

ATLAS DE MORTALIDAD DE CHILE

ATLAS OF MORTALITY IN CHILE

Agradezco la invitación de Gloria Icaza a presentar el *Atlas de Mortalidad en Chile*. Me dio la oportunidad de rememorar los estudios de mortalidad que hacíamos con métodos muy simples, sin la ayuda de las herramientas computacionales de hoy, y que era uno de mis temas de investigación favoritos.

Hace ya 20 años, junto con Cecilia Albala, embarcamos a la joven estadística Gloria en un estudio de la mortalidad de adultos por enfermedades crónicas en Chile y analizamos las tasas estandarizadas de muerte por varias patologías en las distintas regiones del país. Muy lejos veíamos la posibilidad de llegar al detalle geográfico de la publicación que hoy nos entregan.

Como se señala en la introducción, la toma de decisión para las acciones de salud requiere conocer los problemas que afectan a la población, a través de información estadística. Para precisar el grupo objetivo al que debe dirigirse la acción existen diferentes alternativas de datos como, por ejemplo,

los de las estadísticas hospitalarias o de estadísticas de servicio en consultorios. Un caso especial lo constituye el sistema estadístico para las 47 enfermedades transmisibles de declaración obligatoria, para las que se requieren respuestas inmediatas. Ellas se registran semanalmente y se publican por cada uno de los 29 servicios de salud de Chile, para pesquisar cambios en su frecuencia que pudiera sugerir el inicio de una epidemia y prevenirla con las medidas adecuadas.

La situación es distinta para las enfermedades crónicas en que las muertes por causa constituyen el indicador más apropiado. Existen registros de morbilidad como, por ejemplo, los de cáncer, de malformaciones congénitas o de enfermedades raras. Sin embargo, un sistema estadístico de morbilidad para las principales causas de muerte como las que aquí se presentan, sería muy complejo para que provea datos fiables. Ello, por la posibilidad de que los enfermos acudan a distintos servicios y hospitales o consulten

repetidas veces por la misma enfermedad o por distintas enfermedades. Es por ello que la mortalidad, como suceso único, registrado en un certificado obligatorio, con instrucciones precisas, ha sido la información más utilizada para conocer los principales problemas de salud de la población.

Clasificar las defunciones por grupos de edad, por tipo de trabajo, por situación socioeconómica, son alternativas que dependen del programa de acción que requiere la información específica.

La distribución geográfica que aquí se presenta, no solo es útil para guiar la asignación de recursos y el desarrollo de acciones de salud. Chile, con su variedad de condiciones climáticas y ambientales de norte a sur y de este a oeste, constituye una especie de resumen de todo lo que se puede encontrar al respecto en el mundo. De esa manera invita a indagar los posibles factores ambientales que pudieran ser causales de la variación en la magnitud de las cifras. Sin embargo, esta variación también puede ser indicadora de la calidad de la atención de salud, de las condiciones socioculturales de la población, del predominio urbano o rural. Tal como se señala en la introducción, lo que se nos presenta en este atlas puede sugerir investigaciones desde un gran número de enfoques y requerir de intervenciones multisectoriales.

Catorce de las 16 causas de defunción, responsables del 60 por ciento del total

de muertes en el país, corresponden a enfermedades crónicas; solo la neumonía y el suicidio no pertenecen a esa categoría. Los mapas con las magnitudes del indicador de mortalidad por una causa indicada por colores como los que se presentan en esta publicación, son una herramienta útil y fácil para entender la distinta intensidad del problema estudiado. Recuerdo que en 1976, en una oficina pública de Estados Unidos nos mostraron un gran mapa del país para mortalidad por cáncer pulmonar. Estaban muy entusiasmados por haber encontrado que en el Estado de Montana —que tenía un color que indicaba una alta tasa de mortalidad por esa enfermedad— habían descubierto que era por la contaminación con Arsénico que producía allí la mina de cobre. Es lo que conocemos en Chile por la mina de Chuquicamata.

La metodología empleada para poder hacer este atlas está determinada por la gran variedad en el número de habitantes y por tanto del número de muertes por una misma causa entre las comunas. A pesar de utilizar la información de mortalidad agregada desde 2001 a 2008 para aumentar la estabilidad de las tasas, estas han debido ajustarse por el método indirecto. Vale decir, las tasas de mortalidad de esa causa, por quinquenio de edad en la población estándar, se aplican a la población de cada comuna lo que da los casos esperados si tuvieran esa tasa. La razón

entre los casos observados y los esperados es la llamada RME. Diversas técnicas para suavizar la variabilidad dan lugar a la RMEs suavizada, que cuando es menor que 100 indica menor mortalidad que la general.

Los mapas construidos con esta medida se complementaron con mapas de la probabilidad de que la comuna tenga una RMEs mayor que 100. Cada una de estas medidas se categorizó en cinco intervalos cuyo color indica la magnitud.

Antes de pasar a los mapas se nos advierten sus limitaciones y posibles sesgos.

Variaciones por comuna del porcentaje de certificación médica de las defunciones, la correcta certificación de la causa básica por parte del médico, la agregación de datos de ocho años, la adjudicación de la defunción a la comuna de ocurrencia y no de residencia, la diferencia del número de habitantes entre las comunas, la calidad de las proyecciones de población y que el mapa no refleja el tamaño de la población afectada, son factores que pueden influir en la calidad de los datos y su interpretación. El impacto de algunas de estas posibles deficiencias en la calidad del dato no pueden medirse ni removerse. La metodología de ajustes se ha concentrado especialmente en disminuir el efecto de la diferencia del tamaño de la población entre comunas sobre la estabilidad de las tasas. No me refiero a las metodologías mismas que supongo serán analizadas

aparte porque sobrepasan mis conocimientos.

Es bueno prevenir al lector que lo que ve en los mapas no necesariamente es la verdad absoluta. Sin embargo, si no se pudiera actuar a menos que todos los antecedentes sean perfectos, la inmovilidad del mundo sería absoluta.

La guía para la lectura de los resultados es muy útil y está redactada en forma clara.

Como introducción a los mapas se presentan gráficos de las tasas de las 15 causas de muerte en hombres y de las 13 en mujeres. Fueron ajustadas con el método directo a la población mundial de 2001. Llama la atención la gran diferencia de magnitud de las tasas por sexo. Sumando cerebrovasculares, hipertensivas y otras del corazón, las muertes de hombres alcanzan a 55.190 y las de mujeres, 61.524, en cambio las tasas son aproximadamente 82 para hombres y 61 para mujeres. Revisando las estadísticas de 2010 para Chile, encontré que para ese año las muertes por enfermedades del aparato circulatorio de hombres eran de 13.751 y las de mujeres, 13.407, vale decir que hay apenas 344 más muertes de hombres que de mujeres por esas causas. La razón para que las tasas hayan mostrado diferencias tan grandes entre sexos en el presente trabajo –a menos que se trate de un error en

el gráfico–, se puede deber a que la población estándar mundial a la que se ajustaron las tasas observadas sea más joven que la chilena, y que la población de hombres en Chile es más joven que la de mujeres por la mayor sobrevivencia de ellas. Además, los hombres mueren antes por estas causas. Eso da mayor peso a muertes tempranas en el cálculo de la tasa total. Estos supuestos se podrían respaldar con el hecho de que en Chile, por enfermedades del aparato circulatorio antes de cumplir 65 años, se ha producido el 25% de las muertes de los hombres y el 12% de las de mujeres. Antes de cumplir 80 años ha ocurrido el 64% de las muertes de hombres y el 40% de las muertes de mujeres. Después de cumplir 80 años solo falta el 36% de muertes de hombres y el 60% de muertes de mujeres para completar el total de defunciones por esta causa.

Los gráficos de caja nos preparan para la mayor o menor variabilidad de las RMEs que encontraremos en los mapas correspondientes a las causas graficadas.

Al examinar los mapas se aprecia que la región del norte es la de menores índices de mortalidad por la mayoría de las causas aquí estudiadas. Antofagasta, Mejillones, Calama y Tocopilla constituyen la excepción con alta mortalidad por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón y de

enfermedades pulmonares obstructivas. También es alta la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en Antofagasta y Tocopilla. El centro exhibe focos de alta frecuencia en todas las mortalidades y el sur impresiona con grandes superficies poco pobladas en que aparece alta la mortalidad por diabetes, por enfermedad isquémica del corazón y por enfermedad pulmonar obstructiva.

La inspección de los gráficos de tendencia de la mortalidad entre 2001 y 2008 permite ver que las tasas han disminuido debido a la mayoría de las causas analizadas. Se mantienen relativamente estables para el cáncer de mama y próstata, para las enfermedades obstructivas del pulmón y para los accidentes. La única tasa que aumentó es la de cáncer de tráquea, bronquios y pulmón en mujeres.

Para terminar, quiero felicitar a las autoras por su acucioso trabajo cuya utilidad no es solamente visualizar los problemas de salud en la geografía del país. Probablemente despertará el interés de más de algún investigador para descubrir la razón de las diferencias observadas. Por último, aplaudo la belleza de la presentación del libro que hace honor al esfuerzo en la elaboración de su contenido.

Erica Taucher
12 de agosto 2013

HACKING, I. LOST IN THE FOREST

Filósofo canadiense especializado en Historia y Filosofía de las Ciencias, Hacking destaca por la multiplicidad de sus intereses, su “curiosidad” según su propia descripción, que en años recientes se ha orientado hacia temas psiquiátricos –personalidad múltiple, autismo– y la comprensión del otro a través del cuerpo. Comenta Hacking la reciente aparición de la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, conocido como DSM-V, que codifica afecciones mentales y desórdenes conductuales según criterios de la American Psychiatric Association, donde entran y salen las más diversas categorías al tenor de las corrientes psiquiátricas en boga. Hacking expone que los primeros DSM (I y II) presentaban una fuerte influencia psicoanalítica; los posteriores enfocan la psicofarmacología, afinando los diagnósticos conductuales para precisar las indicaciones de drogas como el litio.

Hacking es respetuoso, reconociendo la influencia del Manual más allá de los Estados Unidos, su objetivo diagnóstico, y el uso obligado de su categorización para efectos de seguros y planes de salud, así como en la publicación de estudios en órganos anglohablantes. El DSM y “publicaciones relacionadas”, generan un

lucro de cinco millones de dólares anuales, señala Hacking basado en información del New York Times. Pero el interés del filósofo va más allá, pasando por mencionar la influencia hegemónica de la industria farmacéutica en el desarrollo de nuevos psicofármacos y su sostenida tendencia al *off-shoring*: “en parte para evitar los comités de ética, y en parte para mantener la red global en su lugar... [los investigadores] van a lugares empobrecidos”.

El objetivo clasificatorio del DSM fracasa por la complejidad de su taxonomía que en numerosos diagnósticos, como la esquizofrenia diferenciada en especies y sub-especies, termina con la categoría genérica pero no específica de NOS (Not Otherwise Specified; es decir, no pasible de ordenamiento más específico), aunque el Manual prefiere reemplazar la etiqueta NOS por eufemismos como “inespecífico”, “criterios incompletamente cumplidos”, y ceder ante el problema de ordenar comorbilidades.

Los problemas del DSM se deben, explica Hacking, al error de clasificar estados mentales y conductas según la clasificación botánica de Linneo, y su aplicación a la medicina por el médico y botánico Sauvages (el mismo a quien Foucault pone a la cabeza de los dieciochescos

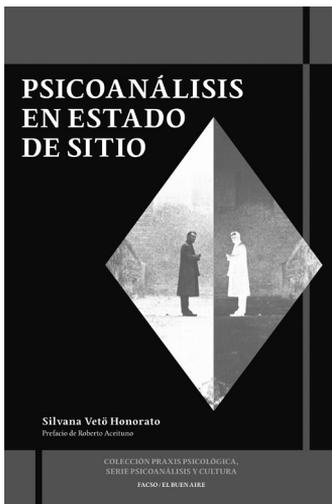
taxónomos médicos cuya actividad resume en la frase más corta de su *Nacimiento de la clínica*: “Tabla y cuadro”). Muchos han cuestionado la validez del DSM, pero la reseña de Hacking es más radical al criticar al Manual “por perpetuar la longeva idea de que, en nuestro actual estado de conocimiento, las reconocidas variedades de enfermedades mentales han

de ordenarse pulcramente en bloques del mismo modo como lo hacen plantas y animales”.

En suma, el DSM cumple importantes funciones burocráticas, sin ser utilizado en clínica psiquiátrica mientras no haya necesidad de llenar formularios. Tal vez Hacking sea excesivamente tolerante en desatender las consecuencias sociales y medicalizantes

que tiene asignar o desarticlar etiquetas de enfermedad a condiciones como homosexualidad, estrés agudo, menopausia, duelo prolongado. Entendible, porque Hacking reconoce que su reflexión es de orden lógico, no médico. De tomar en cuenta, porque cae, una vez más, un icono.

Miguel Kottow



PSICOANÁLISIS EN ESTADO DE SITIO PSYCHOANALYSIS IN A STATE OF SIEGE

A partir de su título, comprendemos la intención explícita de este libro: preguntarse por la referencia política que el movimiento psicoanalítico considera en su práctica, a partir de su trayectoria nacional. Cómo considera el psicoanálisis las condiciones políticas en la cual los sujetos de sus prácticas viven, de qué manera eso puede o no ser considerado. Y finalmente, si acaso el psicoanálisis es más propio de una propuesta que hipertrofia la privacidad del mundo, como el autoritario y/o neoliberal.

Tales preguntas son exploradas a partir de la trayectoria del psicoanálisis en Chile, especialmente del periodo de posguerra y en particular, de la reconstrucción de la desaparición de Gabriel

Castillo y las acciones de la Asociación Psicoanalítica Chilena y de sus miembros, hasta bien entrados los noventa.

La desaparición de Gabriel Castillo el 11 de octubre de 1976, revela otro fragmento de las políticas de la dictadura. Su desaparición poco tuvo que ver con su rol como terapeuta psicoanalítico o como miembro de tal movimiento, ni como parte de una de las tantas operaciones de exterminio de direcciones partidarias que se practicaban en la época. Castillo aparece en el relato de Vetö como un opositor explícito, público y poco prudente. Alguien cuya cordura parece haber estado en tela de juicio en esos días.

Si a Silvana le inquieta el silencio y la pasividad de los

colegas psicoanalistas por el crimen político cometido, a mí me resulta más difícil comprender la distancia del gremio respecto a su cordura o extravío. Si las conductas públicas de Castillo lo pusieron en la mira de los servicios de seguridad, era hora de un cuidado solidario psicoanalítico ante un extravío tan riesgoso ¿O acaso el psicoanálisis no se proponía comprender la psiquis sin poner la petición de racionalidad como principio?

Las implicancias políticas del movimiento psicoanalíti-

co pueden parecer problema irrelevante en un país donde tales prácticas han sido marginales en la salud pública. Sin embargo, me parecen importantes a la hora de considerar las cuestiones políticas de los sujetos, los individuos y la subjetividad y el rol de los movimientos psiquiátricos en esas redes.

La psiquiatría intensiva en psicofármacos también es un agente político de este tipo. Las estrellas de la farándula que declaran haber salido de una depresión usando tal o cual medicamento,

constituyen una producción de subjetividad. Y esos efectos tienen una dimensión política que por supuesto no es simplemente neoliberal o autoritaria, sino que requiere una descripción más densa y situada.

Este libro con que se inicia la serie, podría ser un buen comienzo para una reanimación post-antipsiquiatría, de exploraciones de las dimensiones políticas de la salud mental realmente existente.

Yuri Carvajal



RÉQUIEM POR EL CENTAURO. APROXIMACIÓN EPISTEMOLÓGICA A LA BIOLOGÍA EVOLUCIONARIA DEL DESARROLLO

REQUIEM FOR THE CENTAUR. EPISTEMOLOGICAL
APPROACH TO DEVELOPMENTAL EVOLUTIONARY BIOLOGY

Este descanso concedido al centauro se explica por una cuestión evolutiva: no hay vertebrados con seis miembros. Esta imposibilidad complica una teoría evolutiva en que las posibilidades de variabilidad son irrestrictas y la selección natural actúa sobre especies igualmente posibles. Ya en el número 14 (1) del año 2010 comentamos el libro de J. S. Gould *La estructura de la teoría de la evolución*, que reorganizaba la teoría de la selección na-

tural, en torno a tres ejes. El tercero que mencionamos era justamente, el reconocimiento de restricciones organizacionales, en la variabilidad de los seres vivos. Para el caso de los animales, Gould señalaba los genes *hox* como sustento de esa arquitectura, a partir de una regulación de la disposición anteroposterior del desarrollo embrionario.

Pero al terreno al que nos lleva Gustavo Caponi, filósofo y profesor de la Universidad Federal de Santa Catarina,

es aún más heterodoxo del propuesto por el audaz J. S. Gould: ¿estamos ya en la articulación de una síntesis en la teoría de la evolución, en la cual la selección natural es apenas un componente?

Este libro se propone –defendiendo el valor de los trabajos de Darwin y sus continuadores–, mostrar que la biología evolucionaria del desarrollo (evo-devo la denomina el autor) se sitúa de igual a igual frente a ella, explicando esta vez no la diversidad de especies, sino la persistencia de caracteres originales. En esta articulación se rescatan las mejores tradiciones de la historia natural y se combinan con los resultados de desarrollos experimentales biológicos más diversos.

¿Por qué un filósofo entrando en este terreno? Caponi argumenta: “[L] a reflexión filosófica podrá

contribuir a que la relación entre ese nuevo dominio de los estudios evolucionarios y los desarrollos clásicos de la teoría de la selección natural sea mejor comprendida, evitándose así las polémicas estériles y sin valor real para la ampliación del conocimiento y para la explicación de los fenómenos evolutivos”.

¿Por qué un salubrista comentando esto? Darwin y Nietzsche nos han vuelto a tierra, tras un supuesto giro copernicano epistemológico que nos llevó a los cielos. Todo aquello que conmueve nuestra identidad diferencial (*We have never been human*, escribe Dona Haraway) supone un desafío para nuestro trabajo en salud pública. Pero además el trabajo de Caponi, junto con situarnos en la actualidad de un debate biológico de primer orden, ejemplifica la posibilidad de realizar reflexiones sobre el

pensamiento científico contemporáneo, desde nuestro sur. La tradición de historia de las ciencias que en nuestro país construyó Desiderio Papp, era en ese mismo sentido, universalista.

Mal haríamos con una epistemología provincialista o escribiendo en quipus, como respondió Borges a Arguedas. Porque quizás el desafío cognitivo nuestro, sea una especie de articulación del desarrollo científico metropolitano, con los saberes locales.

El libro de Caponi es un profundo, entretenido y apasionado despliegue de filosofía de las ciencias y teoría evolutiva, que sin duda contribuye a la comprensión de la relación entre selección natural y evo-devo y al subsuelo del cual aún somos parte.

Yuri Carvajal

SKRABANEK, P. THE DEATH OF HUMANE MEDICINE AND THE RISE OF COERCIVE HEALTHISM

Toxicólogo y especialista en medicina comunitaria, Petr Skrabanek, de origen checoslovaco, visitaba Irlanda, donde se radicó definitivamente al enterarse de que en esos días los tanques soviéticos habían invadido Praga. Publicó extensamente, utilizando términos y títulos provocativos como “Preventionitis”, “El vacío ético de la medicina preventiva”, señalando, en un artículo de 1990, que “muchas medidas preventivas, como el *screening* (tamizaje, rastreo)... causan morbilidad iatrogénica (tal vez hasta la muerte), y resultan en una medicalización de por vida para todos”. Su blanco preferido eran los exámenes preventivos o de diagnóstico precoz en el cáncer de mama, en consonancia con autores como W. Holland, dirigiendo sus dardos a la detección precoz del cáncer de próstata. El libro aquí reseñado fue completado por Skrabanek pocos días antes de morir, a la edad de 53 años, de un agresivo cáncer prostático.

El texto se inicia lamentando que trabajos críticos como los de Ivan Illich, Ian Kennedy y otros habían exasperado a la profesión médica, principalmente por provenir de plumas ajenas a la medicina; el cardiólogo Spodick editorializó el trabajo de T. McKeown, señalando que “[L]os médicos curan

poco o nada”, en tanto Philip Rhodes solicitaba al retorno de una medicina de “cuidados, ternura y compasión”.

El libro de Skrabanek es acusatorio, ácido e irónico, dividido en tres partes muy representativas de su estilo: Salutismo (*healthism*), estilismo de vida (*lifestylism*), medicina coercitiva (*coercive medicine*), seguidos por una lista bibliográfica de un centenar y medio de referencias, ante las cuales no faltan los clásicos o las morcillas históricas: de Virgilio rescata “destruye su salud quien se esfuerza en preservarla”; de Mondeville (1320) “cualquiera que crea que cualquier cosa puede ser adecuada para todos, es un soberano tonto, porque la medicina no es practicada sobre la humanidad en general, sino en cada individuo en particular”; de Santayana: “la necesidad de ejercicio es una superstición moderna”; Sodick: “Si la enfermedad [sífilis] pudiese ser exterminada, cosa que es de esperar no suceda, los fornicadores cabalgarían triunfantes por el país”; el poeta contemporáneo G. MacBeth (!) rogando a Dios que hubiese “whisky escocés y agua para los pobres pecadores que no tienen otra esperanza que una carga de morfina para llevarlos adelante”; y en un epígrafe al último acápite sobre autonomía, cita al politólogo

francés de Jouvenel (que fuera amante de su propia madrastra Colette): “No sé de dónde proviene la idea que los seres humanos detestan el despotismo. A mi modo de ver les encanta”.

Skrabanek, irritado e irritante, las emprende contra el despotismo de los promotores, preventivistas, políticos y médicos que pretenden encauzar conductas y estilos de vida, basados en débiles o falsas nociones de causalidad, creando un clima de moralismo, autoflagelación, discriminación contra los que no merecen seguridad social por sus conductas insalubres, “ecologismo irracional”, medicalización y “tabulización” de la muerte. El texto abunda en citas, anécdotas, opiniones recogidas y reproducidas muy informalmente, pero también de datos extraídos de

fuentes fidedignas: “La OMS emplea a 1400 personas, con un salario promedio de alrededor de 150 mil [dólares] libras de impuestos. Por cada 2 dólares gastados en programas, 8 dólares se van en administración. La oficina de la OMS en Ginebra produce más de 100 millones de informes al año”. Las cifras son de 1992, pero las dudas de Skrabanek continúan resonando, sobre todo por el fracaso de metas como “Salud para todos en el año 2000”.

La fuerza del texto es también su debilidad. Acopía tanto material ilustrativo que termina por citar sin dar fuentes. En el último tercio del libro aparecen citas en comillas sin referencia de fuentes. Su estilo mordaz, descarnado y en general sesgado en apoyo de sus críticas, concita a una lectura

amena pero también le condena a quedar en la sombra, denostado e ignorado. La medicalización de la sociedad, el poder de la medicina mercantilizada a tiempo que se derrumba el prestigio y el profesionalismo de los médicos, muestran que nada de la crítica ha perdido vigencia. Impostergable que textos como los de Illich y Skrabanek sean conocidos y leídos ante todo por quienes se preparan para ser mañana los agentes protagónicos en el quehacer de la salud pública, de la medicina, de la investigación biomédica. Los que fuimos actores relevantes, si es que lo fuimos, tenemos el deber de desempolvar estos clásicos del pensamiento médico crítico.

Miguel Kottow