mujer y de las políticas de prevención que se impulsen en esta materia. Además, de asegurar un procedimiento efectivo para la víctima que denuncia violencia de género.

6. Trabajadores de la salud

Los trabajadores de la salud han enfrentado un detrimento en su calidad de vida debido a las ingentes exigencias que la sociedad hace de ellos. Más de una docena ha fallecido. **Se sugiere** favorecer la entrega de un bono COVID especial para ellos.

Es fundamental reforzar las medidas de protección como el uso extendido de los EPP, la capacitación permanente y los acondicionamientos físicos de la infraestructura de centros de salud independiente de su complejidad.

El gobierno debe fiscalizar a través de la SUSESO la labor de las entidades reguladas por la ley 16.744, mutuales de salud, para que cumplan con atender trabajadores de salud contagiados en sus lugares de trabajo, pues debería ser considerada una enfermedad laboral.

7. Participación Social como componente estratégico.

La contención de la epidemia requiere del esfuerzo de la comunidad entera, más allá del sector salud. **Se sugiere** involucrar a las fuerzas vivas de la sociedad, juntas de vecinos, clubes sociales, ONGs en la construcción de una campaña preventiva para evitar mayores contagios y la contención de la pandemia. La participación directa de las personas en estrategias de trazabilidad y confinamiento no se recomienda debido al marco sanitario. Se debería utilizar una metodología cualitativa para el diseño de un mensaje culturalmente relevante ajustado a cada territorio.

La participación de sindicatos y conformación de comités paritarios, un rol activo de las organizaciones sociales y territoriales como las juntas de vecinos, y organizaciones diversas, como sujetos activos en el autocuidado y protección colectiva podrá avanzar en las etapas de desconfinamiento que se debe avanzar en Chile. La participación efectiva de las Regiones y Comunas desde sus municipios podrá integrar las funciones de Rectoría Sanitaria con la articulación sanitaria.

8. Trabajadores y regreso seguro

Se debe observar, comunicar y sancionar a quienes hagan mal uso de salvoconductos laborales para empresas esenciales y así favorecer las medidas de confinamiento de quienes pueden postergar su actividad laboral en función de su salud y seguridad.

Para evitar el riesgo de rebrotes entre trabajadores **recomendamos** que el desconfinamiento debería garantizar el retorno seguro a sus lugares de trabajo. Por eso se debería considerar para el desconfinamiento, **de forma obligatoria**, lo siguiente:

- a.* Sea sobre territorios completamente trazados en base a fuentes fidedignas de información y no sobre parcelas territoriales incluidas en dichos territorios.
- b.* Se cumplan para ellas los estándares sanitarios que plantea la OMS.
- c.* Se garantice comprobadamente condiciones de testeo y trazabilidad en las comunas integrantes de ese territorio.
- d.* Existan protocolos sanitarios públicos y conocidos para los trabajadores que aseguren su reintegración al trabajo y que sean de cumplimiento obligatorio por los empleadores.
- e.* Existan protocolos sanitarios obligatorios para los distintos sectores de actividad económica.

> REFERENCIAS

1. World Health Organization. Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19. (Interim Guidance) (<https://www.who.int/publications-detail/considerations-in-adjusting-public-health-and-socialmeasures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>, accessed 15 April 2020)
2. Cori A et al (2019). EpiEstim: Estimate Time Varying Reproduction Numbers from Epidemic Curves. R package version 2.2-1. (<https://CRAN.R-project.org/package=EpiEstim>, accessed 09 May 2019)
3. Thompson RN, Stockwin JE, van Gaalen RD, Polonsky JA, et al. Improved inference of time-varying reproduction numbers during infectious disease outbreaks. *Epidemics* (2019) (<https://shiny.dide.imperial.ac.uk/epiestim/>)
4. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Essential resource planning. Geneva 2020 (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/covid-19-critical-items>)
5. World Health Organization. Surveillance strategies for COVID-19 human infection (Interim Guidance) (<https://www.who.int/publications-detail/surveillance-strategies-for-covid-19-human-infection>, accessed 10 May 2020)
6. World Health Organization. Considerations in the investigation of cases and clusters of COVID-19 (Interim Guidance) (<https://www.who.int/who-documents-detail/considerations-in-the-investigation-of-cases-and-clusters-of-covid-19>, accessed 13 March 2020)
7. World Health Organization. Contact tracing in the context of COVID-19 (Interim Guidance) (<https://www.who.int/publications-detail/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19>, accessed 10 May 2020)
8. Universidad del Desarrollo (UDD). Facultad de Ingeniería. Data Science.(2020). “Movilidad en Región Metropolitana de Santiago 28 de febrero al 19 de julio”. Bravo.L, Ferres.L
9. Universidad de Chile. Instituto Sistemas Complejos de Ingeniería (ISCI), 2020. En shorturl.at/uDV36 Acceso completo al estudio en <https://covidanalytics.isci.cl/movilidad/>
10. Universidad de Santiago. Dpto. de Ingeniería geográfica, 2020. Ulloa, F, Crespo, R et al. Serie de reportes en <https://www.digeo.usach.cl/reporte-covid-19>