



**COMPAGNON, C., SANNIÉ, T.
L'HÔPITAL. UN MONDE SANS PITIÉ.
PARIS, L'ÉDITEUR, 2012**

Este texto lleva por subtítulo “Document” y se dedica, entre otros, a la Asociación francesa de hemofílicos y a quienes la sustentan, con lo cual quedan ilustrados los movimientos sociales de agrupados por intereses comunes de enfermos que padecen una misma afección, o bregan por un bien comunal. Esa es la fuerza y la debilidad de estos movimientos, específicos en sus consignas, pero limitados por no solidarizar entre sí en una fuerza intergrupala.

Los autores han vivido al interior de hospitales, Claire cuidando a una hija enferma, Thomas como hemofílico infectado con VIH por transfusiones de sangre. Son pacientes expertos: “Así, observamos, entendemos, somos testigos de maltratos hospitalarios y en particular de las malas condiciones de acogida y de hacerse cargo de personas enfermas y sus allegados”. Describen cómo “médicos y administradores cometen un error” al sostener “la hipótesis de que el enfermo es el problema, no la solución”. La medicina científica “termina por cercenarse y privarse del cuerpo en sí,

del enfermo y, finalmente, del cuidado”.

La crítica al sistema médico hospitalario es profunda y transversal. Los reglamentos no son respetados, la equidad de acceso es lesionada y sometida a intereses mercantiles y cobros desmesurados, abundan los ejemplos de maltratos, de descuidos, desinformación, coerción y cobros excesivos de honorarios médicos, vívidamente ilustrados con relato de casos, extendiéndose a lo largo de dos tercios del texto, para dar comienzo a la segunda parte: “Propuestas para cambiar el hospital”, relevando una política de compromiso ciudadano, “solidario con los más frágiles entre nosotros”. En sendos capítulos, los autores abordan problemas de los servicios de urgencia, la participación y representación de “usuarios” en decisiones administrativas, regulación de honorarios, la cooperación de profesionales de la salud, administradores, pacientes y allegados, en fomentar la calidad de los servicios, ante todo de enfermos crónicos. El capítulo dedicado al paciente experto comenta: “A

medida que se desarrolla la educación terapéutica, emerge el concepto del ‘paciente recurso’” también denominado ‘paciente experto’, enriqueciendo el “compromiso para todo el mundo por llegar a un re-equilibrio de la relación médico-paciente,

en el sentido que el profano aprende del profesional que a su vez ha de aceptar aprender de su paciente”.

En este número de la *Revista Chilena de Salud Pública* resuena el texto reseñado con los primeros esfuerzos por instalar en nuestro sis-

tema médico la figura del paciente experto, abogado a lo que también es parte de nuestro esfuerzo editorial: “El silencio le hace el juego al inmovilismo”.

Miguel Kottow

BIEHL, J., PETRYNA, A. (EDS.).
WHEN PEOPLE COME FIRST: CRITICAL STUDIES IN GLOBAL HEALTH.
PRINCETON, PRINCETON UNIVERSITY PRESS. 2013

Los editores de este voluminoso texto (446 páginas), son profesores de antropología en Estados Unidos. Presentan una antología de doce artículos escritos por “antropólogos, historiadores, un epidemiólogo y un estudioso de derechos humanos”.

El enfoque común es “producir una crítica etnográfica de la empresa contemporánea de salud global”, una tarea que enfrenta y devela una serie de tensiones insolutas, posiblemente insolubles, entre políticas globales y responsabilidades locales –estatales–, la participación de iniciativas privadas y cooperación, o falta de ella, con instituciones públicas, la tendencia de programas que no apuntan a una política global de equidad sino a situaciones y enfermedades específicas. La tónica general es oponer a la ten-

dencia de formular modelos epistémicos y políticos, y elaborar programas que suelen carecer de eficacia porque se aplican a contextos sociales y regiones geográficas muy diversos, para preferir como alternativa heurística el estudio etnográfico de casos. Los estudios se realizaron en Latinoamérica (Brasil, Chile), el Caribe, África e India.



Los capítulos se agrupan en tres secciones: evidencia, intervenciones, mercados. La primera sección muestra las falencias de programas internacionales y públicos que fracasan por falta de recursos, debiendo recurrir a la empresa privada, aceptando la

hegemonía de la medicina y salud pública basada en evidencia, cuya epistemología sirve a intereses corporativos neoliberales y al despliegue de intervenciones tecno-científicas, ampliando la eficacia de programas específicos a costa de perder el horizonte de la salud global. Quedan desenfocadas las necesidades de enfermos y sus cuidadores, y desatendidos los efectos tardíos de programas sobre “la vida de las personas y sobre instituciones públicas”, la teoría envolviéndose en un retórica vaporosa sobre derechos.

La sección “intervenciones” aborda la etnografía de micropolíticas implementadas en naciones menos desarrolladas, cuyo sistema público se encuentra dilapidado. Las iniciativas neoliberales enfocan problemas y protocolos específicos, reclutando a pacientes como “clientes” que resultan puntualmente beneficiados, pero sin soporte estable para asegurar adherencia y continuidad de tratamientos. Contexto social y la especificidad de programas clínicos y sanitarios contribuyen a marginar y desatender a pacientes y

grupos que no han sido incorporados en estos programas, quedando a merced de un servicio público de escasísimos recursos.

En la introducción a la sección “Mercados”, aparece un comentario inquietante: “Los capítulos proveen de valiosos ejemplos de los modos en que el movimiento de salud global hacia creciente científicidad, y la presencia del sector privado pueden ser creativamente estudiados por los antropólogos”. En la base de este concepto se puede leer

el optimismo de las ciencias sociales en confiar que el mayor conocimiento de procesos sociales será el impulso para gestiones globales en las que se cumpla que efectivamente las necesidades de las personas sean un aliciente que predomine sobre vaguedades programáticas, la prosecución de intereses corporativos, impulsando el re-encuentro con un Estado social que limite y reoriente el poderío del mercado neoliberal.

“La evidencia etnográfica consistentemente *muere*

en medio de los paradigmas conceptuales dominantes de salud global”. Esta cita, tomada de la introducción general al libro, ilustra que se trata de un texto honesto, escrito con experticia, con estudios etnográficos acuciosos y un debate vívido que será ilustrativo para académicos de las ciencias sociales y de los observadores críticos y evaluadores de iniciativas en favor de la salud global.

Miguel Kottow

¿SOMOS TODOS ENFERMOS MENTALES? MANIFIESTO CONTRA LOS ABUSOS DE LA PSIQUIATRÍA ALLEN FRANCES. ARIEL, 2014, BUENOS AIRES

¿Aún es tiempo de manifiestos? Quizás si el área psi justifique una excepción al descrédito de las convocatorias radicales. Al menos, el tono de este libro es mucho más suave de lo que el subtítulo indica. Escrito por el presidente del grupo de trabajo de la DSM IV, conoce también de primera mano la versión III. Dos aspectos que están entre los valores que hacen aconsejable el libro. Es un libro de divulgación, escrito en un tono sencillo, que apela reiteradas veces al sentido común para dialogar con el lector.

El relato de Frances permite conocer las intenciones de los equipos coordinadores y los mecanismos de elabo-

ración y proliferación de las categorías, las formas de resolver conflictos. Y realizar un enfoque comparado de los criterios que sustentan las tres últimas versiones.

En cuanto a poner límite a los abusos de la psiquiatría, me parece que el libro es más modesto. Quizás una de las cuestiones que vuelve un tanto ardua su lectura, es su unilateral argumentación médica y la parcial ojeada a los problemas que se realiza desde esa óptica.

Uno de los problemas en cuestión es la normalidad. Y Frances se permite decir “Por lo general, la normalidad se pierde en la confusión filosófica; tal vez se trata de algo demasiado común y poco interesante como para merecer ser objeto de profundos pensamientos filosóficos” (pp. 24-25).

La filosofía contemporánea, sobre todo la de cuño francés, ha abierto de manera notable perspectivas sobre

la normalidad. Los trabajos seminales de Canguilhem y Foucault hoy son parte de un debate mucho más amplio acerca de la enfermedad, los protocolos, los medicamentos. También llama la atención que el autor no dialogue con una obra intelectual como la de Germán Berríos, que ha sido tan fructífera en su cuestionamiento de los DSM.

Cruza todo el libro una especie de provincialismo psiquiátrico, que supone el sentido común, la experiencia y el saber psiquiátrico, como herramientas adecuadas para estudiar las enfermedades mentales. Y pese a la intención divulgadora, creo que en este aspecto el autor limita sus propósitos. Apelar a los saberes extrapsiquiátricos sobre salud mental, enriquecería las perspectivas del libro y de los lectores.

Yuri Carvajal

GUILLERMO EDUARDO ESTRELLA AGUIRRE: LA TRAYECTORIA DE UN HISTORIADOR DE LAS CIENCIAS LATINOAMERICANO EN LA PERIFERIA (1959-1987) CRISTINA ACOSTA DÍAZ GRANADOS, CASA DE OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, 2014, TESIS DOCTORAL.

Una alumna de doctorado tuvo el acierto de mostrarme esta tesis. Un trabajo que si nos abre una generosa ventana a la salud pública ecuatoriana y a los esfuerzos actuales de nuestros colegas por ampliar sus investigaciones a la historia de la ciencia, con mucha mayor fortuna nos muestra la trayectoria de un pensador de los saberes locales –incluyendo por supuesto las ciencias y las medicinas–, su autoformación como un científico de las ciencias y la búsqueda de un espacio para desarrollar sus estudios y reflexiones.

De cómo un médico clínico con formación en

medicina experimental, particularmente endocrinología en el “Grupo de Fierro”, se vuelca en la profundización de ese desafío, a los textos coloniales indígenas y comienza allí a trazar un largo derrotero por la historia que lo lleva al doctorado en historia en Ecuador y luego a la historia de las ciencias en España. Narración en la que aparecen tres nombres que se me han vuelto interrogantes personales y chilenas: Luis Weinstein, Inés Harding y Xavier Polanco.

Pero volviendo a la tesis, la figura de Eduardo Estrella, sus interrogantes indígenas, las conexiones con la obra de Carlos Monge, su rol como director del Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales, la formación de la revista *Quiplus* y los estudios de ciencia y tecnología, están aquí desplegados en íntima conexión con la salud pública y con la experiencia clínica.

Eduardo Estrella es también un clínico heterónimo que buscó ampliar su horizonte de reflexión en las ciencias hermanas y que no

vaciló en agotar los mecanismos para obtener una preparación formal. De lo que encontré en esta tesis, considero que quizás su brillo tenga particularidades que sean muy provechosas para nuestros desafíos.

La tesis me dejó con gusto a poco. En la banca evaluadora hay notables investigadores como Marcos Cueto, Simone Petraglia y Marcia Barros. Creo que mi sabor es más bien la ansiedad por palpar algunos de los cuatro libros de Estrella aquí mencionados. Al menos para mí: *Medicina y estructura socio-económica* y *El Pan de América: Etnohistoria de los alimentos aborígenes en el Ecuador*. Esta tesis despierta un afán por conocer de manera más sistemática su obra, por saltar las barreras que hacen de Ecuador un allá y de Chile un acá. Y eso, bueno, no lo cura una banca examinadora, sino muchísimas, entre todos y sobre todo, las alumnas y los alumnos de doctorado.

Yuri Carvajal

REVISTA DE REVISTAS SALUD COLECTIVA. VOLUMEN 11, NÚMERO 1, ENERO/MARZO 2015 MEDICAMENTOS

Este número de la revista de la Universidad Nacional de Lanús se ha producido como

temático, dedicado a uno de los objetos técnicos más comunes y utilizados en la medicina actual y a la vez, uno de los más desconocidos. No solo es un acierto del equipo editorial abrir las interrogantes que la salud pública legítimamente ha de plantearse a partir de la clínica y la tec-

nología, sino invitar a Nuria Homedes y Antonio Ugalde como editores del número. Su labor como editores de salud y fármacos (<http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/>), una publicación cuatrimestral que desde 1998 ha marcado una línea de debate, información

y análisis continental en esta área, prueba suficientemente la perspectiva del número.

El número contiene ocho artículos de especialistas de Chile (Medicamentos esenciales y Acuerdo sobre los ADPIC: colisión entre el derecho a la salud y el derecho de propiedad intelectual de Raúl Allard), Colombia (Alternativas al modelo de investigación y desarrollo de medicamentos de Germán Velásquez), España (Precios de los medicamentos: cómo se establecen y cuáles son sus sistemas de control de Joan Rovira,) Brasil (El uso de placebo en ensayos clínicos de fase III en Brasil de Gustavo Rubenich, Stephanie Heck, Fernando Hellam y Bruno Schlemper) y Argentina (Los principios éticos universales y su aplicación a los ensayos clínicos de medicamentos, de Sergio Gonorazky y Problemas bioéticos en la investigación de nuevas vacunas: ¿obedecen a razones de salud pública? de Juan Tealdi), así como una investigación de los editores (El impacto de los investigadores fieles a la industria farmacéutica en la ética y la calidad de los ensayos clínicos realizados en Latinoamérica, de Nuria Homedes y Antonio Ugalde).

Dos de los textos mencionados, consideran los medicamentos a partir de una perspectiva local y consideran un análisis a partir de datos construidos especialmente para este número.

Relevamos en este comentario el artículo sobre el uso de placebo en los ensayos clínicos en Brasil, pues es

un trabajo que evidencia las dificultades de las políticas regulatorias nacionales para impactar sobre la ética de la investigación. Revisando las bases de datos de los ensayos clínicos, este trabajo intenta comparar el efecto sobre la participación de médicos brasileños en estudios que trabajan con placebo, de la normativa Resolución CNS 404/2008. El Consejo Nacional de Regulación (CNS) aprobó esta norma que regula el uso de placebo, limitándolo “a las situaciones en las que no existieran métodos probados de profilaxis, diagnóstico o tratamiento”. Usando diversas palabras claves, entre ellas por supuesto *drugs* y *placebo*, el estudio comparó las cifras de ensayos con uso de placebo entre el 1 de enero del 2003 y el 31 de diciembre de 2007 y luego, entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre del 2013.

Respecto de esta cuestión, “los resultados encontrados muestran el exceso del uso de placebo, tanto antes como después de 2008, año en que fue promulgada la nueva normativa ética por el CFM. Esto se puede apreciar en el 43,5% (438) del total de los 1.007 ensayos clínicos registrados en los 10 años en la plataforma *ClinicalTrials.gov*, sin que hayan sido detectadas diferencias significativas entre los dos periodos analizados”

Esta conclusión se relaciona con otra mayor, resultante del mismo trabajo de exploración de los datos públicos de los ensayos clínicos,

que dice: “la investigación de drogas en Brasil es multicéntrica, internacional y liderada por las casas matrices de las empresas y, por tanto, con baja interferencia de los profesionales de los países en desarrollo, los cuales se dedican a ejecutar y a monitorear la generación de los datos, según un diseño metodológico pre-establecido”.

Y son estas ideas las que me parecen rondan alrededor de los artículos del número y de los problemas de medicamentos en Latinoamérica. Las propuestas regulatorias y jurídicas ponen en un segundo orden las cuestiones de la invención y de las técnicas en nuestros países. Sin saldar esa brecha, el ordenamiento de precios o las apelaciones a los derechos sociales, tienen limitado efecto.

Si en salud pública no somos capaces de producir formas locales de invención clínica con una red técnica de apoyo continental, con flexibles intercambios intelectuales y tecnológicos, nuestras investigaciones serán comentarios críticos.

La fragilidad de las teorías que usamos para comprender las ciencias y las técnicas, así como las dificultades para considerar las especificidades del trabajo clínico, son tal vez uno de los obstáculos para producir nuevas formas de invención. No es el más importante sin duda, pero al menos puede resultar uno de los más abordables.

Yuri Carvajal

**COMPARACIÓN DE
DISTINTAS MEDICIONES
DEL CAMBIO EN EL
ÍNDICE DE MASA
CORPORAL EN LA
INFANCIA EN SU
PREDICCIÓN DE LA
ADIPOSIDAD A LOS
CINCO AÑOS
RODRIGO RETAMAL
YERMANI, 2011**

El sobrepeso y la obesidad infantil son considerados actualmente uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, con más de 42 millones de niños de 0 a 5 años con sobrepeso u obesos en el mundo, y una prevalencia que supera el 30% en países en desarrollo con economías emergentes, de acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto ha llevado a muchos países, con el impulso y apoyo de la propia OMS, a comenzar a adoptar medidas que ataquen el problema a través del cambio en los hábitos tanto alimentarios como de actividad física de sus habitantes.

Dado que se sabe que los niños obesos tienen una alta probabilidad de mantener esta condición en la vida adulta, y el alto riesgo de enfermedades crónicas como diabetes y problemas cardiovasculares en las personas obesas, es importante poder prevenir tempranamente el sobrepeso y, por supuesto, la obesidad en niños preescolares. Una estrategia de prevención es focalizar los principales esfuerzos en

aquellos niños que presentan un mayor riesgo de obesidad en el futuro, para lo cual es necesario desarrollar métodos de predicción del estado nutricional a partir de información en edades tempranas.

En este trabajo de tesis se aborda este último aspecto, donde se analiza la predictibilidad de la adiposidad a los cinco años de vida medida a través del Índice de Masa Grasa (FMI, por su sigla en inglés), de acuerdo a tres mediciones de cambio en el Índice de Masa Corporal (BMI, por su sigla en inglés), entre los 6 y 24 meses: de los valores crudos, de los puntajes estandarizados por edad (BAZ) y de los percentiles (PBMI). A su vez, se estudiaron dos enfoques diferentes de modelación estadística: modelos lineales generalizados (GLM) y modelos aditivos generalizados (GAM). Los datos utilizados corresponden a una cohorte de 379 niños nacidos en 2002 participantes del proyecto FONDECYT 1060785, pertenecientes –al año 2006–, a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) en seis comunas del área sur de Santiago.

Se realizó una modelación estadística de entrenamiento con el 70% de la muestra, obteniendo seis ecuaciones predictivas del FMI: una con cada medida de cambio (BMI, BAZ y PBMI), el sexo y la interacción como variables independientes, para cada enfoque (GLM y GAM). Con el 30% restante se efectuó un proceso de validación mediante la comparación de los

valores de FMI estimados por cada modelo y los observados para esta submuestra, utilizando cuatro estadísticas: el coeficiente de correlación de Pearson, el coeficiente de determinación y la pendiente de la regresión lineal, el coeficiente de correlación de concordancia de Lin, y la proporción del error medio absoluto.

Los resultados indican, según lo concluido por Retamal, que las mediciones de cambio o ganancia del Índice de Masa Corporal entre los 6 y 24 meses que presentaron mejores indicadores de concordancia con el FMI a los cinco años fueron las de puntaje estandarizado por edad (BAZ) y de los percentiles (PBMI). Por su parte, el enfoque GLM sería adecuado para predecir asociaciones entre las variables, mientras que el enfoque GAM sería utilizable para conocer los valores específicos de ganancia de BMI que estarían asociados a variaciones importantes de FMI, estableciendo puntos de corte para definir riesgo.

Sin embargo, en base a resultados como los bajos coeficientes de determinación y los gráficos de dispersión de FMI observados vs FMI predichos, queda de manifiesto que ninguna de las medidas de variación del BMI, para la muestra analizada y con la metodología aplicada, parece ser un buen predictor del FMI a los cinco años, lo que Retamal ratifica al señalar que *“se acepta que las predicciones del FMI*

presentaron una baja concordancia en comparación con el FMI observado en la muestra de validación". Sin duda, ésta constituye la conclusión más importante del trabajo, considerando que su objetivo era analizar la predictibilidad del

FMI a los cinco años a partir de las mediciones tempranas de BMI, y no buscar qué variables explican mejor esta medida de adiposidad, por lo que, tal como indica Retamal, "queda abierta la pregunta sobre si existen otros modelos

estadísticos o variaciones de modelos GLM que puedan arrojar resultados más apropiados que los analizados en la presente investigación".

Mauricio Fuentes

¿SE SUSTENTAN LAS GUÍAS GES EN TRABAJOS CIENTÍFICOS FINANCIADOS POR LOS FONDOS DE CONICYT? PAULINA NÚÑEZ F., ADRIÁN TORRES C., RODOLFO ARMAS M. REV MED CHILE 2014; 142: 1540-1546

Mediante un análisis de la bibliografía incluida en las 80 guías GES (en realidad 82 pues los autores revisan una de medicina preventiva y otra de peritoneo diálisis), los investigadores se preguntan por la pertinencia de los fondos de investigación, en particular del FONIS, para producir evidencia utilizable para la articulación de la política de salud.

Al explorar esas fuentes, los autores reseñan 185 publicaciones, una proporción de 2,8% del total de 6.604 artículos de producción científica nacional. Financiamiento de FONDECYT, FONDEF o FONIS se reporta en ocho oportunidades, pero dado que hay más de una mención para el estudio de la Universidad de Talca, de factores

de riesgo de enfermedades cardiovasculares, restan solo cinco, es decir, un 0,08% de todos los artículos citados.

La conclusión de los autores es sencilla: "Los fondos de investigación nacionales no están generando evidencias para la formulación de las guías GES".

A esta sentencia respecto de los fondos, es posible agregar una consideración más allá de las fuentes de financiamiento. La interrogante que esta investigación sugiere es la escasa participación en general, de la investigación local en la tarea de elaboración de los protocolos GES. Cuestión doblemente problemática, pues si alguna relevancia tienen los investigadores locales es justamente la de constituir la traducción local de un desarrollo tecnológico extranjero.

Yuri Carvajal

ADMINISTRACIÓN Y EXPLORACIÓN DE DATOS EN SALUD PÚBLICA POR YURI CARVAJAL Y CARLOS FELIPE HENRÍQUEZ R. ESCUELA DE SALUD PÚBLICA - OCHO LIBROS, 2014

Un idioma nos ayuda tanto a organizar nuestros pensamientos como a comunicarlos a los demás. ¿Se ha preguntado alguna vez cómo un bebé recién nacido, inocente de la lengua, se las arregla para disfrutar de las vistas y sonidos del mundo y dar sentido a ellos? Una vez dotado de palabras y gramáticas, parece imposible volver a una forma de pensar en que no existen etiquetas, en que varios tipos de cosas no se distinguen por categoría, en que no hay relaciones entre objetos y acciones, y no hay ningún orden en la secuencia de causas y efectos. El lenguaje es la arquitectura que nos permite organizar, entender y comunicar. Es lo que nos hace humanos, y lo que nos hace capaces de la ciencia y la ingeniería, de la creatividad y la exploración, de almacenar el pasado y de anticipar el futuro.

Hay muchas lenguas, muchas gramáticas, muchas sintaxis. La música, la matemática, el español, todos son códigos que permiten la memoria de contenidos y estructura, la cual se puede formar en una mente humana y viajar a través del espacio y del tiempo para infestar a otra con el significado y la belleza. Como científicos de salud pública, los lenguajes son esenciales para leer y adquirir conocimientos y para escribir y transmitir conocimientos. Pero como científicos, hacemos algo más que aprender y enseñar; también creamos conocimiento. Hacemos observaciones sobre el mundo natural, postulamos hipótesis, probamos éstas en nuestras observaciones, hacemos deducciones lógicas, y llegamos a una nueva comprensión sobre cómo funciona el mundo, y también sobre las maneras en que podemos intervenir en él para mejorar o proteger la salud. Este proceso de descubrimiento científico también requiere una sintaxis. Los datos deben estar organizados de un modo que se nos hagan comprensibles, así deben estar ordenados, tamizados, limpiados, transformados y modelados. Como científicos cuantitativos, estos datos a menudo existen como números, pero también pueden ser categorías o relaciones. Todo esto debe estar estructurado y ‘curatoriado’ en una forma muy clara y sin ambigüedades para que sean explotados en una manera objetiva y sistemática por una comunidad de cientí-

ficos. Y por esta razón se han desarrollado tecnologías de datos. Se han inventado máquinas que operan según una sintaxis definida, y que por lo tanto pueden almacenar y organizar incontables millones de piezas de información.



El átomo de información es la elección binaria. Sí o no. Dentro o fuera. Uno o cero. Si la máquina está construida con suficiente cantidad de estos conmutadores, se puede almacenar cualquier número, y una vez que se hace un mapa entre los números y las letras, también puede almacenar cualquier etiqueta. Ahora armado con una base de datos, podemos refinar nuestra sintaxis más para permitir operaciones que transforman y combinan cantidades. Cualquier función es una receta, y si uno puede almacenar cantidades, a continuación, también puede definir conexiones entre cantidades, y por lo tanto toda la gama de relaciones matemáticas se hace disponible: adición, multiplicación, exponenciación, y todo el resto.

Por estos desarrollos, los

autores del nuevo libro *Administración y exploración de datos en Salud Pública*, dan el crédito a Charles Babbage, basado en su trabajo seminal de hace casi 200 años. En estos dos siglos hemos recorrido un largo camino. El manejo de la sintaxis computacional para organizar y manipular datos era una especialidad matemática altamente calificada. Ahora es tan común que es apenas suficiente para conseguir un trabajo. Las máquinas que podrían manipular datos costaban millones de dólares y ocupaban edificios enteros en esos días. Ahora cada nuevo teléfono móvil tiene más potencia de cálculo que la misión que envió con éxito seres humanos a la Luna.

Éste es ahora nuestro mundo moderno de la ciencia de la salud pública cuantitativa, donde existen enormes bases de datos, y los investigadores cualificados deben procesar y manipular estos vastos recursos para describir el mundo (vigilancia) o aprender cómo podemos cambiarlo (inferencia causal). Como una introducción práctica a estas habilidades, el nuevo libro de los doctores Carvajal y Henríquez es conciso, accesible y oportuno. En diez breves capítulos, los autores pasan a través de la gestión de datos y la modelación usando el paquete estadístico comercial “Stata”. Este paquete fue escrito por el economista estadounidense William Gould en 1984, pero desde entonces se ha convertido en uno de los tres paquetes comerciales

más utilizados en el mundo (los otros son SAS y SPSS). En abril de 2015, después de la publicación de este libro, Stata introdujo una nueva versión completamente en español. Este nuevo desarrollo seguramente va a mejorar su atracción dentro del mercado chileno.

Los doctores Carvajal y Henríquez enfatizan la descripción y presentación vi-

sual de los datos, que son actividades esenciales para la comprensión de la salud pública. No hay modelos multivariados complejos tratados en este libro, y solo contiene un único capítulo en el análisis de tablas para los epidemiólogos. Sin embargo, este es un fundamento indispensable para todos los científicos cuantitativos de salud. El manual oficial de Stata es

de más de 12 mil páginas, en comparación con las concisas 86 de *Administración y exploración de datos en Salud Pública*. Como una introducción básica a este mundo de los datos y su utilidad y belleza, es un breve e importante libro.

Jay S. Kaufman, Ph.D.

OBSERVATORIO DE LA EXPERIENCIA USUARIA EN SALUD DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

El Observatorio de la Experiencia Usuaria en Salud (OEUS) asume la premisa de que la persona debe estar al centro de las políticas públicas en salud. Por ello surge la necesidad de conocer la experiencia en el uso de los servicios de salud de la red pública y disponer dicho conocimiento para la gestión pública.

El OEUS reconoce y valida el conocimiento vivencial de los usuarios de la red pública de salud, el cual constituye un insumo para la gestión del Servicio de Salud. Esto marca un tránsito desde el monitoreo de la satisfacción usuaria hacia la descripción y comprensión de la experiencia usuaria. En la medida en que es el usuario quien recibe el producto final de una larga y compleja cadena de procedi-

mientos, médicos y no médicos, él puede ayudar tanto al servicio como a sus pares, a entender mejor la atención en salud. Evaluar aspectos concretos de la atención a través de la experiencia implica entenderla como un indicador de la calidad de un servicio.

En nuestra visión, los usuarios son entendidos y tratados como aliados en el camino hacia la calidad, agentes válidos de evaluación que extienden y enriquecen la capacidad del Servicio de reconocer sus propias deficiencias. Desde una perspectiva sociológica esto corresponde a validar la separación entre sistema y actor, es decir, entender que el actor social cuenta con competencias y capacidades críticas que le permiten abrir un espacio reflexivo entre su experiencia y el sistema, en este caso, el sistema de salud.

Esta cuestión epistemológica es la premisa sobre la que se asienta nuestro principio de participación social y ciu-

dadana. La observación de la experiencia usuaria, bajo este principio, nos lleva a la apertura de un espacio público de expresión de primera fuente por parte de los usuarios. De este modo, la evaluación de la gestión pública en salud se enmarca en una lógica democrática, participativa y horizontal que apela al control ciudadano de los servicios y a la gestión participativa.

Apelamos también a la apertura de un campo metodológico diverso. Muchas de las preguntas o ámbitos de interrogación definidos por un instrumento estandarizado no capturan la complejidad y riqueza de la experiencia de los usuarios. Esto justifica el uso de diseños cualitativos que permitan comprender, más allá de un puntaje, la visión de los usuarios sobre lo que les afecta e importa. Creemos que la aplicación de metodologías cualitativas permite preparar mejor el camino hacia una medición cuantitati-

va sensible a las diferencias e intereses de los usuarios.

Dicho esto, el objetivo general del OEUS es recopilar, sistematizar y producir información relevante en torno al valor de la experiencia usuaria en la evaluación de la calidad de los Servicios de Salud y en sus gestión, en un marco de participación social y control ciudadano.

Para el cumplimiento de este objetivo el OEUS pretende generar alianzas con instituciones académicas para la generación de conocimiento según los principios expresados anteriormente. Durante 2014 se editaron 2 boletines y durante el primer semestre de 2015 aparecerá

un tercer boletín con nuevos contenidos. En el primero de los dos boletines editados se incluye un análisis del concepto de ‘observatorio’ de la experiencia usuaria, los resultados de la primera medición de esa experiencia, la ruta de la interconsulta, el modelo de acogida al usuario. En el segundo de estos boletines incorpora diversos temas en relación a la satisfacción usuario. Se incluye un análisis de la satisfacción usuaria en el SSMSO, una selección de resultados de la encuesta Minsal-U. Chile, avances en la implementación del modelo de acogida al usuario, apropiación por parte del usuario de la Ley de

Derechos y Deberes, tesis y prácticas desarrolladas en el Departamento de Participación Social y Gestión Integral del Usuario, la Jornada “Dignidad del paciente, una mirada integral”, organizada por la Comudéf y un artículo relativo a lenguaje y poder en la atención de salud: una reflexión en torno al “trato” y su “humanización”.

Acceso a boletines: <http://ssmetroso.redsalud.gob.cl/?p=2109>

Sebastián Möller
smoller@ssmso.cl

COLABORADORES DE ESTA SECCIÓN

Miguel Kottow	Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile
Yuri Carvajal	Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile
Mauricio Fuentes	Programa de Bioestadísticas, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile
Jay S. Kaufman	Department of Epidemiology, Bioestadistics and Occupational Health, McGill University, Canada
Sebastián Möller	Departamento de Participación Social y Gestión Integral del Usuario, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, Chile