

EDITORIAL**El clamor de las inequidades: Estallido social y salud en Chile.***Alejandra Fuentes**The outcry over inequalities: the popular uprising and health in Chile*

93

“Están tratando de matar a la generación que quiere morir”.*Sara Schilling, María Gispert, Sergio Malverde y Eric Tapia**“They are trying to kill the generation that wants to die”*

95

ARTÍCULOS ORIGINALES**Calidad de Vida relacionada a la Salud de las personas con Esclerosis Múltiple en la región de Magallanes, Patagonia Chilena.***Héctor Retamal, Ramiro Fernández, Alejandra Fernández, Carolina Martínez y Gastón Montaña.**Quality of Life related to the Health of people with Multiple Sclerosis in the region of Magallanes, Chile.*

97

¿Sirven las ayudas técnicas a las personas mayores? Percepción desde la Atención Primaria sobre la Garantía Explícita, Santiago, Chile. *Macarena Hirmas, Lucy Poffald, Andrea Olea, Ximena Aguilera, Isabel Matute, et al.**Are technical aids useful for elderly people? perception from the Primary Care on the Explicit Guarantee, Santiago, Chile.*

105

Salutogénesis de la alimentación en Chile: actores involucrados y brechas detectadas. *Sofía Sutherland, Emilio González, Cinthya Urquidi, Eliana Reyes y Gabriela Sarrat.**Food Salutogenesis in Chile: actors involved and gaps detected.*

116

Mortalidad estandarizada según causas, edad y género en una comuna minera del norte de Chile entre 2006 y 2015.*Muriel Ramírez y Álvaro Leyton.**Standardized mortality according to causes, age and gender in a mining community in northern Chile, 2006-2015.*

124

Tendencias de la mortalidad por cáncer oral y el efecto de las políticas públicas de prevención en América Latina. *Brenda Herrera, Edith Lara, Víctor Toral y Regiane Cristina do Amaral.**Trends in oral cancer mortality and the effect of preventive policies across Latin America.*

132

TEMAS DE ACTUALIDAD**El “estallido social” y la salud mental de la ciudadanía.****Una apreciación desde la experiencia PRAIS.** *Carlos Madariaga.**The “popular uprising” and the populations’ mental health.**An assessment based on the experience of the PRAIS program.*

146

La fuerte luz de la esfera pública. *Jorge Gaete.*
The bright light of the public sphere. 157

El desafío del financiamiento del sistema de salud chileno.
Óscar Arteaga. *The challenge of health system financing in Chile.* 161

Inclusión social de personas con diagnóstico psiquiátrico que viven en hogares protegidos en Chile. *Ernesto Bouey y Jairo Cuarán.*
Social Inclusion of people with mental illness who live in supported housing in Chile. 166

SEMBLANZA

Doctora Patricia Frenz. *Verónica Iglesias.*
In memoriam: Dr. Patricia Frenz 172

CARTA AL EDITOR

Enfoque ético en la salud pública. *Gilberto Bastidas.*
An ethical approach to public health 174

EL CLAMOR DE LAS INEQUIDADES: ESTALLIDO SOCIAL Y SALUD EN CHILE

THE OUTCRY OVER INEQUALITIES: THE POPULAR UPRISING AND HEALTH IN CHILE

De que la salud es una de las demandas sociales más sentidas de la población en este estallido social, no hay ninguna duda. Las muestras son muchas. La demanda de salud clama contra los tiempos de espera y la atención poco oportuna, por el trato indigno recibido en los establecimientos de salud, por los costos de la salud y de los medicamentos, por las inequidades que genera la existencia de dos subsistemas. La demanda de salud viene del clamor de una sociedad con altas tasas de obesidad, altas tasas de depresión, aumento en las tasas de suicidio y en la prevalencia de varias enfermedades crónicas durante los últimos años.

La salud constituye una demanda que, a diferencias de otras siendo clamadas por la ciudadanía, obedece a una demanda encarnada en la población, que se vive y se experimenta en carne propia. Es el propio cuerpo el que se deprime y se enferma, necesitando atención y cuidado, al vivir en una sociedad tan arraigadamente injusta, como lo es la sociedad chilena.

Precisamente, la demanda se gesta, es expresada y manifestada, desde y por una sociedad altamente inequitativa. Chile es uno de los países más inequitativos en una de las regiones más inequitativas del mundo, como lo es Latinoamérica.

Esta inequidad ha sido una constante histórica del país, un rasgo característico que ha acompañado su historia desde siempre, desde sus inicios, desde la Conquista y Colonia, cuando se conformaron las instituciones y moldearon las formas de relacionamiento entre los distintos grupos sociales y económicos. Las bases institucionales de esta sociedad, así como los patrones de interacción entre los distintos grupos sociales, se erigieron como una sucesión de elites concentrando parte significativa de las riquezas, y con mayorías en situación económica y social desaventajada, empobrecida o incluso miserables. Las clases, los estratos sociales, se han erigido desde la desigualdad, desde la supremacía y superioridad de unos por sobre otros, y desde la naturalización y justificación valórica de aquella supremacía.

La demanda se encarna en una ciudadanía que ha experimentado, ha sentido, ha vivido en carne propia, la inequidad. Ya lo decía el estudio "Desiguales" (PNUD, 2017), "es en la interacción cotidiana y en la constatación de que los buenos y malos tratos están distribuidos de manera desigual dependiendo de la clase social, que las personas reconocen y dan sentido a las desigualdades socioeconómicas estructurales..." (pág. 223). Y, es justamente salud, una de las "esferas" en las cuales la gente se ha sentido más maltratada, "la evidencia muestra...que los lugares en que más recurrentemente se reciben malos tratos son el trabajo, los servicios de salud y la calle" (p.27). La inequidad no solo tiene una dimensión estructural e histórica, también tiene una dimensión subjetiva y cotidiana.

Esta inequidad, rasgo característico de la sociedad chilena, se profundizó aún más con la instauración, durante la dictadura militar, de un modelo económico neoliberal y de un Estado residual, consagrados en la Constitución de 1980, e implantados a través de reformas profundas acerca de los límites de la propiedad y acción del Estado, la mercantilización de la salud y la educación, la des-sindicalización de los trabajadores, así como en la desregulación de la acción de los privados.

La implantación de este modelo neoliberal ha sido tan profunda, que ha entregado las condiciones propicias para una exacerbación del valor de lo individual y, como en un contrapunto, para una des-valorización de lo público. El valor del individualismo se ha acentuado en todas sus dimensiones y expresiones, desde la libertad de

elección hasta la valoración del esfuerzo individual y de la competencia por sobre la solidaridad y cooperación. Dicho de otro modo, la sublimación del individualismo se ha hecho a expensas del sentido de comunidad. Hemos sido testigos y protagonistas de la des-integración del tejido social, y del des-prestigio de lo público. Hemos presenciado una jibarización y desprestigio social del sector público y de su actuación especialmente en ámbitos de salud y educación, en un contexto de presupuestos insuficientes que han afectando la calidad de los servicios entregados a la ciudadanía

De esta jibarización, el sistema público de salud es un claro ejemplo. Chile tiene un gasto per cápita en salud que es solo algo más de la mitad que el del promedio de los países de la OECD, su gasto público (como % del gasto total en salud) también es bajo en comparación con la OECD, mientras su gasto de bolsillo se sitúa dentro del rango superior (35,1%) (OECD,2019). Además, su constitucionalidad y legalidad vigentes, permiten que instituciones privadas recauden el porcentaje de cotización obligatoria de salud, y discriminen a sus afiliados bajo una lógica de seguro individual, generando a su vez, millonarias ganancias, mientras crece la deuda del sector público. El sector público es para pobres, para aquellos que no pueden pagar por una mejor y más rápida atención, que sí brinda el sistema privado de salud. Y eso se siente y se vive contidianamente.

En Chile, la injusticia es tan estructural, que permea e impregna todos los ámbitos de la vida individual, colectiva e institucional de este Estado-Nación. Las desiguales condiciones de vida entre sus habitantes, “producen” trayectorias de vida injustamente diferentes, es decir con ventajas en poder, riqueza y prestigio, que se concentran en unos pocos y, desventajas, que condicionan la vida de la gran mayoría.

Es tal el nivel de engranaje de esta desigual configuración histórico estructural de recursos, poder y prestigio con el modelo neoliberal y su matriz valórica-normativa, que tuvieron que transcurrir 30 años desde el término de la Dictadura, para que se produjera un estallido social tan masivo, sorpresivo y poderoso como el del 18 de octubre, para que se produjera el “despertar” colectivo, la confluencia de las demandas en una sola gran demanda: el cambio del modelo. Lo que se cuestiona son las bases más estructurantes, la institucionalidad, el marco normativo y la legalidad de esta sociedad. Se cuestiona la propia configuración acerca de lo qué es justo y de lo qué es injusto, y acerca de cuanto se adecúa nuestro orden social actual a estos “nuevos” criterios de justicia, en un país donde los recursos económicos producidos, permitirían que todos tengamos una vida digna.

Existe suficiente evidencia en salud pública para afirmar que mientras más inequitativa es una sociedad, peores son sus niveles de salud general. Las sociedades inequitativas, al debilitar el funcionamiento y sentido de sus instituciones, provocan efectos concretos sobre la vida y salud de las personas, haciendo desigual el acceso a los recursos para la protección y cuidado de la salud. Haciendo de la salud un privilegio, más que un derecho.

En Chile se ha generado un movimiento ciudadano que, en materia de seguridad social, puede trazar el camino correcto para hacer de la salud un derecho constitucional garantizado por el Estado, que posibilite que una concepción de bienestar social impregne todas las políticas y que entregue las bases constitucionales para un sistema de salud único, financiado solidariamente, basado en el principio de la protección a la salud, y cuyos principios, organización y financiamiento, permitan otorgar una atención de salud digna, integral y de calidad a todas las personas, sin distinciones.

Este es un momento clave de la historia de Chile para hacer transformaciones estructurales que se vean expresadas en la institucionalidad y en las condiciones de vida, que permitan actuar sobre las inequidades que nos enferman, aquellas que son socialmente injustas, plausiblemente modificables y éticamente inaceptables. Esas son las inequidades que, en este despertar, Chile está viendo de frente y sintiendo más que nunca, en el propio cuerpo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PNUD (2017) Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. Santiago de Chile, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
2. OECD (2019) Health spending. OECD data. Disponible en <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

“ESTÁN TRATANDO DE MATAR A LA GENERACIÓN QUE QUIERE MORIR”

“THEY ARE TRYING TO KILL THE GENERATION THAT WANTS TO DIE”

Chile vive una crisis política, económica, social y de derechos humanos sin precedentes desde fines de la dictadura. Ya son tres meses de movilizaciones iniciadas en principio por un alza en los precios del transporte público, la así llamada “crisis de los 30 pesos”. Este aumento fue la gota que derramó el vaso de un pueblo que tenía acumulada diversas capas de frustración, rabia y malestar, producto de varias décadas de injusticias y abusos por parte del laboratorio neoliberal chileno que descansa en la explotación de muchos, para el gran beneficio de unos pocos, generando inevitablemente innumerables desigualdades.

A mediados de octubre, esta situación condujo a una semana de “revuelta escolar”, iniciada por algunos estudiantes de enseñanza media quienes saltaron los torniquetes para evadir el pago del pasaje de metro, lo cual rápidamente se viralizó e incluso, gozando de cierta aceptación social, se convirtió en un acto intergeneracional. Así, los jóvenes fueron exponentes del abuso sistemático y estructural en el que está sometida la sociedad, y lo ven a diario con los efectos que lleva sufriendo la generación de sus padres, desde el retorno a la democracia. Como comenta Carla Peñaloza, doctora en Historia y profesora en la Universidad de Chile, “Tienen un coraje que nosotros, amedrentados por la experiencia de la dictadura, no pudimos tener”.

Los estudiantes politizaron el malestar que durante décadas el sistema que ha tratado de silenciar a través del falso mito de la meritocracia que promueve el éxito como sinónimo de capacidad de consumo, que depende únicamente del esfuerzo personal.

Esto se manifiesta en que en los colegios, son animados a rendir y sacar un buen puntaje en los exámenes estandarizados como el SIMCE y la PSU, para asegurar su futuro. Pero a la vez, son conscientes que este esfuerzo no garantiza su “éxito”, y por el contrario, es su posicionamiento social el que lo asegura. De hecho, un análisis de grandes bases de datos nacionales da cuenta que el elitismo –medido en base a qué tipo de colegio asiste– pesa mucho más que el rendimiento y desempeño a la hora de determinar el sueldo a futuro .

Como es lógico, esta realidad socioeconómica pesa a diario, en las cabezas de los estudiantes al punto que sus expectativas de futuro se ven afectadas, lo cual tiene un impacto en su desarrollo personal, bienestar y salud mental. Así lo muestra un estudio nacional en el que uno en cada cuatro chilenos entre 4 a 18 años de edad cumple con los criterios para un trastorno psiquiátrico . Entre los países de la OCDE, Chile tiene una de las tasas más elevadas de suicidio en la población general y según UNICEF, Chile se sitúa en el último puesto del ranking de países en materia de bienestar y salud . Esta situación fue durante mucho tiempo, el escenario perfecto que incubó una crisis en salud mental y que sigue afectando a diario en las aulas de los liceos en Chile.

Sara Schilling
María Gispert
Sergio Malverde
Eric Tapia

Unidad de Salud Mental
Escuela de Salud Pública
Universidad de Chile

A este respecto, durante los meses precedentes al estallido social, estuvimos trabajando en colegios de la RM y V Región, en el marco de una investigación sobre salud mental en jóvenes, donde pudimos constatar que su deseo de morir era preocupante. A saber: un 43% de los participantes del estudio ha pensado algunas veces que la vida no vale la pena; el 23% declaró la intención de terminar con su vida; y el 5% había intentado suicidarse. Además, en nuestro estudio, pudimos constatar que los estudiantes se encuentran disgustados con la realidad de sus colegios, por sentirse hacinados y poco estimulados, por sentir que están haciendo esfuerzos fútiles, ya que sus expectativas están determinadas por la comuna donde viven. La desesperanza era palpable y nos hicieron explícito su descontento. Frente a estos antecedentes, podemos decir que un grupo importante de jóvenes ha perdido el sentido de vivir.

Estos datos se traducen en luchas diarias e individuales, que por sí solas cuesta ganar. No obstante, cuando el malestar se hace colectivo y las personas se movilizan –por ejemplo, en el acto de saltar los torniquetes en una demostración de desobediencia civil– se corrobora que la unión hace la fuerza. De este modo, los jóvenes eran el ejemplo para la población, al develar el ahogo que les oprime a diario.

En las manifestaciones y marchas posteriores, hemos sido testigo de varios carteles que alumbran la crisis de salud mental: “No era depresión, era capitalismo”, “Sin justicia social, no hay salud mental”, y en un tono más desafiante, “Están tratando de matar a la generación que quiere morir”. Los jóvenes alentaron a la sociedad en su conjunto a protestar para defender sus derechos sociales, a la vez que aquellos de la “primera línea” defienden la integridad de los manifestantes contra la violencia ejercida por las fuerzas de orden.

Un hecho reciente que ilustra el rechazo al sistema educativo actual ha sido el boicot a la PSU por parte de grupos de estudiantes a lo largo del país, en una muestra del descontento por la desigualdad que esta prueba representa. Estudiantes que se autodeclararon como “los hijos de los trabajadores que no han podido ingresar a la educación superior”.

Al final de nuestra investigación, una estudiante comentó “no pensé que personas se podían interesar en que los jóvenes se suicidaron”. Ahora como sociedad, tenemos como tarea mostrarles que comprendemos su sufrimiento, y por eso compartimos, reconocemos y juntos lucharemos apoyando sus demandas por un futuro más justo y digno.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE LAS PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA REGIÓN DE MAGALLANES, CHILE

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS WITH MULTIPLE SCLEROSIS FROM THE MAGALLANES REGION OF CHILE

RESUMEN

Introducción: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune, crónica, inflamatoria y desmielinizante que afecta al sistema nervioso central (SNC) y la calidad de vida de las personas afectadas. Este último aspecto tiene especial relevancia por su impacto, ya que afecta a individuos jóvenes en etapa productiva. **Objetivo:** Describir las características demográficas y calidad de vida relacionada a la salud de personas con diagnóstico de EM de la región de Magallanes y Antártica Chilena. **Materiales y métodos:** Mediante un estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de EM, se registraron los antecedentes demográficos y se evaluó la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) con el cuestionario de salud SF-36 v.2. **Resultados:** Se evaluaron 40 pacientes entre 21 y 65 años de edad (57,5% mujeres) con una evolución de EM de $7,59 \pm 7,38$ años. En la SF-36 v.2, los menores puntajes promedios fueron en las dimensiones Vitalidad (53,75 puntos) y Salud General (61,00 puntos), y los mayores fueron en las dimensiones Función Social (72,50 puntos) y Función Física (71,63 puntos). No hubo diferencias en la calidad de vida de las personas según el sexo. **Conclusión:** La EM deteriora de manera gradual y diversa diferentes funciones neurológicas; esto determina una disminución de la calidad de vida, principalmente en las dimensiones de Vitalidad y Concepción General del estado de salud.

Palabras claves: Esclerosis Múltiple, Calidad de Vida, Progresión de la Enfermedad.

ABSTRACT

Introduction: Multiple sclerosis (MS) is an autoimmune, chronic, inflammatory and demyelinating disease that affects the central neuro system (CNS) and patients' quality of life. This is particularly relevant as MS impacts young individuals, during their productive years. **Aim:** To describe the demographic characteristics and health-related quality of life of individuals with MS in the Magallanes and Chilean Antarctic Region. **Materials and methods:** A descriptive study of individuals with MS was conducted; demographic information was collected, and health-related quality of life was assessed with the SF-36 v.2 instrument. **Results:** A total of 40 patients, between 21 to 65 years of age (57.5% women) were evaluated. They had MS for an average of 7.59 ± 7.38 years. In the SF-36 v.2, the lowest average scores were in the dimensions of Vitality (53.75 points) and General Health (61.00 points), while the highest scores were in Social Functioning (72.50 points) and Physical Functioning (71.63 points). There was no sex-based difference in quality of life. **Conclusions:** MS produces a gradual and varied decline of neurological functions, leading to a reduction of quality of life, mainly in the dimensions of Vitality and General Health perception.

Keywords: Multiple Sclerosis, Quality of Life, Disease Progression

Héctor Retamal-Matus
Kinesiólogo, Magister en Educación. Departamento de Kinesiología, Facultad de Ciencias de Salud, Universidad de Magallanes. Centro de Rehabilitación Club de Leones Cruz del Sur, Punta Arenas, Chile

Ramiro Fernández-Calderón
Servicio de Neurología, Hospital Clínico Magallanes, Punta Arenas, Chile.

Alejandra Fernández-Elgueta
Carolina Martínez-Alarcon
Kinesiólogo, Magister en Educación. Departamento de Kinesiología, Facultad de Ciencias de Salud, Universidad de Magallanes.

Gastón Montaña-Yañez
Kinesiólogo. Departamento de Kinesiología, Facultad de Ciencias de Salud, Universidad de Magallanes.

felipe.retamal@umag.cl
Sin financiamiento

Recibido 29-10-2018;
Aceptado 22-04-2019

INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune, crónica, inflamatoria y desmielinizante que afecta al sistema nervioso central. Incide más en adultos jóvenes, y constituye una de las principales causas de invalidez para este grupo etario. Se expresa con una sintomatología heterogénea según el territorio afectado, de etiología multivariada y se presenta en individuos con una alta susceptibilidad genética involucrando factores ambientales que llevan a los linfocitos T y B a ser relevantes ante el daño sobre órganos o tejidos específicos. Una de las principales características de la EM es la presencia de lesiones desmielinizantes en el sistema nervioso central que son de localización perivascular especialmente en la región periventricular, cuerpo caloso, tronco encefálico y médula espinal^{4,5}. La evolución más frecuente es recurrente – remitente⁶ y los síntomas más comunes se caracterizan por disfunción neurológica⁷ asociados a depresión⁸, ansiedad⁹, astenia, ataxia, afasia, disfunción sexual, entre otros¹⁰⁻¹².

La prevalencia de la EM en Chile no es totalmente clara y la información epidemiológica que existe no dispone de representación nacional¹³. Algunos reportes señalan una prevalencia de 11,7 por 100.000 habitantes en la ciudad de Santiago¹⁴. Otros de 13,4 por 100.000 [IC95% 10,5-16,3] habitantes en la región de Magallanes¹⁵. Sin embargo, independiente de la prevalencia, la EM se asocia a un menor bienestar y calidad de vida (CV)^{16,17}. La CV ha sido considerada como una medida significativa e importante para el impacto que conlleva el padecimiento de alguna de las enfermedades crónicas^{18,19}.

La CV se basa en medir en el individuo la concepción propia del estado de salud y bienestar. En otras palabras, es la destreza de la persona para desempeñar un papel en la sociedad y disfrutar plenamente de ese rol, sea cual fuera su situación social^{20,21}. La CV es necesaria para valorar las condiciones provenientes de una enfermedad o tratamiento y tener presente las consideraciones que la persona hace respecto de su situación vital, especialmente en su bienestar físico, emocional y social. El estudio de esta medida brinda la posibilidad de comparar distintas patologías en base a su sintomatología y sus repercusiones. Además permite valorar cuantitativa y cualitativamente los beneficios y efectos que pue-

den proporcionar los tratamientos¹⁸.

Para medir la CV se requiere métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables, que permitan consensuar una evaluación integral^{21,22}. En Chile se utiliza una escala genérica denominada SF-36 v2 (The Short Form-36 Health Survey), desarrollada a principio de los noventa en Estados Unidos²³, que valora los estados tanto positivos como negativos de la salud. Este cuestionario proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales en base de preguntas sobre áreas específicas¹⁸.

El progresivo aumento del conocimiento sobre la EM en el ámbito de la salud y en la población en general, ha permitido el diagnóstico oportuno y que las modalidades de tratamiento sean cada vez más eficaces. Sin embargo, existe un desconocimiento sobre la condición de vida de estas personas. Por ello, esta investigación busca determinar la CVRS de los sujetos diagnosticados con EM de la región de Magallanes, por considerar este aspecto fundamental para la toma de conocimiento en esta área y, disponer con información actualizada para adoptar estrategias en el ámbito salud y políticas públicas que vaya en beneficio de estas personas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

A partir de los registros del Hospital Clínico Magallanes (HCM) y Corporación de Rehabilitación Club de Leones Cruz del Sur (CRCS), entre septiembre y diciembre del año 2016 se obtuvo un universo de 52 pacientes con el diagnóstico de EM, 40 de los cuales calificaron para la entrevista. Se realizó revisión de antecedentes demográficos y se procedió a la aplicación de las escalas de valoración. Todos los participantes seleccionados estuvieron dispuestos a participar de manera voluntaria en el estudio firmando el consentimiento informado. Se excluyó de la investigación a todo participante con residencia fuera de la región de Magallanes, puntaje menor o

igual a 13 puntos en el Mini-mental State Examination (MMSE) o no poseer salud compatible.

Diseño de estudio

Enfoque cuantitativo, de corte transversal descriptivo y correlacional.

Instrumentos

El instrumento constaba de tres partes. En la primera se utilizó el test MMSE con la finalidad de detectar la presencia del deterioro cognitivo, evaluando orientación, repetición inmediata, atención, cálculo, memoria y el lenguaje. En la segunda parte se utilizó la escala de Barthel, que valora el nivel de independencia del paciente en la realización de actividades de la vida diaria (AVD). En la tercera y última parte, se realizó una entrevista personal que consistió en la aplicación del cuestionario SF-36 v2, que mide 8 dominios genéricos sobre la salud, cubriendo dos áreas; el estado funcional y el bienestar emocional. El estado funcional está representado por las siguientes dimensiones: función física (FF), función social (FS), rol físico (RF), rol emocional (RE). El área de bienestar incluye las dimensiones de salud mental (SM), vitalidad (VT), dolor corporal (DC). Finalmente, la evaluación general de la salud incluye la dimensión de la percepción de la salud general (SG) y el cambio de salud en el tiempo. Los resultados de cada una de las dimensiones, son codificados y transformados en una escala que va desde 0 (el peor estado de la salud) hasta 100 (el mejor estado de la salud). Si bien el cuestionario no está diseñado para dar un índice global, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen: Física y Mental.

Este estudio posee una adecuada consistencia interna de los valores obtenidos y analizados en cada dimensión SF-36, representada en el valor del coeficiente α de Cronbach = 0,897.

Procedimientos

Previo autorización, se solicitó la información de pacientes con EM diagnosticados y controlados en el servicio de neurología HCM y CRCS de la ciudad de Punta Arenas. Esta información fue recopilada y triangulada e ingresada a una ficha de registro. Identificados con un número de folio, se creó una base de datos con la información pertinente. En segundo lugar, se realizó contacto con los pacientes donde se les invitó cordialmente a participar de forma volun-

taria en la investigación. De ser positiva la respuesta se procedió a aplicar una entrevista personal donde debieron leer y firmar el consentimiento informado. Se aplicaron las escalas de valoración y al finalizar se generó un espacio para responder dudas y consultas. El estudio fue aprobado por el Comité de ética del Centro de Rehabilitación Club de Leones Cruz de Sur.

Análisis estadístico

Se realizó un estudio descriptivo para obtener resultados de la población con relación a la EM y la SF-36 v2. Se calcularon frecuencias y promedios alcanzados. La normalidad de las variables se comprobó con la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov y se aplicaron pruebas estadísticas como χ^2 , t-Student y ANOVA para establecer el valor de significancia. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r) para describir la relación entre las variables.

RESULTADOS

Se registraron un total de 52 pacientes que presentaron el diagnóstico de EM; el 42,3% fueron de sexo masculino y 57,7% femenino. No hubo diferencias significativas en relación a esta variable: $\chi^2 = 1,23$ $p = 0,267$. La prevalencia puntual calculada fue 33,2 [IC95% 24,9-43,5] por 100.000 habitantes.

De quienes calificaron (40 sujetos), la mediana de edad fue de 39,00 [IC95% 34,79 – 42,86] años distribuidos en 42,5% de sexo masculino y un 57,5% género femenino. La media de edad del diagnóstico fue de 31,24 años (13 a 54). El 90% tenía diagnóstico de EM remitente recurrente, 5,0% EM primaria progresiva y 5,0% con EM aún no definida. El tiempo de evolución de la enfermedad fue en promedio de 7,59 años [IC95% 5,23 – 9,95] (Tabla I).

Puntuaciones medias en el SF-36 v.2

Del total de sujetos estudiados, las puntuaciones medias más altas se obtuvieron en las subescalas de FS, con $72,50 \pm 24,22$ puntos y FF, con $71,63 \pm 31,16$ puntos, mientras que los más bajos correspondieron a VT, con $53,75 \pm 23,80$ puntos, y SG, con $61,00 \pm 22,16$ puntos (tabla II).

En la tabla III se observa la estratificación de la CVRS según las puntuaciones medias obtenida en la encuesta. En esta, el 37,5% poseía una CVRS categorizada entre "regular y buena"; el 35,0% "buena y muy buena", y el 25,5% restante entre "mala y

regular". No obstante, solo uno de los participantes obtuvo menos de 25 puntos que categorizan su CVRS como "muy mala y mala". Todos los grupos mostraron diferencias significativas (p -value < 0,05).

Al realizar un análisis según rango cualitativo de la CVRS, calculado a partir de los resultados totales (donde el primer quintil "muy bajo" presenta puntuaciones menores a 40,51 y el quintil "muy alto" puntuaciones mayores a 91,22), se observan los siguientes resultados: los porcentajes en que cada escala fue valorada con una CVRS "alta" o "muy

alta", las mayores puntuaciones fueron: RF (42,4%), VT (39,6%) y RE (39,5%). Del mismo modo al considerar en porcentajes en que cada escala fue valorada con una baja calidad (baja o muy baja), las que alcanzaron menores puntuaciones fueron: SM (19,8%), FS (19%) y DC (17,5%).

Puntuaciones medias en el SF-36 v.2 según sexo

Respecto a la relación entre el sexo y la CVRS, los hombres obtuvieron puntuaciones totales más altas (media: $68,06 \pm 20,50$) que las mujeres (media:

Tabla 1. Información demográfica de los sujetos

Datos demográficos del paciente	Proporción o Media
Número total de encuestados	40
Sexo	
Masculino	42,5 %
Femenino	57,5 %
Distribución Edad	
Mediana	39,0 (IC95% 34,79-42,86) años
18-29 años	35,0 %
30-39 años	15,0 %
40-49 años	22,5 %
50 -59 años	22,5 %
60-69 años	5,0 %
Diagnóstico	
Media (DS) edad primer diagnóstico	31,24 (10,44) años
Media (DS) Hospitalizaciones por brote de EM	5,80 (6,43) Hospitalizaciones
Media (DS) de días de Hospitalización por EM	7,75 (6,30) días
Tipo de Esclerosis Múltiple	
EM recurrente remitente	90,0%
EM primaria progresiva	5,0%
EM no definida	5,0%
Tratamiento Farmacológico	
Interferón B-A1	57,5%
Fingolimod	15,0%
Natalizumab	7,5%
Glatiramer	2,5%
Teriflunomida	2,5%
Ninguno	15,0%

Tabla 2. Puntuación media y desviación estándar (DE) de la calidad de vida según las ocho subescalas establecidas en el cuestionario de Salud SF-36 v.2

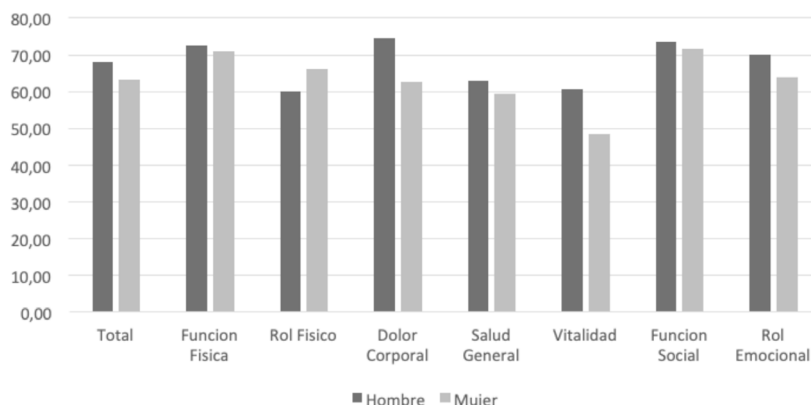
		Media	DE	Sig. punto medio 50
Componente de salud física	Función física	71,63	31,16	0,000
	Rol físico	63,44	33,84	0,016
	Dolor corporal	67,63	27,68	0,000
	Salud general	61,00	22,16	0,003
Componente de salud mental	Vitalidad	53,75	23,80	0,325
	Función social	72,50	24,22	0,000
	Rol emocional	66,46	32,82	0,003
	Salud mental	66,50	23,70	0,000

Tabla 3. Estratificación de calidad de vida de los participantes según su puntuación media obtenida en la encuesta SF-36 v2

	Calidad de Vida relacionada a la Salud				
	Muy mala y mala (0-25 puntos)	Malá y regular (25-50 puntos)	Regular y buena (50-75 puntos)	Buena y muy buena (75 a 100 puntos)	Total
Sujetos	1	10	15	14	40
Mínimo	14,53	28,33	53,28	77,34	14,53
Máximo	14,53	49,94	74,48	95,94	95,94
Media	14,53	40,98	64,28	87,57	65,36
DE	-	08,69	07,47	06,42	21,15
Porcentaje	02,5	25,0	37,5	35,0	100

Tabla 4. Percepción del estado de salud en el tiempo

	n (%)
Mucho mejor ahora que hace un año	08 (20,0)
Algo mejor ahora que hace un año	07 (17,5)
Más o menos igual que hace un año	20 (50,0)
Algo peor que hace un año	03 (07,5)
Mucho peor ahora que hace un año	02 (05,0)
Número total	40 (100)

Figura 1. Puntajes medios de calidad de vida según sexo de los sujetos

63,36 ± 21,86). Al analizar las puntuaciones obtenidas en las subescalas en los hombres, las medias más altas corresponden a DC (media: 74,41 ± 18,74) y FS (media: 73,53 ± 27,20), mientras que las más bajas correspondieron a RF (media: 59,93 ± 35,90) y VT (media: 60,66 ± 23,88). Las puntuaciones medias más altas obtenidas por las mujeres se alcanzaron en FS (media: 71,74 ± 22,37) y FF (media: 70,87 ± 29,99). No obstante, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones obtenidas según sexo ($t_{(38)} = 0,69$; $p = 0,49$). (Ver figura 1)

De la misma forma, se analizó si existían diferencias en las puntuaciones medias alcanzadas en sujetos según: tipo de EM, tratamiento farmacológico, sistema de previsión de salud. Sin embargo, las diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$).

Percepción de la salud actual comparada con el año anterior frente a CVRS actual

El SF-36 indaga, además, sobre la percepción individual de la transición en salud. Este ítem evalúa el estado de salud actual comparado con el de un año atrás. La tabla IV muestra las respuestas específicas. En los sujetos, el 87,5 % determinó que su estado de salud estaba "igual o mejor" en el momento del estudio que un año antes, y el 12,5 % comunicó que estaba "algo o mucho peor".

Para finalizar se analizó la influencia de una serie de variables en la CVRS de las personas con diagnóstico de EM; se encontró una correlación positiva entre el puntaje total obtenido en la Escala SF-36 v2., y la escala MMSE e índice Barthel. Por lo tan-

to, los sujetos que presentaban el estado cognitivo y funcional conservado, presentan mayor CVRS. Adicionalmente se relacionó la CVRS con las variables edad ($r_{(40)} = -0,44$; $p = 0,005$) y años de evolución de la EM ($r_{(40)} = -0,39$; $p = 0,013$); en ambos casos se evidenció una relación negativa solo con las subescalas FF. En otras palabras, a mayor edad y cantidad de años de evolución de la EM en los sujetos, menor era el puntaje alcanzado en FF.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con EM que residen en la región de Magallanes, por considerarlo un aspecto importante para la adquisición de nuevas estrategias en el ámbito de la salud y políticas públicas. La encuesta SF-36 v2. valora aspectos funcionales físicos y sociales, alteraciones en la ejecución de papeles físicos y emocionales, y como estos repercuten en la salud mental, vitalidad y dolor corporal de los sujetos.

En nuestra población este es el primer estudio que valora la calidad de vida de las personas con EM, y los resultados reflejan en cierta medida el impacto que posee la enfermedad sobre el individuo y su manera de percibir las manifestaciones.

Las subescalas FS y FF fueron donde los participantes promediaron mayores puntajes. A pesar de convivir con una enfermedad neurológica, los entrevistados no manifiestan tener necesariamente repercusiones en su vida socio-laboral²⁴. Manifiestan que las actividades sociales y físicas no se han visto

afectadas ni impedidas y son aspectos conservados en la calidad de vida relacionada a la salud. Una posible explicación es que la calidad de vida de los pacientes con EM depende de la pérdida de capacidades, de su percepción de la situación funcional y de la pérdida de oportunidades sociales relacionada con la enfermedad o sus tratamientos¹⁹, y nuestra población está conformada por adultos jóvenes, en actividad laboral, con pocos años de evolución de la enfermedad y que, en general, ha presentado menos de una hospitalización por brote al año repercutiendo positivamente en estos aspectos.

Por el contrario, las subescalas que alcanzaron las puntuaciones más bajas fueron la SG y VT, explicado por características prevalentes en la población con EM como la depresión, angustia y fatiga²⁴. Se comprueba que la calidad de vida no solo está relacionada a la disfunción motora, sino también con aspectos emocionales, considerando esta última como primordial para favorecer la percepción de salud de los individuos¹⁶. Es probable que las características de la EM por sí misma provoque este resultado, ya que cultiva cierta incertidumbre en los sujetos que la padecen, por múltiples factores como la baja prevalencia, complejidad diagnóstica, el compromiso orgánico, multiplicidad de síntomas y carácter impredecible de las recaídas y remisiones²⁵. Se destaca la gran repercusión a nivel emocional que posee la EM en las personas que viven en la región de Magallanes. Es por ello que consideramos imprescindible profundizar en la investigación de estos aspectos y en el abordaje multidisciplinario.

Es importante aclarar que la situación funcional no debe sobrevalorarse como un equivalente de calidad de vida relacionada con la salud²⁵. Para establecer con mayor certeza una disminución de la calidad de vida es preciso considerar aspectos no evaluados en el SF-36 como la presencia de deterioro cognitivo²⁶, trastornos del sueño, fatiga y depresión²⁷, que son hallazgos frecuentes en la EM. Al respecto es interesante considerar que no se recomienda la valoración MMSE utilizada en este estudio para la valoración de los déficits cognitivos por resultar insensible para la EM²⁸. El instrumento de cribado breve más utilizado es el conocido Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Test in Multiple Sclerosis (BRBN)²⁹.

No obstante, los datos de este tipo de estudios descriptivos son fundamentales para un estudio más

profundo de la EM y otorgan información importante que debe tenerse en cuenta en el manejo clínico de la enfermedad y en futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kurtzke JF. Epidemiology and etiology of multiple sclerosis. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2005;16(2):327–49.
2. Xia Z, White CC, Owen EK, Korff A Von, Clarkson SR, McCabe CA, et al. Genes and Environment in Multiple Sclerosis project: A platform to investigate multiple sclerosis risk. *Ann Neurol*. 2016;79(2):178–89.
3. Carretero Ares JL, Bowakim Dib W, Acebes Rey JM. Actualización: esclerosis múltiple. *Medifam*. 2001;11(9):516–29.
4. Porras-Bethancourt M, Núñez-Orozco L, Plascencia-Alvarez NI, Quiñones-Aguilar S S-SS, Fernández O, Fernández VE, Guerrero M. Esclerosis Múltiple. *Rev la Educ Super [Internet]*. 2007;11(1):57–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.04.002>
5. Gasperini C. Differential diagnosis in multiple sclerosis. *Neurol Sci [Internet]*. 2002;22:S93–7. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed5&AN=2002069037> <http://nt2yt7px7u.search.serialsolutions.com/?-sid=OVID:Embase&genre=article&id=pmid:&id=doi:10.1007%2Fs100720100043&issn=1590-1874&volume=22&issue=SU-PPL.+2&spage=S93>
6. Nogales-Gaete J, Aracena R, Cepeda-Zumaeta S, Eloiza C, Agurto P, Díaz V, et al. [Clinical features of 314 patients with relapsing-remitting multiple sclerosis]. *Rev médica Chile [Internet]*. 2014;142(5):559–66. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Confavreux C, Vukusic S, Adeleine P. Early clinical predictors and progression of irreversible disability in multiple sclerosis: An amnesic process. *Brain*. 2003;126(4):770–82.
8. Feinstein A. Multiple sclerosis and depression. *Mult Scler J [Internet]*. 2011;17(11):1276–81. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1352458511417835>
9. Feinstein A, O'Connor P, Gray T, Feinstein K. The effects of anxiety on psychiatric morbidity in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler [Internet]*. 1999;5(5):323–6. Disponible en: <http://msj.sagepub.com>

- com/cgi/content/abstract/5/5/323
10. Ormerod, I. E. C. et al. NMR in multiple sclerosis and cerebral vascular disease. *Lancet*. 1984;324. (8415):1334–5.
 11. Kelly R. Clinical aspects of multiple sclerosis. *Handb Clin Neurol*. 1985;
 12. Saiz JR. Abordaje fisioterápico de la esclerosis múltiple en atención primaria. *Fisioterapia* [Internet]. 1 de enero de 2001 [citado 27 de septiembre de 2017];23(2):53–9. Disponible en: <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0211563801729331>
 13. Minsal. Guía Clínica. Esclerosis Múltiple [Internet]. Santiago; 2010. Disponible en: <http://www.bibliotecaminisal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Esclerosis-Múltiple.pdf>
 14. Alvarez G, Castillo JL, Ruiz F, Cárdenas M, Fauré E, Lavados J. Multiple sclerosis in Chile. *Acta Neurol Scand*. 1992;85(1):1–4.
 15. Fernández, R. “Esclerosis Múltiple en la Región de Magallanes-Chile, Extremo Austral del Continente en: Arriagada C, Nogales-Gaete J. Edit.” *Esclerosis Múltiple: Una mirada Ibero-panamericana*, 2008: 229-36.
 16. Arbinaga Ibarzábal F. Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con enfermedades desmielinizantes: el caso de la esclerosis múltiple. *An Psicol* [Internet]. 2003;19(1):65–74. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=638284&info=resumen&idioma=ENG>
 17. Benito-León J, JM M, Rivera-Navarro J, AJ M. A review about the impact of multiple sclerosis on health-related quality of life. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2003;25(23):1291–1303 13p. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106743102&site=ehost-live>
 18. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc y enfermería*. 2003;9(2):9–21.
 19. Patrick DL, Erickson P. Health status and health policy : quality of life in health care evaluation and resource allocation. Oxford University Press; 1993. 478 p.
 20. Mejias RH. Calidad de vida y enfermedades neurológicas. *Neurología*. 2001;16:30–7.
 21. Ramírez R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud : revisión sistemática de la literatura. *Rev Colomb Cardiol*. 2007;14(4):207–22.
 22. Ware JEJ, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* [Internet]. 1992;30(6):473–83. Disponible en: http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/1992/06000/The_MOS_36_Item_Short_Form_Health_Survey_SF_36_.2.aspx
 23. Ware JE. SF-36 Health Survey Update. *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. 2000;25(24):3130–9. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00007632-200012150-00008>
 24. Izquierdo G, Ruiz-Peña JL. Evaluación clínica de la esclerosis múltiple: cuantificación mediante la utilización de escalas. *Rev Neurol J0 - Rev Neurol* [Internet]. 2003;36(2):145–52. Disponible en: <http://www.neurologia.com>
 25. Autoinmunes C, Autoinmunes YNO. Calidad de vida en esclerosis múltiple y otras enfermedades crónicas autoinmunes y no autoinmunes. 2009;48(5):225–30.
 26. Abad P, Pérez M, Castro E, Alarcón T, Santibáñez R, Díaz F, et al. Afectación de las funciones cognitivas en la esclerosis múltiple secundaria progresiva. *Mult Scler* [Internet]. 2008;19(2):1276–81. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1352458511417835>
 27. Companioni Domínguez, Irdenia Margarita, Jiménez-Morales, Rodney's Mauricio, Nápoles, Neldis Jiménez Prieto, Yarabel Nápoles Delgado YM. Calidad de vida en la esclerosis múltiple: Su relación con la depresión, fatiga y calidad del sueño. *Gac Médica Esprituana*. 2013;15(3):245–54.
 28. Beatty W, Goodkin D. Screening for cognitive impairment in multiple sclerosis. An evaluation of the Mini-Mental State Examination. *Arch Neurol*. 1990;47(3):297–301.
 29. Rao SM, Leo GJ, Bernardin L, Unverzagt F. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. I. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology* [Internet]. mayo de 1991 [citado 28 de septiembre de 2017];41(5):685–91. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2027484>

¿SIRVEN LAS AYUDAS TÉCNICAS A LAS PERSONAS MAYORES? PERCEPCIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE ESTA GARANTÍA EXPLÍCITA EN SALUD, SANTIAGO, CHILE

ARE TECHNICAL AIDS USEFUL FOR ELDERLY PEOPLE? THE PERCEPTION OF PRIMARY HEALTH CARE-BASED INFORMANTS ABOUT THIS EXPLICIT HEALTH GUARANTEE IN SANTIAGO, CHILE

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción de informantes clave pertenecientes a la red de Atención Primaria de Salud en Chile, respecto al proceso de gestión asistencial y el impacto del programa nacional de Garantías Explícitas en Salud (GES) sobre la entrega de ayudas técnicas a personas mayores. **Materiales y métodos:** Un estudio cualitativo basado en análisis de casos múltiples, en el cual se realizó entrevistas semi-estructuradas a 8 informantes clave de la red asistencial, fue desarrollado en 2015 en tres comunas de Santiago, Chile. El análisis de la información recogida se realizó mediante análisis de contenido, y se finalizó el muestreo de máxima variación al saturar la información. Se resguardaron los criterios de rigor científico y el protocolo fue aprobado por un Comité de Ética. **Resultados:** Hay una percepción de cobertura y detección de necesidad como adecuada en pacientes bajo control, aunque desde la perspectiva de los informantes, hay desconocimiento de esta garantía en la población. La necesidad es detectada por cualquier profesional de salud, pero la indicación es exclusivamente médica, lo que genera barreras de acceso. Hay una entrega oportuna; sin embargo, no se realiza seguimiento ni se aprecia como parte de una atención integral. Se percibe que la ayuda técnica es de calidad y la articulación de la red es adecuada, aunque no hay retroalimentación a Atención Primaria de Salud. El impacto lo consideran positivo en pacientes y familiares: mejora la ejecución de actividades diarias y genera mayor autonomía y capacidad de desplazamiento. **Conclusiones:** Existe una percepción positiva de este programa GES y su impacto en la mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Pero, la entrega de ayudas técnicas se encuentra desvinculada de una atención integral, por ende, este programa prioriza sólo la garantía de oportunidad.

Palabras clave: envejecimiento, personas mayores, atención primaria de salud, ayudas técnicas.

ABSTRACT

Objective: To assess the perception of key informants working in Primary Health Care in Chile, regarding the administration and impact of the national Explicit Health Guarantees (GES) program which provides technical aids to vulnerable elderly adults. **Materials and methods:** A qualitative study, based on multiple case analysis of semi-structured interviews with 8 key informants of the healthcare network, was conducted in 2015 in three municipalities of Santiago, Chile. The collected information was analyzed by means of content analysis, and maximum variation sampling was carried out until the data saturation point was reached. Rigorous scientific criteria were safeguarded, and the study protocol was approved by an Ethics Committee. **Results:** Patients deemed the program's coverage and detection of needs to be adequate, although informants conveyed that the general population is largely unaware of the program. While any health professional can detect a patient's need for technical aids, only physicians can prescribe the devices, which generates access barriers. Technical aid delivery is timely; however, it is not monitored or considered to form part of a comprehensive care system. Assistive devices are perceived to be high quality, and the delivery network coordination is seen as adequate, although there is no feedback to Primary Health Care. The program's impact is considered positive among patients and family members, as it improves the performance of daily activities and generates greater autonomy and mobility. **Conclusions:** This GES program is positively perceived and viewed to improve patients' quality of life. However, the delivery of technical aids is disconnected from an integral care approach, and thus the program only prioritizes the guarantee of opportunity.

Keywords: aging, elderly adults, primary health care, technical devices

Macarena Hirmas
Lucy Poffald
Andrea Olea
Ximena Aguilera
Isabel Matute
Claudia González
Iris Delgado
Manuel Nájera

Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

María Inés Gómez
Ligia Gallardo
Hernán Bustamante
Hospital Padre Hurtado

María Cristina Di Silvestre
Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

mhirmas@udd.cl

Recibido 05-07-2018;
Aceptado 03-04-2019

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial, estimándose que al 2050, dos mil millones de personas tendrán 60 años y más¹. En Chile representan el 15,8%², cifra que aumentaría a 30,7% en 2050³.

Factores biológicos, sociales y económicos asociados al proceso de envejecimiento, pueden repercutir en declinaciones del estado funcional generando vulnerabilidad⁴. La vulnerabilidad en personas mayores no sólo es resultado directo de la edad, sino que se explica por la acumulación durante su vida de estos factores mencionados⁴. El deterioro en el funcionamiento y capacidades no es lineal ya que alterna con períodos de mejorías intermitentes, sin embargo, estas condiciones se acentúan en aquellos más vulnerables⁵.

En América Latina y El Caribe, la evaluación de problemas de salud y discapacidad, indica que las personas mayores están envejeciendo con más limitaciones funcionales y peor salud que en países desarrollados. Además, las redes familiares tienen menos capacidad de suplir la falta de apoyo institucional⁶.

En Chile, se estima que la población mayor de 18 años en situación de discapacidad corresponde al 20%; de éstos, un 58,3% tiene 60 años y más. De estas personas, el 40,4% tiene dependencia funcional y el 36,9% presenta dificultades físicas o de movilidad.⁷ A medida que las personas envejecen, aumenta la dificultad física o de movilidad: 9,2% entre 60-64 años, 14,2% entre 65-79 años y 32,1% en 80 y más⁸. Las personas mayores con bajo nivel de escolaridad presentan peor condición de salud respecto al nivel alto⁹.

El deterioro funcional, junto a la influencia del entorno, puede afectar el desempeño en la vida diaria, generar dolor, alteración de marcha y caídas, y por tanto, algunas personas requerirán de ayudas técnicas (AT) para mantener su autonomía¹⁰. Chile ha implementado programas de atención socio-sanitaria, buscando disminuir los grados de vulnerabilidad e inequidad⁴. Así, la población adulta mayor ha sido priorizada a través del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES); marco legal que resguarda derechos relacionados a problemas priorizados para afiliados al sistema público y privado de salud. Las garantías establecidas por ley corresponden a:

acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

Uno de los problemas priorizados es el programa "GES Órtesis (ayudas técnicas) para personas de 65 años y más", vigente desde 2006, que garantiza la entrega de bastones, andadores, sillas de ruedas y otras. Cada AT se asocia a criterios de indicación y actividades de evaluación, entrega y control. El plazo máximo establecido por ley para cumplir con la oportunidad es 20 días desde la indicación médica para bastón y 30 días para andador y silla¹⁰. La pesquisa de necesidad puede surgir del paciente, cuidadores, o equipo de salud; siendo el médico quien determina la AT requerida y realiza la interconsulta tanto en atención primaria (APS) como en hospitales para beneficiarios del sistema público de salud, ingresándolas al Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES).

El año 2017 se entregaron 133.356 AT a los beneficiarios del seguro público de salud de todo el país, con un costo estimado anual de 5.5 millones de dólares. La entrega de AT ha aumentado en un 39% entre 2012 y 2017¹¹, con un incremento de 47% en el gasto durante ese período.^{11,12}

A la fecha se ha estudiado el cumplimiento de la garantía de oportunidad¹³ mediante análisis de registros, pero no existen evaluaciones de la percepción sobre la gestión e impacto de este programa. La Organización Mundial de la Salud plantea la necesidad de investigar en el área de envejecimiento para identificar necesidades y obstáculos que enfrentan los países en relación a la salud de este grupo. Existe consenso en la necesidad de contar con evaluaciones de impacto de políticas y programas que permitan redireccionar los esfuerzos hacia aquellos más efectivos^{1,5}. Si bien es un programa nacional, es un tema relevante para la salud pública de la Región, ya que pretende contribuir a una problemática que atraviesa fronteras debido a la transición demográfica acelerada del continente y la dificultad de los sistemas asistenciales para adaptarse a estos desafíos.

En este contexto, se realizó el estudio FONIS "Impacto del GES Órtesis en la capacidad funcional de personas de 65 años y más" SA13120089, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de esta política en la mejora de la capacidad funcional, y conocer el proceso de atención y percepción de los beneficiarios sobre la atención e impacto en su vida. Para dar cuenta del fenómeno completo, se indagó además en la percepción sobre el funcionamiento del GES a

través de un estudio cualitativo. Este artículo reporta este último componente cuyo objetivo fue conocer la percepción de informantes clave pertenecientes a la red de APS del Hospital Padre Hurtado (HPH) respecto a la gestión de este GES e impacto que perciben sobre las personas mayores.

Esta investigación la realizó el Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado, y dos referentes nacionales en la materia y a cargo de políticas públicas Servicio Nacional del Adulto Mayor y Servicio Nacional de la Discapacidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo en informantes clave de APS, basado en análisis de casos múltiples^{14,15} desarrollado durante el 2015 en el área de influencia del HPH, Santiago, Chile, que abarca a una población residente en zonas vulnerables y bajo nivel de escolaridad⁸. Anualmente un aproximado de 55.308 pacientes de 60 y más años realiza su control de salud en esta área.⁷

La metodología cualitativa permite comprender los fenómenos desde la experiencia y percepción de los sujetos y las complejas interacciones sociales en determinadas circunstancias, permitiendo identificar puntos de entrada donde intervenir¹⁶.

El diseño muestral fue de máxima variación y de criterio, y se buscó deliberadamente variabilidad en cuanto a sus características y no equivalencia respecto al número de unidades muestrales por características¹⁷. Los criterios de selección correspondieron a participantes que fueran integrantes del equipo de salud de APS de tres comunas: La Pintana, La Granja y San Ramón. Además, el informante se seleccionó según su rol en la APS, que perteneciera a un centro con mayor experiencia de entrega de AT y que estuviera desarrollando funciones relativas a este GES al momento del estudio. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas concordando con ellos fecha y lugar.

El muestreo finalizó cuando a la luz de los análisis, se observó saturación de la información, es decir, se dejó de obtener información nueva. Esto ocurrió con 8 entrevistas.

Las entrevistas fueron realizadas por el equipo investigador entre mayo y agosto de 2015 utilizando

preguntas guía (Tabla 1) con dimensiones de indagación adaptadas al contexto del entrevistado, profundizando en aspectos relevantes sobre la percepción del programa. Las dimensiones de indagación fueron determinadas en base a la Guía clínica GES de ayudas técnicas, criterios técnicos y literatura revisada, y fueron las siguientes: aplicación de estándares y proceso de atención, articulación con la red asistencial, impacto del GES en personas mayores y sus familias.

Las entrevistas fueron audio-grabadas previa firma del consentimiento informado y transcritas textualmente. Para incrementar la validez del dato se utilizó la triangulación de analistas para alcanzar una "objetividad intersubjetiva" y reducir los posibles sesgos personales introducidos en las etapas de reducción, análisis e interpretación de resultados. Para ello, se codificó de manera paralela e independiente cada transcripción por dos profesionales de salud formados en investigación cualitativa. Los desacuerdos se trataron revisando los datos originales. Para asegurar la consistencia interna se utilizó la estrategia "comparación de categorías emergentes"¹⁵.

Para el análisis se utilizó la técnica de análisis de contenido. Se transcribieron las entrevistas, leyendo reiteradamente las transcripciones y codificando cada párrafo, asignando códigos (palabra que simboliza el contenido de la respuesta) al contenido de lo expresado por los participantes como respuesta a las preguntas. Se examinaron los datos en base a una comparación constante, buscando similitudes y diferencias. Luego se relacionaron los distintos conceptos agrupando todos aquellos que se referían un mismo tema¹⁶⁻¹⁸.

Se resguardaron los criterios de rigor científico: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad^{14,16}. Para credibilidad, los investigadores analizaron en forma independiente las transcripciones verificando los conceptos principales. Se confirmó que los datos y su interpretación correspondían a lo que los participantes expresaron utilizando las transcripciones y archivos de audio. Para auditabilidad se encuentra disponible todo el material utilizado: documentación, transcripciones textuales y archivos de audio. Para transferibilidad, se realizó la descripción del lugar y características de los participantes donde se estudió el fenómeno. Esto permite plantear que los hallazgos del estudio pueden encontrarse en contextos similares.

Tabla 1. Preguntas guía de entrevistas semi estructurada para informantes clave provenientes de la atención primaria de salud, Santiago, 2015

Dimensión	Pregunta guía
Aplicación de estándares y proceso de atención	<p>En su opinión, ¿cómo es la cobertura de entrega de ayudas técnicas?</p> <p>¿Cómo cree Ud. que es la calidad de las ayudas técnicas (bastones, sillas y andadores) que se entregan?</p> <p>¿Le parece que las personas mayores o sus familiares reciben el entrenamiento adecuado al momento que le entregan las órtesis?</p> <p>Si el informante clave es el médico u otro profesional que realiza la indicación de órtesis: ¿Ud. recibió entrenamiento para evaluar el uso de órtesis y para realizar evaluaciones de funcionalidad o grado de dependencia de las personas mayores?</p> <p>¿En qué consistió el entrenamiento? ¿Qué opina de ese entrenamiento? ¿Le enseñaron a usar instrumentos de evaluación?</p> <p>Si el informante clave no es el médico u otro profesional que realiza la indicación de órtesis: ¿Ud. conoce si los profesionales que indican las órtesis recibieron algún entrenamiento para evaluar el uso de órtesis y para realizar evaluaciones de funcionalidad o grado de dependencia de las personas mayores?</p> <p>¿En qué consistió el entrenamiento? ¿Qué opina de ese entrenamiento? ¿Le enseñaron a usar instrumentos de evaluación?</p> <p>¿Se realiza seguimiento a las personas mayores después que se les entrega su órtesis?</p>
Articulación con la red asistencial	<p>¿Qué opina de la coordinación de la red asistencial en el GES de órtesis de personas mayores de 65 años?</p> <p>¿Cómo percibe Ud. la gestión de la red de los centros de salud?</p> <p>¿Cómo percibe Ud. la gestión de la red en el Hospital Padre Hurtado?</p> <p>¿A qué atribuye Ud. este funcionamiento de la red?</p>
Impacto del GES en las personas mayores y sus familias	<p>¿Cómo percibe Ud. el impacto que tienen las ayudas técnicas en la vida de las personas mayores?</p> <p>¿Cómo percibe Ud. el impacto que tienen las ayudas técnicas en la vida de las familias de esas personas mayores?</p> <p>Si responde que no tienen oportunidad de ver el impacto directamente, preguntar si ha sido informado a través de otros profesionales de este impacto y cuál es.</p>

Tabla 2. Descripción de cada informante clave proveniente de la atención primaria de salud, Santiago, 2015

N°	Sexo	Edad (años)	Profesión	Rol en el GES de ayudas técnicas	Tiempo trabajando en sector salud (años)	Tiempo trabajando en centro de salud actual (años)
1	Mujer	31	Asistente social	Detección, gestión de interconsulta, rescate de pacientes	7	7
2	Mujer	52	Técnico social	Detección, gestión de interconsulta	23	8
3	Mujer	36	Médico con especialidad salud familiar	Indicación órtesis, visita postrados, gestión interconsulta (contraloría de interconsultas)	8	4
4	Mujer	31	Matrona	Encargada gestión GES Supervisión de interconsultas	8	7
5	Hombre	27	Enfermero	Encargado GES comunal monitoreo	3	3
6	Mujer	40	Trabajadora social	Encargada técnica de todos los GES comunal y encargada GES de un centro de salud	8	8
7	Hombre	40	Médico general	Médico contralor GES	7	2
8	Mujer	47	Administrativa	Digitadora SIGGES y gestión del GES	12	1

Estudio aprobado por Comité Ético-Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente. Los individuos fueron invitados a participar voluntariamente a través de un consentimiento informado y no representó riesgos ni costos para ellos. La información fue tratada en forma anónima y confidencial por los investigadores.

RESULTADOS

Características de los informantes clave

Los participantes fueron 8 personas (tabla 2) y sus roles respecto al GES fueron: pesquisa de necesidad de AT, indicación, digitación, gestión de interconsultas, supervisión, monitoreo, encargado de programa. La tabla 3 sintetiza las características de los informantes clave. Tiempo trabajando en centro de salud actual (años).

A continuación, se presentan las percepciones de los informantes clave, según las dimensiones de indagación:

Pesquisa de necesidad y cobertura

Los participantes perciben la cobertura y detección

de necesidad como adecuadas sólo en pacientes activos en control. Las actividades de rescate se realizan de manera prioritaria en grupos predefinidos en las metas sanitarias de APS y dada la escasez de recursos humanos no captan a la mayoría de inasistentes.

“a todo paciente que asiste al centro y que necesita, se le indica y entrega su órtesis. Si requiere otra, también la recibe” (Informante Clave 4, matrona)

Los entrevistados perciben que el conocimiento de esta garantía aún no es suficiente, relacionándolo a la escasa difusión en el último tiempo. Señalan que la información acerca de este GES puede resultar compleja para las personas mayores.

“todavía llegan pacientes que en algún momento compraron la ayuda técnica o están consiguiendo ayuda técnica o están como medios desesperados por una silla de ruedas o por bastones” (Informante Clave 1, trabajadora social)

Los participantes señalan que la necesidad de AT la puede detectar cualquier integrante del equipo de salud, pero la indicación es exclusivamente médi-

Tabla 3. Características de los informantes clave de la atención primaria de salud, Santiago, 2015

Característica	Valor
Total participantes (n)	8
Sexo	
Hombre	2
Mujer	6
Edad (años)	
Mediana	38
Rango	27-52
Comuna de pertenencia	
La Pintana	3
San Ramón	3
La Granja	2
Tipo de dependencia	
Municipal	7
Privado	1
Tipo de rol en atención primaria	
Profesional	6
Técnico	1
Administrativo	1
Tiempo trabajando en sector salud (años)	
Mediana	8
Rango	3-23
Tiempo trabajando en centro de salud actual (años)	
Mediana	5,5
Rango	1-8

ca, generando una barrera de acceso debido a la escasez de horas. Sugieren que otros profesionales (kinesiólogos y terapeutas ocupacionales) puedan pesquisar, indicar y derivar, facilitando el acceso al programa.

Respecto al entrenamiento de médicos en evaluación de discapacidad, mencionan que es únicamente la formación recibida en pregrado. Señalan a las enfermeras como las profesionales que más se han formado en aplicar pautas y evaluar funcionalidad y movilidad en personas mayores.

Se perciben dificultades administrativas en algunos centros que no ingresan oportunamente las interconsultas al sistema SIGGES a través del cual se monitorean las garantías, produciendo demoras en la entrega. Esto ocurre en gran medida por la alta rotación de personal y por bajo desempeño a pesar de las capacitaciones.

Entrega y seguimiento

Los participantes perciben que la entrega es oportuna, sin embargo, no se realiza control posterior. Existe la noción que el GES se cumple una vez que la AT es entregada logrando la garantía de oportunidad. No se percibe la necesidad de seguimiento como en otras patologías. Atribuyen esto a la escasez de recursos humanos y al desconocimiento de esta actividad en la guía clínica GES. Identifican al programa del adulto mayor como la instancia de continuidad de la atención, de un modo indirecto, aludiendo a la idea que hay un contacto posterior en el cual se podrá ver al paciente con la AT, no obstante, ello no ocurra.

“o sea me da la sensación que si uno dice este paciente necesita un burrito y se lo dan, como que uno listo, se lo dieron y cumplimos y hasta allí llega nuestra tarea” (Informante Clave 3, médica)

“por tiempo, porque nunca se ha hecho el seguimiento de la entrega de la órtesis, porque tal vez tendríamos que hacerle seguimiento a muchos otros problemas de salud GES” (Informante Clave 6, trabajadora social)

“uno se rige aquí en la atención primaria por normas, entonces eso no está normado ya, entonces no lo van hacer.” (Informante Clave 5, enfermero)

Los informantes desconocen si existe entrenamiento

en el uso al momento de la entrega. Saben que se dan indicaciones por parte del kinesiólogo del hospital que entrega la AT; no obstante, desconocen en qué consisten y si son adecuadas.

“Mira, yo te mentaría si te dijera que sí porque no lo sé” (en respuesta a si el entrenamiento es adecuado) (Informante Clave 6, trabajadora social)

Calidad de las ayudas técnicas

Las AT son percibidas como de buena calidad en relación al material y cuentan con garantía de reposición. Los problemas detectados guardan relación con las malas condiciones del entorno donde se utilizan, produciendo mayor desgaste y daño. Otro problema, si bien escaso, se refiere a pacientes que requieren AT específicas, como pacientes con obesidad mórbida, pacientes neurológicos o andadores con ruedas. Al entregarse productos estándares, estos pacientes no se ven beneficiados. La vida útil de las AT es desconocida como para determinar la calidad en relación al uso y desgaste natural. Tampoco está claro si el tiempo autorizado de reposición señalado en la guía clínica (cada 3 años) es el que corresponde al uso normal.

Articulación de la red

Los entrevistados estiman que la articulación es buena y no perciben dificultades en el flujo de derivación entre APS y hospital. La comunicación es expedita y no hay quejas de los pacientes. Atribuyen un rol central en el buen funcionamiento de la red a la encargada del GES del hospital por su estilo personal y forma de gestión.

“encuentro que es buena, me gusta, me gusta cómo funciona, hay buena comunicación con el hospital, si hay algún error de allá, de acá, se soluciona” (Informante Clave 4, matrona)

No obstante, señalan que no hay retroalimentación a los centros de APS después de la entrega de AT en el hospital, salvo en aquellos pacientes en que hubo dificultades para citarlo. En dicha circunstancia se solicita apoyo a APS conociendo lo que ocurrió con el paciente. Tampoco hay verificación de la entrega por parte de APS, ni conocimiento de cómo evoluciona el paciente con la AT.

“nosotros le entregamos la silla de ruedas al paciente y el sigue su vida, sigue viniendo a sus con-

troles crónicos, a su control del adulto mayor, a sus vacunas, etcétera, pero no hay un seguimiento de la órtesis propiamente tal” (Informante Clave 4, matrona)

“Sí, a través del SIGGES lo podemos hacer, pero no se hace tampoco” (Informante Clave 6, trabajadora social)

Supervisión y fiscalización

En relación a la supervisión de la indicación y derivación para entrega de órtesis, algunos informantes señalan recibirla de forma semanal o mensual. Se lleva a cabo por médico contralor, enfermera encargada del programa de postrados y encargada GES.

La fiscalización del cumplimiento de la garantía de oportunidad se realiza con frecuencia esporádica. No existe una figura única que lleve a cabo esta tarea, identificando como encargados a: Servicio de Salud, hospital a través del sistema informático, Departamento de Estadísticas de APS, encargada del Municipio y Ministerio de Salud.

Impacto de la AT en la calidad de vida

Perciben que el impacto es positivo en la vida de pacientes y familiares en dos aspectos: (1) recibir un elemento concreto (órtesis), ya que tratándose de personas que viven en condiciones económicas muy precarias no podrían costear estos dispositivos; (2) el alcanzar autonomía para desplazarse, disminuyendo el dolor y mejorando la independencia para las actividades de la vida diaria.

El impacto es percibido positivo para los familiares ya que facilita el traslado de la persona mayor, que de otra forma no podrían hacerlo o lo harían en muy escasas oportunidades.

“ahora ya están mejor, caminan mejor con ese apoyo y no se tienen que andar afirmando y ya no se andan cayendo, están contentas las señoras o los caballeros, contentos con sus bastones, otros con los andadores, vienen pa’ acá con los andadores” (Informante Clave 2, técnica social)

“que van a comprar el pancito, que se demoren ya no 10 minutos, se demorarán 30 minutos, pero ya llegan al lugar que ellos quieren, o sea, no viven encerrados en un cuarto que es allí donde se forma la persona postrada po’, que no sale a

ningún lado” (Informante clave 8, administrativa)

“para los familiares o cuidadores también les es de gran ayuda porque muchas veces no tienen plata para el taxi para traer a su familiar y lo pueden traer en la silla hasta acá” (Informante Clave 6, trabajadora social)

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de informantes clave pertenecientes a la red de APS del Hospital Padre Hurtado respecto al GES de ayudas técnicas y, conocer el impacto que ellos perciben sobre las personas mayores. El principal hallazgo que emerge es la noción que este GES se cumple una vez entregada la AT y no requiere control posterior. Debido a que los usuarios de ayudas técnicas son personas vulnerables, se describe a nivel internacional que el seguimiento es especialmente importante y debiera cumplirse lo establecido en la guía GES: un control al mes desde la entrega para identificar nuevas necesidades, evaluar uso, conocer el contexto en que la usa y hacer ajustes^{10,23-26}. Respecto del impacto, éste se percibe de forma positiva para pacientes y familiares debido a la autonomía que logran alcanzar lo que conlleva a una mejoría en su calidad de vida.

La garantía de oportunidad es percibida con alto cumplimiento, resultado similar a lo encontrado en el componente cuantitativo de este FONIS, el cual constató un cumplimiento del 83%. Esto difiere a lo encontrado en un estudio realizado en sólo una comuna de la Región Metropolitana que utilizó registros del GES donde el cumplimiento fue menor al 70%¹³. Nuestros hallazgos se enmarcan en lo recomendado internacionalmente, que señala que la entrega debe ser lo más precoz posible al detectar la necesidad ya que conduce a mejores resultados y menor sobrecarga familiar²⁷⁻²⁹.

La calidad de las AT es percibida como buena. Se reconoce la existencia de garantía de reposición, acorde a lo recomendado internacionalmente donde se indica asegurar su mantención para evitar lesiones²⁸⁻³⁰.

Los informantes carecen de información acabada sobre el acto de entrega, manifiestan una falta de retroalimentación del hospital a la APS una vez entregada la AT, y viceversa. Se reconoce en diversos

estudios que el acto de entrega es un hito fundamental en la prestación de AT porque permite evaluar integralmente al sujeto considerando aspectos personales, familiares y sociales que pueden influir en el uso del dispositivo y permite brindar educación en el uso^{10,23,24,30-32}.

Los profesionales de la atención primaria no han recibido entrenamiento formal y continuo en discapacidad y rehabilitación, pese a que las recomendaciones señalan que los profesionales que entregan AT deben capacitarse para brindar un servicio adecuado^{5,10,25,29,33}. Esto representa una brecha que el GES de AT debiera abordar incluyendo actividades de formación en APS^{5,28}.

La articulación de la red asistencial es percibida como buena porque las derivaciones se realizan de forma oportuna y la entrega en tiempos establecidos; las dificultades se resuelven con la participación activa del equipo de la red primaria y secundaria. Esto coincide con lo recomendado sobre establecer una articulación fluida entre niveles para mejorar la provisión de servicios y dar una adecuada respuesta a las necesidades de los usuarios^{5,33,34}. No obstante lo anterior, no se aprecia que la entrega de la AT sea parte de un proceso continuo e integral de rehabilitación de los pacientes, como lo plantea la Estrategia Nacional de Salud 2010-2020³⁵ y recomendaciones internacionales²⁶. En este sentido, es relevante consignar que la entrega aparece desvinculada de la acción del programa del adulto mayor o del programa de rehabilitación de la atención primaria. La organización de los sistemas de salud debiera permitir que, en todos los niveles de prevención, se realicen intervenciones orientadas a la mantención de las capacidades físicas y mentales de las personas mayores; moderando la pérdida de capacidades con el fin de evitar mayor deterioro; apoyando la rehabilitación y participación^{5,36}. Las AT son parte fundamental del proceso de rehabilitación, por lo que se requiere estén insertas en un proceso continuo de indicación, uso y evaluación (26).

La supervisión del programa es realizada con frecuencia variable y por distintos actores, representando una falencia dado que la evidencia señala que esta actividad debe desarrollarse de forma periódica para lograr una buena calidad de los servicios prestados^{5,28,29}.

Aun cuando una investigación cualitativa no tiene como meta la generalización de los hallazgos, y

esto pudiera representar una limitación, es posible plantear que los resultados de este estudio son transferibles a otros centros de APS toda vez que todos ellos atienden a personas mayores, pertenecientes al sistema público de salud, vulnerables del punto de vista social y económico. Otra limitación identificada se relaciona con la información obtenida desde "informantes claves", que lleva necesariamente a obtener una visión parcial del fenómeno ya que ellos hablan desde su particular posición respecto de éste; sin embargo, tienen buenas comprensiones de cómo es el fenómeno de estudio. Al tratarse de agentes de salud, pueden sentir que están siendo evaluados en su desempeño y el contenido de sus respuestas estar influido por lo que socialmente se espera sea su conducta, es decir sesgo de "deseabilidad social".

Una fortaleza de este estudio es que pretende ser un aporte a las políticas públicas basadas en evidencia mediante el análisis de la percepción de actores clave de la APS. Ello permitió identificar factores relacionados al impacto del GES de ayudas técnicas útiles para generar recomendaciones que contribuyan a la mejora del proceso en los centros estudiados y, al mismo tiempo, dado que el programa es de cobertura nacional, estos hallazgos pudieran ser un aporte a otros centros del país.

CONCLUSIÓN

En síntesis, el estudio puso en evidencia una percepción positiva del GES desde los profesionales que juegan un rol directo en él: la red funciona, los estándares se cumplen y existe una percepción de impacto positivo en usuarios. Al tratarse de una población vulnerable social y materialmente, el GES de AT contribuiría a reducir inequidades en salud debido a que las ofrece en forma gratuita y universal⁵. Sin embargo, la entrega no está inserta en un proceso de rehabilitación, tanto en el marco de un tratamiento integral del adulto mayor como planificación de actividades de rehabilitación. Aun existiendo en los municipios centros de rehabilitación, falta articulación con el GES. Ello refleja un proceso asistencial fragmentado y una brecha de recursos físicos y humanos en este ámbito en la red local en nuestro país³⁷.

En base a los resultados encontrados, es posible plantear recomendaciones que fortalezcan esta

política pública: la implementación de normas de atención que permitan que otros profesionales de la salud, no sólo el médico, puedan indicar la AT para compensar la sobredemanda y escasez de horas médicas; incorporar el seguimiento de forma sistemática tanto al paciente como familiares/cuidador incluyendo componentes educativos y evaluación funcional; mantener retroalimentación fluida entre los niveles de atención involucrados e integrar la entrega de la AT a un proceso de rehabilitación incluyendo a la red de atención primaria y centros de rehabilitación comunales. Si bien, algunas de estas recomendaciones podrían implementarse a nivel local, requieren recursos humanos, físicos y financieros, lo que puede constituir una barrera estructural.

Fuente de financiación y apoyo

Este proyecto fue financiado por el Fondo Nacional de Investigación en Salud-FONIS, código proyecto SA13I20089. Esta institución no tuvo influencia en ningún aspecto relacionado con el estudio (diseño, recolección, análisis, difusión de resultados).

El proyecto contó además con el apoyo institucional del Hospital Padre Hurtado, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Servicio Nacional de la Discapacidad, Municipios y sus respectivas Direcciones de Salud y centros de Atención Primaria de las comunas de La Granja, La Pintana y San Ramón.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. 2009.
2. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). País y regiones total: Actualización población 2002-2012 y proyecciones 2013-2020. 2017.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe-División de Población (CELADE). Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. América Latina - Revisión 2017. 2017.
4. Hirmas M, Abusleme MT, Matute I, Olea A, Poffald L. Una mirada a la vulnerabilidad social y sus consecuencias en la salud de las personas mayores en Chile. In: Cabieses B, Bernales M, Obach A, Pedrero V, editores. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. Primera ed. 2016. p. 1-484.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015.
6. Albala C, Lebrão ML, María E, Díaz L, Ham-Chander R, Hennis AJ, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(5/6):307-22.
7. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud. Población bajo control de salud [Internet]. 2017. Available from: www.senadis.cl
8. Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Evaluación Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica - CASEN 2015. 2016.
9. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 10]. Available from: <http://epi.minsal.cl/encuesta-nacional-de-salud-2015-2016/>
10. Ministerio de Salud. Guía Clínica 2010 Guía Clínica órtesis (o ayudas técnicas) para personas mayores de 65 años y más. 2010.
11. Departamento de Estadísticas e Información en Salud Ministerio de Salud. Entrega de ayudas técnicas GES a personas de 65 y mas años en Chile, años 2012 a 2017.
12. Instituto de Administración en Salud, Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile. Estudio de verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con Garantías Explícitas - 2015. 2015.
13. Tamayo M, Aleitte F. Cumplimiento de garantía de oportunidad GES en ayudas técnicas en una comuna urbana de la Región Metropolitana. Rev Chil Salud Pública. 2011;15(3):146-54.
14. Urra Medina E, Núñez Carrasco R, Retamal Valenzuela C, Jure Cares L. Enfoques de estudio de casos en la investigación de Enfermería. Cienc y Enfermería [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 29];20(1):131-42. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Poupard J. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Centre international de criminologie comparée U de M, editor. 1997. 405 p.

16. Taylor S., Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Paidós, editor. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 1987. 301 p.
17. UCLA Center for Health Policy Research. Health Data Program. Data, Advocacy and Technical Assistance. Section 4: Key Informant Interviews [Internet]. 2016 [cited 2015 Jan 30]. p. 10. Available from: http://healthpolicy.ucla.edu/programs/health-data/trainings/documents/tw_cba23.pdf
18. Di Silvestre C. Investigación Cualitativa. Fundamentos y metodología. Segunda Ed. 2015. 134 p.
19. Miles M, Huberman A. Qualitative Data Analysis. 1994.
20. Aronson J. The Qualitative Report A Pragmatic View of Thematic Analysis A Pragmatic View of Thematic Analysis. J Qual Rep [Internet]. 1995 [cited 2015 Jan 27];2(21):1–3. Available from: <http://nsuworks.nova.edu/tqr%0Ahttp://nsuworks.nova.edu/tqr/vol2/iss1/3>
21. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. 2002 [cited 2015 Jan 30]. 341 p. Available from: http://books.google.es/books/about/Bases_de_la_investigaci?n_cualitativa.html?id=TmgvTb4tiR8C&pgis=1
22. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Sage Publications; 1985. 42-44 p.
23. Arthanat S, Bauer S, Lenker J, Nochajski S, Wu YW. Conceptualization and measurement of assistive technology usability. Disabil Rehabil Assist Technol [Internet]. 2007 [cited 2015 Jan 29];2(4):235–48. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/17483100701343665>
24. Oztürk A, Simsek TT, Yümin ET, Sertel M, Yümin M. The relationship between physical, functional capacity and quality of life (QoL) among elderly people with a chronic disease. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 29];53(3):278–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21215469>
25. Organización Mundial de la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Sociedad Internacional de Prótesis y Ortopedia, Internacional de Personas con discapacidad. Pautas para el suministro de sillas de ruedas manuales en entornos de menores recursos. 2008.
26. Samuelsson K, Wressle E. User satisfaction with mobility assistive devices: an important element in the rehabilitation process. Disabil Rehabil [Internet]. 2008 [cited 2015 Jan 29];30(7):551–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17852301>
27. W. Ben Mortenson, BScOT Louise Demers, BScOT Marcus J. Fuhrer, Jeffrey W. Jutai, CPsych James Lenker FD. Effects of an Assistive Technology Intervention on Older Adults with Disabilities and Their Informal Caregivers An Exploratory Randomized Controlled Trial. Am J Phys Med Rehabil. 2013;92(4):297–306.
28. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe Mundial sobre la Discapacidad. 2011.
29. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documento de posición conjunta sobre suministro de dispositivos de movilidad en entornos con recursos escasos. Un paso hacia la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en materia de movilidad personal. 2012.
30. Peterson DB, Murray GC. Ethics and assistive technology service provision. Disabil Rehabil Assist Technol [Internet]. 2006 Jan [cited 2015 Jan 29];1(1–2):59–67. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09638280500167241>
31. Dokuztug F, Yu Y. Effectiveness of a wheelchair skills training programme for community-living users of manual wheelchairs in Turkey : a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2011;(25):416–24.
32. Walker K a., Morgan K a., Morris CL, DeGroot KK, Hollingsworth HH, Gray DB. Development of a Community Mobility Skills Course for People Who Use Mobility Devices. Am J Occup Ther [Internet]. 2010 Jul 6 [cited 2015 Jan 29];64(4):547–54. Available from: <http://ajot.aotapress.net/cgi/doi/10.5014/ajot.2010.08117>
33. World Health Organization IS for P and O. The relationship between prosthetics and orthotics services and community based rehabilitation (CBR). 2003.
34. Rehabilitación Basada en la Comunidad Guías para la RBC. 2012.
35. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2011.
36. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Santiago de Chile; 2009.
37. Cuevas G, Bunger S. Epidemiología de la discapacidad y desarrollo de la red de rehabilitación en la última década. Rev Hosp Univ Chile [Internet]. 2010 [cited 2015 Mar 2];21:289–97. Available from: <http://www.captura.uchile.cl/handle/2250/14101>

SALUTOGÉNESIS DE LA ALIMENTACIÓN EN CHILE: ACTORES INVOLUCRADOS Y BRECHAS DETECTADAS

NUTRITIONAL SALUTOGENESIS IN CHILE: KEY STAKEHOLDERS AND DETECTED GAPS

RESUMEN

Objetivos: Conocer los principales actores involucrados y las brechas detectadas en el proceso de aprendizaje alimentario de una población adulta urbana en Santiago de Chile. **Materiales y métodos:** De una muestra de 100 beneficiarios de un CESFAM, se incluyó a quienes tuvieran un alto Índice de Alimentación Saludable (IAS). Se realizaron entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas en audio, transcritas de manera textual y analizadas mediante la Teoría Fundamentada. **Resultados:** Se entrevistó a 16 personas con IAS alto, en su mayoría mujeres. Los principales actores del proceso de aprendizaje alimentario resultan ser los padres, las experiencias adquiridas en el trabajo y la consulta con el profesional nutricionista. Se detectó una brecha de educación alimentaria entre la población general y el equipo de nutricionistas en contextos de atención primaria de salud. **Conclusiones:** Los padres, los contextos laborales y la consulta con el nutricionista son las principales influencias en el proceso de aprendizaje alimentario. También fueron identificados tres grupos poblacionales (adolescentes femeninas, madres y niños), como poblaciones carentes de intervención nutricional de carácter educativo-preventivo por nutricionistas en el contexto de la atención primaria de salud en Chile, situación que podría perpetuar y mantener los malos hábitos de alimentación de la población general.

Palabras clave: alimentación, nutrición, educación, Chile

ABSTRACT

Objectives: To identify key stakeholders involved in the nutritional educational processes and detect gaps in this process in an urban adult population in Santiago, Chile. **Materials and methods:** From a sample of 100 individuals registered at a primary health care facility, those with a high Healthy Eating Index (HEI) were included in the study. Semi-structured interviews were conducted, which were recorded in audio, transcribed verbatim, and analyzed according to Grounded Theory. **Results:** A total of 16 people with HEI were interviewed, who were mainly women. The main actors involved in the nutritional educational process turned out to be the individuals' parents, workplace experiences, and clinical consultations with professional nutritionists. A nutritional education gap was detected between the general population and teams of nutritionists in primary health care contexts. **Conclusions:** Parents, the workplace, and consultations with nutritionists are the main influences in the nutritional learning process. Three population groups (female adolescents, mothers, and children) were also identified as lacking educational and preventive interventions by nutritionists in the primary health care context in Chile; this situation could perpetuate and maintain unhealthy eating habits among the general population.

Keywords: eating habits, nutrition, education, Chile.

Sofía Sutherland

Licenciada en Nutrición, Chile
Magister en Nutrición Salud y
Sociedad, Holanda

Eliana Reyes
Gabriela Sarra

Licenciada en Nutrición, Chile.
Escuela de Nutrición y Dietética,
Universidad de los Andes, Chile

Emilio González

Licenciado en Kinesiología, Chile
Programa de Magister en Epide-
miología – Facultad de Medicina,
Universidad de los Andes, Chile

Cinthya Urquidi

Departamento de Salud Pública,
Universidad de los Andes, Chile

emiliogonzalez.kine@gmail.com

Recibido 12-07-2018;
Aceptado 24-04-2019

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA 2010), sólo el 5% de los chilenos reportan una alimentación saludable, mientras que el 95% restante requiere cambiar significativamente sus hábitos alimentarios¹. Durante las últimas décadas, el proceso de transición alimentaria ocurrido en Chile ha generado un ambiente obesogénico con una alta prevalencia de exceso de peso y enfermedades crónicas no transmisibles de origen nutricional².

La mayoría de los estudios acerca de conductas alimentarias y estado nutricional se han enmarcado dentro de la patogénesis (origen de las patologías). Por el contrario, la Salutogénesis es una perspectiva teórica propuesta por Aaron Antonovsky en los años 70, que se centra en el estudio del origen de la salud³. De esta manera la Salutogénesis de la nutrición significa estudiar factores que favorecen conductas alimentarias saludables, prestando atención a aquellas personas que son capaces de mantener una dieta sana a pesar del ambiente obesogénico.

Existen muy pocos estudios que analizan las conductas alimentarias y salud nutricional a través de este marco. Los primeros estudios salutogénicos de la alimentación analizaron qué caracterizaba a las personas que efectivamente logran mantener una dieta saludable, determinando que factores sociales y psicológicos (convivir en pareja, positiva percepción de salud, capacidad de manejar situaciones adversas, restricción alimentaria flexible y autoeficacia alimentaria) se asocian positivamente a hábitos alimentarios saludables. En cambio, factores como alto nivel educacional e ingresos, conocimientos de nutrición y apoyo social no fueron asociados con mejores hábitos⁴⁻⁶.

Existe la necesidad de profundizar en el conocimiento acerca de los actores involucrados en el proceso salutogénico de la alimentación, con el fin de establecer sus relaciones y mecanismos de interacción social. El objetivo de este estudio es conocer y caracterizar a los principales actores involucrados en el proceso de aprendizaje alimentario de una población chilena adulta que posee una buena alimentación pero se desenvuelve en un ambiente obesogénico.

MATERIAL Y MÉTODO

Utilizamos el enfoque cualitativo de Teoría Fundamentada⁷⁻⁹ para rescatar la naturaleza social del fenómeno⁹, así como también una perspectiva constructivista, que permite generar conocimiento y construir teoría en base al rol participativo del investigador¹⁰. Se creó un diseño abierto/iterativo para el desarrollo de las etapas de recolección de la información y análisis, el cual concluyó tras alcanzar saturación teórica sobre los datos obtenidos¹¹.

Mediante llamado telefónico fueron invitados a participar de manera aleatoria 100 usuarios adultos de entre 35 y 65 años, beneficiarios del CESFAM Juan Pablo II, comuna de La Reina, seleccionados de la base de datos de los usuarios inscritos. Se excluyeron del estudio quienes tuvieran diabetes tipo 2, obesidad, estuvieran bajo tratamiento con hipoglucemiantes y corticoides, consumieran suplementos o medicamentos para el control del peso, presentaran patologías que inciden en el estado nutricional, sometidos a cirugía bariátrica, presentaran trastorno de la conducta alimentaria, mujeres embarazadas y nodrizas.

Esta primera muestra aleatoria estuvo conformada por 64 mujeres y 36 hombres, a quienes se les realizó una evaluación nutricional y una encuesta de tendencia de consumo (ETC) para conocer su Índice de Alimentación Saludable (IAS)¹. El IAS permite clasificar la dieta consumida y evaluar la calidad global de la alimentación según el cumplimiento de recomendaciones alimentarias asociadas al riesgo de enfermedades crónicas, asignándose una puntuación de 0 a 100 puntos. Puntajes sobre 80 son indicativos de una dieta "saludable", entre 51 y 80 corresponden a una dieta que "requiere cambios", y bajo 50 se considera "poco saludable".

De los 100 participantes se realizó un muestreo intencionado sobre quienes presentaron un IAS $\geq 71,5$ puntos (sobre el percentil 75 como criterio estadístico), correspondiente a personas con una dieta saludable. La muestra final estuvo compuesta de 16 personas (2 hombres y 14 mujeres), quienes accedieron a brindar sus testimonios mediante la realización de entrevistas semiestructuradas (40 a 60 min), realizadas en sus domicilios particulares o en dependencias del CESFAM Juan Pablo II. Las entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de octubre 2016 y enero 2017, previa entrega, explicación

y firma del consentimiento informado.

Los relatos fueron grabados en audio para luego ser transcritas de manera textual, conformando los textos primarios sobre los cuales se realizó el análisis de la información.

Se utilizó un guion temático abordando 4 dimensiones acerca de la alimentación: (i) características individuales, sociales y ambientales en torno a la alimentación; (ii) conocimientos, creencias, percepciones y actitudes respecto de la alimentación; (iii) experiencias influyentes en el desarrollo de conductas alimentarias; (iv) mecanismos que guían las conductas alimentarias.

El análisis descriptivo contempló la codificación abierta de los textos primarios, la generación de conceptos relevantes y la emergencia de categorías, las cuales se ordenaron de manera jerárquica. La fase interpretativa consistió en la generación de redes axiales de relación entre las categorías, lo que permitió una comprensión amplia del fenómeno en estudio¹¹.

El proceso de análisis fue asistido por el programa ATLAS.ti versión 7.5. Se buscó rigor metodológico por medio de la descripción densa brindada por los participantes, así como con la triangulación entre investigadores.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y por CONICYT-FONIS.

RESULTADOS

En torno a los relatos obtenidos surgieron dos categorías comprensivas que permiten develar a los actores principales involucrados en el proceso de aprendizaje alimentario y caracterizar la necesidad de apoyo educacional en torno a la alimentación: 1) ¿Quiénes son los actores de mayor relevancia en el proceso de aprendizaje alimentario? y 2) ¿Qué grupos poseen la mayor necesidad de acompañamiento respecto del aprendizaje alimentario?

1. Actores principales en el proceso de aprendizaje alimentario

En el grupo de las personas que poseen un alto IAS surge de manera protagónica la figura de los padres en el proceso de educación en torno a la alimentación.

P29: *“Debe venir de ahí, de la cuna de uno, la forma que se alimentan los papás es como uno se alimenta, y de la forma que ellos se reunían también a la hora de alimentación.”*

De éstos, la madre posee una mayor visibilidad dentro de los relatos, con una presencia permanente a lo largo del todo el ciclo vital. Las personas logran reconocer sobre la madre la preferencia de alimentos naturales por sobre lo envasados, así como también el orden en la preparación de los alimentos.

P26: *“Mi mamá siempre cocinaba sano, cocinaba poquito pero sano. Ella siempre nos decía que había que comer harta verdura, que había que comer harta legumbre.”*

Los padres también tienen visibilidad en torno a los procesos de educación alimentaria, destacando una gran cualidad para la preparación de alimentos de manera episódica a lo largo del ciclo vital.

Fuera del ámbito familiar el contacto con el nutricionista (en el CESFAM y/o en otros contextos), se caracteriza por ser una atención de tipo horizontal que contrasta con las atenciones recibidas de parte de otros profesionales.

P25: *“[...] Ahora bien, antes comía mal. Ahora desde que empecé a ir a la nutricionista como bien [...] No, lo que pasa es que me enfermé, me agarraron la doctora y me mandaron a la nutricionista y me está haciendo bien a mí, como un beneficio para mi salud.”*

Finalmente es referido un último espacio de aprendizaje en el contexto laboral por personas que desempeñan labores en casas particulares y/o manipulando alimentos en instituciones de educación, muchos de los cuales refieren haber recibido instrucción formal al respecto. Estas personas, habiendo incorporado nuevos conocimientos teórico-prácticos en la etapa de adultez, pudieron también incluirlos dentro de su rutina de alimentación familiar, por lo que cambian su forma de actuar en torno a los alimentos y ciertas conductas alimentarias (Figura 1).

P17: *“Trabajé de manipuladora [de alimentos] en un jardín [infantil] y ahí aprendí como se tenía que alimentar uno. Nos hacían charlas y cursos en verano y ahí fui aprendiendo, guiando mi alimentación y la de mis hijos.”*

2. Detección de la brecha en la educación alimentaria

Es posible detectar la necesidad de educación alimentaria y clasificarla en tres grupos:

El primero de estos grupos corresponde al de madres, debido a su rol y la importancia que ejercen en la crianza de sus hijos durante las primeras etapas de desarrollo. Esta es una característica de la mujer que es madre con hijos en etapa lactante, preescolar y/o escolar, sobre quienes tiene un control respecto a la alimentación.

P29: “[...] Yo creo que en cualquier momento es bueno, yo creo que en cualquier momento es a tiempo. Porque tanto la mamá cuando tienen hijos chiquititos, aunque no inflen mucho, pero igual darles como una noción para que ellas entren un poco en el proceso de pensar. Esa educación yo lo entregaría a una mamá que tenga una hija, así como mi hija cuando las traigan con las enfermeras, enseñarle un poco a la mamá, a las dos juntas.”

Con el tiempo este rol de crianza tiende a convertirse en un rol de consejería permanente en las etapas posteriores de la vida.

P29: “Yo tengo una hija que tiene una guaguüta ahora y yo siempre le he dicho qué tiene que darle de alimentación. Uno como mamá influye en sus hijos en cómo ellos eduquen y den la alimentación que corresponde a sus hijos.”

Dentro del ciclo vital fueron identificadas los niños que inician la formación escolar como un grupo y momento clave para la formación en educación alimentaria.

P23: “Es que sabes que esto [alimentación saludable] es tan importante. Hoy día por ejemplo tú vas a un colegio y ves a tantos niños en sobrepeso y obesos, que yo creo que habría que empezar de abajo, porque claro, si empezamos de ahí, la noción que se va a tener en alimentarse, en comer, en el ejercicio, en todo, va a venir ya inserto en cada niño.”

La importancia de este grupo es reconocida debido a que el aprendizaje que se desarrolla en una primera etapa está basado en la vivencia que generan los padres y cuidadores sobre los hijos respecto a la alimentación, (transición entre la lactancia y la

alimentación complementaria), momento donde los padres definen: preparaciones; porciones y frecuencia.

P18: “[...] Uno de niño aprende lo que ve, tú no tienes la conciencia de que es bueno o que es malo, [...] Con mis hijas les pido que cuando me digan: “mamá, no me gusta”, que primero lo prueben, y ahí que me digan “no me gustó”, porque si no lo han probado no pueden decir que no les gusta.”

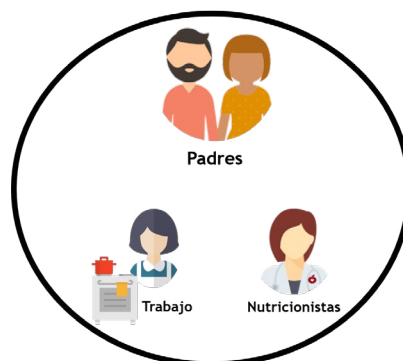
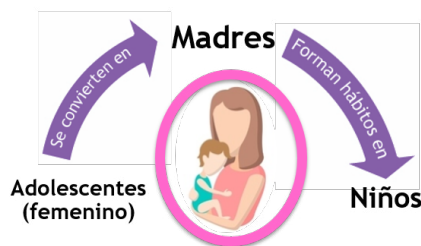
Luego, la decisión del niño frente a la gama de alternativas existentes está condicionada por la exposición previa generada por los padres, situación que amplía o limita el repertorio de posibilidades al momento de enfrentar la elección de consumo del niño.

Al integrarse al proceso de escolarización y a medida que avanza en éste y gana autonomía, los procesos de elección tienden a reforzarse sobre ciertos elementos que son de fácil acceso para la sociedad, como por ejemplo los alimentos procesados de alta densidad calórica, perpetuándose así la adquisición de un hábito alimentario no saludable que genera mayor riesgo hacia el desarrollo de enfermedades crónicas de origen nutricional.

P29: “Yo trabajo con niños y yo veo mucho niño obeso [...] Porque llegan con la mamadera de jugo en la mañana, los van a buscar con la mamadera de la bebida o de jugo. Después ellos tienen hijos, hacen lo mismo, y ese es el tema arrastrándose que hay tanto niño que tienen enfermedades que no se veían, como por ejemplo la diabetes, hay niños con diabetes.”

El último grupo identificado en los relatos son las niñas adolescentes, puesto que esta etapa antecede a la maternidad. Es por esto que el motivo de mayor importancia rescatado de los relatos es la necesidad de la madre de cumplir con el rol de guía para la formación de hábitos alimentarios del niño desde la lactancia en adelante (Figura 2).

P29: “Es importante recibir la orientación [nutricional], sobre todo las mamás que son más jóvenes que tienen hijos chiquititos, o que van a tener hijos. Entonces yo creo que a los catorce [años] es una edad como límite, o sea ya no más allá, porque ya estamos hablando que a los catorce y medio, quince ya están teniendo guaguüitas.”

Figura 1. Actores principales en el aprendizaje alimentario**Figura 2.** Momentos clave dentro del ciclo vital para incluir y reforzar la educación alimentaria

DISCUSIÓN

Dentro del grupo investigado, 14 de las 16 personas que obtuvieron un IAS $\geq 71,5$ puntos correspondieron al sexo femenino. Estos resultados van en línea con lo reportado en la ENCA, donde se observa que las mujeres chilenas reportan dietas más saludables que los hombres¹. Otros estudios concuerdan con este antecedente, estableciendo el ser mujer como un factor salutogénico^{4,6} y atribuyendo la tendencia del sexo femenino a llevar a cabo conductas saludables sobre la importancia de alimentarse sano⁶.

Quienes se alimentan de forma sana describen el proceso de alimentarse saludablemente como: una dieta balanceada, medida y ordenada; compuesta de alimentos naturales y caseros, destacando la importancia del consumo de frutas, verduras y pescado. Además, se menciona la restricción de los alimentos fritos, altos en grasa y azúcares. Esta definición de alimentación saludable referida por

los participantes coincide en su mayoría con la definición establecida por las autoridades sanitarias y ejemplificadas en las guías alimentarias nacionales¹², por lo que el conocimiento de una dieta saludable está presente en la población chilena adulta y forma parte de su discurso alimentario.

De los relatos analizados emergen acontecimientos a lo largo de la vida que van estructurando la historia alimentaria. Durante la niñez destacan los relatos de las madres como formadoras de hábitos alimentarios y las proveedoras de una alimentación natural, nutritiva y sana mantenida a lo largo de la infancia. A medida que se avanza en el curso de la vida, los relatos revelan acontecimientos que desafían los hábitos alimentarios y llevan a la adaptación y modificación de éstos: una alimentación menos saludable durante la adolescencia y la independencia, o eventos que llevan a enfocarse en la salud y bienestar durante la etapa de crianza, enfrentamiento de una enfermedad y la entrada a la vejez. Estos

eventos han sido descritos en la literatura como etapas o eventos de vida que llevan a redefinir la interpretación de alimentación y por ende a modificar las conductas¹³.

En base a lo anterior, el curso de la vida en sí es el principal elemento que influencia las decisiones alimentarias, al ir formando diferentes factores como ideales, recursos, creencias, etc., que actúan como elementos condicionantes de las decisiones alimentarias¹⁴. Entre las personas entrevistadas, se identifican diversos elementos condicionantes de las decisiones alimentarias. Entre ellos, el repertorio de saberes conformado por conocimientos nutricionales formales (aporte nutricional, porciones a consumir, impacto sobre la salud), como también creencias y mitos adquiridos de fuentes populares son utilizados como herramienta al momento de tomar decisiones alimentarias.

Considerando que el concepto formal de alimentación saludable es de conocimiento común y forma parte del discurso poblacional, sumado a la evidencia contradictoria respecto del impacto del conocimiento nutricional como factor influyente en conductas alimentarias saludables, es importante que el nutricionista revele los mitos y creencias existentes en la población, con el fin de poder entender sus conductas nutricionales y posteriormente generar acciones del tipo educativas-correctivas en su intervención.

Las conductas alimentarias de la población responden a condiciones de vida dadas por diversos determinantes sociales, tales como: ambiente físico; entorno sociocultural; ambiente económico y ambiente informacional¹⁵. Sin embargo, existen factores protectores adquiridos con las experiencias de vida que actúan como recursos para enfrentar positivamente las circunstancias en las cuales las personas se desenvuelven día a día.

De esta manera, el uso de una visión centrada en los factores protectores sobre la salud (perspectiva salutogénica), provee a los usuarios de recursos y herramientas para sobrellevar los desafíos relacionados con alimentación condicionados por las determinantes sociales¹⁶.

Por otro lado, surge espontáneamente desde los relatos la importancia de la educación alimentaria guiada por el profesional nutricionista a lo largo de todo el ciclo vital, con énfasis sobre el género femenino. Sobre esto se destaca al inicio de la edad fértil

como momento clave para abordar las brechas educativas desde temprano, como también la inclusión del binomio madre-hijo.

La razón de este abordaje tiene su origen en la identificación de las madres como el principal actor en el aprendizaje alimentario a lo largo de la vida; sumado a la detección del embarazo adolescente como relevante para la población estudiada. En Chile, la prevalencia de embarazo adolescente alcanza una tasa de 46.3 nacidos vivos por cada 1000 mujeres en el grupo de entre 15 y 19 años¹⁷, por lo que es un grupo relevante en el abordaje de educación alimentario-nutricional.

Las tres grandes razones por las cuales las niñas adolescentes cobran relevancia en la detección de la brecha en educación alimentaria radica, en primer lugar en la protección del riesgo de obesidad durante el embarazo, ya que este es un factor de riesgo para la salud tanto de la madre como del niño¹⁷. En segundo lugar, la adecuación de los requerimientos nutricionales de la madre durante el embarazo, los cuales son esenciales para favorecer el correcto desarrollo del feto y la posterior lactancia¹⁸. Finalmente se devela la necesidad de la madre de cumplir con el rol de guía para la formación de hábitos alimentarios¹⁹⁻²⁰. No obstante, este proceso involucra también la participación del padre u otras figuras relevantes en la crianza.

En este contexto, las instancias de educación alimentaria guiadas por un profesional nutricionista y dirigida a los 3 grupos identificados en los relatos existen, pero al parecer no son reconocidas como tal por los usuarios del CESFAM. De acuerdo a los Programas Nacionales de Salud, las únicas instancias de educación alimentaria realizada por el nutricionista ocurren en la consulta nutricional de los 5 meses y 3,5 años del niño²¹. En los controles de salud sucesivos y a lo largo de toda la etapa escolar, no hay instancias formales de educación alimentaria dirigida a los niños y las familias por un nutricionista, sino que un refuerzo de estilos de vida realizado por el profesional médico y/o de enfermería²². Dado que el reencuentro con el nutricionista ocurre sólo en caso de detección de malnutrición (intervención reactiva)²³⁻²⁵, proponemos una estrategia de derivación preventiva en APS del niño eutrófico que presente factores de riesgo de implicancia nutricional, basándose en las escuelas como punto de encuentro con la comunidad.

Así surge como una oportunidad para el profesional nutricionista su incorporación a los establecimientos educacionales, a modo de intervenir en el ambiente alimentario escolar y en todos sus actores involucrados, acompañándolos en el afrontamiento de los desafíos alimentarios a lo largo de gran parte del ciclo vital.

Como ventajas de la presente investigación podemos mencionar que el modelo de la Salutogénesis propone un cambio paradigmático transitivo desde la patogénesis de la salud. Esta situación genera un desafío tanto para el equipo investigador que introduce un nuevo lenguaje, así como para el equipo de salud y los usuarios que participan de la investigación.

La metodología cualitativa utilizada consideró un trabajo cíclico-circular de análisis de dos investigadores que pudieron desarrollar de manera rigurosa un constructo teórico acerca del objetivo de investigación.

Al ser este un primer estudio del modelo en el área de la nutrición en Chile, surgen muchas opciones de continuidad de investigación tanto para la salutogénesis de la alimentación, como para otras ramas de la medicina y la promoción de salud.

Como limitaciones de nuestro estudio debemos mencionar que la población no corresponde a una muestra aleatoria de toda la población de la comuna de La Reina, ya que incluyó en una primera etapa de selección a usuarios registrados en el CESFAM Juan Pablo II, por lo que los resultados no son generalizables. Además la muestra de los usuarios entrevistados (14 mujeres y 2 hombres), no permite establecer claramente una caracterización particular de la voz masculina, lo cual supone una oportunidad de desarrollo para nuevas investigaciones enfocadas en temas alimentarios y nutricionales desarrolladas bajo la perspectiva de género.

Futuras investigaciones que se desarrollen bajo esta metodología deben considerar ampliar el número de usuarios totales invitados a participar, logrando una muestra de entrevistas con una IAS ≥ 80 puntos.

Financiamiento:

Proyecto financiado por el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS) SA15I20047

Agradecimientos:

A los participantes de la presente investigación por su tiempo y disposición; al Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS-CONICYT) quienes financiaron el proyecto; a la Corporación de Desarrollo de la I. Municipalidad de la Reina y al equipo del CESFAM Juan Pablo II, en especial a la nutricionista contraparte N. Salas, por su apoyo y gestión; a la Escuela de Nutrición de UANDES y su cuerpo académico compuesto por J. Evans, F. Flores y C. Estay, y a otros miembros de la comunidad académica UANDES: M. Pacheco y N. Rozas.

Finalmente agradecer a las alumnas de la carrera de Nutrición UANDES: I. Bernous; C. Bustos; R. Crisóstomo por su compromiso y dedicación.

Conflicto de intereses:

Los autores del presente artículo declaran la no existencia de conflicto de interés en este manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Universidad de Chile. Encuesta Nacional de Consumo Alimentario en Chile. 2010. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf
2. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Salud. 2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
3. Lindström B, Eriksson M. The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis. Helsinki: Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research and the IUHPE GWG-SAL.0;2010.
4. Swan E, Bouwman L, Hiddink GJ, Aarts N, Koelen M. Profiling healthy eaters. Determining factors that predict healthy eating practices among Dutch adults. *Appetite*. 2015; 89: 122-130.
5. Swan, E., Bouwman, L., Hiddink, G. J., Aarts, N., & Koelen, M. Individual, social-environmental, and physical-environmental factors that underlie sense of coherence in Dutch adults. *Global Health Promotion*. 2018; 25(1): 33-42. <https://doi.org/10.1177/1757975916639870>
6. Delormier, T., Frohlich, K. L., & Potvin, L. Food and eating as social practice. Understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*. 2009; 31: 215-228.
7. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded

- theory. Chicago:Aldine; 1967. Disponible en: http://sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf
8. Alveiro Restrepo-Ochoa, D. La Teoría Fundamental como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *CES Psicología*. 2013; 6(1), 122-133.
 9. Jiménez-Fontana, R., García-González, E., &Cardeño-so, J. M. Grounded Theory: Strategy for theory building from empirical data. *Campo abierto*. 2017; 36(1), 29-46.
 10. Martín-Crespo M, (1), Salamanca A. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure investigación*. 2007; 27, marzo-abril.
 11. Wardle J, Haase A, Steptoe A, Nillapun M, Jonwutiwes K, Bellis F. Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*. 2004;27(2): 107-116.
 12. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Políticas Publicas en Alimentación y Nutrición. Guías de Alimentación Sana. [Internet] Santiago: Ministerio de Salud; 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/politicas-publicas-en-alimentacion-y-nutricion/>
 13. Bouwman LI, te Molder H, Koelen MM, van Woerkum CMJ. I eat healthfully but I am not a freak. Consumers' everydaylifeperspectiveonhealthfuleating. *Appetite*. 2009;53(3):390-398.
 14. Bisogni CA, Jastran M, Seligson M, Thompson A. How People Interpret Healthy Eating: Contributions of Qualitative Research. *Journal of NutritionEducation and Behavior*. 2012; 44(4):282-301.
 15. Contento, I. Determinants of Food Choice and Dietary Change: Implications for Nutrition Education. In: Corrigan. L. *Nutrition education: linking research, theory, and practice*. 3 ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2016. 30-58.
 16. UnitedStates of America. Roy, Mathieu, et al. "Therelevance of positive approaches to healthforpatient-centeredcare medicine." *Preventive medicine reports* 2 (2015): 10-12.
 17. Gobierno de Chile. Ministerio de Desarrollo Social. Chile Crece Contigo. Protección Integral a la Infancia [Internet]. Santiago: Gobierno de Chile; 2017 Agosto. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/>
 18. Leddy MA, Power ML, Schulkin J. The Impact of Maternal Obesity on Maternal and Fetal Health. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*. 2008;1(4):170–178.
 19. Picciano MF. Pregnancy and lactation: physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements. *TheJournal of Nutrition*. 2003; 133(6):1997S-2002S.
 20. Schwartz C, Scholtens PAMJ, Lalanne A, Weenen H, Nicklaus S. Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*. 2011; 57(3): 796-807 <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000300002>
 21. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Programa Nacional de Salud de la Infancia. 2014. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web\(1\).pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web(1).pdf)
 22. Ministerio De Salud. Gobierno de Chile. Orientaciones Técnicas Para El Control de Salud Integral de Adolescentes. *Control Joven Sano*. 2016. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-CONTROL-DE-SALUD-INTEGRAL-FINAL.pdf>
 23. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020. Nivel Primario De Atención. 2013. Disponible en :<http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
 24. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Norma Para El Manejo Ambulatorio de la Malnutrición Por Déficit y Exceso en el Niño(A) Menor de 6 Años. 2007. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2007_Norma%20para%20el%20manejo%20ambulatorio%20de%20la%20malnutricion%20por%20exceso%20o%20deficit%20en%20menores%20de%206%20a%C3%B1os.pdf
 25. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Orientación Técnica Para La Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria. 2013. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ot_a_MAYOR.pdf

MORTALIDAD ESTANDARIZADA SEGÚN CAUSAS, EDAD Y GÉNERO EN UNA COMUNA MINERA DEL NORTE DE CHILE ENTRE 2006 Y 2015

STANDARDIZED MORTALITY ACCORDING TO CAUSE OF DEATH, AGE, AND GENDER IN A MINING COMMUNITY IN NORTHERN CHILE, 2006-2015

RESUMEN

Introducción: La comuna de Andacollo fue declarada Zona Saturada por material particulado en el año 2009, desconociéndose si dicha contaminación afecta la salud de sus habitantes o aumenta el riesgo de morir de su población. **Objetivo:** Comparar la mortalidad general y por causas cardiovasculares, respiratorias y neoplasias, según edad y género, de la comuna Andacollo con las tasas nacionales, entre 2006 y 2015. **Materiales y métodos:** Con registros oficiales de defunciones y población, se calcularon tasas de mortalidad general, por causas específicas y según género. Se estandarizó con ajuste directo por edad las tasas comunales, para compararlas con las del país. **Resultados:** Las tasas de mortalidad ajustadas de Andacollo tienden a ser, en promedio, 20% superiores a las nacionales, durante toda la década. Esta diferencia está dada principalmente por un mayor riesgo de morir en hombres, que es 35% mayor para neoplasias, 40% más para enfermedades cardiovasculares y 50% mayor para las enfermedades respiratorias. Estas diferencias de riesgo de morir es mucho menor para las mujeres (promedio 9%) y no se observan en la población joven (20-59 años). **Conclusiones:** Las tasas de mortalidad general y específicas de Andacollo son significativamente superiores a las nacionales, pudiendo descartarse influencia de las condiciones ambientales en el riesgo de morir de su población, dada la heterogeneidad presentada en los riesgos de morir por sexo. El exceso de riesgo de fallecer en hombres mayores podría explicarse por exposiciones laborales antiguas.

Palabras clave: Tasa de mortalidad, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria, cáncer, contaminación del aire.

ABSTRACT

Introduction: The Chilean municipality of Andacollo was declared to be a Saturated Zone due to air pollution in 2009. It is unknown if this contamination affects the health of its inhabitants. **Objective:** To compare the general mortality and specific cardiovascular, respiratory, and neoplastic mortality rates in Andacollo with the national mortality rates between the years 2006 and 2015. **Materials and methods:** General and specific mortality rates, by gender, were calculated using official death and population registries. The Andacollo mortality rates were directly standardized by age and then compared with the national rates. **Results:** The adjusted mortality rates of Andacollo tend to be, on average, 20% higher than the national ones, throughout the decade. This difference is mainly due to an increased risk of dying among men, which is 35% higher for cancers, 40% higher for cardiovascular diseases, and 50% higher for respiratory diseases. These differences in risk of dying are much lower for women (average 9%) and are not observed in the younger population (20-59 years of age). **Conclusions:** Andacollo's general and specific mortality rates are significantly higher than national ones, and the influence of environmental conditions on the population's risk of dying can be ruled out, given the heterogeneity presented by sex. The excess risk of death among older men could be explained by previous occupational exposures.

Key words: mortality rate, cardiovascular disease, respiratory disease, cancer, air pollution.

Álvaro Leyton-Hernández
Departamento de Enfermería,
Facultad de Ciencias, Universidad de
La Serena, Chile.
Departamento de Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad
Católica del Norte, Coquimbo, Chile.

Muriel Ramírez-Santana
Departamento de Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad
Católica del Norte, Coquimbo, Chile.

mramirez@ucn.cl

Recibido 23-10-2018;
Aceptado 07-06-2019

INTRODUCCIÓN

El estudio se enmarca en la comuna de Andacollo, ciudad minera ubicada en la Región de Coquimbo, la cual está vinculada a la minería del oro desde la década de 1930-1940; siendo de tipo artesanal hasta los años noventa¹. El desarrollo de faenas mineras aledañas a poblaciones conlleva consecuencias positivas relacionadas a otorgar fuentes de trabajo, aunque también puede generar efectos negativos, como la contaminación ambiental debido a las faenas mismas (tronaduras, tránsito de vehículos pesados) y a la permanencia de pasivos mineros contaminantes (relaves contenedores de ácidos y metales pesados)². En efecto, los problemas de contaminación del aire llevaron a que esta comuna fuera declarada Zona Saturada por material particulado PM10 en el año 2009 por la Autoridad Sanitaria y Ambiental, implementándose un Plan de Descontaminación desde el año 2014^{3,4}.

Entre las patologías relacionadas a la contaminación atmosférica se encuentran las enfermedades cardiovasculares y respiratorias^{2,5-10}. Para el caso específico de esta comuna, no existe monitoreo de PM_{2,5} y a través de estudios ambientales realizados a solicitud de la comunidad organizada, se ha evidenciado que el PM10 del área contiene elementos cancerígenos como es el Arsénico (As), cuyos efectos se han asociado a neoplasias de pulmón, vejiga y piel¹¹⁻¹³. Cabe mencionar que la comuna se abastece de agua potable desde el río Elqui, lejano a la comuna; descartando una exposición a metales pesados cancerígenos por vía de la ingestión¹⁴. No existe registro de morbilidad que permita reconocer daño a la salud de los Andacollinos por causas ambientales. Tampoco existen estudios epidemiológicos que permitan evidenciar asociación entre la contaminación atmosférica y los efectos sobre la salud de su población.

Andacollo tiene una población de poco más de diez mil habitantes y es la cuarta comuna más envejecida de la Región de Coquimbo, con una alta proporción de adultos mayores (13,9%)^{15,16}. Por lo anterior, además de despejar la variable edad a través de estandarización de tasas, se recomienda limpiar los efectos de exposiciones laborales previas en la mortalidad específica por patologías, a través de comparar las tasas según género y en edades menores. El presente estudio pretende responder

la pregunta si existe mayor riesgo de morir en esta comuna a causa de enfermedades relacionadas con la contaminación ambiental. El objetivo planteado fue comparar la mortalidad general, por patologías respiratorias, cardiovasculares y cánceres de la comuna de Andacollo con el país, ajustando por edad y separando por género; además de explorar dichas mortalidades en población adulta joven (de 20 a 59 años).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio ecológico de tendencias de mortalidad bruta y estandarizada de la comuna, considerando la década desde el año 2006 al 2015 y las causas específicas que mayoritariamente se relacionan con contaminación ambiental por MP. Se utilizó el registro de defunciones del Departamento de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud de Chile (DEIS) y datos de población proyectada de Censo 2002 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), de los años 2006 al 2015. Se calcularon tasas de mortalidad general del país y estandarizadas directamente por edad para la comuna de Andacollo, según sexo. Se consideraron defunciones por patologías circulatorias (código CIE-10 Grupo I), enfermedades respiratorias (código CIE-10 Grupo J) y neoplasias (código CIE-10 desde C00 a D48) (17). Para la estandarización directa se utilizó la población nacional como población estándar. Lo mismo se realizó para todas las edades y para población joven (entre 20-59 años). Las tasas estandarizadas de la comuna de Andacollo se compararon con su respectiva tasa nacional, calculando diferencias porcentuales entre las tasas de mortalidad para facilitar la comparación, utilizando la siguiente fórmula:

$$\frac{(\text{Tasa de Mort. Andacollo} - \text{Tasa de Mort. Chile})}{\text{Tasa de Mort. Chile}} \times 100$$

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra la comparación de las tasas de mortalidad general y por las tres grandes causas estudiadas de Chile con las tasas estandarizadas por edad de la comuna de Andacollo. Se observa una tendencia de superioridad de las cifras comunales para toda la década, tanto para la mortalidad general como para las causas estudiadas. Esta diferencia es, en promedio, entre el 20% y 26%, siendo la mayor diferencia en las causas respiratorias (Tabla 3).

En la Tabla 2 se presentan las tasas de mortalidad estandarizadas por edad separadas por género. Tanto en hombres como en mujeres, la mortalidad general y por grupo de enfermedades presenta una tendencia de superioridad de las cifras de la comuna de Andacollo al compararlas con el país. Sin embargo, la diferencia entre Chile y la comuna de Andacollo, expresada como diferencia porcentual, se hace relevante para el sexo masculino. En la Tabla 3 se evidencia que el riesgo de fallecer es mayor

en mujeres de la comuna de Andacollo comparado con Chile en porcentajes que bordean el 9%. No obstante, la diferencia para los hombres muestra un riesgo de morir entre 30% y 50% mayor en Andacollo que en el país; siendo la mayor diferencia para las causas respiratorias.

En la figura 1 se puede observar que las tasas de mortalidad ajustadas en población joven (20-59 años) no difieren entre Andacollo y Chile.

DISCUSIÓN

Primeramente, cuando la población es relativamente pequeña y más envejecida, como es el caso de Andacollo, el estudio refuerza la necesidad de realizar las comparaciones de tasas con el debido ajuste por edad. Al comparar las tasas ajustadas, las cifras encontradas son similares a las contenidas en el diagnóstico de salud de la comuna realizado recientemente por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL)¹⁸. En dicho estudio se presentan

Tabla 1. Tasas crudas y estandarizadas de mortalidad general y por causas específicas, por cien mil habitantes, Chile y Andacollo, años 2006 a 2015.

	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Tasa Mort. Gral. Chile	524,36	563,47	540,35	544,92	573,83	550,46	565,85	565,86	572,19	573,83
Tasa Mort. Gral. Andacollo	712,50	534,46	549,55	628,01	687,10	592,78	749,73	699,92	669,72	630,75
Tasa Mort. Gral. Estandarizada Andacollo	616,55	666,59	640,00	647,41	685,57	660,16	683,68	684,69	698,33	702,52
Tasa Mort. por Enf. Cardiovasculares, Chile	127,22	157,79	148,66	147,15	159,05	149,19	155,8	156,88	158,12	157,28
Tasa Mort. por Enf. Cardiovasculares, Andacollo	166,56	165,87	174,02	109,22	72,33	107,78	124,96	124,04	185,05	113,89
Tasa Mort. estandarizada por Enf. Cardiovasculares, Andacollo	149,03	192,37	181,8	180,48	196,06	184,45	194,12	195,37	198,9	199,21
Tasa Mort. por Neoplasias, Chile	127,24	130,19	130,79	134,13	135,57	136,84	139,71	139,67	140,37	143,08
Tasa Mort. por Neoplasias, Andacollo	166,56	147,44	128,23	227,54	126,57	98,80	169,58	186,05	211,49	166,45
Tasa Mort. estandarizada por Neoplasias, Andacollo	149,05	152,98	154,48	158,59	160,51	162,58	166,63	166,48	168,8	172,04
Tasa Mort. por Enf. Respiratorias Chile	47,46	57,12	50,03	52,93	58,55	52,76	58	58,24	58,63	55,17
Tasa Mort. por Enf. Respiratorias Andacollo	111,04	73,72	64,11	145,63	126,57	152,69	124,96	186,05	52,87	96,36
Tasa Mort. estandarizada por Enf. Respiratorias Andacollo	58,56	70,97	62,05	65,71	73,4	66,67	74,08	74,59	75,82	71,56

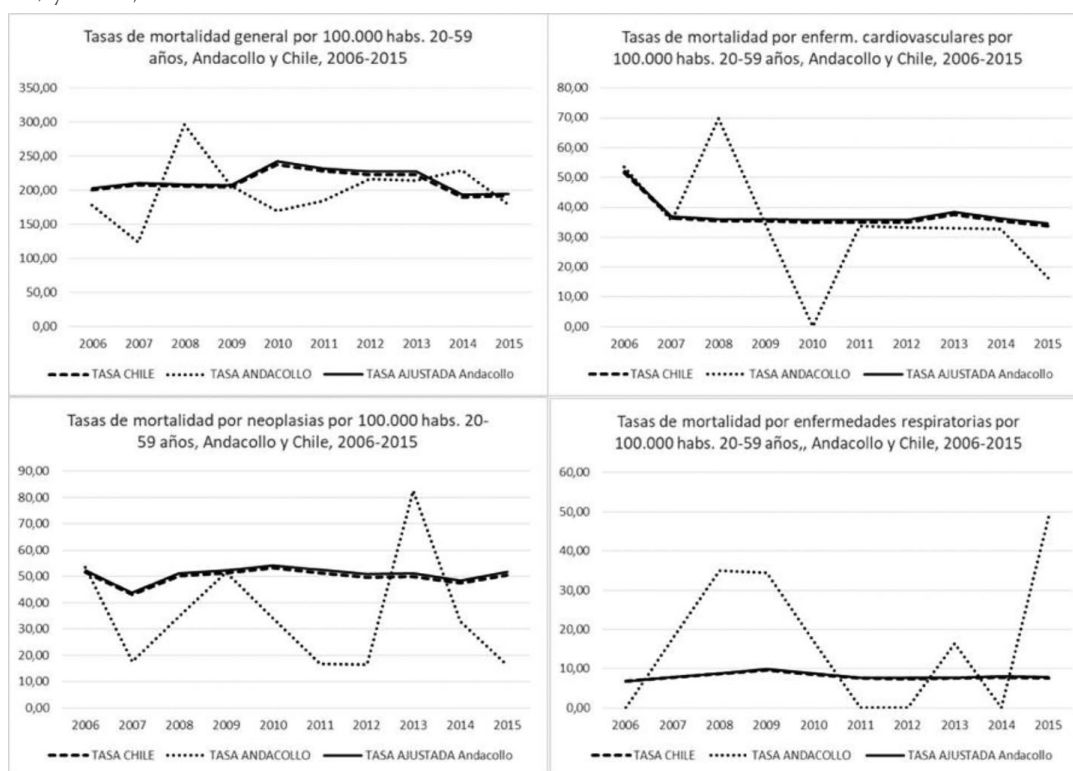
Tabla 2. Comparación entre tasas crudas y estandarizadas de mortalidad general y por causas específicas, por cien mil habitantes hombres y mujeres, de la comuna de Andacollo y Chile, años 2006 a 2015.

	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Tasa Mort. Gral. Hombres, Chile.	568,69	608,84	588,13	593,77	618,34	591,70	600,04	606,44	612,07	613,81
Tasa Mort. Gral. Hombres, Andacollo.	777,63	553,51	568,91	656,81	706,27	684,07	894,45	745,21	581,81	718,42
Tasa Mort. Gral. Estandarizada Hom- bres, Andacollo	739,94	798,67	769,49	782,78	823,64	791,01	810,96	819,68	834,42	838,77
Tasa Mort. Gral. Mujeres, Chile.	480,88	518,98	493,51	497,03	530,19	510,04	532,33	526,09	533,12	534,67
Tasa Mort. Gral. Mujeres, Andacollo.	647,43	515,46	530,26	599,35	667,99	501,88	605,63	654,75	757,58	543,10
Tasa Mort. Gral. Estandarizada Muje- res, Andacollo.	515,84	559,08	533,69	537,16	575,04	556,15	582,72	577,74	590,79	594,84
Tasa Mort. por Enf. Cardiovasculares Hombres, Chile.	152,32	161,95	155,51	151,88	162,77	154,71	159,79	163,38	160,74	159,68
Tasa Mort. por Enf. Cardiovasculares Hombres, Andacollo.	148,12	147,60	146,82	145,96	90,55	144,01	125,22	124,20	141,04	105,13
Tasa Mort. Estandarizada por Enf. Cardiovasc. Hombres, Andacollo	209,93	224,82	216,04	211,53	229,30	217,60	227,45	231,13	230,07	229,58
Tasa Mort. por Enf. Cardiovasculares Mujeres, Chile.	168,85	153,65	141,95	142,53	155,56	143,79	151,89	150,50	154,31	154,93
Tasa Mort. por Enf. Cardiovasculares Mujeres, Andacollo.	184,98	184,09	201,13	72,65	54,16	71,70	124,69	123,87	229,03	122,63
Tasa Mort. Estandarizada por Enf. Cardiovasc. Mujeres, Andacollo.	180,29	166,60	154,52	155,08	169,95	157,95	167,59	166,73	172,78	174,52
Tasa Mort. por Neoplasias Hombres, Chile.	132,68	135,64	135,50	140,67	144,25	143,98	146,23	146,70	148,94	151,52
Tasa Mort. por Neoplasias Hombres, Andacollo.	148,12	147,60	165,17	218,94	144,88	162,02	178,89	106,46	158,67	192,75
Tasa Mort. Por Estandarizada Neoplasias Hombres, Andacollo.	175,57	179,67	180,80	188,77	193,38	194,67	198,59	199,49	204,13	207,61
Tasa Mort. por Neoplasias Mujeres, Chile.	121,91	124,85	126,17	127,71	127,06	130,52	133,32	132,40	131,99	134,82
Tasa Mort. por Neoplasias Mujeres, Andacollo.	184,98	147,28	91,42	236,11	108,32	35,85	160,31	265,44	264,27	140,15
Tasa Mort. Estandarizada por Neoplasias Mujeres, Andacollo.	131,11	134,77	136,82	138,28	137,83	142,18	145,52	144,59	145,29	148,28
Tasa Mort. por Enf. Respiratorias Hombres, Chile	47,99	57,63	51,32	55,47	59,80	53,67	57,20	58,55	59,91	56,31
Tasa Mort. por Enf. Respiratorias Hombres, Andacollo.	111,09	110,70	91,76	182,45	144,88	180,02	178,89	283,89	52,89	122,66
Tasa Mort. Estandarizada por Enf. Respiratorias Hombres, Andacollo.	70,18	84,76	74,75	81,03	89,09	80,69	88,04	89,85	92,69	87,00
Tasa Mort, por Enf. Respiratorias Mujeres, Chile.	46,21	56,65	48,76	50,45	57,33	51,87	58,79	57,94	57,39	54,05
Tasa Mort, por Enf. Respiratorias Mujeres, Andacollo.	110,99	36,82	36,57	108,97	108,32	125,47	71,25	70,78	52,85	70,08
Tasa Mort, Estandarizada por Enf. Respiratorias Mujeres, Andacollo.	49,66	61,23	52,86	54,76	62,49	57,00	64,96	64,40	64,44	61,08

Tabla 3. Diferencia porcentual promedio para la década de tasas de mortalidad estandarizadas de Andacollo, en relación con tasas de mortalidad de Chile, por causas específicas, por cien mil habitantes hombres y mujeres, años 2006 a 2015.

Tasa	Porcentaje de Diferencia de Tasas Chile – Andacollo (ajustada)
Mortalidad general	19,9%
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV)	23,2%
Mortalidad por neoplasias	18,7%
Mortalidad por enfermedades respiratorias	26,2%
Mortalidad general hombres	33,4%
Mortalidad general mujeres	9,0%
Mortalidad por ECV hombres	40,7%
Mortalidad por ECV mujeres	9,8%
Mortalidad por neoplasias hombres	34,8%
Mortalidad por neoplasias mujeres	8,8%
Mortalidad enf. respiratorias hombres	50,1%
Mortalidad enf. respiratorias mujeres	9,8%

Figura 1. Tasas de mortalidad general y por causa en población joven (20-59 años) de Andacollo (cruda y ajustada) y Chile, años 2006 al 2015.



tasas medias de mortalidad (TMM) quinquenales, observándose que la TMM comunal ajustada por edad para el quinquenio 2010-2014 llega a 6,1 por 1.000 habitantes, mientras que las cifras calculadas nacional fue de 5,1 por 1.000 habitantes¹⁸. Es decir, el resultado se equipara con el del presente estudio, señalando superioridad del riesgo de morir en la comuna minera comparado con el país. Sin embargo, en el estudio del MINSAL no se realiza separación por sexo.

En relación a la mortalidad específica por causas, el mismo diagnóstico antes comentado, informa una TMM por enfermedades respiratorias de la comuna de Andacollo del quinquenio 2010-2014 que casi duplica los valores nacionales (Andacollo 81 por 100.000 habitantes, versus Chile 47 por 100.000 habitantes¹⁸). En nuestro estudio, las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias de la comuna estudiada superan al país, aportando que la diferencia está dada mayormente por una superioridad en el riesgo de morir de los hombres. El mencionado informe determina que la mortalidad ajustada por enfermedades cardiovasculares y neoplasias de la comuna no presenten diferencias con la del país¹⁸. Lo anterior difiere de lo encontrado en nuestro estudio, en que la superioridad del riesgo de fallecer en Andacollo por estas causas es, en promedio, cercano al 20% respecto del país durante la década estudiada. Cabe comentar que esta diferencia se debería, principalmente, al mayor riesgo de morir de los hombres, según los resultados obtenidos.

Existe poca evidencia de investigación similar en Chile, encontrándose un par de publicaciones en que se asocia la mortalidad por infarto agudo de miocardio y cánceres de pulmón y vejiga con el consumo de agua con alto contenido de Arsénico (As) en la Región de Antofagasta, comparado con Valparaíso^{19,20}. Las tasas descritas en dichos estudios no son comparables con el presente, dado que se trata de cálculos de mortalidad específica por causa (no gran grupo, como en este caso) y en que la condición de contaminación de base no sería la misma. Los estudios mencionados dan a conocer el efecto crónico de ingesta de agua con alto contenido de As, mientras que en Andacollo la fuente de contaminación sería el aire (material particulado con As). Como se mencionó previamente, el abastecimiento de agua potable de la comuna de Andacollo es el Río Elqui, lejano a las faenas mineras

locales. Respecto de la exposición ambiental, se esperaría que los riesgos fueran homogéneos entre la población expuesta, situación que no está representada en nuestros resultados, toda vez que los riesgos de fallecer resultaron siempre muy superiores en hombres, no así en las mujeres. Estos resultados descartarían la hipótesis de exposición ambiental.

Finalmente, al observar que las tasas de mortalidad general en población adulta joven (20-59 años), no presentan diferencias entre Chile y Andacollo. Con ello, podemos concluir que el exceso de mortalidad general observado estaría dado por una mayor mortalidad en la población adulta mayor de sexo masculino. Una explicación plausible sería la existencia de exposición laboral en hombres durante décadas pasadas. El informe de diagnóstico de salud de la comuna elaborado por el MINSAL apoya esta hipótesis al señalar que la mortalidad por causas pulmonares "externas" (J60-J70); vale decir, neumoconiosis; supera las cifras de la región y del país (Andacollo 25, Región 3 y Chile 2 por 100.000 habitantes)¹⁸. Estas neumoconiosis podrían ser efecto de exposiciones laborales pasadas, en hombres mayores que trabajaron en faenas de minería artesanal (pirquineros); probablemente durante décadas, en condiciones deficientes de seguridad e higiene laboral. La explicación anterior se basa en el alto número de pirquineros o mineros artesanales registrados incluso actualmente como empresas menores en la comuna²¹. El exceso de riesgo de fallecer por neoplasias y enfermedades cardiovasculares no podría, sin embargo, explicarse por esta situación; a pesar de que la exposición a sílice podría también intervenir en el riesgo de presentar (y fallecer) por cáncer de pulmón. Se hace necesario estudiar más profundamente estas causas de mortalidad. Por otra parte, al tratarse de un estudio ecológico, no es posible comprobar asociación, al no poder controlar variables relacionadas a riesgo de exposiciones individuales.

A modo de conclusión, la mortalidad general de Andacollo supera a la nacional durante toda la década estudiada, mayormente influenciada por un mayor riesgo de fallecer que presenta la población masculina mayor de 60 años. No hay evidencia de que el riesgo de muerte por causas específicas en la comuna se deba a factores relacionados a contaminación atmosférica.

Financiamiento:

El presente artículo reporta el trabajo realizado por el primer autor, como tesis para obtener el grado de Magister en Salud Pública, Mención Gestión en Salud de la Universidad Católica del Norte. El trabajo fue realizado sin financiamiento.

Conflictos de interés:

Los autores nos declaramos libres de conflictos de interés en relación con este manuscrito.

Agradecimientos:

Los autores agradecemos el apoyo del Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de Chile, al haber proporcionado los registros estadísticos de mortalidad para realizar el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. I. Municipalidad de Andacollo. Comuna de Andacollo [Internet]. Web page. 2017 [cited 2017 Sep 30]. Available from: <http://www.andacollochile.cl/portal/index.php/comuna/resena-historica>
2. Cáceres D. Evaluación de los efectos agudos en la función pulmonar por exposición a material particulado fino (MP2.5) en niños que viven próximos a una playa masivamente contaminada con relaves mineros, Chañaral, Chile [Internet]. 2015. Available from: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_333059/ddcl-1de1.pdf
3. Ministerio Secretaría general de la Presidencia. Decreto 8, año 2009. Zona Saturada [Internet]. Chile: Biblioteca del Congreso nacional de Chile; 2009. Available from: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Decreto 8-06-ABR-2009.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Decreto%208-06-ABR-2009.pdf)
4. Ministerio del Medio Ambiente de Chile. Resolución excenta N°857. Plan descontaminación atmosférica para la localidad de Andacollo. 857 Chile: Ministerio de Medio Ambiente; 2013.
5. Collart P, Coppieters Y, Mercier G, Massamba Kubuta V, Leveque A. Comparison of four case-crossover study designs to analyze the association between air pollution exposure and acute myocardial infarction. *Int J Environ Health Res.* 2015;25(6):601–13.
6. Brown DM, Hutchison L, Donaldson K, Stone V, Brown DM, Hutchison L, et al. The effects of PM10 particles and oxidative stress on macrophages and lung epithelial cells : modulating effects of calcium-signaling antagonists The effects of PM 10 particles and oxidative stress on macrophages and lung epithelial cells : modulating eff. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* 2007;292(March 2007):1444–51.
7. Gavidia T, Pronczuk J, Sly PD. Impactos ambientales sobre la salud respiratoria de los niños: carga global de las enfermedades respiratorias pediátricas ligada al ambiente. *Rev Chil Enfermedades Respir [Internet].* 2009;25(2):99–108. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnpi-d=S0717-73482009000200006
8. Zanobetti A, Franklin M, Koutrakis P, Schwartz J. Fine particulate air pollution and its components in association with cause-specific emergency admissions. *Environ Health.* 2009;8:58.
9. Ruiz-Rudolph P, Arias N, Pardo S, Meyer M, Mesías S, Galleguillos C, et al. Impact of large industrial emission sources on mortality and morbidity in Chile: A small-areas study. *Environ Int.* 2016;92–93:130–8.
10. Tenias JM, Ballester F. Evidencias sobre la relación entre la contaminación atmosférica y las enfermedades del sistema circulatorio. *Gac Sanit.* 2002;16(Supl 2):12–28.
11. Melak D, Ferreccio C, Kalman D, Parra R, Acevedo J, Pérez L, et al. Arsenic methylation and lung and bladder cancer in a case-control study in northern Chile. *Toxicol Appl Pharmacol.* 2014;274(2):225–31.
12. Londoño Franco LF, Londoño Muñoz PT, Muñoz García FG. Los Riesgos De Los Metales Pesados En La Salud Humana Y Animal. *Biotecnología en el Sect Agropecu y Agroindustrial [Internet].* 2016;14(2):145. Available from: <http://revistabiotecnologia.unicauca.edu.co/revista/index.php/biotecnologia/articulo/view/1707>
13. Centro Nacional de Medio Ambiente. Diagnóstico de calidad del aire y medidas de contaminación, Andacollo. 2011;0.
14. Aguas del Valle. Aguas del valle s.a. [Internet]. [cited 2019 May 22]. Available from: <https://portal.aguasdelvalle.cl/oficina-virtual/oficinas-atencion-clientes/elqui/andacollo/>
15. Moreno E, Miles J. Adultos Mayores por Regiones, Comunas y Porcentajes [Internet]. Instituto Nacional de estadísticas, INE. Santiago de Chile; 2003. Available from: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf
16. Gobierno Regional Coquimbo. Población andacollo [Internet]. [cited 2019 May 22]. Available from: <https://www.gorecoquimbo.cl/andacollo/gorecoquimbo>

- bo/2015-05-08/161703.html
17. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10ma revisión) CIE X [Internet]. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-10. Washington D.C.; 2015. Available from: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
 18. Departamento de Epidemiología M de S de C. Diagnóstico de Salud de la Comuna de Andacollo 2017. Santiago de Chile; 2007.
 19. Yuan Y, Marshall G, Ferreccio C, Steinmaus C, Selvin S, Liaw J, et al. Acute myocardial infarction mortality in comparison with lung and bladder cancer mortality in arsenic-exposed region II of Chile from 1950 to 2000. *Am J Epidemiol.* 2007;166(12):1381–91.
 20. Marshall G, Ferreccio C, Yuan Y, Bates MN, Steinmaus C, Selvin S, et al. Fifty-Year study of lung and bladder cancer mortality in Chile related to arsenic in drinking water. *J Natl Cancer Inst.* 2007;99(12):920–8.
 21. Servicio Nacional de Geología y Minería. Anuario de la Minería de Chile 2017 [Internet]. Anuario. Santiago de Chile; 2017. Available from: https://www.sernageomin.cl/wp-content/uploads/2018/06/Anuario_2017.pdf

TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER ORAL Y EL EFECTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENCIÓN EN AMÉRICA LATINA

TRENDS IN ORAL CANCER MORTALITY AND THE EFFECT OF PREVENTIVE POLICIES ACROSS LATIN AMERICA

RESUMEN

Objetivo: Describir las tendencias de la mortalidad por cáncer oral entre 2000 y 2017 por sexos en 20 países de América Latina, e identificar los efectos de las políticas implementadas para controlar de los factores de riesgo. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio ecológico que evaluó la relación entre las tasas estandarizadas por edad de mortalidad por cáncer oral según el sexo, la prevalencia de tabaquismo y consumo de alcohol y la implementación de las políticas públicas de control. **Resultados:** Los hombres de Cuba y Brasil muestran las más altas tasas de mortalidad en la región. Los descensos más importantes se presentan en los hombres de Brasil y en las mujeres de Panamá. Son pocas las tendencias al aumento, aunque éstas se evidencian especialmente entre las mujeres. La implementación de las medidas de control de factores de riesgo, en cuanto a tabaco, alcohol, infecciones virales, programas de detección temprana y tratamiento, muestra avances desiguales entre los países. Se observó una mayor relación entre la mortalidad por cáncer oral con el consumo de tabaco en los contextos de menor implementación de las políticas, y el consumo de alcohol en los escenarios de mayor avance. **Conclusión:** La mortalidad por cáncer oral afecta especialmente a los hombres de la región, lo que se puede asociar a la distribución de los factores etiológicos y avances desiguales de los países en la implementación de las medidas preventivas. Se requiere profundizar en investigación subnacional de seguimiento, y fortalecer la prevención y tratamiento con estrategias validas para cada contexto.

Palabras clave: Cáncer pral, Políticas públicas, Tabaquismo, Consumo de alcohol, Estudio ecológico.

ABSTRACT

Objective: To describe the trends in oral cancer mortality between 2000 and 2017 by sex in 20 countries in Latin America, and identify the effects of the policies that were implemented to control associated risk factors. **Materials and methods:** An ecological study was conducted to evaluate the relationship between age-standardized rates of oral cancer mortality by sex, the prevalence of smoking and alcohol consumption, and the implementation of public control policies. **Results:** Men in Cuba and Brazil show the highest mortality rates in the region. The most important decreases occurred among Brazilian men and Panamanian women. There are only a few cases of increasing trends, although these are especially evident among women. The implementation of risk factor control measures, in terms of tobacco, alcohol, viral infections, early detection programs and treatment, have progressed unevenly in different countries. A strong relationship was observed between oral cancer mortality and tobacco consumption in countries with limited policy implementation; and with alcohol consumption in countries with advanced implementation. **Conclusion:** Oral cancer mortality especially affects men in the region, which can be associated with the distribution of etiological factors and unequal advances in countries in the implementation of preventive measures. It is necessary to further develop subnational follow-up research and strengthen prevention and treatment measures with valid strategies, adapted for each context.

Key words: Oral cancer, Policies, Tobacco use, Alcohol consumption, Ecological study.

Brenda Herrera-Serna
Edith Lara-Carrillo
Victor Toral-Rizo
Facultad de Odontología,
Universidad Autónoma del Estado
de México

Regiane Cristina do Amaral
Universidade Federal de Sergipe.
Hospital Universitário de Sergipe.
Aracajú-Sergipe

laracaedith@hotmail.com

Recibido 25-03-2019;
Aceptado 14-10-2019

INTRODUCCIÓN

El cáncer oral afecta a los labios, la mucosa oral, encías, paladar, la lengua, piso de la boca y el área retromolar (ICD-11 2B60-2B69)¹, siendo los principales lugares de ocurrencia labios, lengua y piso de la boca². El carcinoma de células escamosas es el tipo histológico más común (>90%)³. Según GLOBOCAN, en 2018 en el mundo se reportaron 354,864 nuevos casos (246,420 hombres y 108,444 mujeres), y una mortalidad de 177,384 casos (119,693 hombres y 57,691 mujeres)⁴. Lo que implica una relación hombre:mujer >2.0 y una razón de mortalidad:incidencia de 0.50. En Centro y Sur América, se espera un aumento del 17.2% en la mortalidad por cáncer oral para 2030⁵.

Los principales factores de riesgo son el consumo de nocivo de alcohol y cigarrillo, existiendo sinergismo entre ellos⁶. Por su parte, aunque la prevalencia del Virus del Papiloma Humano (VPH), subtipos 16 y 18, asociados a carcinoma escamocelular aún es controvertida y se reportan valores bajos⁷, su impacto debe ser considerado dado que la presentación clínica y el pronóstico del paciente VPH+ difiere del clásico paciente fumador y/o bebedor, y se presenta a edades cada vez más jóvenes⁸.

Alrededor del 60% de los casos de cáncer oral son detectados en estadios tardíos (III-IV)^{9,10}; lo que implica un peor pronóstico y reduce las posibilidades de supervivencia a 5 años entre 50 y 62%¹¹, sumado a que puede duplicar los costos¹² y complejidad del tratamiento¹³. Esto refleja algunas de las dinámicas de los sistemas de salud, a la vez tan variados en la región.

El impacto del consumo de tabaco y alcohol en la etiología de varios tipos de cáncer¹⁴ ha impulsado la formulación de varias políticas globales^{15,16}. Sin embargo, los países de América Latina (AL) han tenido avances desiguales y se requiere conocer sus efectos en relación al cáncer oral dada su alta incidencia en la región. De igual manera, se deben revisar las medidas que se han puesto en marcha para controlar el VPH 16/18, y la respuesta a nivel sanitario para el diagnóstico y tratamiento del cáncer oral.

Por tanto, este estudio buscó determinar las tendencias de la mortalidad por cáncer oral en AL entre 2000 y 2017, determinar las políticas de control de factores de riesgo implementadas en los países e identificar su efecto en relación al consumo de tabaco y alcohol.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio ecológico evaluó las tendencias de la mortalidad por cáncer oral en los países de AL durante el periodo 2000 a 2017, la prevalencia de los principales factores de riesgo: consumo de tabaco y alcohol, y el efecto de las políticas de control sobre esas tendencias.

Los 20 países de AL estudiados incluyen a Cuba, República Dominicana y Haití; y excluyen a Belice, las Antillas, Guyana, Guyana Francesa y Surinam, por considerarlos de características sociales y económicas diferentes (12), y por la limitada disponibilidad de algunos datos.

Fuentes de los datos

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad por cáncer oral en los países de AL entre 2000 y 2017. Las tasas estandarizadas por edad (ASR: Aged-Standardized Rates) por 100,000 habitantes para cada uno de los países, discriminadas por sexo, y para los años entre 2000 y 2017 fueron obtenidas del Instituto para la Evaluación y Métricas en Salud (IHME: Institute for Health and Metrics Evaluation)¹⁷. IHME es un centro de investigación independiente de la Universidad de Washington. Una de sus herramientas para visualización y análisis de datos es Global Health Data Exchange (GHDx)¹⁸. El GHDx es una plataforma virtual en donde la información de investigadores, organizaciones gubernamentales y otras entidades es reunida, analizada y presentada en el contexto de investigación demográfica y de salud. La estrategia de búsqueda incluyó: los 20 países de AL determinados; los años de 2000 a 2017; hombres y mujeres; estandarización por edades; muertes; cáncer de labios y cavidad oral; tasas.

Factores de riesgo de tabaquismo y consumo de alcohol. La prevalencia de consumo de tabaco fumado se expresa en el porcentaje de la población de 15 años o más que fumó algún producto de tabaco en los 30 días previos a la encuesta; incluye fumadores diarios y ocasionales. Estos datos se utilizan estrictamente para hacer comparaciones entre países y no para hacer cálculos de números absolutos de fumadores en un determinado país. El porcentaje de prevalencia de tabaquismo en adultos (mayores de 15 años) para hombres y mujeres para los años 2010 y 2016 fueron obtenidos de la base de datos del Banco Mundial (<https://data.worldbank.org>); y

del Informe sobre control del tabaco en la región de las Américas de la OPS¹⁹.

Los niveles de consumo de alcohol pueden ser medidos usando varios indicadores. Uno de ellos es el consumo total en litros de alcohol registrado (más el estimado del consumo no registrado) por persona (mayores de 15 años) por año, ajustado por el consumo turista. Este indicador incluye a los considerados no bebedores, y los bebedores actuales de la población. Estos datos discriminados por sexo y para cada país para los años 2010 y 2016 fueron obtenidos del Reporte global sobre alcohol y salud de la OMS de 2018²⁰.

Prevención de cáncer asociado a VPH. Los datos sobre la implementación de los programas de vacunación se obtuvieron de los informes de la OMS/OPS²¹ y de literatura científica relacionada.

Estrategias de detección, diagnóstico y tratamiento. La información se describe con base en la literatura científica relacionada.

Análisis estadístico

Para describir las tendencias de la mortalidad por cáncer oral, se calculó el porcentaje de cambio anual (APC: Annual Percent Change) utilizando el método descrito por Ferreira Antunes et al²². Esto se hizo para cada país, discriminado por sexo y para el periodo de 2000 a 2017. El método utilizado fue la regresión de Prais-Winsten²³. El método de Prais-Winsten es un modelo de regresión lineal en el cual las variables son dependientes del tiempo, los errores están correlacionados y se asume que siguen un proceso autorregresivo de primer orden.

En el caso univariado, el modelo se especifica del modo siguiente:

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 + u_t$$

En donde el término de error u_t sigue un proceso autorregresivo:

$$u_t = \rho u_{t-1} + e_t$$

y los errores e_t son independientes e idénticamente distribuidos.

Los valores del cambio anual de las tendencias pueden ser presentadas como proporción o como porcentaje. Si era positiva, se consideraba que la serie temporal es creciente, si fuera negativa es decreciente, y sería estacionaria si no tuviera diferencia significativa entre su valor y cero. Se consideraron

que los APC son estadísticamente significativos si el valor de $p < 0.05$.

Los datos de consumo de tabaco y alcohol para los años 2010 y 2016 se presentan de manera descriptiva, así como un recopilación de las principales políticas de control de estos factores de riesgo implementadas en los países de estudio. Para estudiar la relación entre el consumo de tabaco y alcohol con la mortalidad por cáncer oral se ajustaron modelos de regresión lineal simple, siendo la variable dependiente la mortalidad, y las variables independientes el consumo de tabaco y alcohol de forma separada. Posteriormente, se realizaron modelos de regresión lineal simple para determinar el efecto de las políticas de control en la mortalidad por cáncer oral. Para esto, se ejecutaron de nuevo los modelos de regresión teniendo como base las tasas estandarizadas por edad de mortalidad por cáncer oral como variable dependiente, y las prevalencias del consumo de tabaco y alcohol de forma separada como variables independientes; sin embargo, se agruparon los países según sus avances en la implementación de las políticas. Para el caso del control de tabaco, se consideraban dentro de la categoría de mayor avance si se reportaba al menos cuatro de las políticas de control en sus más altos estándares (Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Panamá, Uruguay); avance parcial al contar con dos políticas con sus más altas características o tres con estándares intermedios (Cuba, Rep. Dominicana, Guatemala, México, Panamá, Perú, Paraguay); y escaso avance al presentar la mayoría de sus políticas en los escalones más bajos o sin reporte (Bolivia, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua). En el caso del control de alcohol; se usaron las mismas categorías: mayor avance (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Rep. Dominicana); avance parcial (Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguay); y escaso avance (Bolivia, Guatemala, Haití, Nicaragua, Uruguay, Venezuela). Se reportan los coeficientes con sus intervalos IC (95%), r^2 , y valor de p . Todos los análisis se realizaron en Stata v15.1

RESULTADOS

Tasas estandarizadas por edad (ASR) de mortalidad por cáncer oral en los países de AL entre 2000 y 2017. La figura 1 muestra las tasas estandarizadas

por edad de mortalidad por cáncer oral para los 20 países de AL estudiados discriminados por sexo. La tabla 1 muestra los análisis de tendencias ejecutados. Las ASR más altas se observaron en los hombres de Cuba (4.70) y de Brasil (4.58); y entre las mujeres se presentan en Honduras (1.80) y República Dominicana (1.62). Con excepción de Honduras, la mortalidad es mayor en hombres alcanzando una razón H:M de 3.8 en Uruguay. Los descensos más importantes se presentan en los hombres de Brasil (APC -7.83) y en las mujeres de Panamá (APC -2.14). Son pocas las tendencias al aumento, aunque éstas se evidencian especialmente entre las mujeres (APC 0.20 en Bolivia y 0.84 en Uruguay).

Factores de riesgo de tabaquismo y consumo de alcohol. La figura 2 presenta la descripción del porcentaje de la prevalencia del consumo de tabaco en mayores de 15 años en 2010 y 2016 según sexos en AL. Se aprecia una disminución generalizada entre los dos años, con excepción de las mujeres de Brasil (12.9% en 2010 y 18.4% en 2016); mientras los hombres de este país mostraron una reducción del 21.8% en 2010 a 10,5% en 2015. Las mayores prevalencias se presentan entre los hombres de Cuba, seguido de los de Chile; y entre las mujeres de este último, con poca variación entre los dos años en ambos sexos. Los valores más bajos en 2016 se presentan entre los hombres de Panamá (10,5%) y entre las mujeres de Honduras (2,5%).

El consumo de litros de alcohol per cápita presenta menos casos de disminución que la prevalencia de tabaquismo entre los hombres entre los dos años, con Venezuela y Brasil a la cabeza en la región (Fig 2). Las mujeres en Uruguay y Argentina presentan aumentos; y en Venezuela se observa un marcado descenso.

Políticas de control para el tabaquismo y consumo de alcohol. La Organización Mundial de la Salud ha liderado varias estrategias para la implementación de políticas que permitan monitorear y reducir el consumo de tabaco²⁴ y alcohol¹⁶ a nivel global. Tanto la oficina general, como las regionales emiten informes periódicos sobre la situación de estos factores de riesgo y su control en los países. Estos informes permiten realizar un seguimiento al avance en las diferentes medidas.

La OMS creó el Convenio Marco para el Control del Tabaco (FCTC: Framework Convention on Tobacco Control) para reducir la prevalencia mundial

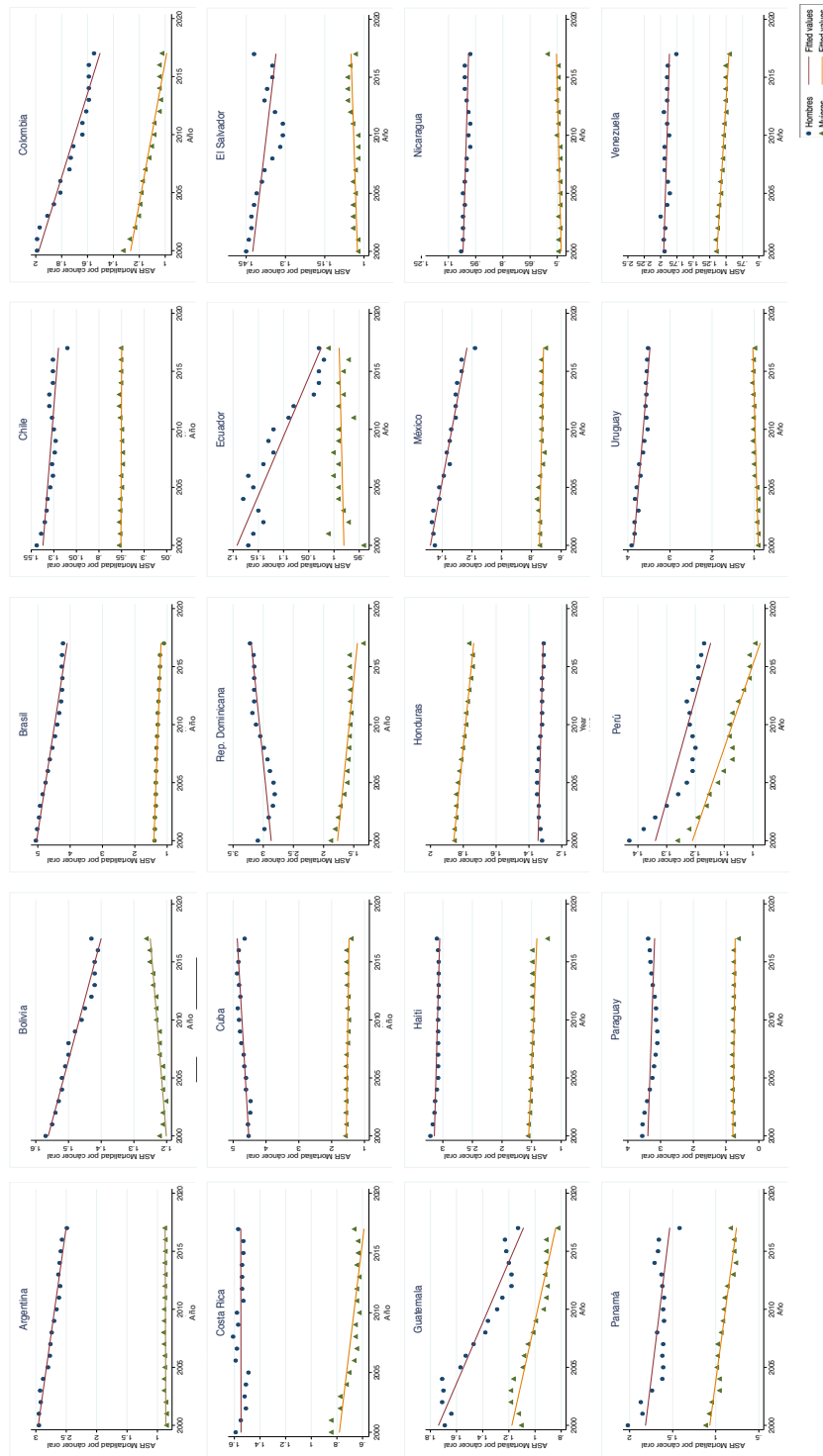
de tabaquismo y exposición al humo de tabaco en 2025. El FCTC provee un marco legal, regulatorio, y político para promover los estilos de vida sin tabaquismo. El seguimiento al FCTC hasta 2017¹⁹ se indica en la tabla 2.

Las disposiciones clave de reducción de la demanda del FCTC, que han sido condensadas por la OMS como MPOWER, cubren desde medidas impositivas y de precios hasta protección contra la exposición al humo de tabaco; regulación del contenido de productos de tabaco; normas sobre empaquetamiento y etiquetado de productos; restricciones a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; así como reducir la dependencia del tabaco y fomentar el abandono del tabaquismo. Algunas de las principales medidas se relacionan con el seguimiento mediante encuestas nacionales como Global Adult Tobacco Survey (GATS), y Global Youth Tobacco Survey (GYTS); mismas que han sido aplicadas de manera diferencial entre los países.

De manera conjunta desde 2010, el Departamento de Abuso de Sustancias de la OMS hizo de la prevención y reducción del uso nocivo del alcohol una prioridad y creó la estrategia global para reducir su consumo. En 2011, los países miembros de la OPS aprobaron el Plan de Acción para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol (Resolución CD51.R14). Las recomendaciones impulsadas por esta estrategia se focalizan en acciones para alterar los contextos para beber, limitar la disponibilidad de alcohol, y promover medidas relativas a los precios de las bebidas alcohólicas^{16,25}. Los avances de los países se presentan en la tabla 2.

Relación entre la mortalidad por cáncer oral con los factores de riesgo de consumo de tabaco y alcohol según la implementación de las políticas de control en América Latina. Se observó una relación positiva entre la mortalidad por cáncer oral y la prevalencia de tabaquismo ($r^2=0.277$; $p=0.003$) y el consumo de alcohol ($r^2=0.402$; $p=0.000$) en los países de la región. En el caso de la implementación de las políticas de control de tabaco, se observó que en aquellos escenarios en los cuales se ha dado el menor avance, esta asociación es más fuerte ($r^2=0.839$, $p=0.001$). Ocurre lo contrario con el control del consumo de alcohol, puesto que en aquellos contextos de mayor avance en la implementación de las políticas, la asociación con la mortalidad por cáncer oral es más fuerte ($r^2=0.819$, $p=0.002$)(tabla 3).

Figura 1. Tasas estandarizadas por edad de mortalidad por cáncer oral en América Latina discriminadas por sexos entre 2000 y 2017.



Fuente: Elaboración propia. ASR: Tasas estandarizadas por edad

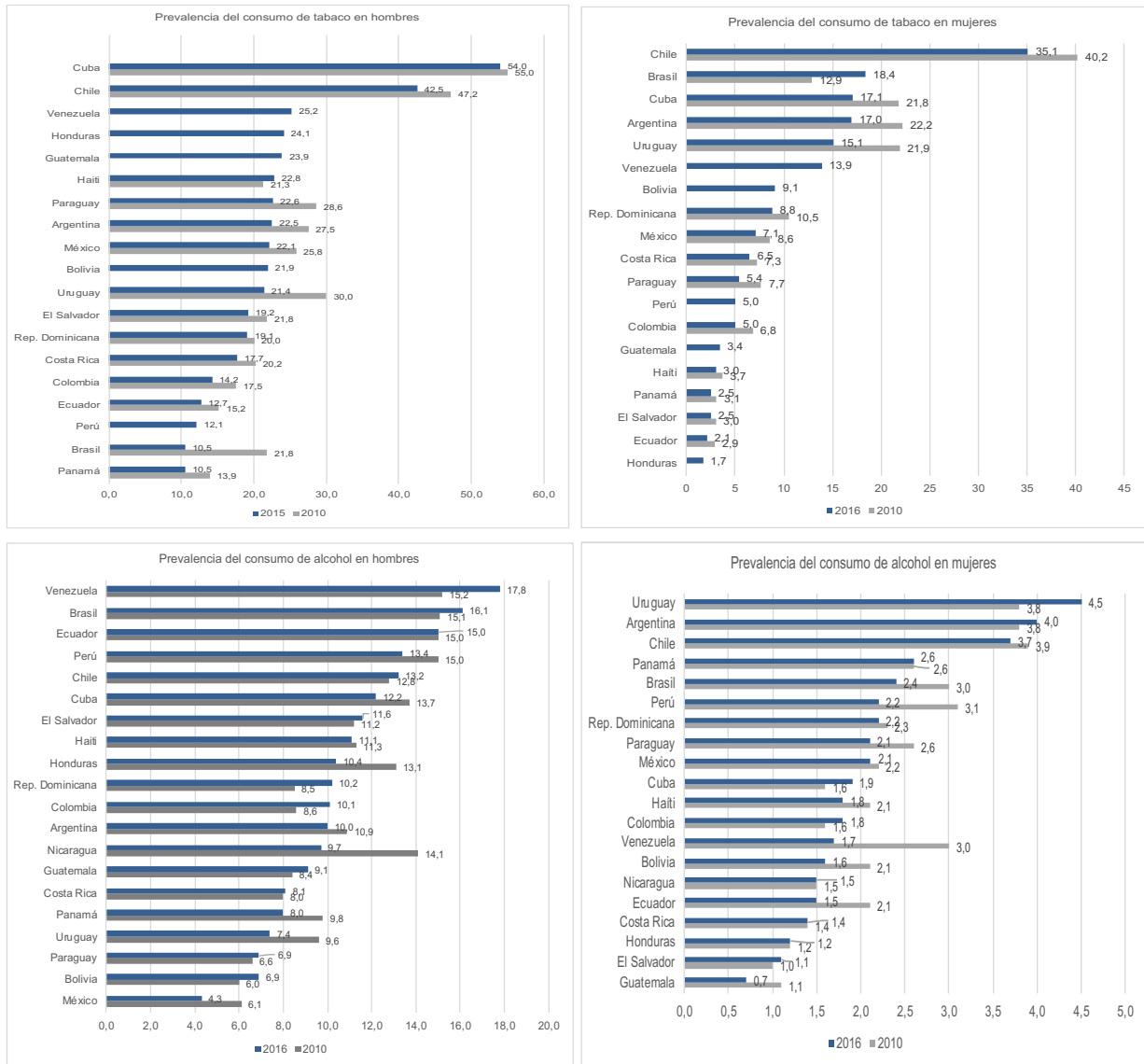
Tabla 1. Tendencias en la mortalidad por cáncer oral en AL durante el periodo de 2000 a 2017.

Países	Hombres		Mujeres	
	APC (IC 95%)	Tendencia	APC (IC 95%)	Tendencia
Argentina	-0.91 (-0.01, 0.00)	Decreciente	0.12 (0.00, 0.00)	Estacionaria
Bolivia	-0.68 (-0.01, 0.00)	Decreciente	0.20 (0.00, 0.00)	Creciente
Brasil	-7.83 (-0.14, 0.01)	Decreciente	-0.82 (-0.01, 0.01)	Decreciente
Chile	-0.75 (-0.01, 0.00)	Decreciente	-0.14 (0.00, 0.00)	Estacionaria
Colombia	-1.49 (-0.01, 0.01)	Decreciente	-1.48 (-0.02, 0.01)	Decreciente
Costa Rica	-0.07 (0.00, 0.00)	Estacionaria	-1.78 (-0.03, 0.01)	Decreciente
Cuba	0.50 (0.00, 0.01)	Decreciente	-0.16 (0.00, 0.00)	Estacionaria
Rep. Dominicana	0.20 (0.00, 0.01)	Decreciente	-1.12 (-0.02, 0.00)	Decreciente
Ecuador	-0.87 (-0.01, 0.00)	Decreciente	0.00 (0.00, 0.00)	Estacionaria
El Salvador	-0.46 (-0.01, 0.00)	Decreciente	0.18 (0.00, 0.00)	Estacionaria
Guatemala	-2.20 (-0.03, 0.01)	Decreciente	-1.41 (-0.02, 0.00)	Decreciente
Haití	-0.25 (0.00, 0.00)	Decreciente	-0.28 (-0.01, 0.00)	Decreciente
Honduras	-0.07 (0.00, 0.00)	Estacionaria	-0.41 (0.00, 0.00)	Decreciente
México	-0.96 (-0.01, 0.01)	Decreciente	-0.13 (0.00, 0.00)	Estacionaria
Nicaragua	-0.14 (0.00, 0.00)	Estacionaria	0.11 (0.00, 0.00)	Estacionaria
Panamá	-1.04 (-0.02, 0.00)	Estacionaria	-2.14 (-0.03, 0.02)	Decreciente
Perú	-1.18 (-0.02, 0.00)	Decreciente	-1.34 (-0.02, 0.01)	Decreciente
Paraguay	-0.42 (-0.01, 0.00)	Estacionaria	-0.06 (0.00, 0.00)	Estacionaria
Uruguay	-0.64 (-0.01, 0.00)	Decreciente	0.84 (0.00, 0.01)	Creciente
Venezuela	-0.15 (0.00, 0.00)	Estacionaria	-0.92 (-0.01, 0.01)	Decreciente

Fuente: Elaboración del autor.

APC: Annual Percent Change

Figura 2. Prevalencia del consumo de tabaco y alcohol en AL en hombres y mujeres durante los años 2010 y 2016.



Fuente: elaboración propia. Datos ausentes del consumo de tabaco en Nicaragua. Países que sólo reportan datos de 2016 para el consumo de tabaco: Venezuela, Bolivia, Honduras, Perú y Guatemala

Tabla 2. Implementación de políticas de control para el consumo de tabaco y alcohol implementadas en América Latina hasta 2016.

Políticas de control de factores de riesgo	Países que las han implementado
Políticas de control de tabaco	
Monitoreo sobre el uso del tabaco y de medidas preventivas	
Datos recientes, representativos y periódicos de adultos y jóvenes	Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Panamá, Perú, Uruguay
Datos recientes y representativos de adultos y jóvenes	Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador El Salvador, México, Venezuela
Datos recientes y representativos de adultos o de jóvenes	Rep. Dominicana, Haití, Honduras, Paraguay
No hay datos recientes o representativos	Guatemala, Nicaragua
Proteger a la gente del humo del tabaco	
Todos los lugares públicos son completamente libres del humo de tabaco (o al menos el 90% de la población está cubierta por legislación subnacional)	Argentina, Rep. Dominicana, Guatemala, Brasil, Chile, Cuba, El Salvador, Honduras, Panamá, Perú, Uruguay, Venezuela
Tres a siete lugares públicos completamente libres del humo de tabaco	Bolivia, Colombia, Nicaragua
Hasta dos lugares públicos completamente libres del humo de tabaco	Costa Rica, Ecuador, Haití, Paraguay
Datos sin registrar o categorizar	México
Ofrecer ayuda para dejar de fumar	
Línea de ayuda nacional, Terapia de Reemplazo de Nicotina y algunos servicios de cese cubiertos	Argentina, Rep. Dominicana, Ecuador, México, Panamá, Uruguay
Terapia de Reemplazo de Nicotina y algunos servicios de cese, con al menos uno cubierto	Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, El Salvador, Honduras, Paraguay, Venezuela
Terapia de Reemplazo de Nicotina y algunos servicios de cese, ninguno cubierto	Guatemala, Brasil, Costa Rica, Haití, Nicaragua, Perú
Advertencias sobre los efectos nocivos del tabaco	
>50% del tamaño del empaque lo ocupan advertencias o imágenes con las características apropiadas	Argentina, Bolivia, Rep. Dominicana, Guatemala, Chile, Cuba, Ecuador, México, Panamá, Perú, Uruguay, Venezuela
31-49% del tamaño del empaque lo ocupan advertencias o imágenes con otras características	Brasil, Honduras, Nicaragua
>30% del tamaño del empaque lo ocupan advertencias pero no imágenes con las características apropiadas	Colombia
Sin advertencias o imágenes cubriendo al menos el 30% del empaque	Costa Rica, El Salvador, Haití, Paraguay
Campañas anti-tabaco en medios masivos de comunicación	
Campaña nacional conducida con al menos 7 características apropiadas incluyendo publicaciones en tv y/o radio	Brasil, Colombia, Ecuador
Campaña nacional conducida con 5-6 características apropiadas, o con 7 características excluyendo publicaciones en tv y/o radio	Argentina, Rep. Dominicana, Chile, México, Panamá, Uruguay
Ninguna campaña nacional conducida con al menos 1-4 de las características apropiadas.	Honduras
Ninguna campaña nacional conducida con una duración de al menos 3 semanas	Bolivia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Paraguay, Perú
Sin datos reportados	Guatemala, Haití, Nicaragua, Venezuela

Reforzar las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco	
Prohibiciones en todas las formas de publicidad directa e indirecta	Rep. Dominicana, Brasil, Panamá, Uruguay
Prohibiciones en la televisión nacional, la radio y los medios impresos, así como algunas formas de publicidad directa y/o indirecta, pero no todas	Argentina, Bolivia, Guatemala, Chile, Cuba, Ecuador, Honduras
Ausencia total de prohibiciones que no cubran la televisión nacional, la radio y los medios impresos.	Colombia, Costa Rica, El Salvador, Haití, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Venezuela
Aumentar los impuestos al tabaco	
>51% del precio al por menor es impuesto	Guatemala (75%), Argentina, Rep. Dominicana, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Panamá, Uruguay, Venezuela.
26-50% del precio al por menor es impuesto	Bolivia, Brasil, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Perú
<25% del precio al por menor es impuesto	Paraguay
Datos no reportados	Colombia, Haití
Políticas de control del alcohol	
Adopción de una política nacional sobre el alcohol	
Existencia del plan	Argentina, Brasil, Chile, Colombia Cuba (subnacional), México, Paraguay
Sin existencia	Costa Rica, Rep. Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú, Uruguay, Venezuela
Sin datos	Bolivia, Haití
Impuestos al alcohol y otras medias de controles de precios	
Impuesto al consumo sobre todas las bebidas alcohólicas e impuestos indirectos	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Rep. Dominicana, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Uruguay, Venezuela
Sólo impuestos indirectos (inflación/IVA)	Guatemala, Paraguay
Políticas de precios y ventas	Cuba, Perú (bebidas no alcohólicas a precios inferiores), Ecuador (política de precio mínimo)
No registra datos	Haití
Regular la disponibilidad física mediante restricciones en el tiempo, el lugar y la densidad de las ventas de alcohol	
Con restricciones de días y horarios de venta completa o parcialmente	Chile, Costa Rica, Cuba, Rep. Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Uruguay, Venezuela
Sin restricciones	Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Paraguay
Regular la publicidad de alcohol y otros tipos de mercadeo	
Reglamentos sobre la publicidad y patrocinio de ventas	Argentina, Brasil, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Paraguay.
Sin reglamentos reportados sobre la publicidad y patrocinio de ventas	Bolivia, Colombia, Cuba, Rep. Dominicana, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Perú, Uruguay.
Advertencias sobre los efectos en la salud en la publicidad y recipientes	
Advertencias tanto en la publicidad como en los recipientes	Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Rep. Dominicana, Ecuador, México, Panamá, Perú
Advertencias solo en uno de los dos medios	Chile, Cuba, El Salvador, Honduras, Paraguay, Uruguay, Venezuela
Sin datos reportados	Bolivia, Guatemala, Haití

Tabla 3. Asociación entre la mortalidad por cáncer oral con los factores de riesgo de consumo de tabaco y alcohol según la implementación de las políticas de control en América Latina.

Predictores		β (IC 95%)	r^2	P
Prevalencia de tabaquismo		0.05 (0.02, 0.08)	0.277	0.003
Prevalencia en el consumo de alcohol		0.13 (0.78, 0.18)	0.402	0.000
Implementación de las políticas de control de tabaco	Mayor avance	0.19 (-0.03, 0.72)	0.039	0.465
	Avance parcial	0.17 (-0.00, 0.04)	0.572	0.081
	Escaso	0.07 (0.40, 0.10)	0.839	0.001
Implementación de las políticas de control de alcohol	Mayor avance	0.11 (0.56, 0.16)	0.819	0.002
	Avance parcial	0.11 (0.04, 0.18)	0.626	0.006
	Escaso	0.18 (0.09, 0.27)	0.466	0.000

Fuente: Elaboración propia.

Prevención de cáncer asociado a VPH. La incidencia del VPH en el cáncer oral ha mostrado datos variados según los estudios y métodos de detección, aunque el predominio de los subtipos 16 y 18 ha sido una constante^{8,26,27}. De manera global, el carcinoma de células escamosas se ha asociado al cáncer oral en <23.5% de los casos (12.3%, 45.8%)²⁸. Para la región de América Latina, Castellsagué et al²⁹ reportaron la presencia de alguno de los subtipos de mencionados en 8.6% de los casos de cáncer oral usando VPH-ADN como método de detección; 6.6% usando VPH-ADN, mARN; y 5.2% usando usando VPH-ADN, mARN y/o p16. Mientras Ndiaye et al³⁰ reportaron 33.1% usando VPH-ADN.

La prevención primaria del cáncer oral a través de las vacunas disponibles aún está bajo evaluación. Se asume que el potencial preventivo de las vacunas VPH16/18 puede ser debido a su acción no solo directa sino también indirectamente al lograr la reducción de la incidencia de infección viral a nivel oral a través de la reducción de la prevalencia de la infección genital asociada. Un estudio en Costa Rica³¹ demostró que la vacuna bivalente tenía un 93% (62.5%, 99.7%) de eficacia para reducir la infección oral por VPH en mujeres. Sin embargo, el estudio no tuvo el alcance de determinar si no se dieron futuras infecciones.

Hasta ahora, los países de AL que han comenzado sus programas de vacunación, la mayoría con la vacuna cuadrivalente contra VPH, son: Argentina,

Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú, y Uruguay. Sólo Chile, Ecuador y México comenzaron sus programas utilizando un esquema de dos dosis. Sin embargo, a finales de 2016, la mayoría de los otros países habían cambiado de un esquema de tres dosis a un esquema de dos dosis. Las poblaciones objetivo son niñas entre 9 y 11 años, o hasta los 17 como en Colombia y Paraguay; y sólo Argentina, Brasil y Paraguay incluyen también a los niños (entre 10 y 13 años). A finales de 2014, la cobertura con al menos dos dosis oscilaba entre un mínimo del 2% (Perú) y un máximo del 86% (México)³².

Estrategias de detección, diagnóstico y tratamiento. Los programas de detección usando la inspección visual han sido propuestos como la principal estrategia para la prevención secundaria del cáncer oral³³. Aunque se han realizado estudios que investigan la utilidad de ésta y otras pruebas de detección potenciales, se han realizado pocas evaluaciones de los programas de detección y solo un ensayo clínico aleatorizado³⁴. Las revisiones sistemáticas han concluido que no hay pruebas suficientes para demostrar que la detección del cáncer oral puede reducir la mortalidad por cáncer oral y, hasta la fecha, los ejemplos de implementación de un programa formal de detección del cáncer oral son escasos³⁵.

En AL son pocas las iniciativas reportadas. Cuba introdujo un programa en sus servicios de salud 1984, el cual fue evaluado en 2002 y demostró

que la inspección visual protegía hasta en un 33% (23%, 95%) a las personas de ser diagnosticadas en estadios más avanzados del cáncer oral³⁶. Brasil incluyó los cambios de la mucosa oral en la lista de marcadores de la salud oral para incentivar a los odontólogos a la búsqueda activa³⁷, pero no se ha investigado si esto ha influido en la reducción de la mortalidad.

De manera global en AL hasta 2017 Bolivia, Haití, Honduras, Nicaragua y Venezuela reportan no tener un plan nacional para la atención del cáncer. Además de estos países; Colombia, Ecuador, Rep. Dominicana y Paraguay reportan no tener un plan nacional de salud oral³⁸. Así como la mayoría de casos de cáncer oral, varios tipos de cáncer requieren el uso de radioterapia para su tratamiento, pero miles de pacientes que la requieren no tienen acceso a este tratamiento en su sistema de salud en AL, con efectos perjudiciales en su supervivencia³⁹, y se ha reportado que las necesidades de esta tecnología están cubiertas entre un 58% (Bolivia) y 75% (Brasil)⁴⁰.

DISCUSIÓN

Los resultados actuales resaltan la variabilidad de las tasas de mortalidad del cáncer oral en los países de la región de América Latina, con Brasil, Cuba, y Uruguay experimentando las tasas más altas. De acuerdo con los hallazgos presentados por Bosetti et al. y Chatenou et al.^{41,42}, la mortalidad debida a esta malignidad en Brasil está en aumento tanto en hombres como en mujeres. Las tasas de mortalidad por cáncer oral en la región han experimentado una nivelación según lo informado por Chatenou et al. en Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México y Uruguay durante un período de 20 años; estos son similares a las tasas de mortalidad en los países de Europa Occidental y Estados Unidos⁴³. Por tanto, un seguimiento constante a éste cáncer es necesario para identificar cambios a lo largo del tiempo.

Una comparación de los datos disponibles para dos períodos diferentes en Costa Rica (1985-1989 y 2003-2007) mostraron una reducción en las tasas de incidencia de cáncer oral en ambos sexos; esto podría reflejar en cierta medida el efecto de las políticas antitabaco implementadas en el país a principios de los años noventa⁴⁴. El presente estudio

refleja que países como Brasil y Panamá, que han tenido un mayor avance en el convenio MPOWER, han mostrado una disminución importante en su mortalidad por cáncer oral entre 2000 y 2017 entre los hombres (APC -7.83) en Brasil, y entre las mujeres de Panamá (APC -2.14).

Los resultados del presente estudio reflejan una mayor asociación entre la prevalencia del consumo de tabaco con la mortalidad por cáncer oral en los contextos que han tenido menor implementación de las políticas de control, y esta relación se hace menos fuerte en los escenarios planteados de mayor implementación de las medidas, llegando $r^2=0.039$ ($p=0.465$). Esto demuestra el efecto de las mismas y la importancia de su fortalecimiento. Al respecto, en la Unión Europea se demostró que la implementación de estas medidas podían reducir hasta un 30% el riesgo de cáncer de pulmón⁴⁵; siendo éste tipo de estudios un paso futuro necesario en la región.

La experiencia de las prohibiciones de publicidad en el control del tabaco sugiere la efectividad de medidas legales similares en la política de control de alcohol¹⁴. A su vez, se ha demostrado que las políticas como el aumento en los impuestos (directos e indirectos) al consumo de alcohol son la más costo-efectivas para disminuir el promedio de consumo nocivo de alcohol; y que las políticas que restringen el suministro y disponibilidad de alcohol son efectivas para reducir el daño causado por el alcohol⁴⁶.

Es necesario resaltar la variabilidad en los patrones culturales de la región, misma que se refleja en el tipo de bebidas alcohólicas que se consumen, los espacios sociales, las cantidades y los momentos. En general, el patrón de consumo de alcohol en América Latina se caracteriza por altos consumos de alcohol de manera ocasional, en momentos de celebración, consumo en lugares públicos, y bebidas para acompañar las comidas como el vino y la cerveza. Varios de los países de AL son importantes productores y consumidores de vino⁴⁷, mismos que coinciden con aquellos que han demostrado mayor implementación de las medidas de control en la región; lo que podría estar asociado con los resultados del presente estudio al valorar el efecto de éstas medidas en diferentes contextos. De hecho, esto podría implicar que las políticas mismas están teniendo efecto en controlar el consumo nocivo de alcohol y no estar afectando el consumo de bebidas como el vino, del que no se ha demostrado que

tenga asociación con la etiología de cáncer⁴⁸, ni del consumo de cerveza⁴⁹.

Aún es limitado el conocimiento sobre la epidemiología del VPH en las infecciones orales y su relación con cáncer. Por tanto, se requieren estudios adicionales para explorar la efectividad de las vacunas disponibles y determinar su potencial costo-beneficio en la prevención del cáncer oral.

En 2009 se emitió la resolución sobre el Programa Global para la Salud Oral por parte de la OMS⁵⁰. Se hizo énfasis en la necesidad de incluir la prevención del cáncer oral como una parte integral de los planes nacionales de control del cáncer e involucrar a los profesionales de la salud oral o personal de atención primaria en el entrenamiento para la detección, diagnóstico temprano y tratamiento. Aunque se han dado algunos intentos por implementar programas de detección en la región, las dificultades más frecuentes que se reportan se refieren a la implementación de redes para el diagnóstico oportuno del cáncer, incluyendo: ausencia de integración entre los niveles de atención, falta de experiencia para identificar signos o tomar biopsias, y limitación para llegar a la población en riesgo⁵¹. En consecuencia, se requiere mayor visibilidad pública de la problemática y aumentar la difusión de los síntomas tempranos por parte del personal de salud, para lograr diagnósticos oportunos y tratamientos efectivos.

A pesar de las limitaciones propias de un diseño ecológico, este estudio proporciona una perspectiva regional y actual sobre la carga del cáncer oral, así como una visión general de las principales medidas de control de factores de riesgo implementadas. Las bases de datos utilizadas dan cuenta de los reportes de los países, y han sido validadas y utilizadas en múltiples estudios. No obstante, los sistemas de información a niveles nacionales varían en gran medida en su integridad y calidad y los datos deben ser interpretados con cautela.

CONCLUSIONES

Las tendencias de mortalidad por cáncer oral en la región de América Latina muestran un descenso generalizado. Sin embargo, la variación geográfica y entre sexos puede relacionarse con la distribución de factores de riesgo en la región. El consumo de tabaco y alcohol son los principales factores de riesgo consistentemente asociados con la mortalidad por

cáncer oral. La mayoría de los países en la región han implementado las recomendaciones de la OMS para establecer políticas públicas para controlar el tabaco y alcohol. En consecuencia, se observó un mayor efecto del consumo de tabaco con la mortalidad por cáncer oral en los contextos de menor implementación. El consumo de alcohol aún es alto en la región, por lo que se requieren fortalecer las medidas de control a nivel poblacional, teniendo en cuenta las particularidades culturales. Se requiere profundizar en la investigación sobre la potencial prevención primaria de las vacunas contra el VPH en el cáncer oral; y reforzar las estrategias de detección, diagnóstico y tratamiento efectivo en los sectores sanitarios a niveles nacionales.

Conflicto de intereses:

Los autores manifiestan que no existió ningún tipo de conflicto de intereses en la realización del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Geneva, Switzerland; 2018.
2. Leite I. Mortalidade por Câncer de Boca e Faringe em Cidade de Médio Porte na Região Sudeste do Brasil, 1980-2005. *Rev Bras Cancerol.* 2010;56(1):17-23.
3. Martinez VD, MacAulay CE, Guillaud M, Lam WL, Zhang L, Corbett KK, et al. Targeting of chemoprevention to high-risk potentially malignant oral lesions: Challenges and opportunities. *Oral Oncol.* 2014;50(12):1123-30.
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R, Torre L, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
5. GLOBOCAN 2012. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 3]. Available from: http://globocan.iarc.fr/old/burden.asp?selection_pop=35916&selection_pop=176931&Text-p=Central+America%2C+South+America&selection_cancer=13010&Text-c=Lip%2C+oral+cavity&pYear=18&type=1&window=1&submit=Execute
6. Ferreira Antunes J, Toporcov T, Biazevic M, Boing A, Scully C, Petti S. Joint and independent effects of alcohol drinking and tobacco smoking on oral cancer: a large case-control study. *PLoS One.* 2013;10(8):e68132.

7. Krüger M, Pabst A, Walter C, Sagheb K, Günther C, Blatta S, et al. The prevalence of human papilloma virus (HPV) infections in oral squamous cell carcinomas: A retrospective analysis of 88 patients and literature overview. *J Craniomaxillofac Surg.* 2018;42(7):1506–14.
8. Young D, Xiao CC, Murphy B, Moore M, Fakhry C, Day TA. Increase in head and neck cancer in younger patients due to human papillomavirus (HPV). *Oral Oncol.* 2015;
9. Blankart C. Does healthcare infrastructure have an impact on delay in diagnosis and survival? *Health Policy (New York).* 2012;105:128–37.
10. Chang T, Su Y, Lee C. Determinants for Aggressive End-of-Life Care for Oral Cancer Patients A Population-Based Study in an Asian Country. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(4):e460.
11. Macedo da Silva, Bonfante Gisele Machado CJ, Alencar de Souza PE, Gurgel Andrade EI, de Assis Acurcio F, Cherchiglia Leal M. Specific 5-year oral cancer survival and associated factors in cancer outpatients in the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(5):983–97.
12. Goss P, Lee B, Badovinac-Crnjevic T, Strasser-Weippl K, Chavarri-Guerra Y, St L, et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol.* 2013;14(5):391–436.
13. Mariotto A, Yabroff K, Shao Y, Al. E. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103:117–28.
14. Anantharaman D, Al. E. Population attributable risk of tobacco and alcohol for upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncol* 47 725–731. 2011;47:725–31.
15. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra; 2007.
16. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, editor. Washington, DC; 2015. 1–84 p.
17. Washington U of. Institute of Health and Metrics Evaluation. Financing Global Health. 2018.
18. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Data Health Exchange [Internet]. Global Burden of Disease (GBD). 2018. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
19. World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic. Geneva; 2017.
20. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Switzerland; 2018.
21. World Health Organization. Human Papillomavirus Vaccines: WHO position paper. Geneva; 2017.
22. Ferreira Antunes J, Alves Cardoso M. Using time series analysis in epidemiological studies. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(3):565–76.
23. Prais S, Winsten C. Trend estimators and serial correlation. *CCDP stati.* Chicago: Cowles Commission; 1954.
24. World Health Organization, Pan American Health Organization. Informe sobre control del tabaco en la región de las Américas. Washington D.C.; 2016.
25. Salud OM de la. Global status report on alcohol and health. Luxemburgo; 2014. 87–287 p.
26. Lee S, Lee C, Rigas N, Kim R, Kang M, Park N, et al. Human papillomavirus 16 (HPV16) enhances tumor growth and cancer stemness of HPV-negative oral/oropharyngeal squamous cell carcinoma cells via miR-181 regulation. *Papillomavirus Res.* 2015;1:116–25.
27. de Abreu P, et al. Frequency of HPV in oral cavity squamous cell carcinoma. *BMC Cancer.* 2018;18(324):1-8.
28. Taberna M, Mena M, Pavón M, Alemany L, Gillison M, Mesía R. Humanpapillomavirus-related oropharyngeal cancer. *Ann Oncol.* 2017;28:2386–98.
29. Castellsagué X, Alemany L, Quer M, Halc G, Quirós B, Tous S, et al. HPV involvement in head and neck cancers: comprehensive assessment of biomarkers in 3680 patients. *J Natl Cancer Inst.* 2016;108:403–15.
30. Ndiaye C, Mena M, Alemany L, Arbyn, MCastellsagué X, Laporte L, et al. HPV DNA, E6/E7 mRNA, and p16INK4a detection in head and neck cancers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2014;15:1319–31.
31. Herrero R, Quint W, Hildesheim A, Gonzalez P, Strujik L, Katki H, et al. Reduced prevalence of oral human papillomavirus 4 years after bivalent HPV vaccination in a randomized clinical trial in Costa Rica. *PLoS One.* 2013;8:e68329.
32. Organización Panamericana de la Salud, Países M de S de los. Comprehensive Family Immunization Unit database. 2019.
33. Walsh T, Liu J, Brocklehurst P, Al. E. Clinical assessment to screen for the detection of oral cavity cancer and potentially malignant disorders in apparently healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;11:CD010173.
34. Downer M, Moles D, Palmer S, Speight P. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral

- cancer and precancer. *Oral Oncol.* 2006;42:551-60.
35. Speight P, Epstein J, Lingen M, Nagao T, Ranganathan K, Vargas P. Screening for oral cancer: a perspective from the Global Oral Cancer Forum. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017;123(6):680-7.
 36. Sankaranarayanan R, Fernandez Garrote L, Lence Anta J, Pisani P, Rodriguez Salva A. Visual inspection in oral cancer screening in Cuba: a case-control study. *Oral Oncol.* 2002;38:131-6.
 37. Nemoto R, Victorino A, Pessoa G, da Cunha L, da Silva J, Kanda J. Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target? *J Otorhinolaryngol.* 2015;81:44-9.
 38. World Health Organization. Policies, strategies and action plans for noncommunicable diseases. *Global Health Observatory data repository.* 2017.
 39. Abdel-Wahab M, Fidarova E, Polo A. Global Access to Radiotherapy in Low- and Middle-income Countries. *Clin Oncol.* 2017;29:99-104.
 40. Atun R, Jaffray D, Barton M, Bray F, Baumann M, Vikram B, et al. Expanding global access to radiotherapy. *Lancet Oncol.* 2015;16:1153-86.
 41. Chatenoud L, Bertuccio P, Bosetti C, Malvezzi M, Levi F, Negri E, et al. Trends in mortality from major cancers in the Americas: 1980-2010. *Ann Oncol.* 2014;25:1843-53.
 42. Bosetti C. Trends in cancer mortality in the Americas, 1970-2000. *Ann Oncol.* 2005;16:498-511.
 43. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 2009;45(4-5):309-16.
 44. Crosbie E, Sebrie E, Glantz S. Tobacco industry success in Costa Rica: the importance of FCTC article 5.3. *Salud Publica Mex.* 2012;54:28-38.
 45. González-Marrón A, Martín Sánchez J, Martínez-Sánchezab, Miró Q, Matilla-Santander N, Cartan-yà-Hueso A, et al. Relation between tobacco control policies and population at high risk of lung cancer in the European Union. *Environ Res.* 2019;179:1085-94.
 46. Organization WH. International Agency for Research on Cancer [Internet]. *WORLD CANCER REPORT.* 2014. Available from: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?mode=cancer&mode_population=more_less_dev_regions&population=931&sex=0&cancer=5&type=1&statistic=0&prevalence=0&color_palette=default
 47. Griswold M, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen S, Tymeson H, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2018;18:1-21.
 48. Eriksson M, Al. E. Tobacco smoking and alcohol consumption as risk factors for thymoma - A European case-control study. *Cancer Epidemiol.* 2019;61:133-8.
 49. Gaetano de G, et al. Effects of moderate beer consumption on health and disease: A consensus document. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2016;26(6):443-67.
 50. Petersen P. Global policy for improvement of oral health. *Int Dent J.* 2008;58:115-21.
 51. Speight P, Epstein J, Kujan O, Lingen M, Nagao T, Ranganathan K, et al. Screening for oral cancer-a perspective from the Global Oral Cancer Forum. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017;123(6):680-7.

EL “ESTALLIDO SOCIAL” Y LA SALUD MENTAL DE LA CIUDADANÍA. UNA APRECIACIÓN DESDE LA EXPERIENCIA PRAIS

THE “POPULAR UPRISING” AND THE POPULATIONS’ MENTAL HEALTH. AN ASSESSMENT BASED ON THE EXPERIENCE OF THE PRAIS PROGRAM

1. EL “ESTALLIDO SOCIAL”

Se ha instalado con inusitada fuerza en el discurso público el concepto de “estallido social” como caracterización del fenómeno social, político y cultural que irrumpe horizontalmente en la sociedad chilena, de un extremo a otro del país, a partir de octubre de 2019, movilizandoo a millones de ciudadanos en protesta contra las desigualdades sociales y reclamando cambios profundos. Una primera lectura de este fenómeno es la de una sorpresiva e inesperada explosión de emociones y sentimientos acumulados en el inconsciente colectivo (rabia, impotencia, indignación, injusticia, desconfianza, incredulidad, etc.) que se acoplan espontáneamente entre sujetos con muy diversas identidades sociales y dan forma a la más profunda reacción ciudadana que se recuerde desde el fin de la dictadura militar en respuesta a las condiciones de vida que se denuncian como ya intolerables. La consigna “Chile despertó”, con su potente carga simbólica y representacional, hace de epicentro comunicacional de este proceso al dar cuenta de dicho estado de ánimo, al mismo tiempo que le otorga sentido pleno al hecho que la presencia ciudadana en las calles cambió de un día para otro la realidad del país.

Un segundo momento reflexivo sobre este estallido social, por la vía de la expansión del análisis a los procesos históricos ocurridos en las últimas dos décadas en la sociedad chilena, introduce elementos de mayor complejidad, que inevitablemente tensionan las relaciones dialógicas entre la comprensión nomotética e ideográfica de la crisis social en curso. Junto con el análisis generalizado y subjetivo de este proceso interesa la reflexión particularizada del mismo si deseamos entender los componentes que multideterminan los acontecimientos en curso (“en curso” porque estamos en medio de una dinámica sociopolítica cuyo desenlace final desconocemos). El estallido social materializa el momento histórico en que la ciudadanía hace un copamiento del campo de la política, se transforma en actor social colectivo y acomete contra una realidad social opresiva que se ha tornado irresistible. Tras el espontaneísmo inicial y una aparente ausencia de conducción hay un proceso que viene caminando desde el pasado reciente, desarrollándose en los intersticios de la sociedad civil y que hace preanuncios cada cierto tiempo: la revolución pingüina, las luchas del pueblo mapuche contra el Estado y la poderosa industria maderera por sus tierras y la libertad de sus loncos, dirigentes y comuneros encarcelados, las marchas multitudinarias de los estudiantes universitarios por el derecho a la educación, de los ciudadanos contra las AFP, de las mujeres por la igualdad de género y sus derechos sexuales y reproductivos, de la diversidad sexual por su reconocimiento. Proceso ascendente y acumulativo detrás del cual está viva una experiencia de conducción social desde movimientos sociales y partidos políticos que se van articulando entre sí a medida que el proceso se complejiza y crece. En dos meses se destapa

y acelera la "ciudadanización" del sujeto público¹, emerge un actor social con voluntad de poder y decisión de cambio y se inaugura una nueva fase en la construcción de conciencia social, racionalidad que orienta la acción ciudadana hacia la reflexión crítica y la gestación de una demanda final: un nuevo pacto social mediante asamblea constituyente y nueva constitución política. Al mismo tiempo, levanta demandas sociales ya impostergables, especialmente en salud, educación, previsión social y en materia de género y pueblos indígenas. Este es un momento de síntesis de un largo proceso histórico-político, que contiene la idea de una superación del neoliberalismo y de cambios estructurales, con base en la protección de los derechos humanos y los derechos sociales. El colectivo social entra a escena para significar el agotamiento del modelo de sociedad actual; el aparentemente fragmentado discurso de los múltiples colectivos movilizados encuentra ese momento de síntesis en la crítica global al sistema, decretando su inviabilidad a la luz de los elevadísimos costos sociales que ha generado en términos de desigualdades e injusticias. Está aún por verse si este sujeto emergente es capaz de lograr la materialización de sus propósitos transformativos.²

2. LA REPRESIÓN POLÍTICA EN LA CRISIS

La crisis estalla en momentos en que las estructuras de poder cierran obstinadamente sus puertas a las demandas sociales, lo hace como desobediencia, como desafío y provocación; la ciudadanía, apoyada en una multitudinaria fuerza movilizada, se erige como un contra poder que disputa la hegemonía del proceso social utilizando la participación colectiva y su capacidad de convocatoria para establecer una nueva agenda política, orientada a la generación de un modelo alternativo de desarrollo país. En este escenario se instala la represión política, con una violencia que desborda lo imaginable y que escandaliza al mundo entero: al 30 de diciembre 3.583 personas agredidas físicamente (2.050 heridos por disparos de balas, perdigones, bombas lacrimógenas y balines), varias torturadas y violadas (777 quejadas por tortura y 137 por violencia sexual), sobre 30 muertos en distintas circunstancias, 359 personas con traumatismo ocular, varias decenas con pérdida de uno o ambos globos oculares por balines y bombas lacrimógenas, etc.³ La inmensa mayoría

de las personas afectadas son jóvenes y adolescentes, algunos niños también. El peso de la evidencia cotidiana de las violaciones masivas a los derechos humanos es tal que confluyen en un mismo diagnóstico instituciones como American Human Rights Watch, Amnesty International, ACNUR, el Instituto Chileno de Derechos Humanos y el Colegio Médico, todas las cuales responsabilizan al Estado por la flagrante vulneración de los tratados internacionales suscritos por Chile. Pese a los tibios anuncios de las autoridades de gobierno, hasta hoy no se percibe un cambio real en el estado de cosas; muy por el contrario, la agenda principal de gobierno es el apresurado intento de legislar un paquete de medidas orientadas a endurecer las penas por desórdenes públicos y a inventar nuevos delitos, con elevadas condenas, con vistas a aplacar la violencia reactiva de la ciudadanía. Esta última se muestra en forma multifacética en cada movilización social, desde aquellas expresiones de respuesta ciudadana aguda absolutamente legítimas frente a la provocación y agresión directa de las fuerzas represivas hasta algunas expresiones anómicas y delictuales. A partir de estas últimas -fenómeno absolutamente marginal al proceso en curso- se levanta un discurso oficial demonizante sobre el derecho a reunión en espacios públicos y se erige un relato mistificador, que fusiona el orden público con la paz social, y mediante el cual se intenta abortar el movimiento ciudadano, es decir, anular su más importante herramienta de poder, la movilización social.

La violencia de Estado registrada en estas semanas no es una mera evocación simbólica de los peores tiempos de la dictadura militar, es más bien una nueva puesta en escena de los mismos métodos de represión utilizados en contexto de terrorismo de Estado en los años 70 y 80: son los mismos actores (carabineros, policía de investigaciones, militares, civiles); las mismas formas de agresión sobre los cuerpos (asesinatos, golpizas, torturas, violaciones, uso masivo de balines, perdigones y también balas, allanamientos de morada, detenciones arbitrarias, amenazas de muerte, estados de excepción, etc.); el mismo tratamiento mediático (omisión de las expresiones pacíficas de la ciudadanía, con sus extraordinarias manifestaciones artísticas y culturales y, al mismo tiempo, exacerbación coordinada de las situaciones de violencia callejera); la misma sombra de impunidad para los victimarios. Esta violencia re-

presiva tensiona la tesis de la “psicopolítica” en que el neoliberalismo genera -como señala Chul-Han- una nueva forma de dominación sobre los cuerpos, aquella que se produce con el surgimiento de un nuevo sujeto, que es generación pura del mercado: el “empresario de sí mismo”, que termina atrapado como deudor crónico y enajenado en un productivismo enfermizo, que lo obliga a decidir sobre responder por los compromisos contractuales o desaparecer como ciudadano⁴. En opinión de este autor, el capital ya no necesita recurrir a la destrucción física de los cuerpos, al modo de la ya clásica descripción que Foucault hace desde el concepto de biopolítica⁵; la deuda con la que se nace y se muere sería suficiente para el encadenamiento eficiente de las tensiones sociales: el ciudadano transformado en funcionario, la superación del sujeto colectivo por el individuo solitario (y enfermo) que al modo de Sísifo, vive el sueño inalcanzable de llegar a ser un empresario mientras se consume en la opresión y la explotación. Los hechos actuales muestran que la violencia represiva siempre tendrá una plena vigencia, bien sea como psicopolítica o como biopolítica, y que los énfasis instrumentales de dicha violencia serán definidos por la intensidad del conflicto social y por el grado de amenaza que el protagonismo ciudadano genere sobre el establishment. De esta forma, en determinadas circunstancias predominará la hegemonía cultural, ideológica y contravalórica del capitalismo tardío para asegurar el control social y, en otras, la violencia material y directa sobre el cuerpo individual y social. Se trata entonces de una “psicobiopolítica” del poder, que está históricamente determinada por los intereses clasistas, de género, étnicos, de generación y territoriales. La violencia represiva hoy en Chile retorna a la práctica de destruir o mutilar los cuerpos y a la traumatización psicoemocional del conjunto de la sociedad, pues lo que está en juego es precisamente un cambio de rumbo a nivel de las estructuras debido, precisamente, a que está emergiendo una subjetividad social “otra”, que se distancia del empresario de sí mismo y reclama dignidad.

No es casual que se haya abierto un intenso debate acerca de la violencia social a partir del proceso actual; desde las instituciones gubernamentales y los partidos políticos que la sostienen el análisis arranca con la denuncia de la violencia de los manifestantes como causa primaria del conflicto, como práctica

violentista que busca socavar la paz social e impedir solución a las necesidades “reales” de las personas. De esta forma, estas necesidades (en salud, educación, vivienda, trabajo, previsión social, etc.) no configuran un ex ante sino un ex post en relación al estallido social. La lógica de este razonamiento obliga entonces a la restitución de la paz y la convivencia ciudadana como condición para acometer las deudas sociales, las inequidades. La violencia represiva adquiere así un sentido moral (la moral del gran Leviatán de T. Hobbes) y un sentido práctico en orden a la restitución del status quo; aquí es donde el neoliberalismo activa, sin vergüenza alguna, su brazo estatista y pone el poder de fuego del Estado al servicio del interés del Mercado y del modelo de sociedad en vigencia.

Hay otra lectura de la violencia, que soslaya este reduccionismo y abandona la separación metafísica que la perspectiva anterior hace entre las diferentes formas de violencia, es la propuesta epistemológica y sociopolítica de I. Martín-Baró, mil veces citado a propósito de este tema. En los marcos de la psicología de la liberación, este autor posiciona el trauma psicosocial latinoamericano en el campo de las relaciones sociales y, más particularmente, en el escenario de las relaciones económicas⁶. Son los procesos histórico-políticos asociados a la distribución social de la riqueza de los países el punto de arranque de desigualdades e injusticias sociales que se configuran como violencia estructural; formas de la convivencia social que están marcadas por la polarización del acceso a la satisfacción de las necesidades humanas entre unos pocos que las satisfacen hasta el hartazgo y una mayoría excluida de sus derechos. Chile es un ejemplo paradigmático de cómo el neoliberalismo ha extremado este desequilibrio distributivo.

Esta violencia estructural inaugura un ciclo que se continúa con la violencia reactiva, que es un conjunto de expresiones agudas de respuesta social rupturista hacia las condiciones sistémicas que maltratan y oprimen, que generan pobreza, sufrimiento y enfermedad, que destruyen la condición ciudadana y llevan a lo que Octavio Paz llamaba “la agnía del sujeto”⁷. La violencia reactiva es compleja y multiforme, va desde expresiones de segmentos organizados de la sociedad que luchan con propuestas de transformación y con estrategias y métodos propios de la acción política consciente, hasta

manifestaciones anómicas de grupos inorgánicos y espontaneístas. Estos últimos operan centrados en la confrontación abierta con las fuerzas represivas, siendo ésta su metodología central de acción; esta forma aguda de la acción política no tiene relación alguna con la legítima e inevitable respuesta violenta que surge como maniobra autodefensiva y de protección colectiva de la ciudadanía movilizadora frente a la provocación y la agresión injustificada por parte de las fuerzas represivas, cuestión documentada en centenares de videos.

En ocasiones funcionarios policiales filtran las manifestaciones violentas de los grupos que operan desde la anomia (del mismo modo que lo hacen también delincuentes que actúan desde el oportunismo frente al caos social), con la finalidad de producir destrucciones y daños que son repudiados por la ciudadanía, sentimientos de rechazo que son manipulados por las instituciones disciplinantes para justificar la represión [en los muros: "Basta de montajes. Los estamos mirando"². Más allá de estas manifestaciones marginales de la violencia callejera, la médula de la reacción social (de la violencia reactiva, en términos de Martín-Baró) son las gigantescas movilizaciones ciudadanas, que no tienen precedente alguno en la historia post dictadura y que con su riquísima variedad de expresiones dan origen a nuevas formas de la conciencia ciudadana: un discurso político expresado en fragmentos textuales notables, que recogen en las pancartas y grafitis cada uno de los reclamos que el pueblo hace al sistema y que han hecho innecesarios los discursos clásicos desde los estrados tradicionales ("No era depresión, era capitalismo", "Violento es el SENAME", "El violador eres tú", "El sueldo mínimo es violento"); expresiones de la cultura como el baile colectivo, la música, los murales, las acciones de arte, etc., con todo lo cual se ha construido una sola gran voz, que ha trascendido las fronteras y se multiplica por millones en las redes sociales; la apertura de la ciudadanía a un masivo proceso de reflexión a través de los cabildos públicos, espacio donde a gran velocidad se ha producido una interesante maduración del movimiento y un fortalecimiento de los conceptos de participación, comunidad y ciudadanía, condición hoy indiscutible para erigirse como actores sociales con capacidad transformativa. Lo que puede entenderse como violento de este movimiento es su actitud desafiante y

rupturista, la superación por la vía de los hechos de las restricciones burocráticas, policíacas, municipales y de gobierno que impiden su libre manifestación en las calles; es la toma literal y concreta del espacio público por la ciudadanía, su encaramiento decidido al amedrentamiento de la fuerza pública (en los muros: "lo perdimos todo, también perdimos el miedo"), la irreverencia del discurso, la osadía de exigir cambios de fondo, etc.

Las expresiones anómicas (en el sentido de irrespeto, menosprecio o degradación de las reglas sociales que rigen la convivencia ciudadana) de la violencia contestataria son epifenómenos inevitables de la crisis, que han estado presentes en las coyunturas sociales a lo largo de la historia de la humanidad; no hacen a la esencia del proceso social y sin embargo se transforman, también históricamente, en el chivo emisario de la tercera fase del ciclo de Martín-Baró: la violencia represiva. Esta última busca su legitimación en la demonización de la movilización social mediante la asociación mistificada de ésta con la violencia y la amenaza de la paz; en dictadura el terrorismo de Estado se justificaba en la lucha contra el enemigo interno, contra el marxismo y los terroristas, hoy el principal gobernante del país, siguiendo esa misma lógica, anuncia que "estamos en guerra contra un enemigo muy poderoso", legitimando con esa sentencia toda la acción represiva que sobrevino luego, con los costos ya conocidos en tragedias humanas. La cuestión es que esta violencia represiva, de Estado, que viola los derechos humanos en forma masiva y sostenida, llega para cumplir su tarea estratégica en los marcos de los intereses de clase en juego: reestablecer el control social y el dominio de los cuerpos "alzados" contra el sistema y, con ello, asegurar las condiciones de estabilidad social que se requiere para la supervivencia del modelo de sociedad que está amenazado. Así, con la violencia represiva, Martín-Baró cierra el círculo de la violencia en el momento en que las condiciones de explotación y opresión recuperan, mediante la psicobiopolítica, su capacidad para garantizar la continuidad de "la modernidad eurocentrada, capitalista y neo colonial", como sentencia la crítica decolonial⁸. En síntesis: violencia represiva sobre la violencia reactiva para restablecer la violencia estructural. Chile, laboratorio fundante del neoliberalismo, es hoy un dramático depositario de los créditos de supervivencia

de este modelo de sociedad, de allí la exuberante violencia represiva con la que se intenta contener la demanda ciudadana por un proyecto alternativo de desarrollo nacional.

Esta perspectiva sobre la violencia recupera la historicidad del fenómeno, su interdependencia y su estricta multideterminación en el escenario de las relaciones sociales concretamente dadas en toda formación social. Por tanto, su análisis debe hacerse desde una epistemología que sea capaz de considerar cada uno de los niveles de complejidad en los que se inscriben sus manifestaciones particulares y las relaciones causales que existen entre una forma de violencia y las otras. Esta es una cuestión crucial no solo para una comprensión científica de su movimiento interno sino, con mayor razón, para el diseño de las estrategias de afrontamiento de la violencia social. A nivel nacional el debate se centra, por una parte, en una receta reduccionista que ofrece profundizar la represión social, prometiendo simultáneamente algunas concesiones en la agenda social que no tocan el fondo de la cuestión, y por otra, en una perspectiva que propone el cambio en las estructuras económicas, culturales y normativas como condición para la pacificación de la sociedad (en los muros: “Con justicia social no necesitas clonazepam”).

3. LA CRISIS SOCIAL Y SUS EFECTOS EN LA SALUD PÚBLICA

Sin duda la crisis social agrega una nueva carga de efectos sobre la salud pública y la salud mental de los chilenos. El carácter nacional de un movimiento ciudadano que ha sido capaz de involucrar a la totalidad del territorio, la multitudinaria y activa participación de diferentes orgánicas de la comunidad y de personas a modo individual, el admirable compromiso de la juventud que aparece como protagonista de primera línea, todo aquello hace que importantes sectores de la ciudadanía han quedado expuestas en forma sostenida a condiciones de máxima exigencia psicoemocional y al peligro diario de ser afectados por la represión policial. Asistimos a un período en que ocurren eventos traumáticos de distinto tipo y nivel de gravedad, que afectan tridimensionalmente la corporalidad (sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales), del mismo modo que se proyectan en forma expansiva desde el

sujeto individual afectado hacia su familia, la comunidad y a la sociedad en su conjunto. Ilustrativo de este efecto de irradiación tóxica ha sido el impacto nacional del primer caso de ceguera causada por balines al estudiante universitario Gustavo Gatica V., transformado instantáneamente en un trauma social (en los muros: “Presidente, no queremos volver a tu normalidad. Basta de matar”, “Lumpen de mi vida, ¿dónde estás?”).

La violencia represiva opera en la sociedad chilena como repetición, como reproducción cíclica de las políticas de control y sumisión social, ciclos que no nacen con la experiencia de Pinochet y el terrorismo de Estado sino que se inauguran con la invasión colonial y se repiten cada cierto tiempo desde la fundación del Estado Nación chileno⁹⁻¹². De modo que los ciudadanos llevamos inscrita toda una arqueología de la violencia histórica, que ha estado participando subrepticia pero activamente en la producción de ciertas formas de la subjetividad social y también en la producción de malestar y enfermedad. El último medio siglo nos remite a una experiencia de traumatización social extrema inaugurada con el golpe cívico-militar de 1973, que instala casi dos décadas de terrorismo de Estado; las generaciones que fueron víctimas de ese período histórico llevan consigo una carga de enfermedad y muerte que los transforma en grupos vulnerables, especialmente aquellas personas y familias que vivieron traumas graves (tortura, asesinato y desaparición de familiares, exilio, prisión política, etc.). Recientes estudios nacionales documentan los efectos en el largo plazo del trauma sobre la corporalidad dañada: i. elevadas tasas de mortalidad por cáncer, infarto agudo del miocardio, accidentes vasculares encefálicos y suicidio en personas torturadas y ex prisioneros políticos, con afectación de su esperanza de vida¹³; ii. transmisión transgeneracional del daño traumático en la segunda y tercera generación^{14,15}. en estos momentos estamos estudiando la prevalencia de dolor crónico con sensibilización central en la población consultante en la red nacional PRAIS, cuyos primeros resultados ya anuncian una alta frecuencia de esta patología, que da cuenta de morbilidades crónicas, degenerativas y discapacitantes, que inciden notablemente en el deterioro de la calidad de vida de estas personas¹⁶.

Se trata de segmentos poblacionales sobrevivientes de la dictadura que están proclives a reagrava-

mientos gatillados por eventos retraumatizantes como los que ocurren hoy en el país; hablamos de riesgos para la salud física y también psíquica de estas personas, de un impacto específico del trauma social sobre el proceso salud / enfermedad / atención en una población de sujetos afectados por el distress crónico (mecanismo neurobiológico clave en la inhibición del sistema inmunodefensivo del organismo) y también por las limitaciones que han tenido los procesos de reparación en salud. Los equipos PRAIS de la red nacional están notificando un aumento de la demanda de atención desde el inicio de la crisis actual debido a agudizaciones sintomáticas y reactivación de los duelos a propósito de la represión política, siendo muy recurrente la reaparición de emociones y sentimientos de angustia, temor, rabia, impotencia, desánimo e inseguridad que están asociados a la evocación intensa de las experiencias traumáticas vividas en dictadura, algunas de las cuales dan cuenta de un trastorno de estrés postraumático de larga data.

El trabajo desde salud mental durante más de cuatro décadas con personas afectadas por violaciones a los derechos humanos en dictadura nos deja importantes enseñanzas, una de las cuales es que los traumas desencadenados por la violencia política no solo tienen efectos a corto plazo sino también manifestaciones a mediano y largo plazo, en muchos casos con secuelas y evolución hacia la cronicidad o a la irrecuperabilidad. Las víctimas de la represión política actual generan demandas inmediatas, sobre todo para la atención de las heridas sobre el cuerpo físico, que van desde atenciones puntuales para lesiones focalizadas hasta requerimientos de atenciones especializadas (como las oftalmológicas) e intervenciones quirúrgicas de urgencia en situaciones de riesgo vital. En lo inmediato, también se requiere dar atención a las muy frecuentes situaciones de shock emocional, crisis de pánico, episodios disociativos, estrés agudo, reacciones de estrés postraumático, depresión, etc. Al respecto hemos aprendido con la dictadura militar que el pronóstico de este tipo de manifestaciones clínicas se ensombrece mientras más tardío es el acompañamiento profesional; esta acogida debe realizarse desde los primeros minutos en que se producen los hechos, basta con la asistencia por personas entrenadas en técnicas sencillas de apoyo en crisis y, a partir de aquello, proceder a orientar y derivar el caso dentro de la red de sa-

lud según sea la complejidad y gravedad del evento. La organización de grupos de profesionales para el trabajo en el escenario de calle ha sido crucial en estas semanas, tanto para el adecuado salvataje de las personas heridas como para la constatación testimonial de lo que está siendo la violencia represiva. Al mismo tiempo, el surgimiento de esta red de solidaridad desde salud ha puesto en acción un conjunto de valores en torno al derecho a la vida, que nacen en un contexto de lucha social y, por esta razón, tienen un potente efecto reparador.

Pero también hay que esperar consecuencias de larga data para la salud de muchos ciudadanos participantes en las movilizaciones y de sus grupos familiares, tal como sucedió con las víctimas de la dictadura. Por una parte, la sociedad deberá lidiar con procesos de rehabilitación y reparación integral para las personas que perdieron capacidades físicas, que sufrieron mutilaciones y pérdida de órganos; este tipo de lesiones, producidas como violentamiento flagrante de los cuerpos por funcionarios del Estado, contiene el agravante de que configura un trauma psíquico asociado al daño propiamente físico, que deja huellas indelebles en la configuración de la identidad del sujeto y afecta directamente la elaboración de los duelos asociados a las pérdidas producidas. La destrucción de un ojo (ni qué decir de ambos ojos) implica una reconstrucción total del sí mismo, que va mucho más allá de la generación de habilidades psicosensores y motrices para enfrentar la vida cotidiana: implica hacerse cargo del estigma que a modo de una marca psíquica reconfigura la imagen corporal y sus aspectos identitarios como producto de la entronización de la violencia en la estructura biológica al modo de un cuerpo extraño que ahora lo cohabita y lo transforma.

Por otra parte, el trauma psíquico asociado a violaciones a los derechos humanos (como las que ocurren en estos días) tiende a evolucionar activamente en el tiempo y fácilmente se cronifica o se torna episódico; esto le hemos aprendido muy bien con las víctimas de la dictadura militar, en un tiempo en que la asistencia inmediata de las personas afectadas era inimaginable, por lo que los esfuerzos terapéuticos en general fueron muy posteriores a los hechos, situación que hizo tardío el acompañamiento profesional en la resolución de los duelos y en el tratamiento sintomático de la angustia, la depresión y el estrés postraumático. De allí la alta

prevalencia de trastornos psiquiátricos y de procesos de duelo patológico que se pesquisa entre los usuarios de PRAIS en la actualidad, lo cual nos pone ante una realidad indelible: el trauma psíquico que ocurre a nivel del sujeto individual tiene un importante impacto a nivel del proceso salud / enfermedad mental y puede configurar un problema de salud pública visto desde la dimensión del sujeto social, como trauma psicosocial. No cabe duda alguna que la crisis actual contiene condiciones que favorecen el riesgo de que esto ocurra, tales como: la retraumatización; los mecanismos de ocultamiento o mistificación de la verdad; la impunidad para los hechos, encubierta en un discurso gubernamental que legitima la violencia de Estado como recurso inevitable para salvaguardar la paz social. Surgen, al igual que con las víctimas de la dictadura, problemas potenciales de alta significación como materia de salud pública: un nuevo ciclo del trauma social, con sus demandas específicas en salud y salud mental y, al mismo tiempo, el predecible impacto de los daños sociopsicobiológicos sobre la subjetividad social.

4. LA RETRAUMATIZACIÓN

Concepto que irrumpe tempranamente en la historia del psicoanálisis con los conocidos debates entre S. Freud y su diletante discípulo S. Ferenczi, cuando este último estudia el efecto retraumatizante que producen en el paciente los procesos contratransferenciales del analista¹⁷. Partiendo de lo sustancial de esta crítica al proceso psicoterapéutico (la activación de nuevos procesos traumáticos desde la interacción paciente-analista, que interfieren y modifican el trauma original que el sujeto trae al setting), el concepto de retraumatización se expande al día de hoy a la totalidad del mundo psíquico, es decir, al campo de las relaciones intersubjetivas, plano social que devela la historicidad de este fenómeno, es decir, el conjunto de procesos y dinámicas sociales que co-participan en la producción y reproducción del trauma. En el caso de la violencia política, después de un largo seguimiento de las personas afectadas por el terrorismo de Estado, hemos podido monitorear los continuos procesos transformativos de la carga traumática que acarrea el sujeto en su línea de vida, lo que nos permite concluir, junto a la literatura científica internacional, que el trauma

conserva un núcleo estructural que lo liga con las causas primarias del daño y que configuran una cierta expresión singularísima e irrepetible, que da cuenta de la unicidad de este proceso en tanto experiencia personal del individuo. Pero, la cambiante realidad social y política -de la cual es subsidiario directo este tipo de trauma- expone al sujeto a una secuencia de nuevos eventos traumáticos, los que generan sucesivos impactos intrapsíquicos que van modificando la experiencia traumática acumulada y estableciendo una cambiante condición traumática, en la que coexiste lo viejo con el nuevo material que proporciona la noxa social. Una parte del trauma es el material de origen y es el que da cuenta del continuum de la experiencia, otra parte es la secuencia de cambios que se suman en el tiempo vital del sujeto, que le incorporan originalidad y actualidad, donde lo igual se confunde con lo diferente, lo viejo con lo nuevo. Con estas características es cómo también viaja la carga tanática por las generaciones, caso en el cual lo nuevo tiende un velo más intenso sobre el trauma original al punto de hacerlo imperceptible (“innombrable”) en la tercera generación, como señalan diversos autores¹⁸.

La sociedad chilena está marcada por el trauma social del golpe militar de 1973, por 17 años de violaciones sistemáticas a los derechos humanos y por casi medio siglo de impunidad para los crímenes cometidos en ese período histórico. Este trauma no es una condición uniforme para toda la población, tiene sus especificidades según los grupos de pertenencia social de cada persona⁶. De modo que hay algunos que han sido más dañados que otros, el trauma está psicosocialmente diferenciado, característica que es necesario considerar a la hora de hacer análisis sobre la variabilidad de sus formas de expresión (alejándonos además de la peligrosa idea de que “a todos nos afectó por igual... todos fuimos víctimas...somos una sociedad enferma”, etc., con la que se diluyen los significados y propósitos históricos de la violencia política). Esta selectividad de la acción represiva se reproduce en la crisis política actual, como ya hemos señalado, y recae principalmente en segmentos de la población vinculados con movimientos sociales, partidos políticos, comunidades indígenas, organizaciones de trabajadores, juventud estudiantil, mundo de la cultura, etc., colectivos sociales todos que se identifican, desde diversas miradas, con la crítica global al sistema y

con la demanda por cambios estructurales. En estos grupos gravita la herencia traumática de la dictadura entendida como trauma psicosocial, tanto en primera como en segunda generación en el caso de personas con antecedentes represivos anteriores. En el caso de sujetos que recién ingresan a la acción política, los hechos del pasado son una referencia histórica que otorga significado pleno a la violencia actual, lo que implica para estos un proceso de apropiación pasiva de dicha historia y de sus efectos deletéreos sobre el psiquismo. Esta reproducción del efecto traumático en grupos de población que no vivieron protagónicamente aquellos eventos es una de las consecuencias más perversas del trauma social, puesto que contamina la subjetividad social más allá de los límites de la acción represiva directa y en una temporalidad difusa.

De modo que los efectos retraumatizantes de las violaciones a los derechos humanos que están operando en la crisis son potencialmente patógenos y/o productores de malestar o sufrimiento individual y social, tanto a nivel de los grupos que participan activamente en las movilizaciones sociales como en un importante segmento de la comunidad que las observa desde el espacio privado (inmovilizado tal vez por el miedo, la inseguridad, la desconfianza, la rabia, etc.), parte del cual lo hace muy impactado psicoemocionalmente por los acontecimientos, especialmente con los hechos trágicos que ocurren día a día (lo hemos observado en muchos usuarios de PRAIS que han vivido experiencias de traumatización extrema). Esta privatización de las vivencias que describimos para este último subgrupo de ciudadanos tiene también efectos retraumatizantes pues reproduce mecanismos adaptativos primarios y débiles, que están destinados a la auto-protección mediante una pseudo toma de distancia de los hechos dolorosos, con un inevitable efecto de exacerbación de las fantasías de muerte, las autorreferencias, los pensamientos persecutorios, la actividad onírica angustiada, etc. Es un pseudo distanciamiento pues lo único que consigue es aumentar la reactividad fóbica y con ello inducir un sobre involucramiento plagado de mecanismos negadores y disociativos, lo que hace de la privatización de la experiencia un mecanismo precario e inestable.

De esta forma, los eventuales procesos retraumatizantes que se observan en el curso de esta crisis social tienen trascendencia como problema de salud

pública puesto que incidirán en el comportamiento del proceso salud / enfermedad, con sus repercusiones en el corto y largo plazo. Entre los usuarios PRAIS es un hecho todavía frecuente el que a consecuencia de un evento retraumatizante (como bien podría ser lo que está sucediendo con la represión hoy) aparezca consultando por primera vez un afectado directo en dictadura, después de cuarenta años sin atreverse a hablar de lo vivido; es el efecto de reactivación de los duelos inconclusos o congelados y/o de reagudización de cierta sintomatología de estrés postraumático, depresiva, de pánico, etc. después de identificar los eventos actuales (tortura, asesinatos, violaciones, mutilaciones, allanamientos de domicilios, etc.) con la historia propia vivida en otro momento histórico.

5. COMPLEJIDADES Y DESAFÍOS DE LA REPARACIÓN

Postulamos que la carga traumática emergente en el contexto del estallido social será un problema de salud pública que producirá demandas específicas de reparación, tanto integral como de salud mental, por un largo tiempo. Esto involucra tareas de tratamiento y rehabilitación en el plano individual, y otras de prevención y promoción dirigidas a grupos vulnerables y a sectores de la comunidad de importancia significativa como estudiantes, pobladores, mujeres, etc. Implica además el trabajo de construcción de memoria social y actos reparatorios, reconocimiento de los escenarios de mayor trascendencia simbólica (por ejemplo, Plaza de la Dignidad), medidas concretas contra la impunidad y en favor de la aplicación de la ley para los hechos criminales y los delitos de lesa humanidad, etc.

Tratándose de un pathos que incide sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de cada persona afectada por la violencia represiva, se requiere el diseño de estrategias interdisciplinarias de reparación, que operen desde una perspectiva comunitaria y social del trauma, que utilicen una epistemología que ponga el análisis y las metodologías de intervención en un campo de diálogo entre las ciencias biomédicas, las ciencias sociales y las humanidades, del mismo modo que rescaten una concepción intercultural, tanto en la interpretación de los hallazgos clínicos y psicosociales como en el diseño de las metodologías del trabajo de reparación.

Dada la cantidad de personas directa e indirectamente dañadas hasta ahora en el curso de la crisis, que se estima en varias decenas de miles de ciudadanos, estamos hablando de la necesidad de generar una capacidad de respuesta desde Estado (que es el responsable del daño a las personas), una política pública que actúe, al igual que para toda emergencia de salud, con oportunidad, calidad y eficiencia en el otorgamiento de atención clínica y psicosocial, tanto para los afectados directos como para sus grupos familiares y la comunidad. Solo un programa complejo, con los recursos humanos, financieros y materiales adecuados, y con la debida capacitación en trauma y violencia política, puede cumplir esta tarea. Para Naciones Unidas, la reparación a víctimas de violaciones a los derechos humanos está claramente definida, especialmente en la Convención contra la Tortura, suscrita y ratificada por el Estado de Chile y en la Resolución de ONU de 2005 "Principios y directrices básicas sobre el derecho de las personas víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones"¹⁹, que definen los cinco pilares de una reparación plena e integral: restitución; indemnización; rehabilitación; satisfacción y derecho a la verdad; y, garantías de no repetición. La reparación, desde esta perspectiva, es un proceso simultáneo, interdependiente y concreto, que moviliza la capacidad intersectorial de los Estados y la disposición de los recursos adecuados para su materialización. Toda estrategia estatal que se genere para la asistencia integral de las personas afectadas por violaciones a sus derechos humanos durante la actual crisis debe inscribirse inevitablemente en este escenario normativo, del cual Chile debe dar cuenta a la comunidad internacional al implementar acciones reparatorias.

La pregunta es: ¿quién se hace cargo de la asistencia clínica y psicosocial a las personas afectadas? Nos parece que quien tiene esa responsabilidad es la red de salud pública y, en particular, la red de salud mental. Y aquí aparecen dificultades importantes, por ejemplo cuando se reconoce en los equipos PRAIS -que actualmente están distribuidos en todo el país y están a cargo de cerca de 900.000 usuarios- una instancia con alto nivel de calificación especializada en el manejo del trauma psicosocial

como resultado de casi treinta años de trabajo clínico y psicosocial, lo que lo transforma en la primera opción para asumir la reparación en salud para las víctimas de la violencia de Estado.

La red PRAIS es una fórmula posible para una respuesta estable en el tiempo, calificada y con las competencias necesarias para acometer esta tarea. Sin embargo, la ley que dio origen a PRAIS y su normativa son explícitas en señalar que este programa está destinado específica y excluyentemente a personas afectadas por la represión dictatorial entre septiembre de 1973 y marzo de 1990. Pese a esta restricción legal la red de equipos PRAIS ha tenido un papel solidario de apoyo coyuntural tanto en terreno como de asesoría a los grupos de voluntarios que han estado trabajando en las primeras atenciones a las y los lesionados y/o afectados por estados de shock o traumatización aguda. Por otra parte, este programa adolece de múltiples deficiencias en cuanto a recursos humanos, instrumentales, financieros y de infraestructura, lo que hace inviable el agregado de nuevas acciones de salud en las condiciones actuales.

El seguimiento de los casos de mayor complejidad que se han producido en estos últimos tres meses ha sido asumido por los distintos dispositivos de la red nacional de salud, desde el nivel primario de atención hasta el nivel terciario. Sin perjuicio del trabajo solidario y comprometido de los trabajadores de la salud pública chilena con las personas afectadas, esta ayuda técnica se produce generalmente en los marcos restringidos del neopositivismo propio del modelo biomédico que hegemoniza la práctica de salud en nuestro país. Se requiere una urgente capacitación a la red pública en materia de abordaje clínico y psicosocial del trauma, que garantice una perspectiva multidimensional en su diagnóstico y manejo. PRAIS tiene aquí, por ahora, un importante espacio para volcar en el plano formativo la experiencia acumulada en la atención a las víctimas de la dictadura cívico-militar: profesionales y técnicos de APS, de los Servicios de Urgencia, de los COSAM, etc., pueden ser foco de procesos de capacitación dirigidos al manejo del trauma en su fase aguda con el concurso de los equipos PRAIS locales.

Sin embargo, la reparación de experiencias de traumatización grave como problema de salud pública no hace más que recordarnos el carácter cíclico y recurrente de la violencia social, su vigen-

cia plena como instrumento predilecto del control social y de la resolución forzada de los conflictos de intereses dentro de la sociedad en todo tiempo, de forma que no será éste el eslabón final de la cadena. Es la hora, entonces, de poner en discusión la solución al vacío existente en la asistencia biopsicosocial y en la reparación para las víctimas de violaciones a los derechos humanos dentro de la red pública de salud, una solución de carácter permanente. En lo que respecta al posible rol de PRAIS en una futura solución estratégica esto exige una profunda problematización de los objetivos y líneas programáticas de PRAIS, así como también de sus recursos humanos y físicos, debate que debiera darse con una metodología participativa, incluyendo de amplios sectores de la ciudadanía, las organizaciones de derechos humanos, las personas dañadas por la represión política en diferentes períodos, el sector salud y los usuarios PRAIS, los profesionales y técnicos expertos en trauma social, en fin, todos los actores sociales significativos. El escenario de transformaciones que ha levantado la crisis social hace imaginable un salto estructural como el que aquí se propone.

6. REFLEXIÓN FINAL

Hemos reflexionado sobre el estallido social y su impacto en la salud y salud mental de las personas considerando principalmente los aportes teóricos de la obra de I. Martín-Baró en lo relacionado al trauma psicosocial y la violencia, y del modelo de salud colectiva y la perspectiva comunitaria en lo concerniente al proceso salud / enfermedad (malestar) / atención (cuidados). La afectación de las personas dañadas por la violencia represiva durante la crisis actual la hemos puesto en diálogo principalmente con la experiencia que aporta la red PRAIS desde el estudio y manejo, tanto clínico como psicosocial, del trauma de la dictadura cívico-militar y también considerando los invaluable aportes realizados por diversas ONGs, cuya producción teórica y metodológica puede considerarse fundante de nuevos saberes y praxis en torno a procesos de traumatización en contextos de violaciones a los derechos humanos. Hemos destacado también los efectos clínicos y psicosociales más relevantes como problema de salud pública que está produciendo esta nueva fase de la violencia social en la ciudadanía, resaltando

algunos temas que son cruciales para los riesgos de enfermedad y la producción de subjetividad social, como el daño transgeneracional y la retraumatización²⁰⁻²¹. En base a estos acontecimientos es que llamamos la atención sobre la urgente necesidad de abordar el vacío existente como política pública -y, en particular, como política de salud- en cuanto a la ausencia de planes y programas específicos para que el Estado de Chile responda con oportunidad, calidad e integralidad a las tareas de reparación en salud para sus propias víctimas, cuestión que debe ser resuelta en base a la participación ciudadana y con criterios de solución permanente, con recursos adecuados y con capacidad técnica para garantizar el pleno uso de los valiosos y nuevos conocimientos científicos que aportan al trauma social tanto las neurociencias como las ciencias sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lechner, N. Nuevas ciudadanías. Rev. de Estudios Sociales N° 005. 2000: 25-31.
2. Echeverría, Luciana J. R. Hasta que valga la pena vivir. La revolución de octubre de 2019 en los muros de Santiago. Santiago de Chile: CEIBO. 2019.
3. INDH. Informe Anual sobre las Violaciones a los Derechos Humanos en Chile en el contexto de la crisis social. Santiago: INDH. 2019.
4. Han, B.-C. Psicopolítica. Barcelona: Herder. 2015.
5. Foucault, M. El nacimiento de la biopolítica. Madrid: Akal. 2009.
6. Martín-Baró, I. Psicología de la Liberación. Madrid: Trotta. 1998.
7. Paz, O. El laberinto de la soledad. Mexico: CATEDRA, Letras Hispánicas. 2015.
8. Quijano, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En c. Edgardo Lander, La colonialidad del saber, eurocentrismo y ciencias sociales (pág. 246). Buenos Aires: CLACSO. 2000.
9. Dieterich, H. (1991). La interminable conquista: ensayos, diálogos, poemas y cantares. Texas: Edit. El Buho.
10. Manns, P. Chile: una dictadura militar permanente (1811-1999). Santiago de Chile: Sudamericana. 2001.
11. Teitelboim, V. La gran guerra de Chile. Y otra que no existió. Santiago de Chile: Sudamericana. 2000.
12. Salazar, G. La violencia política popular en "las grandes alamedas". La violencia en Chile 1947-1987 (una

- perspectiva histórico-popular). Santiago de Chile: LOM. 2006.
13. Jorquera, M. M. Estudio de mortalidad en sobrevivientes de tortura y prisión política en período de terrorismo de estado, en Chile 1973-1990. Proyecto FONIS SA16I0022. Santiago. 2016.
 14. CINTRAS, E. G.-R. Daño Transgeneracional: Consecuencias de la represión en el Con Sur. Santiago de Chile. 2009.
 15. CINTRAS. Prevención del daño transgeneracional en segunda generación. Trabajo psicosocial de grupo. Santiago de Chile. 2013.
 16. Madariaga, C. "Prevalencia de dolor crónico músculo-esquelético con y sin sensibilización central en víctimas a violaciones a los derechos humanos en Chile entre 1973 y 1990 atendidos en el Programa de Reparación Integral en salud, PRAIS". PROYECTO FONIS 2019-2020. CHILE. 2019.
 17. Ferenczi, S. Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932. Buenos Aires: Amorrortu. 1997.
 18. Tisseron, S. T. El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Clínica del fantasma. B. Aires: Amorrortu Editores. 1997.
 19. ONU. <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/RemedyAndReparation.aspx>. Diciembre de 2005.
 20. Madariaga, C. Retrumatización; Hacia una conceptualización necesaria. REFLEXION. 1996.
 21. Madariaga, C. Daño Transgeneracional en Chile. Apuntes para una conceptualización. Reflexión N° 27. 2001.

LA FUERTE LUZ DE LA ESFERA PÚBLICA

THE BRIGHT LIGHT OF THE PUBLIC SPHERE

I.

Es evidente que los acontecimientos ocurridos en Chile obligan a una reflexión por parte de todos. En especial, por todos aquellos vinculados de alguna manera al mundo de lo público. Ciertamente por todos los vinculados directamente a la política como actividad principal y exclusiva: especialmente parlamentarios, miembros del gobierno, militantes comprometidos con los partidos políticos. Pero también por todos aquellos cuyas acciones tienen que ver con ámbitos de ejercicio colectivo. Estoy pensando en todos aquellos que tienen que ver con la formación de los ciudadanos (educadores de todo tipo); que tienen que ver con el bienestar de los ciudadanos (personal de salud, principalmente); que tienen que ver con el control de los ciudadanos, es decir con el registro y sanciones por todos nuestros pecados veniales y de los otros (obviamente policías, juzgados y fiscalías). Destaco 'ciudadanos' porque me interesa insistir en algo que tenemos en común: es la cosa pública lo que origina y está en el centro del conflicto.

Creo que todos tenemos cierta cuota de responsabilidad en lo ocurrido. La amplitud y la agresividad de la reacción de amplios sectores sociales nos sorprendió a todos; y que nos sorprendiera es la prueba misma de nuestra responsabilidad. ¿Cómo es posible que no lo presintiéramos? ¿Cómo no nos dimos cuenta de lo que se incubaba? Desde esta perspectiva sería interesante reflexionar acerca de nuestras tareas como instituciones académicas aquí y ahora. Sin embargo, en lo ocurrido hay algo nuevo, algo inédito, que nos obliga a reflexionar primero sobre el sentido político de estos acontecimientos. Y esa novedad tiene que ver con la profundidad de los cambios que se avisan, que se insinúan, ¿que se prometen?

¿Por qué es nuevo? Es nuevo por la violencia. La habíamos visto en otras ocasiones; pero esa violencia era en algún grado limitada. Es nuevo igualmente por su carácter multitudinario. En las protestas anteriores manifestaban grupos importantes de la población, pero nunca se juntaba un millón doscientas o un millón cuatrocientas mil personas en una tarde. Es parte de la novedad también que todo esto ocurrió al margen de los partidos políticos. No había insignias partidistas en la manifestación, no había organizadores de los eventos, no había oradores en ellos. De hecho, los partidos políticos, anonadados, sacaron la voz solo varios días después del arranque del proceso.

¿Qué pasó o qué ha estado pasando en estos días?

Irène Némirovsky, en una breve narración publicada en 1938, se pregunta acerca de cuál es el instante exacto en el que nace una revolución. Recurriendo a sus recuerdos de niña en San Petersburgo, señala recordar cuando nacía la revolución de octubre: "Todos los que vieron de cerca la guerra o los disturbios lo conocen: to-

dos le dan un nombre diferente a ese demonio, pero siempre tiene la misma cara, demacrado y loco, y aquellos que lo vieron una vez no lo olvidarán nunca más." Desde otro ángulo del mundo, Octavio Paz hace un recuerdo parecido al observar los rostros de los españoles derrotados de la Guerra Civil: "Quien ha visto la Esperanza, no la olvida. La busca bajo todos los cielos y entre todos los hombres. Y sueña que un día va a encontrarla de nuevo, no sabe dónde, acaso entre los suyos. En cada hombre late la posibilidad de ser o, más exactamente, de volver a ser, otro hombre." ¿Qué fue lo que hemos visto en las calles de Santiago? ¿El demonio o la esperanza? En cualquier caso, no lo olvidaremos.

II.

Es indudable que el 'estallido social', el 'despertar de Chile' o como quiera llamársele tiene que ver con el rompimiento de la forma en que se ha construido nuestra convivencia. Prácticamente desde la dictadura cívico-militar del 73 para acá, el modelo neoliberal parece ser la piedra de toque. Este neoliberalismo aceptado por moros y cristianos (con algo más de rigor, propuesto, promovido y celebrado por cristianos y tolerado por moros con una conciencia política digna de mayores estudios) ha provocado innumerables daños en estos más de cuarenta años: la transformación de toda la vida chilena en un ámbito propio para los negocios genera problemas para donde uno mire. Un librito digno de revisar es *La Revolución Silenciosa* de Joaquín Lavín, publicado en 1987 : como en pocos textos se puede apreciar el entusiasmo que suscitaba la modernidad propuesta por la dictadura y la forma segura y decidida en que se anticipaba el futuro esplendor de la república, el mismo que hoy está por los suelos.

Y en todos los ámbitos, es el mundo público (lo que es común a todos o lo que es de todos simplemente) el que resulta problemático. Todo se compra: obviamente el pan nuestro de cada día y todo lo que debe venir con él, pero también la educación y la salud, y la vivienda, pero se trabaja por sueldos que no permiten superar las líneas de pobreza. En virtud del sagrado crecimiento, todo aprovechamiento de la tierra, agua y aire es bienvenido. Los negocios son el alma del país y en pro de ellos todo dinero que se pueda aportar a su buen funcionamiento es utilizado. Y todo esto en un marco de regulacio-

nes mínimas. Resultado: un sistema de seguridad social que no es tal; utilidades desmesuradas para las grandes empresas financieras y pensiones inconcebiblemente bajas para nuestros jubilados. Como parte de los negocios, situaciones y acciones 'ideológicamente' falsas menudean y la justicia siempre discriminando...

Todo lo que se vende y por consiguiente se compra queda en el mundo de lo privado; entonces compras lo que puedes y te alegras o te resignas. El problema aparece cuando no se puede comprar. Y nos hemos pasado años y años regulando el manejo de lo público: hay pobreza y pobreza extrema, hay sectores vulnerables, hay bonos y subsidios, hay condiciones de salud con garantías explícitas de atención, hay beneficios para adultos mayores en el transporte público. Esta situación está al origen de una política de mínimos, de básicos o de primarios: sueldo mínimo, necesidades básicas, educación primaria, atención primaria, canasta básica, y así sucesivamente. Todo apunta a garantizar la subsistencia; y estas son todas formas bastante características de una política que, como política, anda al filo de una política democrática...

Luchar por la subsistencia ha ocupado todo el tiempo a los sectores sociales vulnerables. Obsesionados por la subsistencia, los pobres han dedicado sus mejores esfuerzos a procurarse las condiciones básicas de vida: pan, techo y abrigo. Muy pocas facetas de lo "público" estarán entre sus intereses dominantes. Abrumadas por la miseria, la misma libertad política podría no tener gran significado para la inmensa mayoría de la población. Dada estas condiciones de vida, grandes masas de población quedarán "fuera de la luz que irradia la esfera pública". Esta apreciación, enunciada a partir de *Sobre la revolución* de Hannah Arendt, parece efectiva .

Creo que un proceso social como la colonización y la descolonización puede ser de ayuda aquí. Es posible que el modelo de desarrollo asumido pueda asimilarse a un raro proceso de colonización de la población: las 'privatizaciones' iniciadas en la segunda mitad de los setenta y desarrolladas intensamente en los ochenta, implicaron extirpar la soberanía de los ciudadanos sobre todos los ámbitos privatizados. Todo lo que en otras época era un derecho se vuelve ahora una mercancía y el mercado es el que manda; los ciudadanos ya no son tales, son consumidores. Sus derechos son tan extensos como

sea su capacidad de pago. Y han vivido colonizados por una elite, con sus derechos en estado de animación suspendida. Todo lo que han alcanzado es lo que 'les tocó', una ciudadanía de segunda clase... Y esa vida tan limitada agota e irrita.

Hoy la palabra de orden parece ser la descolonización. De alguna manera hemos vuelto atrás. Presumíamos haber avanzado mucho hacia la modernidad y la OECD y de improviso nos encontramos en una batalla por la independencia en la que los colonizados recuperan su voz, aparecen de nuevo los indios (los que fueron colonizados en su origen y su situación –cambios más y cambios menos– siguió siendo muy parecida) y la ciudad empieza a parecerse a los terrenos baldíos de antaño. Rodrigo Karmy, recordando un comentario de Armando Uribe a unos recuerdos de Eduardo Frei Montalva, hace ver que los 'indios' debieran permanecer siempre tras el Bío Bío. "La máquina mitológica de una oligarquía blanca e hispánica que despreció a los indios desde la Colonia, no ha dejado de despreciar al pueblo en su fase republicana- Indio y pueblo yuxtapuestos en una intensidad irreductible que habita los bordes del orden y que, de vez en cuando, irrumpe en las superficies..." .

Es notable la profusión de banderas mapuches, junto con la chilena, en todas las manifestaciones de estos días; hay una icónica foto de los manifestantes sobre el monumento de Baquedano en que, contra un fondo anaranjado de incendios o del atardecer, destaca una wenufoye. Y a esta descolonización –recuperar derechos y soberanía– se procede de una manera agresiva. ¿Cómo recuperar derechos? Excluidos de la política, no han tenido arte ni parte en ella; no ha sido su campo por más de treinta años...

Hoy una lluvia de piedras y de palabras cae sobre las calles de Santiago, y de la noche a la mañana grandes segmentos de nuestra población se vuelven políticos: hay palabras por todas partes (en las paredes, en las estatuas, en la televisión, en los computadores) y su abundancia, tantas como las piedras, es otra señal de su vieja exclusión. ¿Como explicar la profusión de palabras en la calle? La lucha política requiere de una poderosa afirmación inicial, aunque sea en términos negativos: no más AFP!, no más CAE!, no más edificios! (como leí en una calle de Viña del Mar en las vallas en que se promocionaba la venta de departamentos nuevos cerca del Hospital Fricke). Hay que atraer a la gente, hay que

organizar la protesta, pero también hay que juntar piedras...

Hoy muchos tiran piedras; su fuerte es su fuerza física Sin embargo, en la piedra lanzada también podría ir condensada una reflexión política. Se requiere atención y presteza para esquivarla físicamente; se requiere igualmente atención, pero además una muy difícil y compleja reflexión para interpretarla adecuadamente.

Frantz Fanon puede venir en nuestra ayuda. En su clásica "Los condenados de la tierra", proporciona una compleja visión del mundo colonial y del proceso de descolonización: "El mundo colonial es un mundo en compartimientos"; "el mundo colonizado es un mundo cortado en dos. La línea divisoria, la frontera está indicada por los cuarteles y las delegaciones de policía." La violencia, obviamente, está en el centro de este mundo: "¿Qué es pues esa violencia? Ya lo hemos visto: es la intuición que tienen las masas colonizadas de que su liberación debe hacerse, y no puede hacerse más que por la fuerza... la violencia, y ahí está el escándalo, puede constituir, como método, la consigna de un partido político." Por otra parte, los condenados de la tierra –salvando las diferencias de tiempo y lugar (y el uso irónico del lenguaje en Fanon)– tienen un gran parecido con nuestros 'protestantes' "Entonces los rufianes, los granujas, los desempleados, los vagos, atraídos se lanzan a la lucha de liberación como robustos trabajadores. Esos vagos, esos desclasados van a encontrar, por el canal de la acción militante y decisiva, el camino de la nación. No se rehabilitan en relación con la sociedad colonial, ni con la moral del dominador. Por el contrario, asumen su incapacidad para entrar en la ciudad salvo por la fuerza de la granada o del revólver. Esos desempleados y esos subhombres se rehabilitan en relación consigo mismos y con la historia. ...todas y todos los que oscilan entre la locura y el suicidio van a reequilibrarse, a actuar y participar de manera decisiva en la gran procesión de la nación que despierta."

Michel Foucault, en un texto al que volveré más adelante, señala que "el hombre que se subleva queda, en definitiva, fuera de la historia." Entiendo que 'sublevarse' trata de una apuesta tremendamente arriesgada, en que se pone en juego la vida misma (y es en ese sentido que queda fuera de la historia, que es una ruptura, para MF). La historia puede explicar el someterse, pero al sublevarse irrumpe

una 'novedad', irrumpe otro sentido. La normalidad de la vida es puesta entre paréntesis (la normalidad es un privilegio, como leí en alguna pared de Providencia). Viendo la alegría de los muchachos cuando deshacen nuestra querida ciudad, no puedo menos que pensar si –contradiendo a la Arendt, pero manteniéndome en sus propios términos– al hacerlo ¿no estarán teniendo acceso a la “felicidad pública”?, ¿no estarán en contacto pleno con “la luz que irradia la esfera pública”?

III.

“...creo que nunca se puede comprender bien algo hacia lo cual uno es hostil” dice en el texto recién citado Michel Foucault, al tratar de explicar su actitud hacia las revueltas en Iran en 1978, que originarán una represión horrible (entre 2000 y 4000 muertos en una semana) y terminarán en un régimen religioso autoritario. Luego, señala que los procesos revolucionarios en el tercer mundo “van a tratar de arraigarse cada vez más en el fondo cultural de esos países...” (a diferencia con lo que ha sido clásico en la experiencia y reflexión occidental: desarrollo y organización de la clase obrera, conciencia de clase, el partido como vanguardia del proletariado, etc. etc.). Por este motivo Foucault observa que “resultará necesario dar un poco de crédito y prestar atención a lo que pasa...” (p. 54).

Esta entrevista data de agosto de 1979 y fue realizada por Fared Sassine, un intelectual libanés. Es una entrevista fascinante por varios motivos. Por un lado, sorprende las similitudes y las diferencias de la situación que origina estas reflexiones y las de su lectura actual 40 años después; sorprende igualmente la sensatez metodológica de Foucault: la dificultad de comprender aquello hacia lo que uno es hostil y la necesidad de prestar atención y darle crédito a lo que ocurre, al acontecimiento, más allá de las situaciones estructurales. En tercer término, sorprende también ver ese pensamiento ocurriendo. En numerosas ocasiones Foucault señala no estar seguro de alguna apreciación, que sería necesario reflexionar algo más sobre un punto específico, que tentativamente es posible afirmar que... Es decir, es una entrevista que ayuda a pensar en esos sesenta y tantos días transcurridos en Santiago.

Educado en el marxismo silvestre del siglo XX chileno, debo confesar que he visto lo ocurrido en San-

tiago a partir del viernes 18 de octubre con bastante perplejidad y cierta cuota de aversión. Confío en los tiempos por venir, pero a la vez me preocupan algunos rasgos que ya se insinúan. Partiendo de la base de que no hay una sola manera de ser razonable, reconozco y creo que el diálogo es imprescindible, pero a la vez que cuando la violencia impera se ha perdido todo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Joaquín Lavín. Chile: la revolución silenciosa. Editora Zig-Zag, Santiago de Chile 1987.
2. Hannah Arendt. Sobre la revolución. Alianza Editorial, Madrid (2ª reimpresión), 2009.
3. Rodrigo Karmy. “Los indios de Chile”, en Palabra Popular, N°16 noviembre-diciembre 2019: 103-104.
4. Frantz Fanon. Los condenados de la tierra, Fondo de Cultura Económica, 7ª reimpresión 1983, p 65
5. Michel Foucault. Sublevarse, entrevista inédita con Fared Sassine. Catálogo Libros, Viña del Mar Chile 2016 (segunda reimpresión junio 2019).

EL DESAFÍO DEL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

THE CHALLENGE OF HEALTH SYSTEM FINANCING IN CHILE

Uno de los temas centrales que ha emergido con fuerza desde la demanda ciudadana en el contexto del estallido social de octubre de 2019 es salud. En rigor, como tema, las inequidades en salud y los problemas de nuestro sistema sanitario no son nuevos para la academia de la salud pública ni para los ciudadanos. En efecto, desde la recuperación de la democracia, salud ha estado regularmente entre las primeras prioridades para las personas en las diversas encuestas que se han venido desarrollando. Por otra parte, desde años la academia también ha hecho esfuerzos por visibilizar las inequidades en salud¹⁻³ y también por hacer propuestas de cambio al sistema sanitario⁴⁻⁵. Si bien, desde los espacios de decisión política se ha intentado dar respuestas a algunos de los problemas (GES, Ricarte Soto, entre otros), como sociedad, hasta ahora no hemos sido capaces de generar los acuerdos que permitan impulsar los cambios estructurales en salud que nuestro sistema necesita.

Un elemento significativamente diferente que ha ocurrido desde el 18 de octubre de 2019, es el grado de conciencia colectiva respecto de la necesidad de hacer cambios estructurales a nuestro sistema de salud. En este nuevo escenario, el espectro de cambios es amplio, abarcando desde la inserción de salud en la nueva constitución política hasta las maneras de financiar y de organizar nuestro sistema de salud.

Respecto de lo primero, la concepción del rol subsidiario del Estado plasmada en la Constitución Política de 1980, por una parte, se expresa una definición de la salud como derecho individual expresado en el numeral nueve del artículo 19 al establecer que “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”⁶(Constitución Política de Chile:18). Por otra parte, el inciso final “Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado señala”⁶, más allá de las interpretaciones jurídico-constitucionales^{7,8} (Jordán, 2013; Nancuante et al., 2012) REF), en la práctica ha sido un factor que ha obstaculizado avanzar hacia cambios estructurales del sistema que fortalezcan la cohesión social. En el contexto de una nueva Constitución, por lo tanto, lo esperable es que salud sea efectivamente reconocido como derecho social y que el Estado debe garantizar.

Al mirar desde una perspectiva sistémica, los desafíos que como sociedad debemos enfrentar respecto a nuestro sistema de salud se pueden agrupar en tres grandes ámbitos: i) reformas que debemos hacer en el componente de financiamiento para que tengamos un verdadero sistema de seguridad social en salud para toda la población; ii) reformas orientadas a fortalecer y modernizar el sistema prestador público de atenciones de salud, que es el sistema principal que como país tenemos; iii) políticas y estrategias de desarrollo de recursos humanos.

Las áreas antes mencionadas están, obviamente, imbricadas. Debemos recordar que el componente de financiamiento es un mecanismo mediante el cual las perso-

nas acceden a la atención de salud, la que es entregada por las personas que trabajan en los diferentes tipos de establecimientos de salud que el país tiene a lo largo de su territorio. En este sentido, es razonable que como sociedad enfrentemos estos desafíos desde una mirada global y compartida respecto del sistema de salud que queremos, de manera que los cambios que impulsemos en cada componente específico del sistema se orienten en la misma dirección.

Las reflexiones que se desarrollan en este documento, sin perder esa perspectiva global recién mencionada, se centran en el componente del financiamiento de nuestro sistema de salud. Lo que se busca es entregar elementos que contribuyan a un debate informado en el que participe toda la ciudadanía.

Las propuestas que se han conocido públicamente respecto de financiamiento del sistema de salud se pueden sintetizar en dos grandes modalidades: Financiamiento en base a impuestos generales y Financiamiento en base a contribuciones vinculadas al trabajo. Respecto de la segunda propuesta, se han planteado las alternativas de Seguro Nacional de Salud^{4,9} (ESP-COLMED, 2018; CIPER, 2019) y de Multiseguros¹⁰ (Paolucci y Velasco, 2017).

En rigor, la primera propuesta se ha presentado como Sistema Único de Salud, pero de manera específica plantea el componente de financiamiento sobre la base de impuestos generales, además de un sistema prestador de atención de salud con prestadores estatales organizados en un Servicio Nacional de Salud. Así planteado, esta concepción se ajusta de manera estricta al Modelo Beveridge, creado en el Reino Unido en 1948¹¹. Cabe hacer esta aclaración, pues la noción de Sistema Único de Salud es genérica, en tanto las otras propuestas se refieren de manera específica al componente de financiamiento. Más aún, algunos de los autores de propuestas de financiamiento, también han hecho propuestas específicas para otros componentes del sistema de salud, como el sistema prestador público⁵ (Arteaga y col., 2017).

En términos generales, lo que mejor distingue a las alternativas de financiamiento de los sistemas de salud es cómo se distribuye la carga de contribución al financiamiento en el total de la población. De este modo, los sistemas que descansan en impuestos generales, incluyen la carga del financiamien-

to de la salud en el sistema tributario general. Esto permite que quienes tienen mayores ingresos y que por ello tributan más, contribuyan más al financiamiento que quienes tienen menos ingresos o simplemente no tienen ingresos. En el otro extremo, los sistemas que descansan en altos gastos de bolsillo derivados de co-pagos o pagos de seguros privados son proporcionales al uso de servicios de atención de salud y no a ingresos, lo que implica un peso proporcionalmente mayor del financiamiento en población de menores ingresos¹².

¿Cuáles son, entonces, las ventajas y desventajas de las modalidades de financiamiento que se plantean en el actual escenario?

Lo que se desprende de la demanda ciudadana de cambios estructurales en salud es que, como sociedad, debemos abordar el desafío de avanzar hacia un verdadero arreglo de Seguridad Social. En este sentido, todas las modalidades que se analizan a continuación corresponden a sistemas de seguridad social en salud.

La modalidad de impuestos generales tiene como principal ventaja la progresividad de su financiamiento, lo que significa que las personas con mayores ingresos y que pagan más impuestos contribuyen más al financiamiento del sistema. Sin embargo, esta ventaja dependerá de la estructura tributaria del país. En Chile, 42% de los ingresos que el fisco recauda corresponde a IVA, mientras que el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos es de solo 20%¹³. El IVA es un impuesto regresivo, pues como se agrega al precio de un bien o servicio, dicho monto es el mismo para todas las personas que compran ese bien o servicio; de este modo, el mayor esfuerzo de pago recae en las personas con ingresos menores. En el mismo sentido, mientras mayor sea el peso relativo del IVA en los ingresos fiscales que financian el presupuesto nacional, menos progresivo en el financiamiento.

Entre los aspectos positivos del financiamiento en base a impuestos generales se reconoce que en este tipo de sistema se generaría un mayor control del público sobre el gasto en salud, tanto en las crisis de corto plazo y cuando las prioridades de largo plazo se modifican¹². De esta manera, el financiamiento estaría más protegido frente a los ciclos económicos y sus efectos en el mercado del trabajo. Complementariamente, existiría un mejor control de la

inflación de costos en comparación con otros sistemas. La literatura referida a los sistemas con esta modalidad plantea que con frecuencia existirían niveles de sub-financiamiento que pueden conducir a racionamiento de prestaciones necesarias y deterioro de la calidad de los servicios. De igual modo, se restringe de manera importante la libertad de elección, lo que, a su vez, se asocia con menores niveles de satisfacción usuaria¹¹, pudiendo también llegar a tener importantes implicancias en los niveles de equidad¹⁴ (Goodyear-Smith y Ashton, 2019). Lo anterior puede incentivar el desarrollo de seguros privados para reducir las dificultades de acceso a la atención de salud.

Los sistemas con financiamiento en base a contribuciones vinculadas al trabajo, es decir, cotizaciones obligatorias para salud de trabajadores, empleadores y del Estado, pueden organizarse como Seguro Nacional de Salud y como Multiseguros. En el primero, existe una sola entidad aseguradora de toda la población, en tanto en el sistema de multiseguros, existe un número variable de entidades que aseguran a la población que tienen a cargo.

En el Seguro Nacional de Salud¹⁵, el aseguramiento descansa en la distribución de los riesgos en el conjunto de la población, a la vez que se solidariza el financiamiento mediante la obligatoriedad de todas las personas de contribuir al financiamiento en función de su nivel de ingresos, lo que permite constituir un Fondo Único Nacional. La provisión de servicios de salud puede ser pública o privada, con o sin fines de lucro, considerándose la posibilidad de elegir prestadores. También pueden existir seguros complementarios voluntarios.

Al igual que la modalidad de financiamiento en base a impuestos generales, esta modalidad tiene ventajas asociadas con equidad y de efectividad sanitaria. Los mecanismos de transferencia de recursos son definidos por el Seguro en función de lograr eficacia sanitaria y eficiencia y, como es una única entidad, la que transfiere recursos a los prestadores (compra de prestaciones), los costos de transacción asociados a procesos administrativos y regulatorios son bajos, lo que constituye otra importante ventaja¹⁶.

El pago a prestadores puede hacerse directamente desde la entidad aseguradora a prestadores que entregan los servicios a la población o a gestores de redes con población a cargo, en cuyo caso los

recursos se transfieren mediante fórmula de distribución (ej. per cápita corregido por necesidad sanitaria), para que estos gestores usen dichos recursos financieros para articular a los prestadores de su red.

La principal desventaja que se reconoce al Sistema de Seguro Nacional de Salud es el riesgo de captura de los niveles de decisión por parte de grupos de interés. Si la relación entre el Seguro Nacional y los prestadores está mediada por gestores de red este riesgo se puede atenuar, pues existiría una inteligencia sanitaria que, con los recursos que se le asignan, modula la compra de prestaciones a su red de prestadores con un enfoque de salud pública para satisfacer las necesidades de la población que tiene a cargo.

En la modalidad de Multiseguro existen varias entidades que participan del aseguramiento^{17,18}. Estas entidades son públicas o privadas, normalmente sin fines de lucro. Al igual que todas las modalidades previamente analizadas, el aseguramiento es universal. Esto significa que las entidades aseguradoras no pueden discriminar por riesgo individual de las personas, lo que implica que deben existir mecanismos de ajustes para compensar los riesgos de salud asociados a las carteras de beneficiarios de cada entidad aseguradora. Las prestaciones de salud son provistas por prestadores públicos o privado en convenio con las entidades aseguradoras, siendo la mayoría prestadores privados en los países europeos.

Las ventajas que se asociarían con esta modalidad se relacionarían con la competencia regulada entre las entidades aseguradoras, lo que redundaría en eficiencia y satisfacción de los usuarios¹⁹. Las desventajas más relevantes se asocian con tres ámbitos de problemas. Por una parte, si bien existen mecanismos de compensación de riesgos que tienen por propósito evitar la discriminación de las personas debido a sus riesgos individuales por parte de las aseguradoras, estos mecanismos resultan insuficientes y en la literatura se reconoce la mantención de riesgos de segmentación²⁰. Por otra parte, asociado con el punto anterior, se requiere una fuerte institucionalidad reguladora, lo que se traduce en mayores costos de transacción, los que pueden llegar a ser muy significativos¹⁶. Finalmente, dado que la unidad poblacional corresponde a la cartera de cada entidad aseguradora, se pierde la planificación sanitaria basada en poblaciones que habitan un territorio, afectándose el valor sanitario asociado al desa-

rollo de la estrategia de atención primaria.

Los arreglos basados en contribuciones vinculadas al trabajo (Seguro Único Nacional, Multiseguros), están más expuestos a las variaciones del mercado del trabajo y un desafío particular es cómo lograr que los trabajadores informales contribuyan al financiamiento del sistema. Desde una perspectiva del gasto en salud, una mayor aceptabilidad social y política al incremento de primas que al incremento de impuestos, expone al sistema de salud a mayores presiones sobre el gasto en salud que un sistema de financiamiento basado en impuestos generales.

El estallido social de una sociedad que reclama recuperar el protagonismo en la construcción de políticas públicas ha abierto una nueva oportunidad para que impulsemos los cambios estructurales que requerimos en salud.

El desafío mayor es que los cambios que impulsemos nos ayuden a fortalecer la cohesión social. En este sentido, es importante reconocer dos niveles de jerarquía en las decisiones que debemos adoptar. La decisión de mayor jerarquía y que implica un cambio fundamental para terminar con la segmentación social y discriminación en nuestro sistema de salud es que podamos mancomunar todos los recursos destinados a salud. Dada la estructura de nuestro sistema tributario, incluso con las propuestas de cambio que se plantean, el cambiar hacia una modalidad de sistema de salud basado en impuestos generales pierde su principal fundamento, que es el de la justicia social derivada de la progresividad del financiamiento. Sin embargo, esta decisión de mayor jerarquía, es decir el objetivo de mancomunar, aún se puede alcanzar si conformamos un Fondo Nacional de Salud.

En otro nivel de jerarquía decisional, que es secundario a la decisión que como país adoptemos respecto de un conformar un Fondo Nacional de Salud, podremos discutir el arreglo específico. En este nivel se abren las opciones de tener una sola entidad aseguradora que administre el Fondo (Seguro Nacional de Salud) o tener varias entidades aseguradoras participantes (Multiseguros). Cada una de estas opciones tiene ventajas y desventajas. Como sociedad, en forma democrática, tendremos que decidir cuál es aquella por la que optamos. Lo más importante es que para llegar a hacer esa discusión después de la decisión de primera jerarquía antes señalada, ya habremos resuelto que estamos en el

terreno de la seguridad social habiendo dejado atrás un sistema que segrega a la población en función de los riesgos sanitarios y del nivel de ingreso de las personas, habremos dejado atrás un sistema que institucionaliza las inequidades para construir otro que efectivamente contribuye a la cohesión social que como país necesitamos para avanzar hacia el desarrollo.

Finalmente, es importante tener en mente que un cambio en la modalidad de financiamiento de nuestro sistema de salud, requiere que los recursos financieros para el sistema se incrementen, lo que se significa llegar al nivel de gasto público de 6% que propone OMS, además de impulsar una reforma del sistema prestador público para modernizarlo y fortalecerlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arteaga, O., Astorga, I., Pinto, A.M. (2002); "Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile". *Cadernos de Saúde Publica*, 2002; 18(4): 1053-1066.
2. Albala, C., Sánchez, H., Lera, L., Angel, B. y Cea, X. Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor. Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros). *Rev Med Chile* 2011; 139: 1276-1285.
3. Jiménez, S., Barriga, O. y Salazar, A. Inequidad en el acceso a salud en Chile: Estudio multifactorial basado en la encuesta CASEN del año 2013. *Rev Chil Salud Pública* 2018; Vol 22 (1): 31-40.
4. ESP-COLMED. Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Colegio Médico de Chile. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/lee%20aqui%20la%20propuesta%20lanzada%20por%20esp%20y%20colmed%20(1).pdf. 2018.
5. Arteaga, O., Bayer, H., Martínez, S., Santelices, E., Velasco, C., Villarino, S. (2017). Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud. Publicación Escuela de Salud Pública U de Chile y Centro de Estudios Públicos (CEP). Santiago de Chile. 2017.
6. Constitución Política de Chile. Texto promulgado por Decreto Supremo N° 9 1.150 del Ministerio del Interior de 21 de octubre de 1980. Editorial Jurídica de Chile: Santiago de Chile. 1981.

7. Jordán, T. (2013): "El cambio del eje referenciador del derecho a la protección de la salud a partir de la jurisprudencia constitucional sobre el subsistema privado de salud", en *Estudios Constitucionales*, 2013 (año 11 N° 1) pp. 333-380.
8. Nancuante, U., Romero, A., Sotomayor, R.: *Régimen jurídico de la salud* (Santiago, Legal Publishing Chile). 2012.
9. CIPER. Por un Nuevo Pacto Social en Salud para Chile. Disponible en <https://ciperchile.cl/2019/11/30/por-un-nuevo-pacto-social-en-salud-para-chile/>. 2019.
10. Paolucci, F., Velasco, C. Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo. Centro de Estudio Públicos. CEP: Santiago de Chile. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Dropbox/Escuela%20Sal%20Pub/Temas/Reforma/CEP%20Isapres/dpp_025_septiembre2017_paolucci_velasco.pdf. 2017.
11. European Observatory. United Kingdom: Country Health Profile. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/419478/Country-Health-Profile-2019-United-Kingdom.pdf?ua=1. 2019.
12. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. Funding health care: Options for Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press: Buckingham-Philadelphia. 2002.
13. OECD. Revenue Statistics 2019 – Chile. Disponible en: <https://www.oecd.org/tax/revenue-statistics-chile.pdf>. 2019.
14. Goodyear-Smith, F., Ashton, T. New Zealand health system: universalism struggles with persisting inequities. *Lancet* 2019; 394: 432–42.
15. Martin, D., Miller, A., Quesnel-Vallée, A., Caron, N., Vissandjée, B., Marchildon, G. Canada's universal health-care system: achieving its potential. *Lancet* 2018; 391: 1718–35.
16. Morra, D., Nicholson, S., Levinson, W., Gans, D., Hammons, T., Casalino, L. US Physician Practices Versus Canadians: Spending Nearly Four Times As Much Money Interacting With Payers. *Health Affairs* 30, NO. 8 (2011): 1443–1450
17. European Observatory. Germany: Country Health Profile. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/419459/Country-Health-Profile-2019-Germany.pdf?ua=1. 2019.
18. European Observatory. Belgium: Country Health Profile. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/419451/Country-Health-Profile-2019-Belgium.pdf?ua=1. 2019.
19. European Observatory (2019d). The Netherlands: Country Health Profile. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/419477/Country-Health-Profile-2019-the-Netherlands.pdf?ua=1. 2019.
20. Roman-Urrestarazu, A., Yang, J., Ettelt, S., Thalmann, I., Seguel Ravest, V., Brayne, C. Private health insurance in Germany and Chile: two stories of co-existence, segmentation and conflict. *International Journal for Equity in Health* (2018) 17:112 <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0831-z>.

INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO QUE VIVEN EN HOGARES PROTEGIDOS EN CHILE

SOCIAL INCLUSION OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS WHO LIVE
IN SUPPORTED HOUSING IN CHILE

SALUD MENTAL E INCLUSIÓN SOCIAL

Las personas con diagnóstico de trastornos mentales son un grupo especialmente vulnerable a la exclusión social y presentan una larga historia de inequidad y opresión¹. La Estrategia Nacional de Salud señala que “las condiciones neuropsiquiátricas son el primer grupo de causas de enfermedad, responsables del 23,2% del total de AVISA”² e indica que la discapacidad por trastornos mentales se ve agravada por la exclusión social, la estigmatización y la violación de los derechos humanos. En Chile, según el censo del 2012, 373.545 personas presentan dificultad psiquiátrica, mental o intelectual. De este grupo, 1.144 personas viven en 151 hogares y residencias protegidas (al año 2016)³. Entre las investigaciones que han abordado la inclusión social de estas personas se ha encontrado que solo el 3,1% de sus residentes poseen ocupación⁴.

El concepto de inclusión social emerge en los años 70 en Europa, como parte del discurso político y, en la actualidad, se ha transformado en el foco de las políticas sociales de diversos países⁵. Lo mismo ha ocurrido en los estudios de Salud Mental, donde se ha transformado en un concepto clave para evaluar los programas e intervenciones, pero, a pesar de su relevancia, no existe consenso respecto a su definición^{1,6}. En la literatura, se pueden distinguir dos líneas principales: una primera que releva la perspectiva de derechos como ciudadano o miembro de un grupo particular, y la otra que considera las oportunidades de participación en funciones clave o actividades de la sociedad⁵. Se ha descrito que ambas perspectivas son complementarias, pero la perspectiva de la participación ha tenido mayor desarrollo debido a que ofrece mayores posibilidades de ser medida. Aun así, es importante no reducir el concepto a la sola participación, sino que se debe considerar que la exclusión social tiene que ver con la forzada falta de participación y la inclusión social con la oportunidad de participar¹. Además es importante tener en cuenta que el concepto solo es definible en una sociedad dada (tiempo y lugar), es multidimensional (en términos de derechos como de actividades clave), es dinámico (es un proceso más que un estado) y posee múltiples niveles (individual, familiar, comunal, societal e incluso global)⁵.

En cuanto a la relación entre salud mental y exclusión social, algunos autores han mostrado la extrema dificultad para diferenciar entre causas y efectos. Si bien unos afirman que son los problemas de salud mental los que causan pobreza y exclusión, existen otros enfoques que sostienen que la estigmatización y el efecto de los diagnósticos psiquiátricos son los causantes de la exclusión social⁷. En un ejercicio por diferenciar grandes posturas al respecto, se encuentran por un lado las que

conciben la exclusión social como el efecto de una enfermedad mental⁸, siendo el DSM un ejemplo paradigmático. Por otro lado, existen enfoques donde la inclusión es propiciada como un medio para mejorar la enfermedad mental⁹⁻¹¹ y, además, otros en que la discapacidad misma es consecuencia de la falta de inclusión social^{1,12,13}.

Hogares protegidos e inclusión social en Chile

Los hogares protegidos se comienzan a implementar en Chile desde los años 90, con la vuelta a la democracia, como parte de una nueva estrategia de salud mental. Esta estrategia está inspirada en los modelos comunitarios y la Convención de Caracas¹⁴, en donde se cuestiona fuertemente el papel de los psiquiátricos porque, entre otros, aíslan, ponen en peligro los derechos humanos y civiles y requieren la mayor parte de los recursos.

Luego de transcurridos casi 30 años de su implementación, resulta llamativa la insuficiente información sobre su funcionamiento, especialmente si se considera que la inclusión social ha sido definida local e internacionalmente como prioritaria dentro de las políticas públicas. Por ejemplo, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible es posible de operacionalizar¹⁵ y en la agenda 2030 se han formulado en indicadores que se hacen cargo de la inclusión social de las personas con discapacidad y trastornos mentales ([1] Fin de la pobreza; [3] Salud y bienestar: salud mental; [4] Educación de calidad; [8] Trabajo decente y crecimiento económico; [10] Reducción de las desigualdades: inclusión social, económica y política de todas las personas; [11] Ciudades y comunidades accesibles).

El año 2013, desde SENADIS, se propuso una Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad que recoge las indicaciones de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (ONU), además de la Ley 20422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Esta política expresa la necesidad de "generar las condiciones que permitan a las personas con discapacidad su plena inclusión social y una efectiva igualdad de oportunidades"¹⁶ y define lineamientos estratégicos divididos en áreas de intervención para su cumplimiento: salud; promoción de la autonomía personal y atención a las perso-

nas con discapacidad en situación de dependencia; educación; atención temprana; investigación, desarrollo e innovación; accesibilidad universal; capacitación e inclusión laboral; acceso a la justicia y adecuaciones normativas; promoción de derechos y generación de conciencia sobre discapacidad en la sociedad; participación en la vida política y pública; y cultura, recreación y deporte¹⁶.

En salud mental nos encontramos con un panorama similar, la inclusión es parte del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 y del Plan Nacional de Salud Mental del 2017 que introduce los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y de la Ley 20422, definiendo líneas y acciones de abordaje desde la inclusión social.

Investigación sobre inclusión social en Chile y el mundo

La investigación internacional sobre salud mental e inclusión social ha sido prolífica y ha logrado influenciar las políticas públicas. Este es el caso de investigaciones epidemiológicas en países como Inglaterra, China, Australia entre otros, en que se ha operacionalizado el concepto de inclusión social y se han aplicado escalas estandarizadas para medirla^{6,20-22} o iniciativas como el Housing First²³⁻²⁷, desde donde el hogar es el punto de partida, no final, para la recuperación, incentivando la autonomía y mostrando importantes efectos positivos. En la misma línea, el "intensive case manager", que cuenta con una revisión Cochrane, demuestra múltiples beneficios²⁸⁻³⁰. Los mismo ocurre con la inclusión laboral, donde los estudios señalan que para las personas con discapacidad psíquica la realización de un trabajo, sea pagado o no, favorece el bienestar mental y la inclusión social, especialmente cuando se confía en sus capacidades y se valoran sus aportes¹⁰. Asimismo, se indica que puede dificultar la inclusión social la realización de tareas aisladas o sin socialización o que no se valoren las contribuciones de las personas¹¹. Incluso se ha mostrado que la recreación física, social y creativa en la comunidad puede contribuir a la recuperación e inclusión social de personas con problemas de salud mental y que los entornos recreativos inclusivos facilitan la formación de relaciones de amistad⁹.

a. Es importante agregar que los hogares y residencias utilizan en Chile el 8% del presupuesto de salud mental (17)

Investigación en Chile

A pesar de la relevancia dada desde los acuerdos internacionales y de las iniciativas nacional^a, la investigación sobre inclusión social de personas con diagnóstico psiquiátrico en Chile ha sido escasa. Más aún, si bien se han llevado a cabo dos Estudios Nacionales de la discapacidad que miden indicadores de inclusión social en personas con discapacidad¹⁷, ninguno de ellos incluyó a las personas que viven en hogares ni residencias protegidas, lo cual ha sido duramente criticado¹⁸. Nos encontramos entonces con que no hay suficientes investigaciones en Chile que den cuenta del impacto de los hogares protegidos en la inclusión social¹⁹ y que los resultados disponibles sean preocupantes.

El II Estudio Nacional de la Discapacidad (II EN-DISC), llevado a cabo el año 2015, si bien encuesta a todas las personas con discapacidad y no desagrega por salud mental ni incluye a las personas que viven en hogares protegidos (como se señaló anteriormente), ayuda a formarse una impresión de la falta de inclusión social de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave que viven en hogares. Este estudio indica que el 57,2% de las personas en situación de discapacidad se encuentran inactivas laboralmente (1.488.576 personas) mientras que esta cifra baja a 31% en el caso de las personas sin situación de discapacidad. El promedio de años de estudio de las personas en situación de discapacidad es de 8,6 años, mientras que para el resto es de 11,6 años. La participación en organizaciones sociales es menor que las personas sin discapacidad. Las personas en situación de discapacidad se han sentido más discriminadas que el resto de la población, situación que aumenta en las mujeres¹⁷. En relación al subgrupo de las personas con discapacidad psíquica, podemos suponer que estos indicadores se agudizan, por ejemplo, la encuesta Casen del año 2011, indica que solo el 13,9% de las personas con discapacidad psíquica tenía alguna ocupación³¹.

Una línea de estudio importante en Chile que aborda la situación social de las personas con diagnóstico de esquizofrenia y que se relaciona con la inclusión social es el estudio de la calidad de vida. Una investigación del año 2011, en los Servicios de Salud de Concepción y Arauco de Chile, indica que se observa una relación entre apoyo social percibido y mayor calidad de vida³². Otro estudio, en el

Servicio de Salud de Arica, muestra que la percepción de falta de apoyo social y la sensación de aislamiento disminuyen la calidad de vida y el mayor apoyo social lo aumenta. Se indica también que estas personas, a pesar de tener capacidades para desenvolverse en su ambiente inmediato, tienen pocas redes sociales y escaso contacto con la comunidad, realizan escasas actividades recreativas y que implican interacción social y muy pocos mantienen una ocupación fuera del hogar³³.

Una posible causa tiene que ver con que las familias restringen la inclusión social al considerar que es mejor que no realicen trabajos en el mercado competitivo, que no mantengan relaciones personales significativas ni vivan solos de manera independiente, lo que afecta el empoderamiento y la autonomía. Se explica esta situación señalando que este hecho se debe a que las familias y los cuidadores buscan proteger a las personas³⁴. También es importante considerar que se ha indicado que en el área de salud no se respeta el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, posiblemente debido a la preferencia de los equipos de salud por entregar prestaciones clínicas en desmedro de las comunitarias³⁵.

En cuanto a estudios en Chile que muestren el efecto de los hogares protegidos en las personas, hay investigaciones que indican que existe una mejoría significativa en la calidad de vida y un menor deterioro en los roles sociales comparado con aquellas personas que aún residen en hospitales psiquiátricos, indicando que su papel como instrumento para la reinserción de personas desde el hospital ha sido significativo³⁶. En esta línea otros autores refieren que efectivamente las personas que viven en hogares protegidos o residencias experimentan más inclusión social que los que viven en psiquiátricos, pero menos que quienes viven con su familia o con una familia que ellos formarían³⁷.

Una investigación muy ilustradora sobre el tema es la encargada por SENADIS el año 2017 en los hogares de COANIL (hogares protegidos para personas con discapacidad psíquica) que mostró que la dimensión más débil evaluada corresponde a inclusión social. Se indica, por ejemplo, que solo el 3,1% de las personas se encuentra ocupadas, el 3,3% desocupadas y el 93,6% inactivas. Incluso se señala que el 85,9% no participan en ningún tipo de programa de capacitación, ni formación. En el mismo

sentido se afirma que los talleres de recreación son ofertados por la gestión de la fundación o centro residencial en un 93,8 por ciento y los talleres formativos en un 95,3 por ciento. Lo que habla de escasa relación con la red local⁴.

Algunas posibles causas de esta situación, si revisamos la literatura disponible, tiene que ver con la restrictividad de los dispositivos que afecta negativamente la inclusión social⁴. En esta línea una investigación que entrevistó a 122 usuarios que viven en hogares y residencias protegidas en las regiones del Maule y Bío Bío, además de 30 cuidadores, encontró que a menor restrictividad los residentes presentan mayores habilidades básicas de la vida diaria, especialmente en áreas como “habilidades domésticas” y “habilidades comunitarias”¹⁹. Otro estudio, sobre percepciones de usuarios de hogares protegidos de la región de Valparaíso, arrojó que los residentes prefieren el hogar a la hospitalización psiquiátrica, pero señalan que se fomenta la obediencia pasiva a las reglas, limitando la integración a la comunidad³⁸. En general, los hogares presentan prácticas restrictivas, pero hay diferencias significativas entre uno y otro. Los residentes pueden realizar elecciones menores, pero continúan siendo sometidos a prácticas que los excluyen del rol político social. Estas normas tienen que ver con los horarios de llegada, consumo de alcohol y cigarrillos, libre desplazamiento, posesión de llaves o supervisión del personal. En este sentido, la autonomía y capacidad de decidir está determinada por el dispositivo que reproduce prácticas asilares³⁹.

Se hace necesario entonces, como sociedad y especialmente como investigadores, responder al problema del insuficiente conocimiento sobre los procesos de inclusión social en personas con trastornos mentales que viven en hogares protegidos. En este sentido, la deuda pendiente apunta tanto a levantar información sobre el estado actual, como para pensar estrategias que apunten desde la política pública a mejorar las condiciones de inclusión social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davey S, Gordon S. Definitions of social inclusion and social exclusion: the invisibility of mental illness and the social conditions of participation. *Int J Cult Ment Health* [Internet]. 2017;10(3):229–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/17542863.2017.1295091>
2. Ministerio de Salud. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011-2020. Vol. 4, NeuroToxicology. Santiago, Chile: Gobierno de Chile; 2011. 426 p.
3. Ministerio de Salud. Plan Nacional De Salud Mental 2017-2025. 2017;
4. Centro de Estudios y Formación ETNOGRÁFICA. Informe final estudio: sobre condiciones de vida y caracterización de las personas en situación de discapacidad y dependencia en residencias de a Fundación Coanil, desde la perspectiva de los residentes, cuidadores y de la oferta de intervención instituci. Santiago; 2017.
5. Chan K, Evans S, Ng YL, Chiu MYL, Huxley PJ. A Concept Mapping Study on Social Inclusion in Hong Kong. *Soc Indic Res.* 2014;119(1):121–37.
6. Baumgartner JN, Burns JK. Measuring social inclusion-a key outcome in global mental health. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):354–64.
7. Wright N, Stickley T. Concepts of social inclusion, Exclusion and mental health: A review of the international literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2013;20(1):71–81.
8. Killaspy H, White S, Lalvani N, Berg R, Thachil A, Kallumpuram S, et al. The impact of psychosis on social inclusion and associated factors. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2014;60(2):148–54. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4107835&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
9. Fenton L, White C, Gallant KA, Gilbert R, Hutchinson S, Hamilton-Hinch B, et al. The Benefits of Recreation for the Recovery and Social Inclusion of Individuals with Mental Illness: An Integrative Review. *Leis Sci* [Internet]. 2017;39(1):1–19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/01490400.2015.1120168>
10. Dunstan DA, Falconer AK, Price IR. The relationship between hope, social inclusion, and mental wellbeing in supported employment. *Aust J Rehabil Couns.* 2017;23(1):37–51.
11. Lysaght R, Petner-Arrey J, Howell-Moneta A, Cobigo V. Inclusion Through Work and Productivity for Persons with Intellectual and Developmental Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2017;30(5):922–35.
12. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 2009.
13. Lehmann P. Alternativas a la psiquiatría. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría* [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 25];33(117):137–50. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000100010

14. Minoletti A, Rojas G, Sepúlveda R. Notas sobre la Historia de las Políticas y Reformas de Salud Mental en Chile. In: Armijo MA, editor. *La psiquiatría en Chile: apuntes para una historia*. Santiago: Royal Pharma; 2011. p. 231.
15. PNUD. *Inclusión social: marco teórico conceptual para la generación de indicadores asociados a los objetivos de desarrollo sostenible*. Ciudad de México; 2015. 125 p.
16. SENADIS. *Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013-2020* [Internet]. Chile: Ministerio de Desarrollo Social; 2013. 47 p. Available from: <http://www.senadis.gob.cl/descarga/i/1238>
17. SENADIS. *II Estudio Nacional de la Discapacidad* [Internet]. 2015. 267 p. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endisc/docs/Libro_Resultados_II_Estudio_Nacional_de_la_Discapacidad.pdf
18. ONU. *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile*. Ginebra; 2016.
19. Tapia C, Grandón P, Bustos C. Relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida para personas con trastorno mental severo, el apoyo social del cuidador y las habilidades de la vida diaria de los residentes. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2014;52(1):20–8.
20. O'Donnell P, O'Donovan D, Elmusharaf K. Measuring social exclusion in healthcare settings: A scoping review. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):1–16.
21. Coombs T, Nicholas A, Pirkis J. A review of social inclusion measures. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47(10):906–19.
22. Huxley PJ, Chan K, Chiu M, Ma Y, Gaze S, Evans S. The social and community opportunities profile social inclusion measure: Structural equivalence and differential item functioning in community mental health residents in Hong Kong and the United Kingdom. *Int J Soc Psychiatry*. 2016;62(2):133–40.
23. Holmes A, Carlisle T, Vale Z, Hatvani G, Heagney C, Jones S. Housing First: Permanent supported accommodation for people with psychosis who have experienced chronic homelessness. *Australas Psychiatry*. 2017;25(1):56–9.
24. Kerman N, Sylvestre J, Aubry T, Distasio J. The effects of housing stability on service use among homeless adults with mental illness in a randomized controlled trial of housing first. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1–14.
25. FEANTSA. *Guía Housing First Europa* [Internet]. Brussels: Feantsa; 2016. 96 p. Available from: housingfirst-guide.eu/website/
26. Dalton-Locke C, Attard R, Killaspy H, White S. Predictors of quality of care in mental health supported accommodation services in England: A multiple regression modelling study 11 *Medical and Health Sciences* 1117 *Public Health and Health Services*. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):1–12.
27. Piat M, Seida K. Supported housing for persons with serious mental illness and personal recovery: What do families think? *Int J Soc Psychiatry*. 2018;64(8):707–14.
28. Kinoshita Y, Furukawa TA, Omori IM, Watanabe N, Marshall M, Bond GR, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013;(9). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008297>
29. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(10).
30. Stergiopoulos V, Gozdzik A, Misir V, Skosireva A, Connelly J, Sarang A, et al. Effectiveness of housing first with intensive case management in an ethnically diverse sample of homeless adults with mental illness: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2015;10(7):1–21.
31. Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental. *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile* [Internet]. 2014. Available from: www.observatoriodiscapacidadmental.cl
32. Rodríguez Vidal M, Castro Salas M, Sanhueza Escobar V, Valle Utreras A, Martínez Arriagada J. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Aquichan*. 2011;11(1):66–76.
33. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Úrizar A, Ferrer-García M, Fernández-Dávila P. Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*. 2012;24(2):255–62.
34. Chuaqui J, Wilson DR, Linn JG, Arredondo E. The role of the family in defining and managing disability of persons with schizophrenia in Chile: Meeting objective and subjective criteria of social inclusion. *Int J Sociol Anthropol* [Internet]. 2017;9(12):166–72. Available from: <http://academicjournals.org/journal/IJSA/article-abstract/EA3A45A67096>
35. Minoletti A, Toro O, Alvarado R, Carniglia C, Guajardo

- A, Rayo X. Respeto a los derechos de las personas que se atienden en Servicios de Psiquiatría Ambulatoria en Chile. *Rev Med Chile* [Internet]. 2015;143(12):1585–92. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015001200012
36. Gómez Chamorro M. La reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral en red comunitaria de salud mental y psiquiatría. *Cuad.méd-soc(Santiago de Chile)*. 2005;45(4):285–99.
37. Chuaqui J. Inclusión social : criterios objetivos y subjetivos (El caso de la discapacidad psíquica). *Psiquiatr y Salud Ment*. 2016;XXXIII(1/2):75–81.
38. Chuaqui J, Salas A. Institucionalización en hogares protegidos para personas con discapacidad psíquica en la comuna de Valparaíso: análisis cualitativo. Avance de investigación en curso. 2014.
39. Grandón Fernández P, Bustos Navarrete C, Cova Solar F, Tapia Cárdenas C. Evaluación de la restrictividad de dispositivos residenciales para personas con un diagnóstico psiquiátrico en el modelo de Salud Mental Comunitaria en Chile. *Univ Psychol*. 2015;14(4):1359–70.

SEMBLANZA DOCTORA PATRICIA FRENZ

IN MEMORIAM: DR. PATRICIA FRENZ

Rigurosa, comprometida y aguda, la Dra. Patricia Frenz representa una potente figura para la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y deja una huella imborrable, por su incansable trabajo en torno a la superación de las desigualdades en salud.

Médico Cirujano de la Universidad de Chile, Doctora en Salud Pública y abogada de la New York University de Estados Unidos, marcó un hito en la Escuela de Salud Pública, institución que desde su fundación en 1943 fue dirigida exclusivamente por hombres, hasta recibirla como su primera Directora en 2017.

Pero fue desde su llegada en 2008, que dejó manifiesto su interés por el acceso equitativo a la salud, los métodos en epidemiología social y enfermedades crónicas, liderando diferentes equipos de trabajo en la Universidad de Chile, para el desarrollo de políticas públicas en el área de la salud y el medio ambiente.

Asimismo, realizó actividades de docencia en pre y postgrado, principalmente en el Magíster en Salud Pública y el Diploma de Salud Ocupacional. Su calidad profesional la llevó a ser consultora de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de Salud en temáticas relacionadas con la equidad y determinantes sociales de la salud.

Junto al Colegio Médico en 2018, participó en una propuesta titulada: "Reforma Integral al Financiamiento de la Salud", donde propuso "terminar con la segmentación y fragmentación del sistema de salud por ingreso y territorio, siguiendo un itinerario que avance paulatinamente a la financiación por impuestos generales, reduciendo la dependencia de las cotizaciones y el gasto de bolsillo". Para ello, la Dra Frenz, invitaba a proseguir a través de una discusión social amplia, por lo que probablemente, estaría orgullosa del debate impulsado, hoy, por la Universidad de Chile, en torno a los cambios necesarios para que se garantice el derecho a la salud.

Durante el último tiempo, la académica realizó investigaciones en temas de reforma de salud; derechos y garantías sociales en este mismo aspecto; atención primaria y salud urbana, liderando equipos nacionales e internacionales.

Algunas investigaciones en las que participó:

- "No decision about me, without me. Learning from international experience on approaches to community power, participation and decision-making in health" y "Learning from Promising Primary Care Models 2014", ambos liderados por Rene Loewenson, del Training and Research Support Center (TARSC) y financiados por la Charities Aid Foundation del Robert Wood Johnson Foundation.

- Investigadora principal de la Escuela de Salud Pública en el proyecto, "Salud Urbana en Latinoamérica (SALURBAL), Construyendo ciudades más saludables, equitativas y ambientalmente sostenibles: lecciones de América Latina", liderado

por la Dra. Ana Diez Roux, decana de Dornsife School of Public Health de Drexel University (Philadelphia, Estados Unidos), financiado por Wellcome Trust, para estudiar el impacto de la urbanización y las políticas urbanas en la sostenibilidad de la salud y el medio ambiente. En este proyecto integró el comité ejecutivo y lideró junto a la Dra. Alejandra Vives (PUC), el grupo de Ambiente Social. La Dra. Diez Roux la despidió ante sus colegas del equipo SALURBAL señalando “Patricia fue una colega muy especial que siempre apoyó y estimuló la colaboración latinoamericana, e impulsó de muchas maneras el trabajo de investigación, capacitación, y diseminación que está llevando a cabo SALURBAL. Fue una gran amiga y colega de todos”.

- Investigadora principal en dos proyectos FONIS: “Enfermedades no transmisibles en la población adulta de Chile: análisis longitudinal de equidad mediante las rondas de la Encuesta de Protección Social 2004 – 2012” (FONIS SA13|200138) y “Evaluación de equidad de acceso a los servicios de salud de la población chilena: desarrollo de un instrumento para la gestión territorial de salud” (FONIS SA11|2102), donde se releva su interés permanente por estudiar las inequidades en salud en nuestro país.

En su calidad humana, los cercanos a la Dra. Frenz destacan su generosidad y gran sentido del humor. Así, la recuerdan alta, con un acento norteamericano inconfundible; buena amiga; amante del arte, la música y la moda. Sus colegas, en tanto, la describen como una profesional valiente, perspicaz, inteligente y rigurosa, pero sobre todo, comprometida con el diseño e implementación de políticas que permitieran reducir, efectivamente, las desigualdades en salud.

Entre las ideas fuerza que transmitió desde que asumió la Dirección fue “que el sello de su gestión estaría orientado a potenciar los logros institucionales y tener la capacidad de afrontar nuevos desafíos, siempre desde una perspectiva de trabajo en conjunto”. Así, tempranamente convocó a estudiantes, funcionarios y académicos para discutir un Plan de Desarrollo Institucional que ha sido la hoja de ruta en este período.

Su partida, el 26 de junio de 2019, fue una irreparable pérdida para esta Escuela, y para la salud pública del país. Junto con haber sido la primera directora mujer, durante su gestión tuvo la fuerza para volver a llenarnos de sueños, dejando entre otros desafíos el de continuar con su legado en investigación para reducir las brechas de inequidad en salud. Como Escuela de Salud Pública su mensaje nos interpela a seguir contribuyendo desde nuestro quehacer para garantizar que la salud sea un derecho.

Querida Directora, compañera y amiga, te recordaremos por siempre.

ENFOQUE ÉTICO EN LA SALUD PÚBLICA

AN ETHICAL APPROACH TO PUBLIC HEALTH

Estimado editor

Las siempre complejas relaciones humanas en el diario quehacer, los indetenibles avances científico-tecnológicos y la innegable reducción presupuestaria en el sector salud requiere de la observación de la dimensión valorativa, la únicamente proveniente de los principios éticos. Se trata de una perspectiva normativa para la racional toma de decisiones en pro de la salud de todos aquellos individuos que conforman un grupo, de acuerdo con la definición que hiciera Ferrer¹ sobre "ethos" al referirse a la misma como esfuerzo activo individual para dar forma humana a lo recibido pasivamente y transformarla en un esfuerzo colectivo para esculpir el bienestar de todos.^{2,3}

Máxime porque en la práctica a la salud pública se le exige el logro de la salud de la comunidad sin detrimento de los derechos de las personas dentro de la misma; que en el desarrollo de programas y políticas sanitarias se incluyan los aportes de los miembros de la comunidad con especial empoderamiento de los marginados; que se garantice el acceso a la salud a todos los individuos de la comunidad; que en apego a la responsabilidad se obtenga la información necesaria y fidedigna para la implementación de programas sanitarios efectivos; que la actuación sea oportuna y que involucre distintos enfoques en procura de respetar las diversas creencias y culturas de los miembros de una comunidad; que resguarde la confidencialidad de la información que pueda dañar a individuo o comunidad; y por último, pero no menos importante, que no se abuse del poder durante la prestación de la atención de salud.⁴

Además la ética en salud colectiva es un paradigma que hoy día requiere de análisis en virtud de los avances tecnológicos en materia de tratamiento de las dolencias humanas, del diseño de nuevas modalidades de prestación de los servicios de salud y de la investigación en mujeres y hombres, que hace tiempo diera origen a lo que Potter³ llamara bioética en su intento por evitar los desmanes o perjuicios sobre el ser humano, pero que por estar el concepto enmarcado en la faceta de la ética clínica no parece suficiente para lograr el bien de las masas. De allí que se gesticone, o estén aplicándose principios éticos (criterios generales) en el diseño e implementación interdisciplinario de planes, políticas y programas socio-sanitarios, en lo que bien puede llamarse la ética en la salud pública.²

Esto resulta particularmente interesante porque la salud pública está inmersa en un elevado coeficiente de incertidumbre por no tener un rostro visible, concreto, sino por ser abstracta, pero innegablemente tangible a pesar de lo paradójico que parece. Por tanto, la toma de decisiones en materia de salud colectiva requiere de la revisión de los principios éticos principalistas (sustentada en valores como la no-maleficencia, beneficencia, autonomía y la justicia), dado que el manejo de las políticas en salud pública implica ineludiblemente la administración de riesgos y de complicaciones en grandes magnitudes y con elevada dificultad de predicción que limitan la aplicación del modelo bioético clínico en el cuidado de la salud colectiva.^{5,6}

La salud pública muestra demora con respecto a otras disciplinas (porque la salud pública se ha considerado ética en sí misma y por su origen netamente vinculado al absolutismo ilustrado) en lo referente al determinante campo de la aplicación de la ética como punto de referencia único y clave para el análisis y discusión de las situaciones y contextos donde entran en conflicto los valores colectivos (si así pueden definirse) con los de corte individual y que, puede traducirse en incremen-

Gilberto Bastidas

Departamento de Salud Pública y
Centro de Investigaciones Médicas
y Biotecnológicas, Facultad de
Ciencias de la Salud, Universidad de
Carabobo.

bastidasprotozoo@hotmail.com

Tadeo Medina

Ligia Gamez

Departamento de Salud Pública,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad de Carabobo.

Mariely Ramos

Departamento de Salud Mental,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad de Carabobo.

to del riesgo a enfermar que tienen las poblaciones cuando se desconoce la existencia de los mismos o simplemente no se aplican.

El aparente estancamiento en el desarrollo e implementación de la ética en salud pública, a pesar del notable avance técnico-científico en el campo de la salud, la imparable transición epidemiológica (caracterizada por predominio de las enfermedades crónicas y poblaciones más viejas), la mayor demanda de servicios de atención en salud y la emergencia de los problemas éticos de carácter global, exigen en primer lugar que se retome y en segundo lugar que se profundicen los estudios sobre la ética en salud colectiva dada su relevancia social en procura del bienestar.^{6,7}

Entonces se han propuesto algunos principios éticos para dar respuesta (como guías generales de acción) a aspectos de la salud colectiva como: la restricción a la libertad individual en epidemias infecciosas (en relación con limitaciones del tránsito, aislamiento, segregación, cuarentena e inmunizaciones); límites de la intervención en la promoción de estilos de vida; destino del presupuesto para la salud colectiva; consentimiento informado en la población en intervenciones en salud masivas y nivel de riesgo socialmente aceptable; investigaciones en poblaciones vulnerables; y en la responsabilidad internacional de los países frente a pandemias.⁸

Con miras a combatir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida de los grupos sociales se señalan como principios éticos en salud pública a la equidad (en relación a paridad en oportunidades y trato), la solidaridad (colaboración y ayuda mutua para la obtención del bienestar común, tiene implícita la igualdad), la responsabilidad (cuidado de la población en riesgo o vulnerable a través del diseño e implementación de planes, políticas y programas de salud, por medio de los órganos socio-sanitarios oficiales) y la protección (actitud de resguardo o cobertura de necesidades que se convierte en un compromiso irrenunciable una vez que es asumido libremente, sin confundirse con el paternalismo benéfico).⁹⁻¹¹

En conclusión la salud pública como esfuerzo o arte colectivo para promover la salud y prevenir las enfermedades, dentro de cualquier sistema político-administrativo, debe valerse de principios éticos en la resolución de los dilemas que sin ninguna duda se presentan en autoridades sanitarias o en la

propia población objeto de la intervención en salud, porque el ámbito de acción de la salud pública va mas allá de la aplicación de estrictas políticas sanitarias, pues debe combatir la inequidad en salud biológica y socialmente evitables en plena consideración de la ponderada reflexión valorativa en la toma de decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferrer J. Introducción a los paradigmas teóricos en bioética. Apuntes para el Master Universitario en Bioética. Universidad Pontificia Comillas; Madrid, España, 1997.
2. Oliver-Vásquez M. La ética de la salud pública. *P R Health Sci J*, 2003; 2(1): 21-22.
3. Potter V. *Bioethics bridge to the future*. Prebtis Hall, New York, 1971.
4. Public Health Leadership Society. Principles of the ethical practice of public health. Version 2.2. [internet], 2001 [Citado el 07.01.2019]. Disponible en: https://www.apha.org/-/media/files/pdf/membergroups/ethics/ethics_brochure.ashx
5. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos. De investigación biomédica y del comportamiento. El informe Elmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [internet], 1979 [Citado el 20.11.2018]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>.
6. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 4th Ed. Oxford University Press, Oxford, 1994.
7. Puyol A. Ética y salud pública. *Dilemata*, 2014; 6(15): 15-22.
8. Kottow M. *Bioética en Salud Pública*. Editorial Puerto de Palos, Santiago de Chile, 2005.
9. Ascurra M, Rosales C. Formación y capacitación de recursos humanos de la bioética en salud pública. En Málaga, H. (Compilador) *Salud Pública. Enfoque Bioético*. Editorial Dislimer, Caracas, 2005.
10. Rodríguez M, Urbanos R (eds.). *Desigualdades sociales en salud*. Masson, Barcelona, 2008.
11. Lolás F. El Desafío Bioético de la equidad: Su relevancia en salud pública. *Rev Esp Salud Pública*, 2001; 75(3): 187-192.