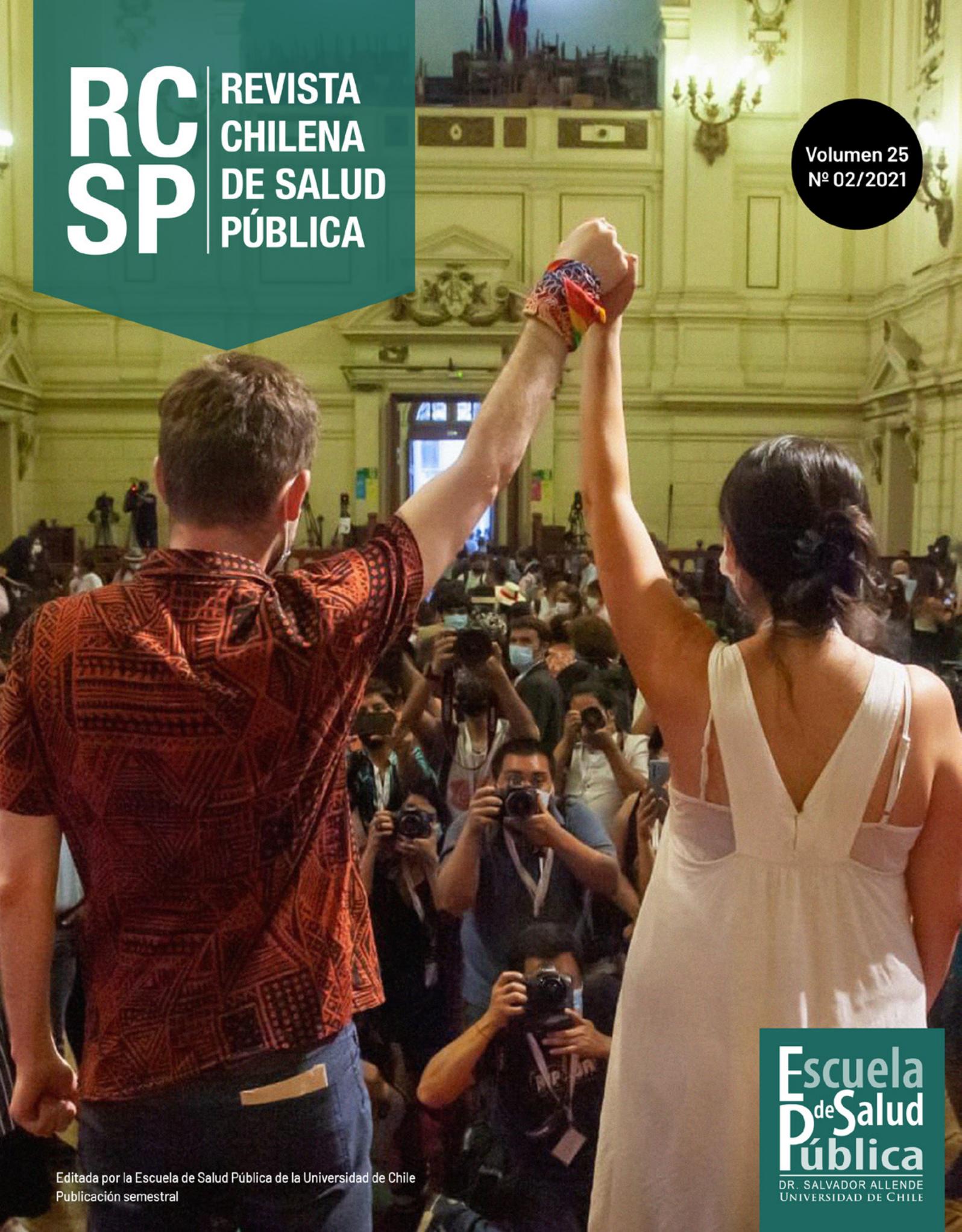


RC SP

REVISTA
CHILENA
DE SALUD
PÚBLICA

Volumen 25
Nº 02/2021



Director institucional
Óscar Arteaga

Editor
Álvaro Lefio

Editores asociados
Alejandra Fuentes-García
Jorge Gaete
Carlos Madariaga
Jadwiga Pieper
Sara Schilling

Coordinación editorial
Jorge Gaete

Referencia, indexación y publicación
Katherine Rivas

Diseño y diagramación
Paola Videla

Traducción
Jadwiga Pieper

Secretaria
Pamela Sánchez

Representante legal
Manuel Kukuljan

Portada vol. 25 N°2 2021
Fotografía: Bastián Cifuentes Araya
@periodistafurioso
<https://www.behance.net/bastiancifuentes>

Domicilio
Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile
Independencia 939, Santiago de Chile
Fono (56) 22 9786967
E-Mail revistasp@med.uchile.cl
<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl>

La Revista Chilena de Salud Pública
está registrada en las bases de datos
Lilacs, Dialnet, Latindex y DOAJ.



EDITORIAL

Convención Constitucional: La salud del pueblo es la suprema ley
Óscar Arteaga
Constitutional Convention: The health of the people is the supreme law 133

En torno a obsesiones disciplinares y la dureza de las ciencias
Jorge Gaete
About disciplinary obsessions and hardness of sciences 136

ARTÍCULOS ORIGINALES

Bariloche: contrastes ocultos en un paraíso alpino. Desigualdades socio-sanitarias en el espacio urbano
Mónica Serena Perner, Marcio Alazraqui
Bariloche: hidden contrasts in an alpine paradise. Socio-sanitary inequalities in the urban space 139

Visiones de los actores claves sobre el proceso de acreditación de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Concepción 2016
Bárbara Quiñones, Paula de Orúe-Ríos y Jaime Contreras
Views of relevant stakeholders on the accreditation process of the Family Health Centers in Concepción 2016 153

Salud Oral Integral para Adultos de 60 años: un análisis territorial de su cobertura a 12 años de su implementación
Karen Danke, Fabiola Werlinger, Gisela Jara y Jorge Gamonal
Comprehensive Oral Health for Adults 60 years of age: a territorial analysis of its coverage 12 years after its implementation 163

Tendencia de la mortalidad por Fibrosis Quística en Chile, 1997-2017
Paula Huerta V., Joaquín Cristi P., Pedro Pablo Neira R., Gabriela Repetto L. y Iris Delgado B.
Cystic Fibrosis Mortality Trend in Chile, 1997-2017 174

Comprensión del trato digno en la hospitalización infantil, según pacientes, padres y profesionales de la salud
Wladimir Torres y Cristián Rebolledo
Understanding of dignified treatment in child hospitalization, according to patients, parents and health professionals 183

El punto de remisión de una epidemia localizado por su elasticidad. Aplicación a la primera ola del COVID-19 en Chile.
Ernesto Veres-Ferrer y José M. Pavía.
The remission point of an epidemic identified by elasticity. Application to the first wave of COVID-19 in Chile 197

TEMAS DE ACTUALIDAD

Orientalismo y respuesta sanitaria a la pandemia en Chile:

Un desafío cultural

Jorge Pacheco

*Orientalism and health responses to the pandemic in Chile:
A cultural challenge*

220

CIFRAS Y ANÁLISIS

El desempeño del primer nivel y su relación con las hospitalizaciones evitables

Inti Kory Quevedo

The primary care performance and its relationship with preventable hospitalizations

233

Asociación entre nivel educativo y salud sexual de jóvenes chilenos de 15 a 29 años

Cristopher Yáñez-Urbina

Association between educational level and sexual health of chilean youth between 15 and 29 years of age

241

Caracterización del perfil de usuarios policonsultantes en urgencia Hospital San Camilo, pertenecientes al CESFAM San Felipe el Real, San Felipe

Karla Gómez, Felipe Vargas A., Fabiola Fuenzalida, María José Cardenas, Mario Parada L.

Characterization of the profile of polyconsultant users in the emergency Hospital San Camilo, belonging to a Family Health Center, San Felipe

248

CARTAS AL EDITOR

Nuevos Estándares de formación de la Educación Física: remezón a los cimientos de la profesión asociados al campo de la salud

Alonso Peña-Baeza

New Training Standards for Physical Education: shaking the foundations of the profession associated with the field of health

255

Los desafíos en la cobertura, acceso y calidad de la atención en Salud Mental durante la pandemia por SARS-CoV-2

Diego Manríquez-Robles

Challenges in coverage, access and quality of mental health care during the SARS-CoV-2 pandemic

257

REVISTA DE LIBROS Y REVISTAS

Alberto Minoletti y su contribución a la reforma psiquiátrica

Carlos Madariaga Araya

Alberto Minoletti and his contribution to psychiatric reform

259

EDITORIAL

Rev Chil Salud Pública 2021,
Vol 25(2): 133-135

CONVENCIÓN CONSTITUCIONAL: LA SALUD DEL PUEBLO ES LA SUPREMA LEY

CONSTITUTIONAL CONVENTION:
THE HEALTH OF THE PEOPLE IS THE SUPREME LAW

En el mes de julio de 2022, el trabajo de la Convención Constitucional concluirá después de haber estado funcionando por un año. El marco legal establecido en la Ley 21 200, publicada el 24 de diciembre de 2019, fue parte del amplio acuerdo político que, en el contexto del estallido social de octubre de ese mismo año, permitió reformar la Constitución Política de Chile para convocar a un plebiscito en octubre de 2020, cuyo mayoritario voto de apruebo a la redacción de una nueva Constitución, permitió conformar un órgano constituyente con convencionales elegidos y elegidas en su totalidad. La Convención Constitucional empezó a funcionar el día 4 de julio de 2021 y, con apego al marco jurídico que la regula, el 22 de marzo de 2022 activó una prórroga de tres meses al periodo original de nueve meses para completar su trabajo. Recientemente, se ha informado que el referéndum para que la ciudadanía exprese su apoyo o rechazo a la propuesta de nueva Constitución ha sido fijado para el día 4 de septiembre de 2022.

Al renovarse la mesa directiva de la Convención Constitucional, después de los primeros seis meses de funcionamiento de esta, por voluntad de la mayoría de las y los convencionales, dos profesionales del mundo de la Salud Pública fueron elegidos para conducir el trabajo que permita a la Convención elaborar la propuesta de la nueva Constitución Política que se ofrecerá al país.

Para poder valorar el alcance de este hecho, conviene primero tratar de recordar el concepto de Salud Pública, pues su uso en la discusión pública suele conducir a confusiones. Muchas veces se recurre al término Salud Pública para referirse al sistema público prestador de atenciones de salud, o a servicios relacionados con el ambiente (ej. saneamiento básico), servicios preventivos para grupos vulnerables (ej. programas de atención materno-infantil o de población adulta mayor) o problemas de alta frecuencia o peligrosidad (ej. epidemias). Salud Pública, sin embargo, no significa un conjunto particular de servicios; tampoco significa una forma de propiedad, ni un tipo de problemas. La esencia conceptual de la Salud Pública radica en su nivel de análisis que es de naturaleza poblacional. Dicho de otro modo, la esencia de la Salud Pública descansa en una perspectiva que pone su foco en la salud de grupos de personas o poblaciones, respecto de las cuales busca, por una parte, conocer la situación de salud y los factores que determinan y condicionan los problemas que esas poblaciones tienen y, por otra, organizar la respuesta social que permita enfrentar de manera efectiva y equitativa esos problemas y promover un mejor nivel de salud de la población.

Más allá de la natural alegría y profundo orgullo de la comunidad de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, donde María Elisa Quinteros y Gaspar Domínguez se formaron en la disciplina de la Salud Pública y, por cierto, de toda la comunidad de la salud pública a lo largo del país, la elección de estos jóvenes especialistas en Salud Pública tiene un alto valor simbólico y político si entendemos a la salud como un derecho fundamental que debiese estar ubicado en el centro de

Óscar Arteaga
Director
Escuela de Salud Pública,
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile

las decisiones políticas, cuyo abordaje necesariamente requiere ser integral e intersectorial, es decir estar en el entramado mismo del diseño e implementación de las políticas públicas. En efecto, ya hace un par de milenios, el primer principio del derecho público romano republicano planteaba *Salus populi suprema lex* (la salud del pueblo es la ley suprema). Más recientemente, en 2006, bajo la presidencia de Finlandia, la Unión Europea adoptó el lema de “Salud en todas las políticas”, relevando así lo que la salud pública, desde el sanitarismo, higienismo, medicina social, determinantes sociales de la salud o salud colectiva, reconoce como básico para la salud de las poblaciones, es decir las condiciones y posibilidades de existencia de las personas, el cómo estas viven, trabajan, se movilizan, como usan su tiempo libre, como comen y como beben. Este lema fue posteriormente respaldado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), entidad que desde su creación en 1948 adoptó una definición amplia de salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Consistentemente con este enfoque y sobre la base de la abundante evidencia que muestra que la salud física, mental y social –el bienestar en sus dimensiones subjetivas y colectivas– están imbricados, y que la salud es influenciada por un amplio rango de determinantes que superan con creces la acción del sector salud; la OMS desarrolló el modelo de los determinantes sociales de la salud para orientar a los gobiernos a desarrollar políticas que pongan en el centro a la salud de la población.

La misión de elaborar una nueva Constitución que le ha sido asignada a la Convención es un enorme desafío. Por una parte, el hecho que la nueva Carta Magna sea elaborada por un órgano constituyente conformado exclusivamente por personas elegidas por la ciudadanía, con paridad de género y representación de pueblos originarios, es una enorme oportunidad para que la nueva Constitución establezca el gran marco que permita el desarrollo de una sociedad más justa y socialmente más cohesionada, pilar básico para el establecimiento de sociedades más saludables. Sin embargo, la búsqueda de acuerdos de amplia mayoría que permitan que las comunidades efectivamente se sientan cobijadas en un nuevo marco constitucional que exprese la idea de casa de todos y todas, no es nada fácil. Esto último resulta especialmente complejo en un contexto en el que el acceso fácil y transparente a la información que debe existir, lamentablemente no siempre se ha expresado en que la información

ha logrado trascender de manera completa o contextualizada. Más aún, el uso de la información que se comunica a la opinión pública, especialmente en redes sociales, ha sido no pocas veces irresponsable e incluso mal intencionado. A lo anterior debe agregarse que, en el abordaje de ciertos temas al interior de la Convención, no siempre ha primado el mirar el mejor interés del país en una perspectiva de largo plazo, que considere los naturales cambios en las opciones de conglomerados políticos que acceden al poder por la voluntad de ciudadanas y ciudadanos en los procesos democráticos de renovación de autoridades.

La concurrencia de los factores recién descritos subyace en la eventual disminución de apoyo a la propuesta de nueva Constitución que la Convención presente al país, ya advertido por algunas encuestas y que generan preocupación. En este sentido, la manera en que se encauce el trabajo al interior de la Convención, así como la responsabilidad colectiva de todos y todas quienes creemos que necesitamos una nueva Constitución, será muy relevante en esta última etapa para que la ciudadanía, al ser convocada al referéndum del 4 de septiembre de este año, manifieste un claro pronunciamiento en favor de los cambios estructurales que Chile urgentemente requiere, incluyendo aquellos relacionados con salud.

Desde nuestra perspectiva de Salud Pública, el desafío no es otro que establecer un marco constitucional que permita construir una sociedad más justa, más solidaria, en la que ninguna persona pueda ser discriminada debido a su nivel de ingresos, su color de piel, su orientación sexual o su lugar de residencia. Sabemos que avanzar en equidad y solidaridad contribuye significativamente a mejorar el nivel de salud de la población, como también lo hace el fortalecer relaciones de colaboración y cooperación en vez de aquellas de competencia. Tampoco podemos olvidar que una relación más respetuosa y amable con el medio ambiente es parte fundamental de una buena salud para todas las personas.

Si a lo anterior se agrega un nivel de consenso técnico y político bastante más amplio que el alcanzado en años anteriores respecto a la necesidad de construir un sistema de salud que sea el mismo para todas y todos, terminando así con el sistema actual que segrega en función del nivel de ingreso y daño en la salud de las personas, se abre hoy una enorme ventana de oportunidad para nuestro país. En este sentido, si el pleno de la Convención ratifica la norma aprobada por la Comisión de Derechos Fundamentales en su sesión de viernes 8 de abril de 2022, que

establece la creación de un Sistema Nacional de Salud “de carácter universal, público e integrado”, estaremos simplemente ratificando lo que el enfrentamiento de la pandemia nos enseñó, es decir que un sistema de salud integrado, público y privado, bajo la conducción de la autoridad sanitaria, es posible. En el mismo sentido, si el pleno también aprueba la propuesta que establece que el Estado reconocerá los sistemas de salud de los pueblos indígenas en términos de “proteger y conservar, especialmente los conocimientos, innovación y prácticas de la medicina indígena”, no se estará haciendo otra cosa que reconocer las políticas de salud intercultural que se

han venido desarrollando en gobiernos de diferentes signos políticos desde hace ya varios años.

Frente al enorme desafío que tiene la Convención, el que dos jóvenes salubristas sean quienes deben conducir este trabajo tan trascendente, representa una muy importante señal que nos hace mirar con esperanza el que la propuesta de nueva Constitución que se presente a la ciudadanía para su aprobación, permita avanzar decididamente hacia una sociedad chilena más justa y solidaria, en la que, como dice OMS, ninguna persona quede atrás. En definitiva, avanzar hacia una sociedad que sea simplemente más humana y en la que se cultive el buen vivir.

EDITORIAL

Rev Chil Salud Pública 2021,
Vol 25(2): 136-138

EN TORNO A OBSESIONES DISCIPLINARES Y LA DUREZA DE LAS CIENCIAS

ABOUT DISCIPLINARY OBSESSIONS AND HARDNESS OF SCIENCES

Como sociólogo tengo una larga relación con la Facultad de Medicina de la Chile y en esta prolongada relación nunca he dejado de preguntarme acerca de cómo o en qué se puede fundamentar esta relación. Ahora, y a raíz de esta pandemia, de Ilana Löwy y de Ludwik Fleck, vuelvo al punto. Digamos, desde ya, que desde los años sesenta del siglo pasado la Facultad tiene una historia importante de experiencias acerca de la incorporación de las ciencias sociales. Por muy diversas circunstancias (y entre ellas nada menos que un golpe de estado!), ninguna de tales experiencias ha tenido continuidad y, con ello, un conocimiento acumulado. Esto da lugar a la paradoja de que la comprensión del papel de las ciencias sociales en la Facultad se plantee una y otra vez, que haya muchas respuestas simplistas al punto, y que muchas otras no convenzan a todos: se caen simplemente o no explican lo que uno sabe que debieran explicar.

Diría que parte importante de la tarea de las ciencias sociales en medicina tiene que ver con la manera como se entiende la división entre naturaleza y cultura o naturaleza y sociedad. Nuestra presencia dentro de la formación médica guarda relación con la manera en que tratamos ese tema. Por lo habitual, se plantea una separación radical de una y otra; separadas, la ciencia queda en el lado de la naturaleza y la cultura y la sociedad son excluidas de ella. De aquí arranca un punto en el que convive mucho sentido común, muchas mitologías, muchas concepciones erradas acerca del saber y el conocimiento: la noción de las dos culturas: ciencia y humanidades. Sin ir más lejos, ahí está el origen de la clásica separación que obraba en los viejos liceos chilenos entre los cursos científicos y los cursos humanísticos, donde terminábamos los que no éramos buenos para las matemáticas. Y el origen de la profunda obsesión disciplinar en que nos debatimos...

Esta visión naturalista tiene una primera y gran implicación: los temas de la medicina —esto es, y primordialmente, la enfermedad— son temas derivados de la naturaleza. Esta es la visión clásica del modelo biomédico: la enfermedad es un tema de la naturaleza alterada y la ciencia médica buscará el modo de superar esa alteración. Dentro de este esquema general de comprensión, entran también algunos sociólogos a tallar, incorporando a ese análisis 'naturalista' unos particulares 'hechos' o 'cosas': los aspectos sociales, los determinantes sociales en salud. Y entran a pujar con la misma pretensión científica... (muchos partidarios decididos de los DSS los ven solo como hechos [The Solid Facts, en la expresión consagrada de Michael Marmot y Richard Wilkinson]).

Esta manera de ver, en la medida que privilegia la enfermedad como foco del análisis hace también que la práctica médica quede desenfocada y únicamente como un campo de reflexión sobre la gestión y apto entonces para el análisis desde el punto de vista administrativo: gobierno de las cosas. Es decir, no son cosas de la naturaleza; pareciera que como escapan a la necesidad, escapan también a la ciencia.

Y estamos en esto cuando aparece la pandemia del coronavirus.

Jorge Gaete
Editor Asociado
Revista Chilena de Salud Pública
jagaetea@gmail.com

“Una epidemia es un fenómeno social que conlleva algunos aspectos médicos”. Este es uno de los tantos dictum de Rudolph Virchow que se encuentran en los orígenes de la medicina social. Lo vivido en este tiempo con el COVID-19 confirma claramente este aserto. Aparte de los esfuerzos del personal de salud y en especial del sector público, es indudable que lo resaltante son los fenómenos sociales que se han puesto de relieve. La detención de actividades –en mayor o menor grado o circunscrita a ámbitos más o menos específicos– implica un remezón telúrico de muy alta intensidad. Si a esta situación agregamos nuestro lamentable sistema de protección social es indudable que la pandemia da lugar a una situación social muy compleja y global. Se trata, evidentemente, de un fenómeno social. Los aspectos médicos (principalmente, la cuestión de la definición de contagiados, contactos estrechos y similares, y el tratamiento de la enfermedad misma), si bien importantes en cuanto puede quedar en juego la vida misma, podría entenderse como secundarios.

El problema es que, bien vista las cosas, se trata de una única situación: la epidemia es un fenómeno social que afecta a la salud colectiva. El problema parece ser uno de enunciar bien el punto, aun cuando enunciarlo bien exige una mayor elaboración, que incluya por ejemplo una revisión de lo planteado por Virchow y sus seguidores hasta el día de hoy. La medicina social tiene ciertamente muchos puntos a favor, pero sus formulaciones pecan del mismo unilateralismo –con otro signo– que el enfoque biomédico más prístino.

Sin entrar en ese análisis, quiero traer a colación, por ejemplo, a Kristalina Georgieva, economista búlgara Directora General del FMI, que destacó el 2021 que “la política de vacunación es política económica”. Así de sencillo y así de simple. En similar sentido se ha expresado localmente Leonardo Basso, director del Instituto de Sistemas Complejos de la Universidad de Chile. “... se necesitan tomar medidas sociales para evitar el desplazamiento. A la larga estamos evitando gente en las UCIs y ventiladores, por lo tanto, las medidas sociales son medidas sanitarias”¹. Me recuerda las afirmaciones de Jean-Luc Nancy, filósofo trasplantado de corazón en 1992, que señalaba que “es vano el debate que he visto desplegarse entre quienes pretendían que [el trasplante] fuera una aventura metafísica y quienes la concebían como una proeza técnica: se trata por cierto de ambas, una dentro de otra”².

En síntesis, me parece entonces que no se trata de dos situaciones (la social y la sanitaria), sino de una sola...

El punto es cómo se logra esa visión integrada. Una posibilidad tiene que ver con las conocidas nociones y experiencias de “trabajo en equipo” o de “trabajo interdisciplinario o multidisciplinario”, que han sido infructuosas a largo plazo. Sobre esto hay una larga discusión que arranca tal vez desde los experimentos Hawthorne (Universidad de Harvard y la Western Electric Company realizados en los años 20 y 30 del siglo pasado)³. Participando en algún sentido de esta crítica, pero con una visión actualizada propia del antropoceno, Yuri Carvajal señala: “No se trata solamente de llamar al trabajo en común o alzar la bandera de la mixtura. La forma de producir una comprensión común pasa por recomponer nuestro objeto de estudio. La enfermedad entendida como una tríada huésped-agente-ambiente, tiene el defecto no sólo de ser unitaria, si no de mantener un antropocentrismo –que es mas bien un etnocentrismo o un eurocentrismo– recalcitrante. La capacidad de agencia en el planeta tierra está democráticamente distribuida. Ambiente o medio ambiente es una expresión engañosa, altamente correlacionada con los centrismos ya mencionados. No estamos rodeados por el ambiente, no hay un afuera. Somos una especie más entre muchas especies.”⁴ En este artículo Carvajal destaca también la incidencia que tiene en esta parcelada forma de conocer la “vocación impositiva de la disciplina”.

Pero hay también otras maneras de aproximarse a este tema y articulada con lo que vengo exponiendo. Hace algún tiempo encontré una interesante entrevista a Ilana Löwy en un número de la revista *Transversal: International Journal for the Historiography of Science*, publicada por la Universidad Federal de Minas Gerais. La entrevistadora es Ana Carolina Vimieiro Gomes, historiadora de esa universidad, y la entrevistada es una bióloga, historiadora de ciencias biomédicas y feminista polaca que trabaja como investigadora principal en una unidad de investigación interdisciplinaria e interinstitucional francesa (CERMES-3). La formación, experiencia y trayectoria de sus 70 años hacen de Ilana Löwy una muy apropiada comentarista de la obra de Ludwik Fleck y sus proyecciones a la epistemología, la salud pública, las ciencias sociales, el compromiso crítico con las ciencias (como contrapuesto a la mera divulgación de hechos científicos)^{5,6}.

Ludwik Fleck trabajó fundamentalmente en microbiología clínica y en su aplicación práctica en enfermedades infecciosas, dos características que hacen de este personaje uno al que creo conviene acercarse especialmente en los tiempos pandémicos

que estamos viviendo. De acuerdo a Löwy “... Fleck trabajó casi toda su vida en la salud pública. Este es, creo, un punto muy importante porque la salud pública es una disciplina en la encrucijada de la biología, la medicina clínica, la sociología, la economía, la política y el derecho. Fleck estaba interesado en todas estas dimensiones y las formas en que interactúan. Todavía puede enseñarnos mucho sobre la interacción compleja y multidimensional entre la ciencia y la sociedad”. A partir de su experiencia con los horrores de la ciencia nazi, Fleck preconizará una ‘mejor ciencia: una ciencia más abierta y una ciencia más democrática’, y para lograr una ‘mejor ciencia’ “es crucial educar al público sobre cómo funciona la ciencia con precisión, qué hacen los científicos y cómo juzgar qué declaraciones de conocimiento son sólidas y cuáles no. Su teoría de los ‘estilos científicos de pensamiento’ apuntaba precisamente a eso: favorecer el compromiso crítico del público con la ciencia, muy diferente a la divulgación pasiva de los ‘hechos científicos’”.

Retomo de estos párrafos dos cosas: primero, hay una compleja y multidimensional interacción entre la ciencia y la sociedad, y dos, hay que preocuparse más por lo que los científicos hacen que por lo que científicos dicen o escriben.

Es evidente que después de casi dos años de pandemia todos sabemos ya algo de virología, sabemos ya algo de contagios y de enfermedades infecciosas. A raíz por ejemplo de la interpelación en el Congreso Nacional al Ministro Mañalich, de los matinales en la tele con el Dr. Ugarte y de toda la comunicación habida, ya hay opiniones acerca de la variación en el número de muertos, acerca de qué se entiende por ‘contagiado’ o de las variante delta u omicrón. Esto ha permitido correr el cerco: ya no se entiende a los ‘hechos científicos’ como el dato bruto. Sabemos que tras todo dato hay normas, hay procesos, hay reflexión, y esto se ha ido haciendo evidente cada vez más... La dureza de la ciencia se ha ido perdiendo.

Luego de estos largos días del coronavirus, se va entendiendo –como lo expresa Yuri Carvajal– que “las cifras también son blandas, incluyen pasiones, son construidas con esfuerzo, movilizándolo muchas redes, personas, equipamiento. Hay etnografía en las cifras y a la vez, las cifras permiten enfocarse con más precisión en el estudio de ciertas narrativas. No hay dos caminos, menos aún dos disciplinas distintas. Si aspiramos a comprender lo que ocurre con las enfermedades, tenemos que reunir las fuerzas y producir comprensiones que combinen las destrezas.”⁴

Tal vez esta sea la manera de superar unas y otras visiones disciplinarias y lograr una comprensión integral de la salud, la enfermedad y la atención médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diario UChile. Leonardo Basso: “La ciudad que hemos construido no nos ayuda a enfrentar una crisis como ésta” [Internet]. Diario U de Chile. 2020 [citado el 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://radio.uchile.cl/2020/06/17/leonardo-basso-la-ciudad-que-hemos-construido-no-nos-ayuda-a-enfrentar-una-crisis-como-esta/>
2. Nancy J-L. El intruso. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2007.
3. Hart CWM. Los experimentos de Hawthorne. Revista Cubana de Salud Pública. 2012;156–67.
4. Carvajal Y. Sumergirse en el Antropoceno: más allá de salud pública, poblacional o colectiva [Internet]. tecnojungla. 2022 [citado el 18 de enero de 2022]. Disponible en: <https://tecnojungla.wordpress.com/blog-2/>
5. Gomes ACV. Interview: Ilana Löwy. Transversal: International Journal for the Historiography of Science. 2019(6);104–10.
6. Löwy I. Fleck the Public Health Expert: Medical Facts, Thought Collectives, and the Scientist’s Responsibility. Science, Technology & Human Values. 2015;509–33.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Rev Chil Salud Pública 2021,

Vol 25(2) 139-152

BARILOCHE: CONTRASTES OCULTOS EN UN PARAÍSO ALPINO. DESIGUALDADES SOCIO-SANITARIAS EN EL ESPACIO URBANO

BARILOCHE: HIDDEN CONTRASTS IN AN ALPINE PARADISE. SOCIO-SANITARY INEQUALITIES IN THE URBAN SPACE

RESUMEN

Introducción. La mayor parte de las desigualdades en salud observadas están relacionadas con desigualdades de otros planos de la vida social. Estudios de pequeñas áreas nos permiten visibilizar estos gradientes al descender el análisis a escalas más pequeñas.

El objetivo de este estudio es relacionar la distribución espacial de enfermedad cardiovascular según condiciones de vida y lugar de atención.

Materiales y Métodos. Se caracterizó la ciudad de Bariloche en base a las condiciones de vida de sus vecindarios seleccionando indicadores mediante un análisis factorial. Se ubicó espacialmente a la población atendida por diabetes e hipertensión arterial en los centros de salud. Se relevaron los registros médicos de esta población para analizar sus problemas de salud. Se analizó la distribución de cada dimensión y se calcularon las proporciones de las personas atendidas según condiciones de vida y lugar de atención.

Resultados. Casi la mitad (47,6%) de la población vive en vecindarios con condiciones de vida deficitarias y críticas. El 63,2% de las personas atendidas en centros de salud viven en vecindarios con peores condiciones de vida. Y la identificación de un gradiente positivo: ante peores condiciones de vida, mayor es la proporción de enfermedad cardiovascular.

Discusión. En el espacio urbano se entrelazan condiciones de vida con problemas de salud, configurándose distintas posibilidades de desarrollarlos. Al interior de una ciudad, pertenecer a determinada área implica la posibilidad/imposibilidad de acceder a niveles relativos de satisfacción de necesidades y presentar determinados problemas de salud. Permite identificar grupos y zonas críticas podría ser un insumo para el diseño de políticas públicas.

Palabras claves. Análisis espacial; Enfermedades Cardiovasculares; Disparidades en el Estado de Salud; Condiciones Sociales; Centros de Salud.

ABSTRACT

Introduction. Most of the observed health inequalities are related to inequalities in other contexts of social life. Local studies allow us to visualize these variations on a smaller scale.

Aim. To examine spatial distribution of cardiovascular disease based on the living conditions and geographical location of health-care attention.

Materials and Methods. Bariloche was characterized according to the living conditions of its neighborhoods by the selection of indicators through a factor analysis. The population treated for diabetes or hypertension in health-care centers was spatially distributed. Health problems were obtained from medical records. The distribution of each dimension was analyzed and the proportions of treated individuals according to living conditions and location of health-care attention were obtained.

Results. Almost half (47.6%) of the population lived in neighborhoods with deficient and critical living conditions. Of those individuals treated for diabetes and/or hypertension, 63.2% lived in the neighborhoods with the worst living conditions. A positive gradient was identified: We identified a clear correlation between the overall quality of life and cardiovascular disease.

Discussion. In urban space, living conditions are closely related to health problems, establishing different possibilities to address the latter. In a city, residency in specific neighborhoods informs the possibilities / impossibilities to access to relative levels of needs satisfaction, and to develop certain outcomes. Identification of groups and critical zones could contribute to the development of specific public policies.

Key words. Spatial analysis; Cardiovascular Disease; Health Status Disparities; Social Conditions; Health Centers.

Mónica Serena Perner,
Instituto de Salud Colectiva,
Universidad Nacional de Lanús
Lanús, Argentina.
Universidad Nacional del
Comahue, Argentina.
serenaperner@gmail.com

Marcio Alazraqui,
Instituto de Salud Colectiva,
Universidad Nacional de Lanús,
Lanús, Argentina.

INTRODUCCIÓN

Cada vez es mayor la población del mundo que vive en áreas urbanas, en 1950 representaba el 21% y a comienzos del siglo XXI ya es más de la mitad de la población mundial. La urbanización representa la concentración de la pobreza y el crecimiento de zonas marginales, pero también una posibilidad de escapar de ella¹. Por otro lado, la urbanización influye en el desarrollo de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares² con una sustancial variación intraurbana en el riesgo de enfermedad cardiovascular y de muerte en las ciudades, la cual en parte puede explicarse por los patrones de distribución de las desigualdades sociales³⁻⁵. Sumado a esto, en personas que viven con estos problemas crónicos de salud, las desigualdades generan diferentes posibilidades de acceso al sistema de salud y a su seguimiento.

La mayor parte de las desigualdades en salud observadas están directamente relacionadas con las desigualdades de otros planos de la vida social. Las desigualdades en salud generan oportunidades desiguales de disfrutar de los avances científicos y tecnológicos, diferentes posibilidades de exposición a los factores que determinan la salud y la enfermedad; en suma, diferencias entre enfermar y morir⁶.

La complejidad de los procesos sociales que determinan las desigualdades en salud requiere comprender los problemas de salud y su relación con el espacio social en el cual transcurre la vida. Entender el espacio como un lugar donde se producen y reproducen socialmente los individuos es clave para interpretar los procesos de diversificación, fragmentación, exclusión y la desigual apropiación de los factores que definen las condiciones de vida, lo cual tiene su corolario en las desiguales condiciones de salud⁷.

La dimensión espacio puede ser presentada como algo anterior que existe independientemente de la constitución o las acciones de quienes lo habitan, como sustrato de los fenómenos naturales, o desde una visión dinámica, como testimonio de una historia escrita por los procesos del pasado y del presente^{8,9}. El concepto de espacio recupera así su historicidad, la dinámica de sus organizaciones, la complejidad de sus interacciones y la totalidad de su constitución¹⁰.

Los intentos por relacionar las desigualdades sociales con los problemas de salud datan del siglo XVIII y XIX, donde se vinculaba el trabajo y las condiciones de vida con problemas de salud^{11,12}. Luego disminuyó su interés hacia fines del siglo XIX al predominar los

enfoques microbiológicos, y hacia finales del siglo XX cuando se redescubren aquellas discusiones del siglo XVIII: en América Latina desde la Medicina Social y en Reino Unido a partir del Black Report. Es allí cuando se retoman paulatinamente investigaciones que buscan relacionar características de los grupos o los contextos a los cuales los individuos pertenecen con aspectos que afectan su salud^{11,13,14}.

América Latina tiene una larga tradición en abordajes tanto teóricos enmarcada en la Medicina Social como en investigaciones empíricas sobre las desigualdades sociales y su relación con salud, pero una parte de esta literatura queda plasmado en literatura gris (como conferencias, simposios y otras reuniones científicas)¹⁵ y no se encuentra en grandes bases de datos indexadas. Por esta y otras razones, como la falta de inversión y de capacitación, países desarrollados concentran las publicaciones en estas temáticas¹⁶. Dentro de América Latina, estos núcleos están centrados en Brasil, pero con desarrollo en otros países como México, Ecuador y Argentina¹⁷. En Argentina son escasas las investigaciones que analizan características de la distribución espacial y su relación con los problemas de salud. En parte debido a la limitación en los sistemas de información y de sus unidades de medición, siendo más habituales datos y estudios en mayores niveles de agregación (a nivel países o regiones), sin posibilidad de descender a escalas más pequeñas, de las cuales, en el mejor de los casos, se conoce información basada en la promediación, lo cual encubre diferencias y homogeneiza valores que pueden ocultar una amplia dispersión^{18,19}.

Por ello la propuesta de este trabajo fue analizar la distribución espacial de la situación socio-sanitaria, analizando pequeñas áreas al interior de una ciudad de tamaño intermedio. Utilizando diferentes fuentes de información y métodos se busca relacionar la distribución espacial de enfermedad cardiovascular según condiciones de vida y el lugar de atención de estos problemas de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo se realizó en la ciudad de Bariloche, norpatagonia argentina. Con 113.112 personas (censo 2010), se configura como una de las ciudades más pobladas de la Patagonia, con un importante crecimiento poblacional en las últimas décadas, nutrido por migraciones internas e internacionales²⁰.

La ciudad se ubica en el margen sur del lago Nahuel Huapi y tiene discontinuidades espaciales condicio-

nadas por una topografía montañosa y un marcado contraste social que han ido configurando desigualdades socio-espaciales. Una zona de la ciudad se encuentra inserta en un bosque húmedo, bordeando el lago, zona vinculada al turismo, lugar de inserción de migrantes europeos. El resto de la ciudad hacia el sur, donde predomina la estepa, con una población que vive en condiciones muy desfavorables, conocido localmente como “el alto”, donde predomina la inserción de migrante de origen chileno²¹.

Esta fuerte diferenciación social en parte se vincula a trasfondos étnico-culturales e históricos: mientras la ubicación de los migrantes europeos se remonta a la idea de una “Suiza argentina” constituida en el marco de la campaña del desierto a fines del siglo XIX²² (momento de fundación de la localidad), el principal flujo migratorio chileno se vincula a las dictaduras cívico-militares latinoamericanas de la década del ‘70 y ‘80 del siglo pasado²¹.

Con el objetivo de describir en este contexto local cómo se relacionan las desigualdades socio-sanitarias con problemas de salud, en primer lugar se caracterizó la ciudad en base a las condiciones de vida de su población y se analizó su distribución en el espacio. Luego se ubicó en dicha distribución espacial a una sub-población: aquella atendida en centros públicos de salud por problemas crónicos de salud. Para finalmente relacionar sus problemas de salud con dichas distribuciones espaciales, de las condiciones de vida y de la atención a la salud. En pos de construir y analizar estos tres aspectos de manera articulada fueron empleados una combinación de fuentes de información y de métodos, los cuales serán descriptos a continuación.

a. Distribución espacial según condiciones de vida

Para caracterizar la situación socio-espacial de Bariloche se analizó la distribución de sus vecindarios en base a las condiciones de vida de su población. Para caracterizar las condiciones de vida fue realizado un análisis factorial, metodología estadística que permite determinar qué aspectos o indicadores se relacionan con constructos que no pueden definirse con un solo aspecto, dichos constructos se determinan “dimensiones latentes” (no directamente observables) denominadas factores^{23,24}.

Para este análisis fueron seleccionados indicadores a nivel de los hogares y a nivel poblacional que describen la situación demográfica y socioeconómica a partir de datos del Censo 2010²⁵ para cada radio censal: división territorial entre 200 y 400 viviendas empleados

como proxi de los vecindarios. Los indicadores de los hogares fueron: calidad de conexión a servicios básicos insuficiente, baja calidad de los materiales de pisos y techos, calidad constructiva de la vivienda insuficiente, hacinamiento crítico, hogares con una persona. Los indicadores a nivel poblacional fueron: bajo nivel educativo, adultos mayores, desocupados, inmigrantes, densidad poblacional (Anexo 1).

Los indicadores que definen las condiciones de vida fueron seleccionados utilizando el análisis de componentes principales como método de selección de factores. Entonces luego de seleccionar qué aspectos conformaron cada factor, se elaboró un score para el primer factor a partir de la sumatoria de valores z de cada indicador que lo compone³. Luego de obtener el rango de valores del score se calcularon quintiles, en base a ellos se definieron los intervalos de clase para expresar las distintas intensidades en la distribución espacial, la selección de quintiles permite obtener intervalos de clase con la misma cantidad de unidades espaciales^{3,23}. Esta distribución espacial fue representada cartográfica y analíticamente.

b. Los problemas de salud y su lugar de atención

La atención de la salud fue analizada a partir de información relevada de la población atendida por problemas crónicos de salud en los 13 centros de salud públicos de Bariloche. Aunque formalmente la cobertura pública en Argentina es universal, la población que utiliza los servicios públicos de salud es aquella que no cuenta con otra cobertura (privada o de la seguridad social). En Bariloche el sistema público de salud es responsabilidad de la provincia: conformado por el Hospital Zonal Bariloche y 15 centros de salud bajo su dependencia, 13 de ellos ubicados en las distintas zonas de la ciudad y 2 en localidades aledañas.

Fue relevada información de cada uno de los 13 centros de salud urbanos y de la población mayor a 18 años que tuvieran registro de diabetes o HTA como problema de salud, y que se encontraran bajo seguimiento clínico en dichos establecimientos y hubieran consultado entre 2010 y 2015. Fueron relevadas las historias clínicas de las personas encontradas en dicha población, excluyendo las historias clínicas donde las personas presentaron menos de 3 consultas en total, debido a que en estos casos no pudieron ser relevados en forma completa los datos necesarios para la investigación.

Para mejorar la calidad de los registros se realizó un record linkage determinístico²⁶, entre la base de

datos de los individuos atendidos en los centros de salud y las bases de datos de los egresos hospitalarios entre 2005 y 2015 del Hospital Zonal Bariloche. Esto nos permitió complementar datos faltantes de los problemas de salud estudiados, la especificidad de los diagnósticos y de situaciones de internación omitidas en la historia clínica del centro de salud.

Fueron definidos los siguientes aspectos de las personas con diabetes y/o HTA: edad, hombres (hombres en relación al total de mujeres y hombres), viven solas, cambio de peso (entre el inicio del seguimiento y el último control registrado), inmigrantes (personas nacidas en otro país), alcoholismo (con problemas actuales o previos con el alcohol), tabaquismo (actuales o pasados), presencia o ausencia de enfermedades (enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, enfermedad renal crónica, enfermedad cardíaca hipertensiva y pie diabético).

Fueron tomados ambos problemas de salud (diabetes e HTA) en conjunto por ser ambos importantes factores asociados a las enfermedades cardiovasculares estudiadas.

c. Asociación entre condiciones de vida y los problemas de salud

Cada individuo fue georreferenciado de manera automatizada en el QGIS mediante la geocodificación con el OpenStreetMap. Esto se complementó mediante la ubicación manual de los domicilios cuando la dirección no coincidía exactamente o cuando no pudieron ser georreferenciados, lo cual representó el 8,8% (72 individuos). Esto permitió georreferenciar a todos los individuos. Finalmente fue imputado el radio censal correspondiente a cada uno. Con esta información se analizó la distribución espacial la relación entre lugares de atención y domicilios de los individuos, y se relacionó problemas de salud con condiciones de vida, calculando las proporciones para cada una de las zonas con distintas condiciones de vida representada gráficamente mediante equiplots.

Para los análisis se utilizaron los siguientes software: Excel® 2013, QGIS® versión 3.8 y STATA® versión 13.0.

Aspectos éticos

Este trabajo ha sido aprobado por el Comité de Ética del Hospital Zonal Bariloche y por la Comisión de Ética de la Investigación de la Universidad Nacional de Lanús. Se protegió la confidencialidad de las personas según la Ley de Protección de los datos personales N° 25.326 y la Ley de Secreto Estadístico N° 17.622.

RESULTADOS

Mediante el análisis factorial se seleccionaron indicadores de los hogares y de los individuos para caracterizar las condiciones de vida, estos se categorizaron en zonas, se analizó su distribución en el espacio y su relación con la distribución de los centros de salud, los individuos allí atendidos y sus problemas de salud.

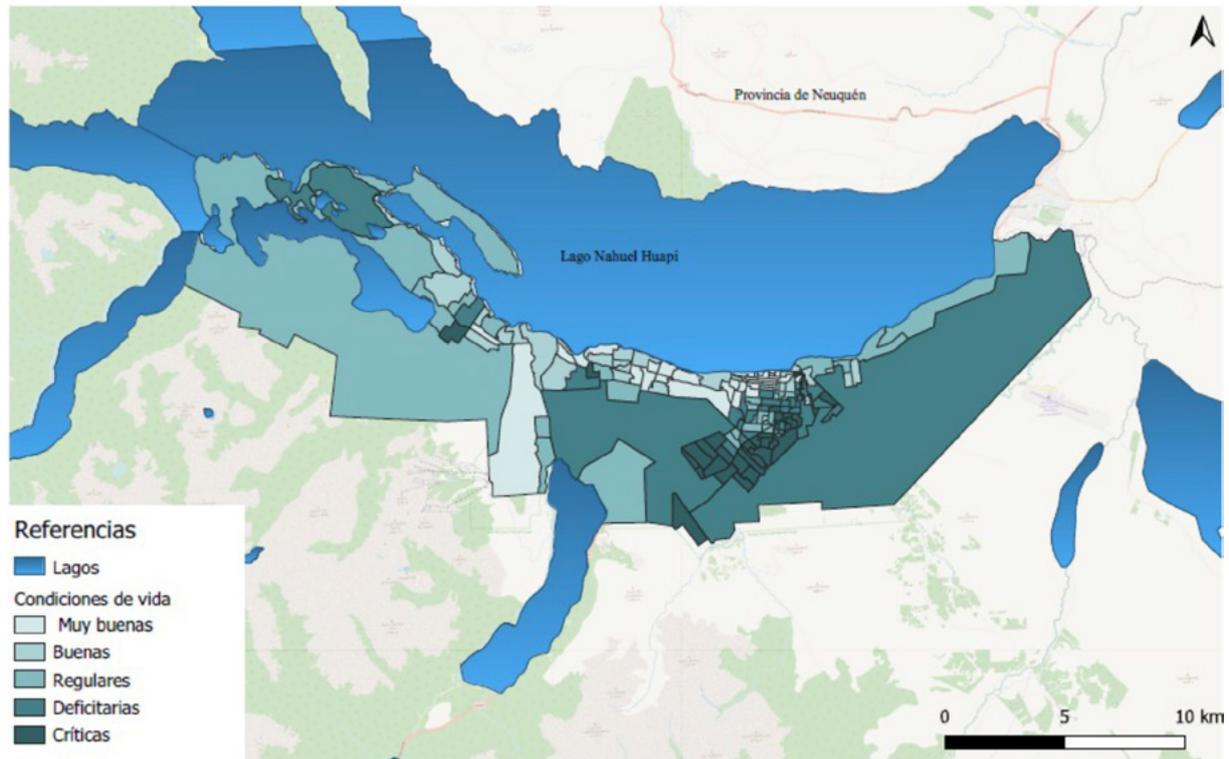
a. Condiciones de vida de la población de la ciudad de Bariloche

A partir del análisis factorial fueron definidos tres factores que explicaron casi el 80% de la variación total. El primer factor explicó el 52,3% de la misma y estuvo conformado por los siguientes indicadores: calidad constructiva de la vivienda, calidad de los materiales, calidad de conexión a servicios básicos, hacinamiento, educación y desocupación. El segundo factor explicó el 15,0% de la varianza y estuvo conformado por la densidad poblacional y población adulta mayor; el tercero explicó el 12,5% y estuvo conformado por la proporción de inmigrantes y de personas que viven solas.

Para cada indicador que conformó el primer factor fue calculado un score con la suma de sus valores estandarizados (puntaje z). Estos fueron representados espacialmente (Figura 1) en cinco estratos (quintiles), donde un color más oscuros representa peores condiciones de vida. Las áreas más claras corresponden a la zona que bordea al Lago Nahuel Huapi desde el centro de la ciudad hacia el oeste, zona que corresponde a barrios residenciales, zonas con condiciones muy buenas y buenas. Las zonas más oscuras se corresponden con áreas de condiciones de vida deficitarias y críticas, ubicadas al sur de la ciudad, conocida como "el alto" y otras con discontinuidad y contraste hacia el oeste.

Observamos una gran brecha en el comportamiento de los indicadores que caracterizan las diferentes zonas de la ciudad (Tabla I). A modo de ejemplo, en las zonas con condiciones socioeconómicas muy buenas el 0,8% en promedio de las viviendas tienen calidad constructiva insuficiente, en cambio en las zonas crítica dicho promedio es de 32,8%. Es importante destacar que casi la mitad (47,6%) de la población de la ciudad vive en vecindarios con condiciones de vida deficitarias y críticas (53.897 personas).

Figura 1: Distribución de los vecindarios según condiciones de vida. Bariloche, Río Negro. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del censo de población, hogares y viviendas (20).

Nota:

Condiciones de vida: score elaborado en base al primer factor del análisis factorial, con los siguientes indicadores: calidad constructiva de la vivienda, calidad de los materiales, hacinamiento, educación y desocupación (Anexo 1).

Tabla 1: Agrupamiento de los vecindarios según condiciones de vida. Población total de Bariloche y población con diabetes e HTA atendida en los centros de salud públicos. Año 2010.

	Muy buenas (score -5,4 a -4,3)	Buenas (score -4,2 a -2,4)	Regulares (score -2,3 a -0,4)	Deficitarias (score -0,3 a 4,1)	Críticas (score 4,0 a 19,1)
Nº individuos de la localidad de Bariloche	18.692	16.846	23.677	24.690	29.207
Nº vecindarios de Bariloche	34	30	32	33	31
Nº individuos con diabetes y/o HTA	10	-	71	221	518
Nº vecindarios de la población bajo estudio ^a	1	-	6	11	18
Media score de los vecindarios	-4,7	-3,6	-1,5	1,6	8,6
Media de calidad constructiva insuficiente (%)	0,8	2,7	5,9	13,6	32,8
Media de la calidad de conexión a servicios básicos insuficiente (%)	2,4	6,5	13,7	18,1	39,2
Media de baja calidad de los materiales (%)	0,6	1,8	3,8	8,8	18,9
Media de hacinamiento (%)	0,4	0,6	1,3	3,1	8,1
Media bajo nivel educativo ^b (%)	2,1	3,1	6,0	10,0	14,2
Media de desocupación (%)	3,3	4,9	6,8	8,1	11,9

Fuente: elaboración propia en base a datos del censo 2010 (20).

Notas:

Condiciones de vida en base al análisis factorial.

Media: fue calculada la media del % para cada indicador de los vecindarios que componen cada zona.

^a Población bajo estudio: personas con diabetes y/o HTA atendidas en los centros de salud públicos.

^b Proporción de personas mayores a 14 años con primaria incompleta o menos

b. Distribución espacial de la atención sanitaria en centros de salud públicos

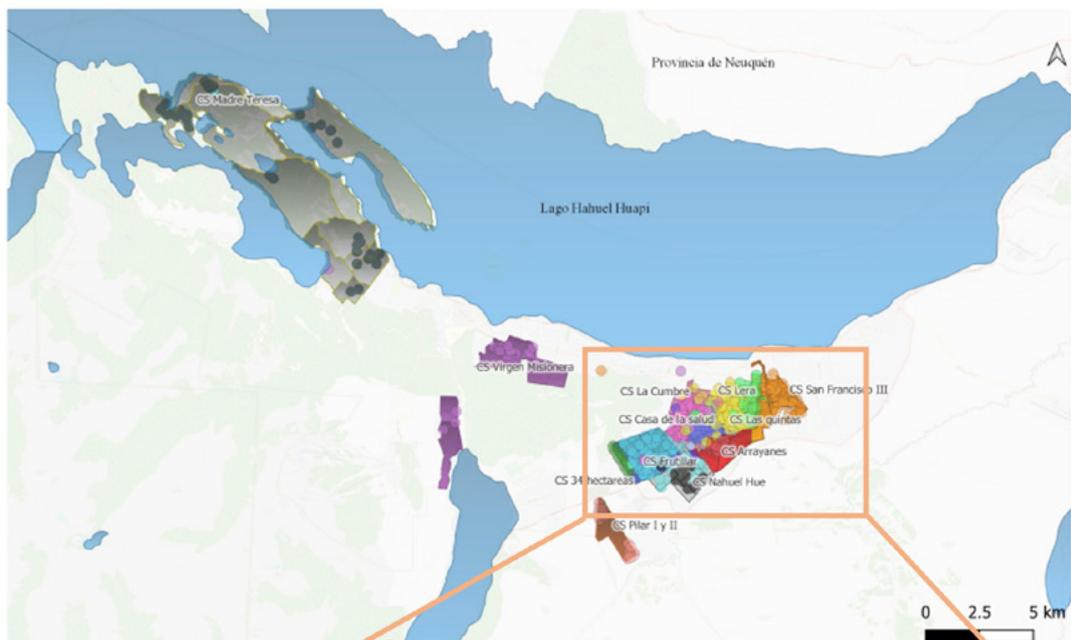
Si bien los centros de salud presentan características comunes (horario de atención, prácticas realizadas, presencia de programas sanitarios nacionales y provinciales, conformación interdisciplinaria de los equipos de salud, priorización de la atención de los menores de 2 años y embarazadas), cada uno presenta sus particularidades en relación a la organización de la atención. Cada equipo de salud define como organiza la entrega de los turnos, como organiza las historias clínicas, si emplean como modalidad de abordaje el trabajo con grupos coordinados por el equipo de salud (como complemento de la atención médica individual).

Fueron georreferenciados los individuos atendidos en los centros de salud públicos; los diferentes colores representados en la Figura 2 representan los distintos establecimientos donde los individuos fueron atendidos. En general, alrededor de cada centro de salud se observan similares colores distribuidos en el espacio,

lo que evidencia una relación espacial entre el lugar donde fueron atendidos y los domicilios. Sin embargo, en la zona de mayor concentración de puntos no es tan clara esta relación, ya que se entrecruzan distintos colores mostrando una mayor variabilidad entre los domicilios y los lugares de atención, vinculado a la mayor disponibilidad de centros de salud en esa zona. En total un 16,5% (135) de los individuos concurren a centros de salud ubicados fuera del área programática de cada establecimiento; en dicha zona este valor es mayor al 50%.

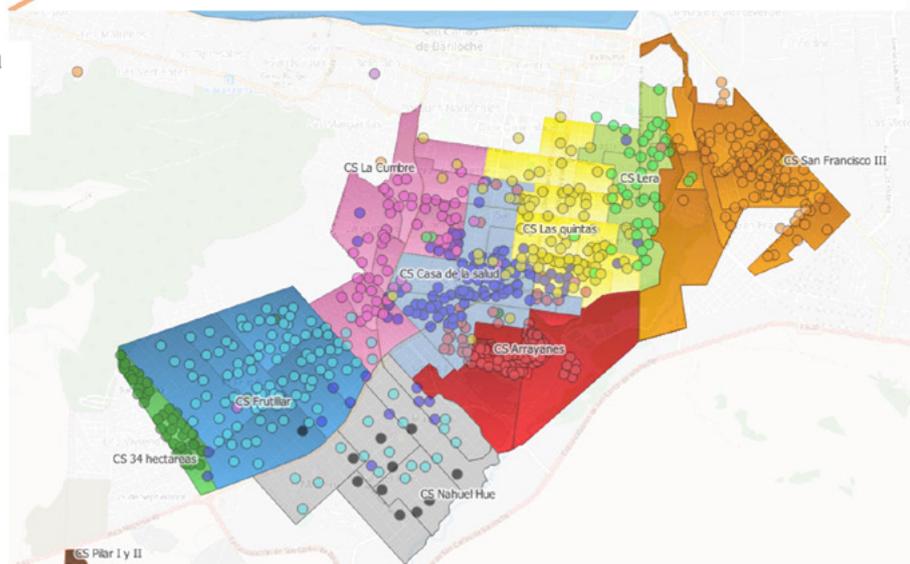
En cambio, la distribución de los centros de salud en la zona oeste de la ciudad es muy distinta: hay dos establecimientos muy distantes entre sí (aproximadamente 13 km); algunos individuos que se atienden allí provienen de vecindarios muy distantes del centro de salud, lo que resulta en mayores áreas programáticas. Además, dichos centros de salud están insertos en zonas con mayor heterogeneidad en sus condiciones de vida: zonas precarias rodeadas de zonas con condiciones muy buenas.

Figura 2: Distribución espacial de los individuos con diabetes y/o hipertensión arterial según el lugar donde viven y donde fueron atendidos. Bariloche, Río Negro. Años 2014-2015



Nombre centro de salud
(% de personas fuera del área
programática)^a

- Casa de la salud (54,8%)
- Frutillar (27,3%)
- Arrayanes (18,2%)
- 34 hectareas (12,8%)
- Las Quintas (5,6%)
- Lera (4,4%)
- La Cumbre (1,8%)
- San Francisco III (1,0%)
- Madre Teresa (--)
- Nahuel Hue (--)
- Pilar I (--)
- Pilar II (--)
- Virgen Misionera (--)



Fuente: elaboración propia.

Nota: Cada punto corresponde a un individuo; los distintos colores representan los distintos centros de salud donde fueron atendidos. Las zonas coloreadas representan las áreas de influencia de cada centro de salud.

^aEl porcentaje entre paréntesis representa la proporción de individuos atendidos en cada centro de salud pero que viven un área programática de otro establecimiento. El orden de los centros de salud es según ese porcentaje.

c. Distribución espacial de los problemas de salud de personas atendidas en centros de salud públicos

A cada individuo estudiado y georreferenciado en la figura 2 se le imputó la zona generada del score a partir del macheo entre el valor de la zona y su radio censal. De esta manera relacionamos condiciones de vida de la ciudad con la atención en el sistema público de salud. Así, un 63,2% (518) de las personas atendidas en los centros de salud por problemas crónicos viven en zonas críticas, en contraste con el 1,2% (10) que viven en zonas de condiciones muy buenas; no hubo individuos atendidos que estuvieran viviendo en zonas con condiciones de vida buenas (Tabla II).

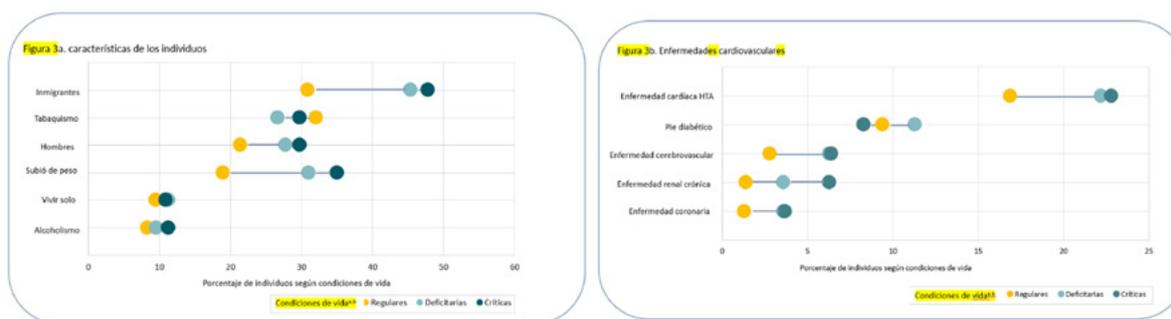
El equiplot de la figura 3a muestra un gradiente entre los vecindarios con condiciones regulares a críticas, donde se encuentran viviendo casi la totalidad de la población estudiada (98,8%) en relación con caracte-

terísticas de los individuos estudiados: la proporción de inmigrantes, de personas con problemas con el alcohol, la edad, el aumento de peso, la proporción de hombres y de personas que viven solas (Figura 3a).

Al analizar en el equiplot donde se representó cada enfermedad cardiovascular (Figura 3b), para la mayoría (salvo para Pie diabético) se observa el mismo gradiente, donde a medida que empeoran las condiciones de vida en los vecindarios (de regulares a críticas), mayor es la proporción de individuos con estas enfermedades.

En ambos casos se observa proporciones similares entre el grupo que viven en vecindarios con condiciones de vida deficitarias y críticas, más distante de las personas que viven en vecindarios con condiciones regulares.

Figura 3: Porcentaje de individuos con diferentes características según categorías de condiciones de vida. Bariloche. Río Negro



Notas:

a. Condiciones de vida definidas en base a un score elaborado mediante análisis factorial, el cual comprende los siguientes indicadores: calidad constructiva de la vivienda, calidad de los materiales, hacinamiento, educación y desocupación.

b. El porcentaje fue calculado en base a la cantidad de individuos en cada categoría: 71 individuos en zonas regulares, 221 en zonas deficitarias y 518 en zonas críticas para todas las características salvo para *enfermedad cardíaca hipertensiva* donde se excluyen los individuos que no tienen hipertensión (65, 189 y 451 individuos respectivamente) y para pie diabético se excluyen los que no tienen diabetes (32, 106 y 205 individuos respectivamente).

Fuente: Elaboración propia en base a datos del censo 2010²⁰ y relevamiento de las historias clínicas y egresos hospitalarios.

Tabla 2: Características de los individuos y enfermedad cardiovascular según las zonas con distintas condiciones de vida de Bariloche, Río Negro. 2014-2015

	Muy buenas (n=10) ^a	Buenas (n=0) ^a	Regulares (n=71)	Deficitarias (n=221)	Críticas (n=518)	Total (n=820)
Características de los individuos						
Inmigrantes [% (n)]	3	-	31,0 (22)	44,3 (98)	48,0 (249)	45,5 (372)
Viven solas [% (n)]	-	-	7,0 (5)	11,3 (25)	11,2 (58)	10,7 (88)
Alcoholismo [% (n)]	6	-	5,6 (4)	12,2 (27)	11,0 (57)	11,5 (94)
Tabaquismo [% (n)]	5	-	32,4 (23)	29,4 (65)	29,7 (154)	30,1 (247)
Hombres [% (n)]	6	-	21,1 (15)	29,9 (66)	29,0 (150)	28,9 (237)
Subió de peso [% (n)]	2	-	18,3 (13)	29,4 (65)	35,5 (184)	32,5 (264)
Cambio de peso (media) ^b	-2,9	-	-1,6	-0,9	0,6	-0,1
Edad (media) ^b	56,6	-	59,6	60,9	61,5	61,1
Frecuencia de cada enfermedad cardiovascular [% (n)]						
Enfermedad cerebrovascular ^c	-	-	2,8 (2)	6,3 (14)	6,4 (33)	6,0 (49)
Enfermedad renal crónica ^c	1	-	1,4 (1)	3,6 (8)	6,3 (22)	3,9 (32)
Enfermedad coronaria ^c	-	-	1,4 (1)	3,6 (8)	3,7 (19)	3,4 (28)
Pie diabético ^d	-	-	9,4 (3)	11,3 (12)	8,3 (17)	9,2 (32)
Enfermedad cardíaca hipertensiva ^e	1	-	16,9 (11)	22,2 (42)	22,8 (103)	22,1 (157)

Fuente: elaboración propia en base las historias clínicas, egresos hospitalarios y a datos del censo.

Notas: n representa la cantidad de individuos con diabetes y/o HTA que viven en cada zona.

^a En las zonas con condiciones muy buenas y buenas no fueron calculados porcentajes debido a la baja cantidad de individuos.

^b Media para cada zona. Media del total: media calculada con el valor de cada uno de los 820 individuos estudiados.

^c porcentaje calculado en relación a los individuos con diabetes y/o HTA.

^d porcentaje calculado en relación a los individuos con diabetes.

^e porcentaje calculado en relación a los individuos con HTA.

DISCUSIÓN

El análisis espacial nos permitió relacionar la distribución de aspectos sociales con problemas de salud y con su atención, donde distribuciones desiguales del espacio se transforman en desigualdades en salud. Partiendo de analizar dicha distribución espacial desigual, se discutirá la importancia de estudiar pequeñas áreas, las limitaciones y fortalezas de este tipo de estudios, la relación entre el acceso a la atención y las condiciones de vida con problemas de salud; finalmente la relación entre modos de vivir y de enfermar.

Desigualdades en el espacio: relación entre las condiciones de vida y los problemas de salud

Como fue presentado, y en consonancia con otras investigaciones^{27,28}, la ciudad estudiada presenta una distribución desigual de las condiciones de vida de su población, pero como resultado del presente trabajo podemos sumar otros aspectos al interior de este análisis.

Primero, el marcado gradiente observado entre los vecindarios en todos los indicadores analizados para definir las condiciones de vida. Segundo, la gran brecha observada entre los vecindarios con condiciones de vida muy buenas y críticas. Y tercero, al ubicar en el espacio a la población estudiada, observamos que

la mayoría vive en las zonas con peores indicadores socioeconómicos, con altos porcentajes de viviendas con condiciones materiales muy precarias y con una población con menores posibilidades económicas. Esto no es llamativo teniendo en cuenta la ubicación estratégica de los centros de salud públicos en zonas con mayor vulneración social, siendo que el subsistema público prioriza la atención de dicha población. Pero es importante destacar que ante una peor condición de vida, mayor es la cantidad de personas atendidas en los centros de salud. Además, encontramos una relación entre problemas de salud y condiciones de vida: ante peores condiciones de vida, mayores son los problemas de salud.

La importancia (y la dificultad) de estudiar pequeñas áreas. Fortalezas y limitaciones.

Existen diferentes publicaciones que indagan la relación entre ECV y desigualdades sociales²⁹. Pero tanto en Latinoamérica como en la región patagónica argentina estas investigaciones son más recientes y escasas³⁰, más aún aquellas investigaciones que analizan la distribución espacial de las desigualdades al interior de las ciudades, siendo más frecuentes las que comparan grandes áreas (como países o regiones). Este nivel de agregación oculta diferencias que se ponen de manifiesto cuando se desagregan indicadores en unidades espaciales más pequeñas⁷.

Por otro lado, la mayoría de las publicaciones que estudian pequeñas áreas analizan la distribución espacial de muertes por enfermedades cardiovasculares en ciudades³¹⁻³⁴ y son más escasas investigaciones donde se estudia la distribución de enfermedad. Esto se debe, en parte, a dificultades en el acceso a datos de enfermedad, los cuales se encuentran incompletos, fragmentados, de baja calidad y dificultades en su validez, "atrapados en distintos formatos de números y letras".¹⁴ Existe información sanitaria en menores escalas de agregación, como hacia el interior de una ciudad, pero habitualmente no está sistematizada. Por lo cual fue necesario reconstruirla a partir de diversas fuentes de información.

Esto fue posible ya que fuentes de información como los registros médicos presenta fortalezas para estudiar problemas crónicos en relación con su uso para estudiar agudos, por la complejidad de los problemas estudiados y por la necesidad de seguimiento^{35,36}. A pesar de esto, fueron empleadas diferentes estrategias: record linkage entre fuentes de información para complementar información y mejorar su calidad, y se usaron historias clínicas de centros de salud, las cuales

presentan mejor completitud, disponibilidad y acceso (en relación con las historias clínicas hospitalarias).

Pero una limitación de los estudios locales de pequeñas áreas es la baja cantidad de personas y eventos. Esto no nos permitió emplear otras técnicas de visualización espacial como heatmaps o realizar análisis ajustados.

Una fortaleza de este trabajo fue la incorporación de distintas dimensiones de análisis espacial: características de los vecindarios, de la atención de la salud y su relación con problemas de salud. Estos representan aspectos que no son habitualmente analizados en conjunto para el estudio de problemas crónicos como las ECV.

Las desigualdades espaciales, las diferencias en el acceso y en las condiciones de vida

La población estudiada pertenece a vecindarios con las condiciones de vida más desfavorables de la ciudad; este recorte oculta desigualdades posiblemente visibilizadas si hubiésemos incluido sectores socioeconómicos más favorecidos, así la brecha real entre poblaciones permanece oculta, ya que priorizamos estudiar la desigualdad dentro de la desigualdad. Aun así pudimos visibilizar gradientes de enfermedad en este subgrupo desfavorecido y centrar el análisis en individuos que viven en zonas de la ciudad con peores condiciones de vida. Este trabajo nos permitió identificar grupos y zonas críticas, lo cual puede ser útil para el diseño de intervenciones e insumo para el diseño de políticas públicas, tanto a nivel de la ciudad estudiada, como para otras construcciones semejantes del espacio. Identificar la complejidad inherente al nivel local la cual no es captada de manera adecuada por estudios de grandes áreas¹⁹.

Por otro lado, aspectos que aseguren el acceso a la salud (y su continuidad en el tiempo) tendrán impacto en estas enfermedades crónicas. Configurando la dimensión geográfica del acceso a la salud podemos problematizar dos dimensiones en las distribuciones espaciales encontradas. Por un lado, la relación entre la ubicación de los centros de salud y la distribución según condiciones de vida de la ciudad, donde se observa una correlación entre las zonas con peores condiciones de vida y la ubicación de los centros de salud. Posiblemente vinculado, como fue dicho, a su ubicación estratégica, buscando acercar distancias espaciales ante otras distancias sociales que dicha población tiene. Por el otro, la relación entre las diferencias espaciales del lugar donde los individuos estudiados viven y el lugar donde se atienden, con

heterogeneidades observadas en dichas relaciones. La elección del lugar de atención podría vincularse a distintas dimensiones, como una menor distancia a recorrer, una búsqueda por transitar zonas con menores dificultades topográficas y facilidades en el transporte público, selecciones basadas en la pertenencia con determinados equipos de salud, en modalidades de atención, en preferencias personales, entre otras.

Vínculos en los modos de vivir y de enfermar

Distintas son las posibilidades de elección de los distintos grupos sociales, distintos los equipos de salud que los atienden, distinta es su condición socioeconómica, distinta su posibilidad de inserción territorial. En una ciudad de la norpatagonia argentina, los procesos de migración, inserción y ubicación territorial son claves en la conformación de su espacio. Se entrelazan así tensiones culturales y políticas, diferencias en los factores que llevan a los procesos de migración (sean laborales, políticos, familiares o mejoras en la calidad de vida), aspectos presentes en el destino (acceso a la tierra y la vivienda), distintas redes sociales de sostén, diferentes políticas estatales respecto al mercado del suelo urbano y de la vivienda^{37; 21}.

Así se constituyen estos espacios urbanos, contextos no libres de conflictos, donde conviven en el mismo espacio grupos de diversos orígenes culturales, étnicos y sociales. Esto influye en la apropiación del espacio y en los modos de vida que adoptan los individuos y los conjuntos sociales. Pertenecer a una u otra área implicará la posibilidad o la imposibilidad de acceder a niveles relativos de satisfacción de necesidades materiales e inmateriales, las cuales tienen que ver con la calidad de vida, la calidad y funcionalidad de la educación, la realización por medio del trabajo, la calidad del medio ambiente, entre otros elementos³⁸.

Hemos visualizado como se entrelazan y encuentran en el espacio poblaciones que viven bajo condiciones de vida más desfavorables con una mayor proporción de problemas y aspectos vinculados a la salud. Entonces, esta configuración se construye con la historia local, en los encuentros y desencuentros entre diferentes al interior del espacio urbano; con expresiones, magnitudes e intensidades particulares, distintas a las estudiadas en ciudades de mayor tamaño²¹. Las personas no son solamente habitantes de determinado lugar; son también productoras, consumidoras y miembros de una clase social, que ocupa un lugar específico en el espacio³⁹.

Estas diferencias se van escribiendo en el cuerpo de los individuos a lo largo de su vida, se expresan

en aspectos individuales y biológicos (como puede ser un valor de tensión arterial o de glucemia), los cuales no son más que la constancia de las relaciones sociales expresadas en distintas formas de sufrir, de enfermar, de buscar atención y de morir.

Los fenómenos se dan en contextos que son cada vez más amplios. La historia que ocurre en un determinado lugar, no se restringe a los límites de ese lugar, va mucho más allá. Cada lugar combina de manera particular aspectos que pueden ser comunes a muchos lugares⁴⁰. Existe una relación entre el nivel global y el nivel local, conjuntamente esenciales para comprender el Mundo y el Lugar: lo que sucede localmente está referido, en última instancia, al acontecer mundial, pero adquiere particularidades en lo local. Los distintos acontecimientos reproducen una totalidad, son complementarios y se explican entre sí; cada evento es fruto de Mundo y Lugar al mismo tiempo³⁸.

Agradecimientos: A Andrés Trotta (ISCo-Universidad Nacional de Lanús, Argentina), Usama Bilal (Universidad de Drexel, EEUU) y Claudia Medina Coeli (Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil) por sus aportes para la elaboración final de este artículo durante la defensa de la tesis doctoral. A las y los trabajadores del Hospital Zonal Bariloche por su colaboración en el acceso de los datos. A Nora Baccalá por sus aportes en la elaboración del artículo.

Financiamiento: La primera autora recibió una beca doctoral por parte del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), años 2013-2019. Este artículo fue elaborado en el marco de la tesis ("Enfermedad cardiovascular en contextos de desigualdad") para el Doctorado en Salud Colectiva (UNLa).

Declaración de conflicto de intereses

Ninguna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNPF. State of World Population 2007. Unleashing the Potential of Urban Growth. Nueva York; 2007. [consultado 9 jul 2020]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/695_filename_sowp2007_eng.pdf
2. Fleischer NL, Diez Roux AV, Alazraqui M, Spinelli H, De Maio F. Socioeconomic gradients in chronic disease risk factors in Middle-Income Countries: Evidence of Effect Modification by Urbanicity in Argentina. *Am J Public Health*. 2011;101(2):294-301. doi: 10.2105/AJPH.2009.190165

3. Diez Roux V, Stein MS, Arnett D, Chambless L, Masing M, Nieto J, et al. Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *N Engl J Med*. 2001;345(2):99-106. 10.1056/NEJM200107123450205
4. Smith GD, Hart C, Watt G, Hole D, Hawthorne V. Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley study. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:399-405. 10.1136/jech.52.6.399
5. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analysis of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(2):111-22. doi: 10.1136/jech.55.2.111
6. Barreto ML. Desigualdades en Salud: una perspectiva global. *Cien Saude Colet*. 2017;22(7): 2097-2108. doi: 10.1590/1413-81232017227.02742017
7. Alazraqui M, Spinelli H. Desigualdades en salud en el nivel local/municipal. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2008.
8. Czeresnia D, Ribeiro MA. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cad Saude Publica*. 2000 jul-set;16(3):595-617. doi: 10.1590/s0102-311x2000000300002
9. Santos M. Por una nueva geografía. Madrid: Espasa Caple; 1990.
10. Costa MdCN, Teixeira MdGLC. A concepção de "espaço" na investigação epidemiológica. *Cad Saude Publica* [Internet]. 1999 [consultado 9 jul 2020];15(2):271-279. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0312.pdf>
11. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2011 [consultado 9 jul 2020];37(2):136-144. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n2/spu07211.pdf>
12. Urquía ML. Teorías dominantes y alternativas en Epidemiología. Colección Cuadernos del ISCo. Remedios de Escalada: EDUNLA;2019. [consultado 9 jul 2020]. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/1/2/5-2>
13. Almeida-Filho N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografía anotada. Serie de documentos técnicos. Washington; DC; 1999.
14. Spinelli H. Condiciones de Salud y Desigualdades Sociales: historias de iguales, desiguales y distintos. En: Souza Minayo MC, Coimbra CE, editors. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [Internet]; 2005. p. 315-331. [consultado 9 jul 2020]. Disponible en: <https://static.scielo.org/scielobooks/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920.pdf#page=304>
15. Almeida-Filho N, Kawachi I, Pellegrini Filho A, Dachs N. Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Content Analysis (1975-1995). *Am J Public Health*. 2003;93(12):2037-2043. [consultado 2020 jul 9]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448147/pdf/0932037.pdf>
16. Prabhakaran P, Ajay VS, Prabhakaran D, Gottumukkala AK, Shrihari JS, Snehi U, et al. Global Cardiovascular Disease Research Survey. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50(24):2322-8. doi: 10.1016/j.jacc.2007.08.040
17. Testa M, Silva Paim. Memoria e Historia: diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim. *Salud Colectiva* [Internet]. 2010 [consultado 9 jul 2020];6(2):211-227. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n2/v6n2a07.pdf>
18. Iñiguez Rojas L. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cad Saude Publica*. 1998;14(4): p. 701-711. 10.1590/s0102-311x1998000400012
19. Spinelli H, Urquía M, Bargalló ML, Alazraqui M. Equidad en salud: teoría y praxis. Seminarios Salud y Política Pública. CEDES [Internet]. 2002 [consultado 2020 jul 9] ;8. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3874/1/SSPP200208.pdf>
20. INDEC (Argentina). Base de datos RADATAM. [Internet]. Buenos Aires: Serie Base de datos Censo 2010; 2013. [consultado 9 jul 2020]. Disponible en: https://redatam.indec.gov.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServer-Main.inl&_ga=2.126142093.1060614443.1545933805-1570010036.1545933805
21. Matossian B. Derecho a la ciudad en San Carlos de Bariloche: inserción residencial y política de inmigrantes. *Revista Universitaria de Geografía* [Internet]. 2015 [consultado 9 jul 2020];24(1):11-39. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/reuge/v24n1/v24n1a02.pdf>
22. Navarro Floria P, Vejsberg L. El proyecto turístico bariloche antes de Bustillo. Entre la prehistoria del Parque Nacional Nahuel Huapi y el desarrollo local. *Estudios y Perspectivas en Turismo* [Internet]. 2009 [consultado 9 jul 2020];18:414-33. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/eypt/v18n4/v18n4a04.pdf>

23. Buzai GD. Mapas Sociales Urbanos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2014.
24. Garamendia ML. Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 2007 [consultado 9 jul 2020];11(2):57-65. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/46548310.pdf>
25. INDEC (Argentina). Base de datos RADATAM. Definiciones de la base de datos [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2013. [consultado 21 abr 2021]. Disponible en: <https://redatam.indec.gov.ar/redarg/CENSOS/CP-V2010rad/Docs/base.pdf>
26. Olivera GP, Bierrenbach ALdS, Camargo KJ, Coeli CM, Pinheiro RS. Accuracy of probabilistic and deterministic record linkage: the case of tuberculosis. Rev Saude Publica. 2016; 50(49). doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006327
27. Abaleron CA. Difusión espacial de la pobreza y destrucción del patrimonio natural, las dos caras de una misma moneda. Eure [Internet]. 1995 [consultado 9 jul 2020];21(64):61-74. Disponible en: <http://www.eure.cl/index.php/eure/article/view/1149/250>
28. Matossian B. Lógicas residenciales y migraciones en San Carlos de Bariloche: un abordaje desde la interseccionalidad. Pilquen [Internet]. 2016 [consultado 9 jul 2020];19(2):113. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/spilquen/v19n2/v19n2a01.pdf>
29. Tang K, Rashid R, Godley J, Ghali WA. Association between subjective social status and cardiovascular disease and cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open [Internet]. 2016 [consultado 9 jul 2020];6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800117/pdf/bmjopen-2015-010137.pdf>
30. Fleischer NL, Diez Roux AV. Inequidades en enfermedades cardiovasculares en Latinoamérica. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2013 [consultado 9 jul 2020];30(4):641-648. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n4/a17v30n4.pdf>
31. Gomez Barroso D, Prieto Flores E, Mellado San Gabino A, Moreno Jimenez A. Análisis espacial de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la ciudad de Madrid, España. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2015 [consultado 9 jul 2020];89(1):27-37. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000100004>
32. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H, Guevel C. Desigualdades en salud y desigualdades sociales: un abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2007 [consultado 9 jul 2020];21(1):1-10. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n1/a01v21n1.pdf>
33. Muller E, Aranha S, Roza W, Gimeno S. Distribuição espacial da mortalidade por doenças cardiovasculares no Estado do Paraná, Brasil: 1989-1991 e 2006-2008. Cad Saude Publica. 2012;28(6):1067-77. doi: 10.1590/s0102-311x2012000600006
34. Périssé G, Medronho R, Escosteguy C. Espacio Urbano y la Mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón en Adultos Mayores en Rio de Janeiro. Arq Bras Cardiol. 2010;94(4):463-71. 10.1590/s0066-782x2010005000009
35. Schpillberg M, Pedemera F, Luna D, Rodriguez G, Figar S, Soriano E, et al. Validez y confiabilidad de una Historia Clínica Electrónica para el registro de problemas de los pacientes. Anales JAIIO [Internet]. 2002 [consultado 9 jul 2020];31. Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/servicios_attachs/4521.pdf
36. Almeida Filho N, Rouquayrol Z. Introducción a la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
37. Matossian B. División social del espacio residencial y migraciones. El caso de San Carlos de Bariloche, Argentina. Eure [Internet]. 2015 sept [consultado 9 jul 2020];41:163-184. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/eure/v41n124/art08.pdf>
38. Santos M. A natureza do espaço. Técnica e Tempo [Internet]. Razão e Emoção São Paulo: Huictec; 1997. [consultado 9 jul 2020]. Disponible en: http://files.leadt-ufal.webnode.com.br/200000026-4d5134e4ca/Milton_Santos_A_Natureza_do_Espaco.pdf
39. Santos M. O Espaço do Cidadão. São Paulo: Edusp; 2002.
40. Santos M. Metamorfoses do espaço habitado, fundamentos teórico e metodológico da geografia. São Paulo: Huictec; 1988.

Anexo 1. Indicadores relevados a nivel de los hogares y de la población a nivel vecindarios.

Indicadores referidos a los hogares	
Nombre del indicador	Definición operacional
Calidad de conexión a servicios básicos insuficiente	<p>Porcentaje de viviendas con instalaciones para el saneamiento insuficientes (procedencia del agua y tipo de desagüe cloacal).</p> <p>Calidad satisfactoria: refiere a las viviendas que disponen de agua a red pública y desagüe cloacal.</p> <p>Calidad básica: describe la situación de aquellas viviendas que disponen de agua de red pública y el desagüe a pozo con cámara séptica.</p> <p>Calidad insuficiente: engloba a las viviendas que no cumplen ninguna de las 2 condiciones anteriores</p>
Baja calidad de los materiales de pisos y techos	<p>Porcentaje de viviendas cuya con baja calidad (calidad IV) de los materiales con el que están construidos los pisos y los techos.</p> <p>Calidad I: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos tanto en el piso como en techo; presenta cielorraso</p> <p>Calidad II: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos tanto en el piso como en el techo. Y techos sin cielorraso o bien materiales de menor calidad en pisos.</p> <p>Calidad III: la vivienda presenta materiales poco resistentes y sólidos en techo y en pisos.</p> <p>Calidad IV: la vivienda presenta materiales de baja calidad en pisos y techos.</p>
Calidad constructiva de la vivienda insuficiente	<p>Porcentaje de viviendas cuyos materiales con los que está construida la vivienda y las instalaciones internas a servicios básicos (agua de red y desagüe) son insuficientes</p> <p>Calidad satisfactoria: refiere a las viviendas que disponen de materiales resistentes, sólidos y con la aislación adecuada. A su vez también disponen de cañerías dentro de la vivienda y de inodoro con descarga de agua.</p> <p>Calidad básica: no cuentan con elementos adecuados de aislación o tienen techo de chapa o fibrocemento. Al igual que el anterior, cuentan con cañerías dentro de la vivienda y de inodoro con descarga de agua.</p> <p>Calidad insuficiente: engloba a las viviendas que no cumplen ninguna de las 2 condiciones anteriores</p>
Hacinamiento crítico	Porcentaje de hogares donde viven tres o más personas por cuarto.
Hogares de una sola persona	Porcentaje de hogares con una persona.
Indicadores referidos a la población	
Bajo nivel educativo	Porcentaje de población mayor a 14 años con primaria incompleta o menos.
Adultos mayores	Porcentaje de población de 65 años y más
Desocupados	Porcentaje de población desocupada dentro de la población económicamente activa
Inmigrantes	Porcentaje de población nacida en otro país
Densidad poblacional	Cantidad de habitantes por km ²

Fuente:
INDEC (25)

VISIONES DE LOS ACTORES CLAVES SOBRE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR DE LA COMUNA DE CONCEPCIÓN 2016

VIEWS OF RELEVANT STAKEHOLDERS ON THE ACCREDITATION PROCESS OF THE FAMILY HEALTH CENTERS IN CONCEPCIÓN 2016

RESUMEN

Introducción. La Ley N° 19.966, publicada en septiembre de 2004, establece la garantía de calidad en las prestaciones de salud. Para ello se implementa un sistema de acreditación de las instituciones que proveen prestaciones en salud, las realicen en forma segura y cumplan con las expectativas de los/las usuarios. El presente estudio analiza las percepciones de actores claves en cargos directivos de coordinación del proceso de acreditación a nivel local para centros de salud familiar de la comuna de Concepción al año 2016.

Materiales y Métodos. Estudio descriptivo exploratorio de carácter cualitativo que utilizó entrevistas semiestructuradas de actores claves del proceso de acreditación en los centros de salud familiar de la comuna de Concepción, región del Biobío, Chile, durante el año 2016.

Resultados. Las y los actores valoran positivamente la incorporación de la calidad en el sistema público de salud como principio organizacional, demuestran conocimientos sobre aspectos conceptuales de calidad y la normativa pública que regula el proceso. Se identifican aspectos a mejorar el liderazgo del proceso de acreditación, sobrecarga de funciones en los encargados de calidad, resistencia al cambio en los funcionarios de los centros de salud, deficiencias de infraestructura y trazabilidad de la biopsia, así como abordar la continuidad del servicio de atención de salud en periodos de paralización por razones gremiales.

Discusión. Para los actores relevantes del proceso de acreditación de centros de salud familiar en Concepción dicho proceso es un importante factor para que las prestaciones se realicen con calidad y así mejorar la seguridad en los usuarios y sus expectativas.

Palabras claves. Acreditación, Calidad, Atención Primaria en Salud, Garantía de Calidad.

ABSTRACT

Introduction. Law N° 19.966, passed in September 2004, establishes quality assurance in health services. Accordingly, an accreditation system for health service providers to offer services safely and meet the expectations of the users was implemented.

Our study reports the views of relevant stakeholders involved in the accreditation process of Family Health Centers in Concepción in 2016.

Materials and Methods. Qualitative exploratory descriptive study that used semi-structured interviews as research technique. Interviewees were relevant stakeholders involved in the accreditation process of Family Health Centers in Concepción in 2016.

Results. The interviewees positively value the adoption of a quality-of-care culture within the public health care institutions as an organizational principle. Interviewees have knowledge about the conceptual aspects of quality of health care and the accreditation regulation framework. Leadership of the accreditation process, overload of responsibilities of quality managers, resistance to change by health center officials, infrastructure deficiencies and biopsy traceability, are identified as areas for improvement as well as addressing the challenge of continuity of service in periods of union strikes.

Discussion. For relevant stakeholders involved in the accreditation process of Family Health Centers in Concepción the accreditation process is an important factor to strengthen quality and safety of care as well as patients' expectations.

Keywords. Accreditation, Quality of care, Primary Healthcare, Quality Assurance

Bárbara Quiñones,
 Hospital El Carmen
 Dr. Luis Valentin Ferrada, Maipú.
 barbara.quinonesf@redsalud.
 gob.cl

Paula de Orúe-Ríos,
 Departamento de Salud Pública,
 Universidad de Concepción, Chile.

Jaime Contreras,
 Departamento de Administración
 Pública y Ciencia Política,
 Universidad de Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las prestaciones de servicios que se realizan en el sector salud implican importantes riesgos debido a los procesos involucrados¹. Para disminuir el riesgo, los expertos proponen mejorar los procesos de gestión internos relativos a calidad, que incluye el establecimiento de una política de calidad organizacional que considere los objetivos estratégicos, aseguramiento de estándares y la mejora continua².

Avedis Donabedian, uno de los académicos que más influencia ha tenido en el ámbito de la calidad en salud, define las prestaciones de calidad en salud como la seguridad de las atenciones y plantea como esencial preocuparse de la estructura de la organización, de sus procesos y de los resultados³. El mismo autor plantea que las prestaciones en salud serán de calidad si estas cuentan con dos componentes: el técnico, es decir la aplicación de ciencia y tecnología médica para maximizar los beneficios para la salud, sin un incremento proporcional de los riesgos; y segundo, la percepción, es decir como las prestaciones que entrega la institución cumplen con las expectativas de los usuarios³.

En Chile, uno de los primeros desarrollos para mejorar la calidad organizacional en el contexto de modernización del Estado, es la ley 19.553 de 1998, que establece un programa de mejoramiento de la gestión (PMG), que incorporó sistemas de gestión según requisitos normativos ISO 9001. Para esto, implementó un sistema de gestión de la calidad organizacional, cuya finalidad fue contar con actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización respecto de la calidad⁴⁻⁶.

El sistema prestador de salud chileno está conformado por un subsistema público, que otorga cobertura a 77,3% de la población⁷, y otro privado. El subsistema público se organiza en redes asistenciales, con niveles con diferente capacidad resolutoria y cobertura. De este modo, el primer nivel de esta red corresponde a la Atención Primaria de Salud (APS), orientada a entregar una atención integral, considerando al ser humano como un ser biopsicosocial⁸. Los principales dispositivos de Atención Primaria son Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y postas rurales, entre otros. La atención sanitaria que entrega la APS debe ser integrada, continua y permanente, activa, accesible, basada en el trabajo en equipo, comunitaria y participativa, programada y evaluable^{9,10}.

En el año 2000, el sector salud inicia un proceso de reforma, en el cual se define un modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) con tres principios fundamentales: 1) Centralidad en las personas, familias, comunidades, 2) Integralidad y 3) Continuidad de los cuidados⁹. Dentro de este modelo se propone un enfoque comunitario, definido por algunos autores como un modelo metodológico para orientar la acción de las instituciones con las comunidades con las que se relaciona el equipo de salud¹⁰ y señala cuatro ejes, dentro de los cuales se destaca la mayor equidad en el acceso y calidad de los servicios de salud, con el fin de mejorar la eficiencia del sistema y asegurar la sustentabilidad en el tiempo¹⁰.

Un eje fundamental de la reforma señalada fue la promulgación de la Ley 19.966, que consagra el derecho de los usuarios al acceso a prestaciones de salud con oportunidad, protección financiera y de calidad. En esta última, incorpora dos elementos: a) los profesionales prestadores de salud que brinden la atención deben estar certificados por la Superintendencia de Salud y b) el establecimiento que otorgue la prestación, a quien se le denomina prestador institucional de salud, debe estar acreditado¹¹.

La acreditación es un proceso en el cual los prestadores institucionales de salud (PIS) deben cumplir con una serie de estándares de calidad definidos por el Ministerio de Salud, a través de manuales de acreditación que contienen contenidos normativos y cuyo objetivo es garantizar una atención de calidad. Este manual desagrega sus exigencias y requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores, facilitando de esta forma su aplicación, junto a pauta de cotejo, la cual es parte del manual¹². En la actualidad, existen estándares (manuales) para acreditar la atención cerrada, atención abierta, Centros de Diálisis, Esterilización y Laboratorios. La acreditación de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) está determinada por el estándar de acreditación de atención abierta y consideran los siguientes ámbitos:

1. Respeto a la Dignidad del Paciente,
2. Gestión de la Calidad,
3. Gestión Clínica,
4. Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención,
5. Competencias del Recurso Humano,
6. Registros,
7. Seguridad del Equipamiento,
8. Seguridad de las Instalaciones,
9. Servicios de Apoyo¹³.

En Chile, hay pocos estudios publicados sobre los efectos de la acreditación en el sistema de salud en general¹⁴ y no se encontraron estudios realizados en la APS. En este contexto, el objetivo del presente estudio fue analizar la percepción y valoración del sistema de acreditación de calidad en APS, desde la perspectiva de actores relevantes del proceso, en la comuna de Concepción durante los años 2015-2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación, corresponde a un estudio cualitativo de corte transversal, descriptivo, que utilizó como técnicas de producción de información la entrevista semiestructurada.

Se estructuró una muestra teórica, basada en posiciones de poder respecto del proceso de acreditación. De este modo, los actores relevantes seleccionados correspondieron a quienes ejercían cargos directivos de coordinación del proceso de acreditación a nivel local en los siguientes niveles: CESFAM de la comuna de Concepción (dos personas), Dirección Comunal de Salud de Concepción (una persona), Servicio de Salud de Concepción (una persona) y Agencia Regional de la Superintendencia de Salud en la Región del Biobío (una persona). Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de noviembre de 2015 y enero de 2016. Todas las entrevistas fueron audio-grabadas, previa firma del consentimiento informado.

La saturación para el conjunto de actores se alcanzó al cabo de la quinta entrevista. Desde el paradigma constructivista y usando teoría fundamentada, las entrevistas que fueron transcritas textualmente, se analizaron siguiendo una lógica inductiva. Se desarrolló un análisis de contenido, para lo cual se generaron códigos abiertos que permitieron estructurar una matriz de categorías definidas. Para el análisis de la información se usó el software Atlas.ti versión 8.0. La investigación fue aprobada por el comité de ética de la Universidad de Concepción.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales hallazgos del proceso investigativo, que se desprenden de los discursos que evidencian aspectos positivos y negativos en torno a la calidad como principio de gestión en salud y del proceso de acreditación que han enfrentado durante su periodo de gestión.

Tabla 1: Categorías y subcategorías de la investigación

Categoría	Subcategorías
Calidad en Salud	Conocimiento del concepto de calidad
	Conocimiento de la Normativa
Acreditación	Liderazgo
	Sobrecarga de funciones
	Resistencia al cambio
	Estructura de la Institución
	Efecto de las movilizaciones gremiales

Un primer aspecto explorado en las entrevistas a actores fue evidenciar la valoración que le otorgan a la política de calidad en salud. En base a lo anterior, se identifican los siguientes hallazgos:

a. Concepto de Calidad en la Salud Pública.

Las y los actores reflejan un dominio conceptual uniforme respecto a la calidad en aspectos organizacionales, otorgan una alta valoración en aspectos técnicos y definen un elemento subjetivo asociado a la percepción de los usuarios. Destaca de los discursos, la identificación de la calidad al proceso de mejora continua que deben desarrollar las instituciones de salud, e identifican que el principio de calidad debería estar en prestaciones y servicios de salud pública. Puede concluirse, por tanto, que los entrevistados poseen una valoración positiva de la calidad en salud como principio organizacional y, a la vez, que este es un concepto conocido para la gestión que les corresponde desarrollar en sus respectivas organizaciones.

“Es un concepto (calidad) subjetivo, porque cada uno le da atributos a ciertas cosas que para uno si son de calidad” (entrevistado 5, 2016)

Las definiciones dadas coinciden con el planteamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que indica que calidad posee tres dimensiones, la técnica, lo humano y el entorno¹⁵. Asimismo, la OPS, define calidad como “satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, (...) seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia (...)”¹⁶. El Ministerio de Salud en Chile reconoce la calidad “como un proceso dinámico, en constante evolución. Es un concepto multidimensional que plantea el desafío para hacer lo correcto (...)”¹⁷.

Las y los actores, al plantear el concepto de calidad, identifican dificultades para lograr este concepto,

que se manifiestan organizacionalmente en aspectos económicos, de capacitación, infraestructura y otros. Sin embargo, valoran positivamente alcanzar este principio dentro de sus instituciones.

Sinónimo (Calidad y salud pública) no creo, pero ya es difícil definir calidad, deberíamos caminar hacia la entrega de la mejor calidad, suena fácil en promocionar un producto, pero no es tanto al entregar un servicio (...). (entrevistado 3, 2016)

Creo que debería ser, vamos tendiendo a eso, no ha sido fácil hemos trabajado desde hace varios años, venimos trabajando en calidad desde el 2011 y acreditamos el 2014, es un trabajo continuo que no acaba (...). (entrevistado 4, 2016)

Cabe señalar que, en el periodo de la investigación la oferta de capacitación en temáticas de calidad y salud era limitada. Además, las mallas curriculares de los profesionales de la salud al año 2016, no necesariamente consideraban la formación de aprendizajes relativos a la calidad organizacional y ésta se entendía como un área de desarrollo a nivel de postítulo o postgrado. Por lo mismo, destaca que las y los entrevistados posean un alto nivel de conocimiento de aspectos conceptuales sobre la calidad como principio organizacional.

b. Conocimiento de la Normativa.

Las y los actores reconocen que el tema calidad cuenta con legislación que es conocida por la institución. Se puede observar en los discursos una progresión en la institucionalización del concepto de calidad al interior de los establecimientos. Las y los actores valoran la calidad en el sistema de salud público como un valor agregado a las prestaciones que se otorgan al interior de los establecimientos de salud.

“El concepto de calidad lo venimos escuchando hace bastantes años en las políticas públicas, círculo de calidad, protocolos aplicando calidad, pero con la rigurosidad que se da ahora no” (entrevistado 4, 2016)

Lo anterior, es congruente con las orientaciones que ha generado el Ministerio de Salud mediante una serie de instructivos emanados desde la Superintendencia de Salud, que están en coherencia con la Ley de 19.937 sobre autoridad sanitaria¹⁸, la ley 19.966 sobre garantías explícitas en Salud¹¹ y el DFL N° 1 del Ministerio de Salud que otorga funciones de autoridad sanitaria a las SEREMIs de Salud, a través

de las Resoluciones Sanitarias¹⁹, que aprueban el funcionamiento y operación de centros de salud. Adicionalmente, existe un compendio de circulares que instruye a las entidades acreditadoras (EA) sobre la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, que otorgan orientaciones sobre cumplimiento de los estándares de calidad²⁰. Puede, entonces, decirse que las y los actores conocen y valoran positivamente esta estructura de normas que materializan el concepto de calidad en el sistema de salud.

Proceso de Acreditación en las Institución de APS de la comuna de Concepción.

Las y los actores entrevistados manifiestan una gran valoración a la instalación de la política de calidad institucional y valoran positivamente el proceso de acreditación y el aseguramiento de la calidad en las prestaciones de salud pública, asumiendo como un deber del Estado su entrega efectiva al usuario. Sin embargo, destacan constantemente en los discursos la existencia de brechas que impiden avanzar en los estándares establecidos por el Ministerio de Salud. En los discursos analizados en la presente investigación se identificaron las siguientes brechas o aspectos a mejorar:

a. Liderazgo del Proceso de Acreditación.

Las y los actores señalan que la responsabilidad de acreditación ha recaído fundamentalmente en el cargo de Encargado de Calidad de los Centros de Salud Familiar y no se evidencia como un trabajo colectivo de mejora. A la vez, no se destaca en los discursos la valoración a equipos gerenciales de gestión municipal como la Dirección de Salud o Director o Directora del establecimiento, que deberían asumir roles conductores del proceso de acreditación y aseguramiento como política de calidad interna.

...la calidad es un proceso en el cual debemos involucrarnos todos y no todos estamos formando parte, ahí está la principal brecha, los equipos no han involucrado a todos los funcionarios al proceso (Entrevistado 1, 2016)

... que la gente te apoye y vaya hacia el mismo lado es súper difícil, complicado, los funcionarios lo ven como un trabajo extra. (Entrevistado 4, 2016)

b. Sobrecarga de Funciones

Coherente con lo indicado respecto a que la mayor responsabilidad del proceso de acreditación ha recaído como función del encargado de calidad de las instituciones de salud, las personas entrevistadas destacan que, en algunos casos, se ha sumado a tareas y responsabilidades propias del cargo de base de la funcionaria, lo que ha generado una sobrecarga de funciones.

“Es una de las cosas que nos dificulta, los funcionarios porque a nosotros nos contratan para llevar programas, pero a nosotros nos falta tiempo para hacer tanto, porque a veces tenemos que cumplir metas las cuales no son consideradas en los procesos de acreditación sino clínicos, tenemos además responsabilidad en el área de certificación, acreditación” (Entrevistado 3, 2016)

..., no existe una sola persona para eso, existe una sobrecarga, ya que solo son un par de horas destinadas a eso, si queremos que las cosas avancen, debemos verlo como una inversión (...). (Entrevistado 2, 2016)

c. Resistencia al Cambio

Desde la visión de las personas entrevistadas se evidencia una resistencia al cambio por parte de los funcionarios de las instituciones de salud, que se manifiesta en la poca disposición a someterse a procesos estandarizados y acomodar el trabajo desarrollado a los nuevos protocolos de calidad requeridos para cumplir con las pautas de cotejo y normativa impuesta por Superintendencia de Salud.

“yo pienso que hay resistencia a cualquier cambio, también pienso que el recurso humano mira cualquier cambio como control, (...)y ahí va la resistencia al proceso de aplicación de la calidad. La resistencia al cambio de modelo igual lo vemos de manera permanente (...). (Entrevistado 1, 2016)

La imposición de un plazo perentorio en que las instituciones de salud deben estar acreditadas para recibir las subvenciones estatales de patologías del régimen de garantías explícitas (GES), impuesto por ley, generó la necesidad imperiosa de someterse obligatoriamente a estos nuevos estándares; la fecha para cumplir con este proceso, sin embargo, se fue postergando en el tiempo desde la promulgación de la ley. Desde el año 2019, se excluyó de esta imposición a

los centros de salud de atención abierta por el periodo de vigencia del decreto respectivo.

d. Estructura de la Institución

En los discursos de las y los entrevistados se repite como un elemento obstaculizador de la calidad, la existencia de falencias en infraestructura que poseen los CESFAM y el proceso operativo para cumplir con la trazabilidad de la biopsia.

Con respecto a los problemas de infraestructura, las personas entrevistadas señalan que estas falencias afectan el cumplimiento de los estándares que se evalúan en las Pautas de Cotejo de la acreditación. Si bien, la infraestructura no está definida como un estándar propiamente tal dentro del proceso de acreditación, los espacios físicos de las instituciones de salud deben responder a un objetivo estratégico del Ministerio de Salud, establecido en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 y se examina en el proceso autorización sanitaria desarrollada por el Ministerio de Salud.

Yo creo que principalmente los CESFAM, la brecha más grande es el establecimiento, (entrevistado 1, 2016)

(...)al igual que en los ámbitos lo que más nos afecta es la infraestructura (...) (entrevistado 3, 2016)

La trazabilidad de la biopsia es otra de las brechas operativas que se observa por parte de las y los actores entrevistados. Esta característica forma parte del ámbito gestión clínica de la Pauta de Cotejo del Manual de Acreditación de Atención abierta para lo cual la Superintendencia de salud elaboró un documento llamado “Errores de identificación y trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos”, en el cual queda estipulado “Los estándares del sistema nacional de acreditación exigen que los establecimientos de salud aseguren la trazabilidad de las biopsias realizadas a los pacientes, y de los componentes sanguíneos utilizados en las transfusiones. Ello debe complementarse con el aseguramiento de la correcta identificación de los pacientes, muestras, productos y exámenes involucrados en estos procesos”²¹. No obstante lo anterior, de acuerdo con la percepción de las y los actores entrevistados, este aspecto es uno de los más complejos de alcanzar en atención a procesos internos que se deben adoptar y cumplir desde la toma de la biopsia hasta la entrega del resultado al o la paciente.

(...) En el tema de la biopsia hemos ido trabajando porque antes era una de las cosas que más nos costaba, pero cuando se hace siempre los funcionarios se van acostumbrando. (entrevistado 3, 2016)

Hay fundamentalmente tres procesos en situación compleja, la primera es la trazabilidad de la biopsia (...)" (entrevistado 5, 2016)

e. Efectos de las movilizaciones gremiales en el proceso de Acreditación

Finalmente, llama la atención en quienes fueron entrevistados, la valoración que dan al trabajo desarrollado por los CESFAM durante los periodos de movilización que viven tradicionalmente los funcionarios públicos en Chile, en atención a mejores remuneraciones y que, en el caso particular del año 2015 consideró además, una demanda de mayor financiamiento a la APS y mejoramiento a las condiciones laborales (infraestructura y pronta entrega de obras civiles pendientes en CESFAM).

Si, de todas formas, la continuidad y la oportunidad, en esta movilización se ha notado. Es la atención en la red, no se han prestado todas las prestaciones, no se colocan vacunas, no se ha entregado en su totalidad los medicamentos (Entrevistado 1, 2016)

Si, pero nosotros tenemos turnos éticos, no podemos dejar a un lado una urgencia, siempre resguardamos todos, medicamentos siempre se entregan. (Entrevistado 3, 2016)

Sobre lo anterior, las personas entrevistadas señalan que los centros de salud no trazan los estándares durante estos periodos de movilización gremial, aunque existe una continuidad del servicio con turnos éticos. Resulta evidente, entonces, que la calidad se ve afectada por una baja posibilidad de cumplir con la vigilancia de los protocolos durante estos periodos.

DISCUSIÓN

Los procesos de acreditación de prestadores de salud son una expresión de la función de rectoría de la autoridad sanitaria. En este sentido, la incorporación de una cultura de calidad en los centros de salud contribuye al éxito del proceso, como reportan algunos estudios. Un estudio en APS en Qatar observa que existe una correlación positiva entre la percepción de la acreditación entre trabajadores y la atención de calidad, siendo esta percepción mayor donde las

estructuras se identifican organizadas como grupos y no como jerarquías²². Un segundo estudio, en los Países Bajos, informa que en APS, los procesos de acreditación fueron facilitados al contar con una persona responsable del proceso, que aseguraba líneas claras de comunicación al interior del equipo y que fuera motivante para mejorar los procesos que aseguran la calidad²³. El programa de acreditación fue percibido como algo positivo para el clima laboral y el compromiso del equipo con la calidad de los cuidados en salud, pero que no tuvo impacto directo en los cuidados de los pacientes. Recibir el certificado de acreditación, aparentemente, tendría bajo valor agregado para los participantes²³.

Una revisión realizada en Israel evidenció que el proceso de acreditación requiere ser ajustado a las características del sistema de salud local, tuvo un alto costo de implementación y mantención y una baja capacidad de demostrar su impacto en la calidad²⁴. Además, este estudio indica que los principales problemas a solucionar son la falta de recursos (en personal y por sobrecarga), agotamiento y fatiga por parte de los trabajadores, así como falta de interés de los líderes de los establecimientos estudiados²⁴.

Otros estudios han reportado que el proceso de acreditación ofrece múltiples ventajas para los prestadores de salud^{25,26}, usuarios^{26,27} y sistema sanitario²⁷.

El proceso de acreditación de la APS, cuyo estándar es establecido por la Superintendencia de Salud como organismo regulador para la atención abierta¹³ consta de una primera etapa, en la cual el Prestador Institucional de Salud (PIS) debe establecer una estructura organizativa idónea para implementar y trabajar según el modelo de gestión de calidad institucional, así como desarrollar una cultura con clara definición de las políticas de calidad para la seguridad de los pacientes²⁸. Dentro de esta etapa es clave el compromiso del equipo directivo de la institución. Además, se debe capacitar de forma constante a los equipos propiciando un trabajo colaborativo y consensuado²⁸.

La segunda etapa, tiene tres puntos claves: efectuar la solicitud de acreditación a la Superintendencia de Salud, organismo que luego de revisar deriva el requerimiento a la Intendencia de Prestadores²⁸, que designa de forma aleatoria una entidad acreditadora (EA) que esté inscrita en el Registro Público de Entidades Acreditadoras de Prestadores Institucionales²⁹, para que esta verifique en terreno el cumplimiento de los procesos informados en la pauta de cotejo de autoevaluación del PIS. Con posterioridad a la visita, la EA entrega a la Superintendencia de Salud

un informe con los hallazgos y es esta entidad reguladora quien determina la acreditación del PIS por un periodo de 3 años²⁸.

En nuestro estudio, las y los actores claves entrevistados en la presente investigación, evidencian valoración positiva al proceso de acreditación al interior de sus recintos de salud, situación coincidente con la reportada en otros estudios en los que donde se señala que profesionales de la salud apoyan los programas de acreditación o están de acuerdo con las normas de acreditación³⁰.

Las personas entrevistadas en nuestro estudio destacan por su conocimiento respecto a conceptos de calidad, mejora continua y excelencia. Evidencian un aprendizaje logrado de forma autónoma en materia de calidad organizacional, puesto que, como se señaló anteriormente, las formaciones profesionales del área de salud no consideraban estos resultados de aprendizajes en las formaciones universitarias. Un tercer elemento destacable es la valoración positiva que las personas entrevistadas otorgan a las regulaciones del proceso de acreditación institucional que regulan y orientan hacia una política de calidad en las prestaciones otorgadas al interior de la institución de salud. Esto último concuerda con lo reportado por El-Jardali, et al³¹ en su estudio, indicando que al introducir nuevo estándares de calidad y reforzar los procesos existentes, los centros pudieron traducir las nociones de calidad en resultados tangibles, que pueden medirse y compararse con otros centros a nivel nacional e internacional.

En nuestro estudio emergen brechas y oportunidades de mejora del proceso de acreditación relacionadas con liderazgo, organización de funciones, gestión del cambio, infraestructura para las prestaciones y el abordaje en periodo de movilizaciones.

Estos hallazgos son también coincidentes con los reportados por un estudio en el ámbito de atención maternal en APS en Indonesia³², publicado en 2016, el cual identifican cuatro factores para mejorar la calidad de cuidados: 1) El liderazgo, que tiene que ver con los conocimientos y actitud, involucramiento en el presupuesto para la acreditación y el manejo del cambio en la cultura organizacional; 2) Un equipo motivado y con colaboración multidisciplinaria; 3) Calidad integrada a las responsabilidades existentes en los trabajadores, y finalmente; 4) El proceso mismo de acreditación, que otorga un valor agregado a la institución³².

Otro hallazgo de nuestro estudio es que, en materia de liderazgo, resulta clave el compromiso de la

dirección comunal de salud y de los directivos del centro de salud, respecto de lo cual, las visiones que emergen son de personas encargadas de la coordinación del proceso de acreditación que enfrentan una sobrecarga de funciones y no se evidencia una gestión colectiva de mejora o compromiso organizacional para enfrentar el proceso. Lo anterior, es concordante con el estudio de El-Jardali, et al³¹, quienes señalan que la percepción de los equipos de salud requiere, en primer lugar, de gestión y liderazgo, con agentes que conduzcan el proceso y que posean claridad en la implementación de la política de calidad. Más del 90% de los encuestados en dicho estudio, estuvo totalmente de acuerdo en que el liderazgo es la fuerza impulsora de la mejora de la calidad³¹.

Las personas entrevistadas en nuestro estudio reconocen una resistencia al cambio por parte de los funcionarios de las instituciones de salud, a quienes no se les ve como agentes facilitadores de cambios orientados a mejoras. Lo anterior, posiblemente, esté vinculado a la obligatoriedad de someterse al proceso de acreditación con fecha perentoria para ello asociada a normativa GES, así como a un inadecuado proceso de socialización con los equipos al momento de desarrollo del trabajo de terreno para realizar las entrevistas.

En relación con aspectos de infraestructura para asegurar calidad en la entrega de las prestaciones, en nuestro estudio emerge la necesidad de mejorar esta dimensión y, de manera específica, los aspectos operativos de la trazabilidad de la biopsia, que es una de las áreas de procedimientos más complejas en los recintos de APS. Este aspecto también coincide con el estudio El-Jardali, et al³¹, quienes evidencian que los recursos financieros limitados fueron el principal desafío que impidió la implementación de los estándares de calidad en los centros de salud de El Líbano, identificándose la necesidad de recursos financieros para incineradores de desechos, llamadas de seguimiento, infraestructura, equipos y tecnología de la información³¹.

Finalmente, un hallazgo que también emerge en nuestro estudio, probablemente porque en periodo de desarrollo de las entrevistas había una huelga de funcionarios de la salud, es el efecto los periodos de movilización de funcionarios públicos sobre la calidad y entrega de prestaciones por parte del centro de salud a los usuarios. En la visión de las personas entrevistadas la paralización de labores de funcionarios públicos que repercute directamente en los principios de oportunidad y continuidad en la entrega de pres-

taciones de salud. Las condiciones de movilización o huelga son una situación constante en el sector salud especialmente en los países de más bajos ingresos, y afecta el principio de continuidad y las garantías en el acceso y oportunidad^{32,33}. Algunos estudios demuestran que se generan efectos en la cantidad de prestaciones que se otorgan durante estos períodos y, de manera específica, disminución de consultas y controles de atención primaria^{34,35}.

Una importante limitación del presente trabajo es que en el periodo en el cual se desarrolló el estudio, sólo existía un Centro de Salud Familiar acreditado en la comuna de Concepción, estando los demás establecimientos en proceso de presentarse a acreditación, lo que limitó la conformación de la muestra de nuestro estudio. Además, como antes se explicó, en el periodo de realización de las entrevistas los establecimientos se encontraban con sus actividades asistenciales paralizadas por razones gremiales, elemento de contexto que puede haber incidido en que en las entrevistas cualitativas realizadas emergieran algunos ámbitos temáticos y que otros fueran omitidos.

Como conclusión de nuestro trabajo, podemos señalar que para los actores relevantes del proceso de acreditación de centros de salud familiar en Concepción, dicho proceso es un importante factor para que las prestaciones se realicen con calidad y así mejorar la seguridad en los usuarios y sus expectativas. Los factores que podrían facilitar el proceso de acreditación serían el compromiso de los directivos y más recursos humanos y de estructura.

Declaración de Intereses

Los autores declaramos ser los únicos responsables de las opiniones que se expresan en la presente investigación. Declaramos no haber recibido financiamiento institucional de ninguna empresa, organización o familia para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. 10 Datos sobre la seguridad del paciente [Internet]. World Health organization; 2019 [consultado el 29 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/.
2. ISO 9000. Quality management systems. Fundamentals and vocabulary, International Organization for Standardization. Ginebra, Suiza; 2005.
3. Donobedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Revista Calidad Asistencia*. 2001;16:s11-s27
4. Chile. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos. Preparación para la Certificación ISO 9001:2000 para los Servicios Públicos [Internet]; 2007 [consultado el 29 de junio de 2020]. Disponible en: https://dipres.gob.cl/598/articles-37407_doc_pdf6.pdf.
5. Banco Mundial. Evaluación PMG: Estudio de Evaluación en Profundidad del Programa de Mejoramiento de la Gestión, PMG. Informe final [Internet]; 2008 [consultado el 29 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/598/articles-163109_doc_pdf.pdf. Consultado el 1 de julio de 2020.
6. Moyado Estrada F. Gobernanza y Calidad en la Gestión Pública. *Estudios Gerenciales* [Internet]; 2011 [consultado el 1 de julio de 2020];27(120):205-223. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21222706011>.
7. Centro de Estudios Públicos; Escuela de Salud Pública. Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud [Internet]. Santiago: Escuela de Salud Pública U de Chile, CEP; 2017 [consultado el 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.cepchile.cl/cep/libros/libros-digitales/propuesta-de-modernizacion-y-fortalecimiento-de-los-prestadores>.
8. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6- 12 de septiembre de 1978 [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Pág. 3. [Consultado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.
9. Chile. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud, Serie Cuaderno Modelo de atención N°1. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Chile: MINSAL; 2005 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
10. Martínez V. El Enfoque Comunitario. Estudio de sus Modelos de Base. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales; 2016 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: http://dspace.utalca.cl/bitstream/1950/9417/1/martinez_ravanal.pdf.

11. BCN. Ley N° 19.966 Establece un Régimen de Garantías en Salud [Internet]. Publicada el 3 de septiembre 2004. Biblioteca del Congreso Nacional [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>.
12. Chile. Ministerio de Salud. Boletín El tiempo de la calidad en salud [Internet]. 2008 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/6b0eb69d2ae59ce8e04001011f011af2.pdf>.
13. Chile. Superintendencia de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta [Internet]. Supersalud; 2009. [consultado el 15 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_Manual_AA_.pdf.
14. Saavedra Venegas C. Factores de éxito para la acreditación de la calidad en salud: el caso del Hospital Exequiel González Cortés [Tesis en internet]. Santiago: Universidad de Chile; 2014 [consultado el 15 de julio de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/116866>.
15. Gómez MA. Calidad y Humanización [Internet]. En: X Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud y IX Conferencia Nacional e Internacional de Calidad en Salud; 2013 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/doc_2015/1-Sistema_Gestion_Calidad/conferencia/2013/26sep/Calidad_y_Humanizacion%20-%20Dra%20Gomez%20OPS.pdf.
16. Organización Panamericana de la Salud. Gestión de calidad: documentos técnicos- políticas/regulación. Asunción: OPS; 2006.
17. Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Chile: MINSAL; Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2012. p. 55 [consultado el 14 de julio de 2020] Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>.
18. Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Ley 19.937 (31 dic, 2008) [Internet] [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=221629>.
19. D.F.L. N° 1 que determina materias que requieren autorización sanitaria expresa [Internet]. Ministerio de Salud [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8878.html>.
20. Chile. Superintendencia de Salud. Circular N°32, interpretativa de las normas del Sistema de Acreditación. Intendencia de Prestadores [Internet]. Superintendencia de Salud; 2017 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-16418_recurso_1.pdf.
21. Chile. Superintendencia de Salud. Errores de Identificación y Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos [Internet]. Serie monografías de apoyo a la acreditación N° 4. Intendencia de Prestadores. Superintendencia de Salud; 2011 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-7297_recurso_1.pdf.
22. Ghareeb A, Ghareeb A, Said H, El Zoghbi M. Examining the impact of accreditation on a primary healthcare organization in Qatar. BMC Med Educ. 2018;18:216. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1321-0>
23. Nouwens E, van Lieshout J, Wensing M. Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2015;16:78. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0294-x>.
24. Dreier D, Blagorzumnaya O, Balicer R, Dreier J. National initiatives to promote quality of care and patient safety: achievements to date and challenges ahead. Isr J Health Policy Res. 2020;9(1):16. DOI 10.1186/s13584-020-00417-x.
25. Bernal González I. El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. Estudios Gerenciales [Internet]. 2015 [consultado el 14 de julio de 2020];31(134):8-19. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21233043002>.
26. Pedraja-Rejas L, Valdés-González G, Riveros-Crawford I, Santibáñez-Rey D. Percepción de la calidad de Servicio de Salud en la ciudad de Arica, Chile: Hacia un Plan de Mejora. Interciencia. 2019;44(9):514-520..
27. Velásquez MS. Acreditación de Calidad en Salud Intendencia de prestadores de Salud Públicos y Privado [Internet]. Superintendencia de Salud; 2011 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/b644fa9a8af8d5cce040010164011221.pdf>.

28. Chile. Superintendencia de Salud. Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud. Intendencia de Prestadores [Internet]. Superintendencia de Salud; 2020 [consultado el 15 de julio de 2020]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8981_guia_practica_acreditacion.pdf.
29. Chile. Superintendencia de Salud. Entidad acreditadora [Internet]. Superintendencia de Salud; 2020 [consultado el 21 de julio de 2020] Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-4024.html#>.
30. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review, *International J Quality Health Care*. 2008,20(3):172–183. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn005>.
31. El-Jardali, F, Hemadeh R, Jaafar M, Sagherian L, El-Skaff R, Mdeihly R, Jamal D, Ataya N. The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:86. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-86>.
32. Limato R, Tumbelaka P, Ahmed R, Nasir S, Syafruddin D, Ormel H, et al. What factors do make quality improvement work in primary health care? Experiences of maternal health quality improvement teams in three Puskesmas in Indonesia. *PLoS ONE*. 2019; 14(12):e0226804. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226804>.
33. Jacob A, Weiss H, Mathew A. The impact of general strike on government healthcare delivery in Kerala State in India. *J Environ Public Health*. 2016;2016:8096082. doi: 10.1155/2016/8096082.
34. Russo G, Xu L, Mclsaac M, Matsika-Claquin MD, Dhillon I, McPake B, Campbell J. Health workers' strikes in low-income countries: the available evidence. *Bull World Health Organ*. 2019;97(7):460-467H. doi: 10.2471/BLT.18.225755.
35. Njuguna J. Impact of Health Workers' Strike in August 2014 on Health Services in Mombasa County Referral Hospital, Kenya. *J Health Care Poor Underserved*. 2015;26 (4):1200-6. doi: 10.1353/hpu.2015.0106. PMID: 26548673.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Rev Chil Salud Pública 2021,
Vol 25(2) 163-173

SALUD ORAL INTEGRAL PARA ADULTOS DE 60 AÑOS: UN ANÁLISIS TERRITORIAL DE SU COBERTURA A 12 AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN

COMPREHENSIVE ORAL HEALTH FOR ADULTS 60 YEARS OF AGE: A TERRITORIAL ANALYSIS OF ITS COVERAGE 12 YEARS AFTER ITS IMPLEMENTATION

RESUMEN

Introducción. Las personas mayores en Chile tienen alta carga de morbilidad oral y de déficit funcional que afecta directamente su calidad de vida. El programa universal GES Salud Oral Integral del adulto de 60 años, implementado desde el 2007, permite a las personas de 60 años acceder a tratamiento odontológico integral, aunque a la fecha se tiene pocos antecedentes de sus resultados. El objetivo de este estudio es estimar la cobertura del programa GES 60 para el año 2019 de los beneficiarios FONASA y su variabilidad territorial desagregada por Servicio de Salud (SS), sexo y tipo de prestador (público o compra de servicios).

Materiales y Métodos. Se realizó un estudio observacional ecológico, utilizando fuentes de datos secundarios de uso público (DEIS, FONASA). Se estimó la cobertura nacional total y por sexo, estratificada para cada SS.

Resultados. La cobertura del programa en el sector público de salud fue de un 22,8% el año 2019. La menor cobertura se observó en el SS Arica (5,3%) y la mayor en el SS Arauco (37,9%). La cobertura nacional fue significativamente mayor (valor $p=0,001$) en mujeres (27,1%) que en hombres (17,9%). La compra de servicios a proveedores externos totalizó el 12,2% de las altas dentales, siendo esta proporción heterogénea entre SS con relación inversa entre Compra de servicios y Cobertura.

Discusión. La cobertura para el año evaluado fue baja, siendo insuficiente para poder resolver la alta carga de morbilidad de las personas mayores chilenas. Existe una amplia variabilidad territorial de la cobertura, presentando diferencias por sexo y en la compra de servicios.

Palabras Clave. Salud Oral, Personas mayores, Políticas de salud, Cobertura Universal.

ABSTRACT

Introduction. Elderly people in Chile have a high burden of oral morbidity and functional deficits that directly affect their quality of life. The universal GES program: "Comprehensive Oral Health for the 60-year-old adult", implemented since 2007, allows 60-year-olds to access comprehensive dental treatment, however there is limited evidence of its results to date.

The aim of this study is to estimate the coverage of the program for the year 2019 of the public health insurance FONASA beneficiaries and their territorial variability disaggregated by Health Service (HS), sex and type of provider (public or purchase of services).

Materials and Methods. An observational ecological study was carried out, using secondary data from public sources (DEIS, FONASA). Total national coverage and by sex was estimated, stratified for each SS.

Results. The coverage of the program in the public health sector was 22.8% in 2019. The lowest coverage was observed in Arica HS (5.3%) and the highest in Arauco HS (37.9%). National coverage was significantly higher (p -value = 0.001) in women (27.1%) than in men (17.9%). Purchase of services from external providers totaled 12.2% of the dental discharges, this proportion being heterogeneous between SS with an inverse relationship between "Purchase of services" and "Coverage".

Discussion. The coverage for the evaluated year was low, being insufficient to be able to solve the high burden of morbidity of Chilean elderly. There is a wide territorial variability of coverage, presenting differences by sex and in the purchase of services.

Key words. Oral Health, Elderly, Health Policies, Universal Health Coverage.

Karen Danke,

Programa de Doctorado en
Ciencias Odontológicas, Facultad de
Odontología, Universidad de Chile.
kdankeh@odontologia.uchile.cl

Fabiola Werlinger,

Centro Epidemiología y
Vigilancia de las Enfermedades
Orales (CEVEO), Instituto de Inves-
tigación en Ciencias Odontológicas,
Facultad de Odontología,
Departamento de Tecnología
Médica, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Gisela Jara,

Centro Epidemiología y
Vigilancia de las Enfermedades
Orales (CEVEO),
Escuela de Graduados,
Facultad de Odontología,
Universidad de Chile.

Jorge Gamonal,

Centro Epidemiología y Vigilancia
de las Enfermedades Orales
(CEVEO),
Dpto. Odontología Conservadora,
Facultad de Odontología,
Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Las sociedades en general y los sistemas de salud particularmente, están enfrentando importantes desafíos producto de la transición demográfica caracterizada por el envejecimiento poblacional. En Chile las “personas mayores” o “adultos mayores” son aquellos de 60 años o más, de acuerdo a la Ley 19.828, la misma que el 27 de septiembre del 2002 crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)^{1,2}. En Chile, el porcentaje de personas mayores de 60 años pasó de un 10,8% el año 2000, a un 17,2% el año 2020, y se prevé un importante aumento en las próximas décadas llegando a cifras de 5.762.672 para el 2040, lo que equivaldrá al 26,9% de la población³. A esta transición demográfica se suma un proceso de transición epidemiológica, caracterizada por un cambio en los patrones de morbilidad poblacional que posiciona a las enfermedades crónicas no transmisibles como la mayor causa de morbilidad y mortalidad⁴. La mayoría de las enfermedades orales comparten determinantes sociales y factores de riesgo en común con múltiples enfermedades crónicas⁴. De hecho, la salud oral se considera un marcador temprano de exposición a factores de riesgo a lo largo de la vida⁵.

Junto con observar las consecuencias finales de la acumulación de factores y enfermedades orales a lo largo del curso de vida, principalmente a través de la pérdida dentaria y estado de los dientes, el envejecimiento produce en la cavidad oral una serie de cambios fisiológicos graduales e irreversibles, que la vuelve más susceptible a los agentes traumáticos e infecciosos, presentándose una gran variedad de problemas bucales entre ellos la caries dental, enfermedad periodontal, lesiones en mucosa, cáncer bucal, halitosis, disfagia y xerostomía⁶. En suma, estas condiciones repercuten en diversos aspectos de la vida, desde poder comer sin molestias ni dolor, hasta en la autoestima y relaciones sociales, afectando en distintos grados la funcionalidad, la calidad de vida, y exacerbando el deterioro del estado de salud general^{6,7}.

En Chile, las personas mayores tienen una alta carga de morbilidad oral. Personas entre 65 a 74 años tienen en promedio 17,5 dientes perdidos por caries y 11,4% tiene edentulismo⁸, mientras que otros estudios en mayores de 60 años muestran prevalencias de edentulismo autoreportado de hasta 21,5%⁹. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, de los mayores de 65 años el 81,7% tiene menos de 20 dientes, el 65,8% usa prótesis dental, un 57,2% tiene caries cavitada en ambos maxilares y un 22,6% declara

que su salud bucal es mala o muy mala¹⁰. Además, según la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento del año 2005¹¹, un 35% de las personas mayores declaró una disminución del consumo y variedad de alimentos debido a problemas dentales, similar al 36,5% que manifestó dificultades para masticar en otro estudio del 2013⁹. En conjunto, estos indicadores reflejan un déficit funcional y una gran cantidad de necesidades de salud oral insatisfechas en este grupo. A pesar de ello, según la ENS 2016-2017 sólo el 35,7% de este grupo asistió a atención odontológica los últimos 12 meses¹⁰, pese a que el tratamiento y rehabilitación oral pueden repercutir amplia y positivamente en su bienestar general, favoreciendo el envejecimiento saludable¹². Adicionalmente, cabe destacar que estos indicadores exponen marcadas inequidades en detrimento de los grupos de menor nivel socioeconómico y educacional^{9,10}.

Con relación al acceso a atención odontológica, se han descrito diversos factores que actúan como barreras en personas mayores, entre ellos la edad, sexo, nivel de educación, soporte social, conectividad, ingreso, estado de salud oral y general, conocimiento y actitudes, necesidades percibidas, dolor, discapacidad física y condiciones crónicas, entre otras¹³. En efecto, la dificultad para acceder a servicios dentales se sugiere como una de las vías que contribuye a las inequidades en salud oral¹⁴, por lo que intervenciones dentales universales y con especial atención en poblaciones vulnerables y desfavorecidas, pueden contribuir a reducir las enormes brechas existentes¹⁵.

En Chile la ley 19.966 establece en el año 2004 el régimen de garantías en salud AUGE para un total de 25 problemas de salud. El año 2007 se agregan, entre otros problemas, la garantía GES n°47 “Salud Oral Integral para Adultos de 60 años” en adelante “GES 60”. Su objetivo es “mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria a los beneficiarios del Sistema de Salud de 60 años, realizando prestaciones odontológicas orientadas disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar protésicamente la pérdida de dientes”¹⁶. Al igual que las demás patologías GES, ésta es de carácter universal, lo que implica que todo beneficiario de 60 años puede ingresar a tratamiento, siempre y cuando la solicitud de atención odontológica se realice mientras el beneficiario tenga dicha edad (garantía de acceso). El tiempo máximo de espera es de 90 días desde la solicitud de atención (garantía de oportunidad), y el alta se otorga una vez que se ha completado la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación¹⁷.

En el caso de los beneficiarios FONASA, la atención odontológica se desarrolla en establecimientos de atención primaria, siendo el programa gratuito para aquellas personas pertenecientes a este seguro de salud. En el caso de los beneficiarios ISAPRE el copago corresponde al 20% del arancel¹⁷. El programa incluye diagnóstico clínico y radiológico, prevención, restauraciones, endodoncias y rehabilitación a través de prótesis removibles¹⁶ y en el sector público es financiado a través de los “Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud” (PRAPS) lo que en teoría “permite una mayor garantía de que los recursos financieros son efectivamente utilizados para los fines que fueron creados”¹⁸. En caso que un paciente pudiera atenderse en otro programa superpuesto al GES, se privilegia la garantía GES¹⁸.

Debido al escaso financiamiento de prestaciones odontológicas en el sector público durante la adultez, se postergan las necesidades de salud oral, y se priorizan tratamientos de urgencia para aliviar el dolor, por lo que muchas personas mayores llegan a esta etapa de la vida con una alta carga de enfermedad y daño²⁰. Por lo mismo se estima que la mayoría de las atenciones odontológicas en las personas mayores son financiadas con gasto de bolsillo, afectando negativamente a los hogares con personas mayores, los que a su vez tienen mayor prevalencia de enfermedades crónicas, mayor gasto en salud y mayor probabilidad de presentar gastos catastróficos en salud¹⁹. Por tanto, este programa es de gran relevancia para la salud oral de las personas mayores dado que es un programa universal y garantizado al que pueden acceder a tratamiento integral todas aquellas personas de 60 años.

A pesar de la importancia de esta garantía, su cobertura es baja, entendiendo como cobertura la relación expresada en porcentaje entre la población que ha recibido o recibirá una determinada actividad y la población que debería recibirla o haberla recibido²¹. Se estima que del total de los beneficiarios FONASA de 60 años el año 2009, sólo un 21%¹⁶ recibió un alta integral, cifra que aumenta a 32,6% el año 2013²⁰, lo que deja a dos tercios de la población objetivo sin recibir esta garantía. Por otro lado, si bien se han estimado coberturas agregadas a nivel nacional, no existen estudios publicados que hayan desagregado la información territorialmente para evaluar las diferencias que, por ejemplo, justifiquen estrategias sectoriales específicas.

De acuerdo a lo anterior, el objetivo de este estudio es estimar la cobertura del programa “GES 60” en beneficiarios FONASA 60 años para el año 2019

por Servicio de Salud (SS) y sus potenciales diferencias por sexo y por tipo de prestador. Esto permitirá aproximarse a valorar la accesibilidad del programa identificando sus principales desafíos, proporcionando información que apoye la toma de decisiones y las estrategias destinadas a ampliar y mejorar el acceso a la atención odontológica en personas mayores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional ecológico, utilizando fuentes de datos secundarios de uso público.

Fuente de datos:

- “Resúmenes Estadísticos Mensuales” (REM) de las actividades que se realizan en los establecimientos públicos de salud que son recolectados a nivel central, constituyendo una herramienta de monitoreo de programas, convenios y cumplimiento de metas del sector²². Se obtuvo desde el sitio web del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS)²³ la base de datos de la serie REM-A.09 del año 2019, que contiene las estadísticas de Atención de Salud Odontológica realizadas tanto en APS, especialidades y clínicas móviles dentales. En la sección G de la serie se registran los programas especiales y GES, incluidas las estadísticas de producción relativas al GES odontológico del adulto mayor de 60 años.
- Datos de la población de 60 años afiliada al Sistema Público de Salud el año 2019 solicitados a FONASA a través de la ley de transparencia, de manera de contar con la población exacta de 60 años para cada Servicio de Salud.

Variables

Las variables incluidas en el análisis fueron: “Altas integrales”, “Servicio de Salud”, “Sexo” y “Compra de servicios”, las cuales fueron obtenidas desde el REM. La variable “Beneficiarios FONASA de 60 años” para ambos sexos se obtuvo de manera directa de los datos proporcionados por FONASA.

Se construyó una nueva variable denominada “Altas totales” que consistió en las “Altas integrales” sumadas a las “Altas por compra de servicio”; dado que estas últimas no se presentan desagregadas por sexo, se les asignó la proporción por sexo correspondiente a las altas institucionales.

La variable objetivo fue la “Cobertura del programa”

expresada en porcentaje, calculado utilizando las “Altas totales” como numerador y los “Beneficiarios Fonasa de 60 años” como denominador, multiplicado por 100, calculada para el total de la población y para hombres y mujeres por Servicio de Salud.

Validación de Base de Datos

Para establecer la validez de los registros analizados (REM) se revisaron las estimaciones de los totales y subtotales incluidos en las columnas del registro los que se resumen a continuación: i) Se observó variabilidad entre el valor total de altas integrales y la suma de las altas en todas las edades, con un error porcentual promedio de 1,2% y un rango por SS entre 0% y 5,5%, con excepción del SS Arica y Antofagasta cuyo porcentaje de error alcanzó el 500%. Se excluyeron estos últimos SS por considerarse datos fuera de rango. ii) Por otro lado, un 14,9% de los registros correspondieron a altas registradas en los grupos de edad “menor de 15 años” y “65 años o más”. Si bien este fenómeno influencia el numerador de nuestro indicador central se optó por no eliminarlos, considerándolos errores de digitación y que la variación en la cobertura a nivel nacional al estimarla con y sin estos registros no superaba los 2,8 puntos porcentuales, mientras que a nivel de SS llegaba al 10%. Tales variaciones fueron consideradas marginales en un trabajo basado en el análisis del universo de los datos.

Análisis estadístico

La base de datos se elaboró en Excel. Se estimó la cobertura nacional general y por sexo estratificada para cada SS. Las diferencias de coberturas entre sexos se evaluaron mediante la prueba de Chi-cuadrado considerando un valor de significancia del 5%. La asociación entre “Compra de servicios” y “Cobertura” se evaluó mediante regresión lineal utilizando tanto la “Cobertura” (dependiente) y la “Compra de servicio” (independiente) como proporciones, expresadas en variables continuas entre 0 y 100. Para los análisis estadísticos se utilizó el Software STATA 16®.

RESULTADOS

Cobertura nacional y por Servicio de Salud.

La población de 60 años beneficiaria de FONASA el año 2019 fue de 168.762 personas, correspondiendo a un 82,5% de la población censal proyectada por el INE para el mismo año³. El total de “Altas integrales” (incluyendo “Compra de servicios”) en el sector público de salud para el año 2019 fue de 38.472, obteniendo una cobertura estimada del programa GES 60 nivel país del 22,8%. Es decir, 130.290 beneficiarios de FONASA de 60 años no hicieron uso de su garantía GES. El SS con menor cobertura fue Arica con un 5,26% y el con la cobertura más alta fue Arauco con un 37,86%. El detalle de los porcentajes de cobertura total y por sexo para cada Servicio de Salud se presenta en la Tabla 1.

Sexo

Todos los SS presentaron mayor proporción de altas en mujeres que en hombres, alcanzando en promedio un 63,4% las mujeres y 36,6% en hombres. La cobertura nacional del programa fue de 17,9% en hombres y de 27,1% en mujeres, la diferencia por sexo fue significativamente mayor (valor $p=0,001$) en mujeres en todos los SS excepto Iquique y Atacama. Las coberturas por Servicio de Salud se presentan en la Tabla 1.

Compra de servicios

La proporción de altas integrales entregadas a través de la compra de servicios a prestadores externos en función de las altas totales fue variable entre los SS. Por ejemplo, en los SS Arica y Antofagasta la mayoría de las altas integrales registradas, 90,6% y 100%, respectivamente, son a través de la compra de servicios, mientras que en ocho SS no registran atenciones a través de compra de servicios, siendo que en promedio a nivel nacional un 12,2% del total de las altas integrales son otorgadas mediante esta modalidad (Tabla 1). Al evaluar mediante regresión lineal esta relación (Gráfico 1), se observó una asociación inversa significativa (valor $p=0,001$) entre “Compra de servicios” y “Cobertura”, donde a mayor proporción de altas mediante compra de servicios la Cobertura es menor (Beta=-0,205; Cons=27,09; $R^2=0,46$). Específicamente, esto se traduce en que por cada aumento en 10 puntos porcentuales en la proporción de altas a través de compra de servicios, la cobertura disminuye en 2,06 puntos porcentuales.

Tabla 1. Distribución de beneficiarios FONASA 60 años, Altas integrales GES 60, porcentaje de altas por compra de servicios, coberturas totales y coberturas por sexo para cada Servicio de Salud.

Servicio de Salud	Beneficiarios FONASA 60 años	Total altas integrales GES 60**	Compra de servicios (% del total)	cobertura total (%)	IC(%)	cobertura hombres (%)	IC(%)	cobertura mujeres (%)	IC(%)	
Arica	2.014	106	91	5,3	(4,4-6,3)	3,7	(2,6-5,1)	6,5	(5,2-8,1)	*
Iquique	1.513	321	4	21,2	(19,2-23,3)	21,2	(18,2-24,6)	21,2	(18,7-24,0)	
Antofagasta	4.590	459	100	10,0	(9,2-10,9)	7,8	(6,8-9,1)	11,9	(10,7-13,2)	*
Atacama	2.753	241	57	8,8	(7,8-9,9)	8,3	(7,0-10,0)	9,1	(7,7-10,7)	
Coquimbo	7.227	1.630	18	22,6	(21,6-23,5)	15,9	(14,7-17,1)	28,6	(27,2-30,0)	*
Valparaíso San Antonio	5.338	1.884	0	35,3	(34,0-36,6)	28,3	(26,6-30,1)	41,2	(39,5-43,0)	*
Viña del Mar Quillota	9.864	2.114	14	21,4	(20,6-22,3)	17,3	(16,2-18,4)	24,8	(23,7-26,0)	*
Aconcagua	2.671	1.001	13	37,5	(35,6-39,3)	31,9	(29,3-34,5)	42,4	(39,9-45,0)	*
Metropolitano Norte	8.092	1.783	0	22,0	(21,1-23,0)	16,8	(15,7-18,1)	26,5	(25,2-27,8)	*
Metropolitano Occidente	11.878	2.763	4	21,3	(22,5-24,0)	17,4	(16,4-18,4)	28,5	(27,4-29,6)	*
Metropolitano Central	11.926	1.636	45	13,7	(13,1-14,3)	10,7	(9,9-11,6)	16,0	(15,2-16,9)	*
Metropolitano Oriente	7.716	2.765	0	35,8	(34,8-37,0)	27,1	(25,6-28,6)	42,0	(40,6-43,5)	*
Metropolitano Sur	12.074	2.891	3	23,9	(23,2-24,7)	20,6	(19,6-21,7)	26,8	(25,8-27,9)	*
Metropolitano Sur Oriente	12.755	3.730	6	29,2	(28,5-30,0)	22,0	(20,9-23,1)	35,1	(34,0-36,2)	*
Del Libertador B.O'Higgins	9.507	1.413	9	14,9	(14,2-15,6)	10,7	(9,9-11,6)	18,8	(17,7-20,0)	*
Del Maule	10.757	2.164	5	20,1	(19,4-20,9)	15,8	(14,8-16,8)	24,2	(23,1-25,3)	*
Ñuble	5.693	1.550	28	27,2	(26,1-28,4)	23,1	(21,5-24,7)	31,0	(29,4-32,7)	*
Concepción	6.225	1.503	30	24,2	(23,1-25,2)	18,7	(17,3-20,2)	28,8	(27,3-30,4)	*
Arauco	1.817	688	6	37,9	(35,7-40,1)	33,2	(30,2-36,3)	42,4	(39,3-45,7)	*

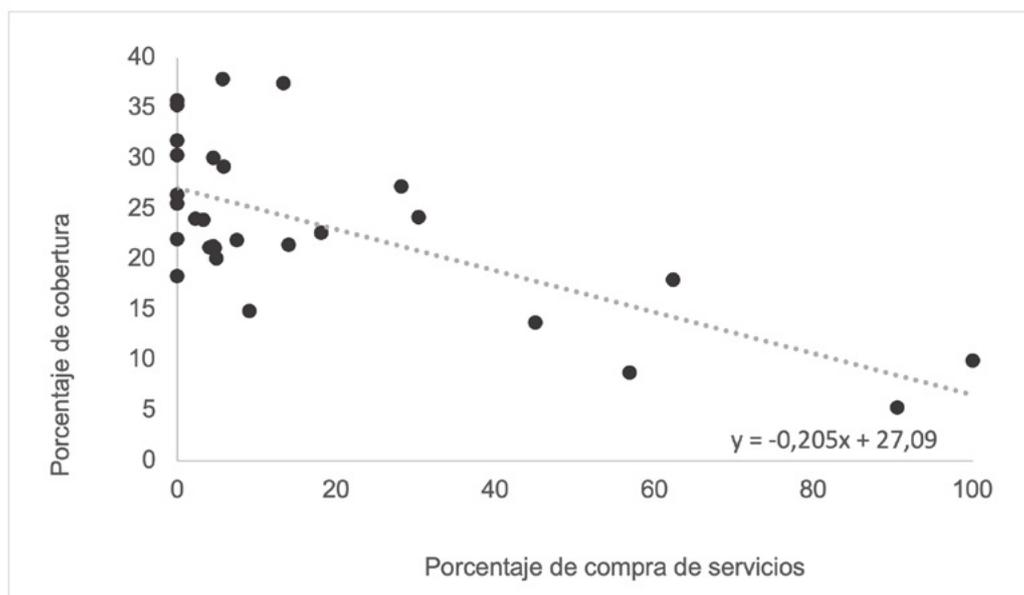
Talcahuano	3.434	1.093	0	31,8	(30,3-33,4)	25,7	(23,6-27,9)	37,2	(35,0-39,4)	*
Biobío	4.687	1.125	2	24,0	(22,8-25,2)	18,4	(16,9-20,1)	29,1	(27,4-31,0)	*
Araucanía Norte	2.095	458	7	21,9	(20,1-23,7)	16,9	(14,8-19,3)	26,8	(24,2-29,6)	*
Araucanía Sur	7.068	1.270	62	18,0	(17,1-18,9)	16,6	(15,4-17,9)	19,2	(18,0-20,5)	*
Valdivia	3.689	975	0	26,4	(25,0-27,9)	20,9	(19,1-22,9)	31,6	(29,5-33,7)	*
Osorno	2.518	642	0	25,5	(23,8-27,2)	21,1	(18,9-23,5)	29,6	(27,2-32,1)	*
Del Reloncaví	5.019	1.059	5	21,1	(20,0-22,2)	15,8	(14,4-17,3)	26,5	(24,8-28,3)	*
Chiloé	1.686	508	5	30,1	(28,0-32,4)	26,3	(23,4-29,5)	33,6	(30,6-36,8)	*
Aisén	921	169	0	18,3	(16,0-21,0)	14,1	(11,1-17,7)	22,1	(18,6-26,0)	*
Magallanes	1.752	531	0	30,3	(28,2-32,5)	22,4	(19,8-25,3)	38,4	(35,2-41,6)	*
País	168.762	38.472	12	22,8	(22,6-23,0)	17,9	(17,7-18,2)	27,1	(26,8-27,3)	*

Compra de servicios = % del total de altas que son a través de compra de servicios.

(*) = diferencias significativas de cobertura entre sexos ($p < 0,05$).

(**) = incluye compra de servicios;

Gráfico 1: Relación entre porcentaje de Cobertura GES 60 y porcentaje de altas por compra de servicios.



DISCUSIÓN

Para el año 2019, a 12 años de la implementación del GES 60, una cobertura del 22,8% en el sector público puede considerarse baja si pensamos que es un programa de salud de carácter universal y la única opción garantizada de recibir un tratamiento odontológico integral en la tercera edad. En efecto, de acuerdo con esta cobertura se estima que 130.290 personas mayores inscritos en FONASA no utilizaron su garantía de atención odontológica integral el año 2019. Adicionalmente, se verificó una amplia variabilidad entre SS, donde la cobertura mínima se observó en el SS de Arica con un 5,3% y la cobertura máxima en el SS de Arauco con un 37,9%, lo que sugiere que existen factores propios dentro de cada SS que facilitan o interfieren en el acceso y utilización de la garantía GES 60. Se observó además que la cobertura del programa en todos los servicios fue mayor en mujeres, lo que coincide con una tendencia generalizada a una mayor utilización de servicios de salud (en adelante "SS"), por este grupo^(10,24,25), quienes a su vez presentan mayor tasa de edentulismo⁹.

Por otro lado, se observaron amplias diferencias respecto a la proporción de compras de servicios entre los SS, observándose que en algunos se resuelve la totalidad de las altas integrales dentro de los prestadores de la propia red institucional y en otros se requiere de la compra de servicios en distintos porcentajes para cubrir esta demanda. Llamativamente, los mismos servicios que presentaron mayores errores e inconsistencias en los registros (Arica y Antofagasta), fueron aquellos con mayor proporción de servicios comprados y con menores coberturas, por tanto, en estos SS los resultados deben interpretarse con precaución. La asociación inversa encontrada entre la compra de servicios y la cobertura del programa propone interrogantes respecto de los motivos por los cuales ciertos SS compran la totalidad de las altas a prestadores externos, mientras que otros no, y si este fenómeno también está influyendo en el acceso y utilización.

De esta forma, se estaría postulando una posible deficiencia en la gestión institucional para atender a la población objetivo como una barrera de acceso importante a nivel organizacional. El bajo conocimiento de la garantía, así como de los mecanismos de navegación dentro del sistema por parte de las personas, evitaría que exijan su derecho de atención, y de hacerlo, podrían encontrarse con una siguiente barrera al tener que presentar un reclamo y realizar

una serie de trámites administrativos que podrían inducirlo a desistir de su garantía. Por otro lado, cada municipalidad en conjunto con el servicio de salud correspondiente fija sus propias metas en base a coberturas obtenidas de años anteriores, lo que determina el monto de los fondos que se transferirán a las municipalidades para su ejecución, por tanto mejorar la cobertura implicaría aumentar el monto traspasado para este programa. A su vez, cabe destacar la importancia de transparentar en la compra de servicios y estandarizar las bases de licitación incluyendo el valor a pagar al profesional adjudicado, además de la necesidad de auditar al menos 5% de la población atendida, de manera de hacer adecuado uso de los recursos y asegurarse que la calidad de los tratamientos y la satisfacción usuaria sea acorde a los objetivos del programa.

Los resultados refuerzan la idea de que la universalidad de acceso a un servicio a través de una ley, no necesariamente se traduce en acceso efectivo ni mayor cobertura, sino que también existen otros factores que actúan como barreras para el acceso y utilización^{13,26}. En la guía de práctica clínica del GES 60 del año 2010, la cobertura de 21% alcanzada para el año 2009¹⁶ se atribuye a falta de información, poca valoración de la salud bucal o la creencia de las personas que no recibirán atención de calidad. Otro obstáculo que se ha descrito es la restricción de la edad sólo a personas de 60 años, quienes aún son activos laboralmente y los horarios de atención podrían no ser compatibles con su trabajo²⁰. No obstante, durante esta década no se han tomado medidas para abordar estas barreras y fomentar la utilización de la garantía, ni tampoco se han realizado estudios que ahonden en las barreras y facilitadores que influyen en la utilización de éste servicio específico de salud, considerando la complejidad y multidimensionalidad del concepto de acceso a la salud que ocurre de la interacción de múltiples factores, así como de influencias culturales y sociales²⁷ que determinan su utilización. Estamos al tanto de un único estudio en Chile en personas mayores de 65-74 años autovalentes en la región del Maule²⁸, que evalúa patrones de uso y barreras de acceso a atención odontológica, donde la principal barrera para no asistir a atención en los últimos meses fue el temor al dentista incluso por sobre la variable de costo. A pesar de esto, para una gran parte de las personas mayores, pagar por atención puede ser muy difícil y existe evidencia sobre la disminución de la utilización de cuidados de salud debido a los copagos²⁹, por lo que no debe

descartarse que los costos indirectos podrían estar ejerciendo un efecto negativo en la utilización de la garantía. Por consiguiente, se hace necesario explorar con mayor detalle los determinantes de la utilización de la garantía GES 60, tanto barreras como facilitadores a nivel individual, como organizacional y contextual, que permitan dirigir esfuerzos en caso de que se proponga mejorar la cobertura, calidad e impacto del programa.

Según datos de la ENS 2016-2017, el 64,4% de las personas mayores de 65 años no ha asistido al dentista hace más de 1 año, cifra que aumenta en los hombres y en personas de menor nivel educacional¹⁰. Las personas que no acuden a controles dentales de rutina tienen mayor probabilidad de necesitar procedimientos dentales más complejos y especializados, y por tanto más costosos, por esto, es altamente recomendable fomentar los controles periódicos de rutina en personas mayores³⁰ al igual que para el manejo de otras enfermedades crónicas³¹. Es más, en un estudio reciente que evaluó diagnósticos asociados a consultas de urgencia en un servicio de urgencia del Servicio de Salud Metropolitano Central, los problemas orales representaron la principal condición sensible de atención ambulatoria (diagnósticos que con adecuada y oportuna atención ambulatoria no requerirían de atención de urgencia u hospitalización) en personas mayores de 65 años, lo que refleja por un lado la precaria salud oral de este grupo, la insuficiente oferta de atención odontológica de la red asistencial y la sobrecarga que generan los problemas dentales en el sistema³².

Es necesario relevar que a las barreras ya existentes para el acceso a atención odontológica de las personas mayores se sumarán las restricciones, producto de la actual crisis sanitaria por COVID-19 y la subsecuente crisis económica. El reducido acceso a atención odontológica podría tener importantes consecuencias para la salud bucal de la población y de los adultos mayores particularmente, aumentando las complicaciones producto de la postergación del control y prevención de enfermedades bucales crónicas, incluidas la caries y la periodontitis³³, sumado a la falta de acceso a tratamiento y control médico de las enfermedades crónicas sistémicas³³ sobrecargando aún más el sistema.

Si bien se valoran los avances en materia de acceso a atención odontológica en el sector público, expertos en Salud Pública Odontológica a nivel nacional, catalogan este programa como insuficiente para mejorar la salud oral de las personas mayores

en Chile³⁴. El acotado tramo etario excluye a toda la población mayor de 60 años, dejando sin cobertura a por al menos 20 años más (considerando que la esperanza de vida en Chile ronda los 80 años) a personas que además viven una mayor precariedad socioeconómica, tienen más daño y comorbilidades, así como mayores dificultades para acceder a atención odontológica, por lo que se ha propuesto extender el periodo de cobertura del programa^{20,35}, ya sea de manera progresiva, aunque sin descartar la posibilidad de repensar y reformular el programa completo y sus objetivos. El interés por la salud oral de las personas mayores y el acceso a atención dental ha ido creciendo en todo el mundo, de la mano con el interés por la investigación y desarrollo de iniciativas que promuevan un envejecimiento saludable. Cada país se ha ido adaptando a su propio ritmo, donde sin duda es importante considerar las experiencias internacionales que han sido adoptadas. Un artículo reciente de Jiang et al.³⁶ resume las políticas y esquemas en salud oral que han adoptado diferentes países, siendo la experiencia de Japón un ejemplo interesante a mirar³⁶.

La salud oral de las personas mayores es más que la implementación de prótesis dentales. Un adecuado tratamiento, manejo y prevención de enfermedades bucales mejora no solo la condición de la boca, sino también la salud general y bienestar³⁷. Las personas mayores quieren disfrutar de buena salud, participar socialmente y contribuir en su entorno³⁷; gozar de una mejor salud oral tiene un enorme impacto que les puede permitir seguir interactuando en la sociedad, poder alimentarse adecuadamente y ser independientes por más tiempo. Los odontólogos y profesionales de la salud oral son los encargados de abogar por la salud oral y posicionarla como un componente fundamental de la salud integral y bienestar a lo largo de la vida. Sin embargo, el desafío es de carácter multidimensional y por tanto debe abordarse de manera multidisciplinaria e intersectorial, por lo que es esencial una mayor integración y comunicación entre diferentes miradas y profesiones dedicadas a personas mayores para aunar esfuerzos y potenciar conocimientos para entregar cuidados de salud óptimos y comprensivos, así como aprovechar los recursos disponibles y favorecer el envejecimiento saludable^{31,38}. En ese sentido, el programa GES 60 años puede ser aprovechado también desde el área médica como punto de entrada de las personas mayores a la atención primaria, con el objetivo de aumentar la detección de fragilidad, enfermedades crónicas u otras condi-

ciones precozmente y favorecer las intervenciones preventivas, por otro lado potenciar la colaboración y manejo multidisciplinario, incluyendo la salud oral a programas de salud general⁴.

Las limitaciones del presente estudio se relacionan con el uso de una base de datos secundaria para el análisis, cuyos datos presentan algunas discrepancias. Explorando estas diferencias se logró establecer que el 14,9% de los registros de altas integrales eran ingresados en celdas correspondientes a otras edades diferentes de 60 años. A pesar de esto las variaciones en el estimador final se tradujeron en menos de 3 puntos porcentuales, considerándose un error razonable propio del uso de bases de datos de índole administrativo distinto al de una investigación como objetivo principal. Adicionalmente, la validez de nuestros resultados descansa en el uso de un sistema estadístico oficial de alcance nacional, con gran cantidad de información y riqueza informativa que otorga robustez a las estimaciones, permitiendo además la visualización a nivel territorial (Servicios de Salud) con sus potenciales diferencias, las cuales verificamos en este estudio. Fue posible además acceder a la estimación de indicadores de gestión como el tipo de prestador involucrado, que permitió reconocer las diferencias y particularidades en estos territorios, hecho que anteriormente no se había realizado con este programa. En ese sentido sería interesante pensar en una mirada longitudinal para evaluar el comportamiento del fenómeno en el tiempo y poder evaluar potenciales cambios o mejoras de manera progresiva.

Finalmente, se plantean desafíos a resolver y brechas de conocimiento en las que debe avanzar la investigación en el área, ya que un aumento de recursos por sí solo no es suficiente para generar mejoras en el programa: es necesario conocer y entender los determinantes y factores que intervienen en el acceso efectivo a atención dental, evaluar el impacto del programa e implementar auditorías para verificar su rendimiento y calidad de la atención brindada.

En conclusión, la mala salud bucal entre las personas mayores es un importante problema de salud pública, y una carga cada vez mayor para los sistemas de salud. La cobertura del programa “GES 60” el año 2019 es baja (22,8%), considerando que esta garantía representa una oportunidad importante para que personas de edad avanzada puedan resolver integralmente las extensas necesidades de salud oral. Además, se observan grandes diferencias de cobertura del programa entre territorios del país (5,3% cobertura

mínima, 37,9% cobertura máxima) y también por sexo (27,1% en mujeres, 17,9% en hombres).

Considerando la relevancia e impacto de la salud oral en la vida de las personas mayores, además de la alta carga de daño, morbilidad oral y déficit funcional que presenta este grupo, la cobertura que logra el programa es insuficiente al ejecutarse de manera aislada, por lo que su alcance y objetivos deben reconsiderarse y en lo posible ajustarse de acuerdo con los desafíos actuales y expectativas de este grupo particular, incorporando un enfoque interdisciplinario y colaborativo con los demás profesionales de la salud. Para ello, se requiere de mayor investigación y posicionamiento de la salud oral como un componente fundamental de la salud y el bienestar más amplio de las personas, y de la incorporación a la agenda de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, que ayude a respaldar y abogar por un mayor financiamiento y expansión de servicios dentales de acceso universal.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés ni haber recibido financiamiento para el desarrollo del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

3. Villalobos P, Guzmán R. Geriatras en Chile: historia, brechas y desafíos futuros. *Estudios Públicos*. 2021;1-32.
4. Servicio Nacional del Adulto Mayor (Chile). Glosario Gerontológico [Internet]. [consultado en nov 2020]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf.
5. INE (Chile). Proyecciones poblacionales [Internet] [consultado en oct 2020]. Disponible en: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>.
6. Baeza M, Jara G, Morales A, Polanco J, Sáenz G, Espinoza I, et al. Las Políticas de Salud Oral en el contexto de las enfermedades no transmisibles: un desafío pendiente en Chile. *Int J Interdiscip Dent*. 2021;14(1):28-31.
7. Heilmann A, Tsakos G, Watt RG. Oral Health Over the Life Course. In: Burton-Jeangros C, Cullati S, Sacker A, Blane D, editors. *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2015. Chapter 3. p. 39-59.
8. Thompson LA. Physiology of Aging of Older Adults. Systemic and Oral Healths Considerations—2021 Update. *Dent Clin N Am* 65. 2021; 275–284.

9. Rosing K, Christensen LB, Øzhayat EB. Associations between tooth loss, prostheses and self-reported oral health, general health, socioeconomic position and satisfaction with life. *J Oral Rehabil.* 2019;46(11):1047-54.
10. Urzua I, Mendoza C, Arteaga O, Rodríguez G, Cabello R, Faleiros S, et al. Dental caries prevalence and tooth loss in Chilean adult population: first national dental examination survey. *Int J Dent.* 2012; 2012.
11. Mariño R, Albala C, Sanchez H, Cea X, Fuentes A. Self-assessed oral-health status and quality of life of older Chilean. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013;56(3):513-7.
12. Chile. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Santiago, MINSAL; 2017.
13. Albala C, Lera L, Marín P, Santos J, Vio F. Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile. Washington, D.C: OPS; 2005.
14. Nordenram G, Davidson T, Gynther G, Helgesson G, Hultin M, Jemt T, et al. Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and prosthetic rehabilitation: a systematic review with meta-synthesis. *Acta Odontol Scand.* 2013;71(3-4):937-51.
15. Kiyak HA, Reichmuth M. Barriers to and enablers of older adults' use of dental services. *J Dent Educ.* 2005;69(9):975-86.
16. Newton JT, Bower EJ. The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(1):25-34.
17. Ito K, Cable N, Yamamoto T, Suzuki K, Kondo K, Osaka K, et al. Wider Dental Care Coverage Associated with Lower Oral Health Inequalities: A Comparison Study between Japan and England. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(15):5539.
18. Chile. Ministerio de Salud. Guía de practica clínica GES 60 años [Internet]. Santiago, MINSAL; 2010 [consultado en nov 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf>
19. Chile. Superintendencia de Salud. Problema de salud 47: Salud oral integral del adulto de 60 años [Internet] [consultado en nov 2020]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-18840.html>
20. Chile. Ministerio de Salud. Informe Final de Evaluación Evaluación Programas Gubernamentales (EPG) Programa de Mejoramiento a la Atención Odontológica [Internet]. MINSAL; 2017 [consultado en oct 2020]. Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-163115_informe_final.pdf
21. Arpón P, Acevedo R, Inostroza X, Ibáñez C. Informe Final: Gasto catastrófico y de bolsillo en salud para el período 1997-2012. Agosto 2015. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2015 [consultado en nov 2020]. Disponible en: http://ies.minsal.cl/doc/ESTUDIO-GASTO-CATASTROFICO_final-nueva-infograf.pdf
22. Valenzuela MJ. Buscando un mejoramiento en la salud oral de los adultos mayores: ¿Es necesaria una reforma al GES-60 años? *Rev Chil Salud Pública.* 2015;19(2):181-7.
23. Chile. Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Glosario [Internet]; 2016 [consultado en oct 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/GLOSARIO-APS.pdf>.
24. Chile. Ministerio de Salud. Manual Series REM 2019-2020 [Internet]. Santiago, MINSAL; 2019 [consultado en oct 2020]. Disponible en: <https://degi.saludorient.cl/degidssmo/rem/2019/Manual%20Series%20REM%20V1.0%202019.pdf>
25. Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Reportes REM [Internet]; 2019 [consultado en oct 2020]. Disponible en: https://reportesrem.minsal.cl/?_token=njm20iqF4HIUHPrZFNDewERuayU7dlzRX8ALJD5&serie=1&rem=64&seccion_id=727&tipo=3®iones=0&servicios=-1&periodo=2019&mes_inicio=1&mes_final=12.
26. Babitsch B, Gohl D, Von Lengerke T. Re-visiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *J GMS Psychosoc Med.* 2012;9.
27. Hajek A, Kretzler B, König H-H. Factors Associated with Dental Service Use Based on the Andersen Model: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(5):2491.
28. El-Yousfi S, Jones K, White S, Marshman Z. A rapid review of barriers to oral healthcare for vulnerable people. *Br Dent J.* 2019;227(2):143-51.
29. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does 'access to health care' mean? *J Health Serv Res Policy.* 2002;7(3):186-8.
30. Mariño R, Giacaman RA. Patterns of use of oral health care services and barriers to dental care among ambulatory older Chilean. *BMC Oral Health.* 2017;17(1):1-7.
31. Cooray U, Aida J, Watt RG, Tsakos G, Heilmann A, Kato H, et al. Effect of copayment on dental visits: A regression discontinuity analysis. *J Dent Res.* 2020;99(12):1356-62.

32. Moeller JF, Chen H, Manski RJ. Diversity in the use of specialized dental services by older adults in the United States. *J Public Health Dent.* 2019;79(2):160-74.
33. Sheiham A, Williams DM, Weyant RJ, Glick M, Naidoo S, Eiselé J-L, et al. Billions with oral disease: a global health crisis—a call to action. *J Am Dent Assoc.* 2015;146(12):861-4.
34. Olivares-Tirado P, Vargas C, Jara R. Consultas de Urgencia y Carga de Enfermedad atribuible a Condiciones Sensibles a Atención Ambulatoria en Personas Mayores [Internet].
35. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. Chile; 2020 [consultado en oct 2020]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-19662_recurso_1.pdf
36. León S, Giacaman R. COVID-19 and inequities in oral health care for older people: an opportunity for emerging paradigms. *JDR Clin Trans Res.* 2020;5(4):290-2.
37. Espinoza-Santander I. Bioética y asignación de recursos para la atención odontológica del adulto mayor en Chile. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil.* 2011;4(2):80-2.
38. Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento, Unidad de Redes Transdisciplinarias, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo. Policy Paper “Salud Oral en Personas Mayores: un desafío multidimensional para Chile” Policy paper N°2. Serie Envejecimiento. Santiago, Chile: Universidad de Chile. 2019.
39. Jiang CM, Chu CH, Duangthip D, Ettinger RL, Hugo FN, Kettratad-Pruksapong M, et al. Global perspectives of oral health policies and oral healthcare schemes for older adult populations. *Front Oral Health.* 2021;2.
40. Ahluwalia K. Oral health care for the elderly: more than just dentures. *Am J Public Health.* 2004;94(5):698.
41. Southerland JH, Webster-Cyriaque J, Bednarsh H, Mouton CP. Interprofessional collaborative practice models in chronic disease management. *Dent Clin.* 2016;60(4):789-809.

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR FIBROSIS QUÍSTICA EN CHILE, 1997-2017

CYSTIC FIBROSIS MORTALITY TREND IN CHILE, 1997-2017

RESUMEN

Introducción. La Fibrosis Quística es la enfermedad hereditaria con pronóstico reducido más frecuente en raza blanca. Su incidencia varía según etnias. En Chile, la incidencia estimada es de 1/10.000 habitantes y la evidencia nacional acerca de la magnitud y caracterización de defunciones es escasa.

El objetivo de este estudio es determinar la evolución de mortalidad por fibrosis quística en Chile durante 1997-2017.

Materiales y Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo sobre la tendencia de mortalidad por fibrosis quística en Chile. A partir de bases de datos secundarias del sistema de estadísticas de mortalidad del país, se analizó la cohorte de fallecidos registrado en el certificado de defunción como fibrosis quística. Se calcularon tasas de mortalidad crudas y ajustadas para todos los años observados. Se realizó un análisis para las defunciones en menores 40 años; según las variables sexo, edad y región. Se estimó el cambio porcentual anual utilizando el programa Joinpoint-Regression.

Resultados. Se registraron 198 defunciones (49% mujeres). La edad media y mediana de defunción aumentaron progresivamente, desde 1997-2001 con media 8,5 y mediana 6 años a 2013-2017 con media 19,6 y mediana 20 años (p -valor $<0,05$). La tasa de mortalidad en los menores de 1 año presentó una tendencia decreciente con un cambio porcentual anual de -32,5%, estadísticamente significativo. La región de Atacama presentó un riesgo de muerte 6,12 veces mayor que el promedio del país.

Discusión. En Chile, la edad de defunción por fibrosis quística ha aumentado progresivamente y la mortalidad en los <1 año ha disminuido a lo largo de los últimos años.

Palabras clave. fibrosis quística; epidemiología; mortalidad infantil.

ABSTRACT

Introduction. Cystic Fibrosis is the most frequent hereditary disease in whites, with a reduced prognosis. Its incidence varies by ethnicity. In Chile, the estimated incidence is 1/10,000 inhabitants and national evidence regarding the magnitude and characterization of deaths is scarce. The aim of this study is to describe the evolution of cystic fibrosis mortality in Chile during 1997-2017.

Materials and Methods. Retrospective descriptive study on the mortality trend due to cystic fibrosis in Chile. From secondary databases of the country's mortality statistics system, the cohort of deceased due to cystic fibrosis, as registered in the death certificate was analyzed. Crude and adjusted mortality rates were calculated for all observed years. An analysis was performed for deaths in persons younger 40 years; according to the variables of sex, age and region. The annual percentage change was estimated using the Joinpoint-Regression program.

Results. 198 deaths were registered (49% women). For those younger than 40 years at the time of death, the mean and median age of death increased progressively, from mean 8.5 and median 6 years in 1997 to 2001 to a mean of 19.6 and median of 20 years in 2013-2017 (p -value <0.05). The mortality rate in under 1 year of ages presented a decreasing trend with an annual percentage change of -32.5%. The Atacama region presented a risk of death 6.12 times higher than the country's average.

Discussion. In Chile, the age of death due to cystic fibrosis has progressively increased and mortality in <1 year has decreased in recent years.

Key words. cystic fibrosis; epidemiology; infant mortality.

Paula Huerta V.,

Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana. Santiago, Chile.

Joaquín Cristi P.,

Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana. Santiago, Chile. jrcristip@udd.cl

Pedro Pablo Neira R.,

Facultad de Medicina Universidad Mayor. Santiago, Chile

Gabriela Repetto L.,

Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana. Santiago, Chile.

Iris Delgado B.,

Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La fibrosis quística (FQ) es la enfermedad hereditaria de pronóstico reducido más frecuente en raza blanca¹. Su incidencia varía en las distintas etnias, siendo de 1/3.300 recién nacidos vivos (RNV) de origen caucásico, 1/8.000-9.000 en hispánicos, 1/15.300 en africanos y 1/32.000 en asiáticos². En Chile, hasta hace unos años no existía evidencia clara sobre la incidencia real, por lo que se estimaba en base a la combinación étnica hispano-mapuche, sin embargo, a través de un piloto de tamizaje realizado entre 2015-2017 se calculó una incidencia estimada de 1/8.000 a 1/10.000 RNV³⁻⁵.

Las estrategias de salud asociadas a FQ han tenido como principal resultado el aumento en la supervivencia^{6,7}. Así es como en la década de los 40, la mortalidad se concentraba mayormente en niños, pero en la actualidad la mediana de supervivencia es cercana a los 43 años en EE.UU⁶. En Chile la información acerca de la FQ es escasa, sin embargo, una fuente relevante de datos son los que entrega el Programa Nacional de FQ, los cuales en 2009 señalaron que la edad promedio de las personas con FQ fue de 13,5 años y que en 2017 la supervivencia media correspondió a 22 años^{4,5}.

En la década de los 40, la desnutrición severa asociada a una insuficiencia pancreática exocrina era causa frecuente de mortalidad en pacientes con FQ⁸. No obstante, gracias al tratamiento con enzimas pancreáticas exógenas, ha disminuido la incidencia de mortalidad por esta complicación, siendo actualmente la enfermedad respiratoria la principal razón de morbilidad de los pacientes con FQ, alcanzando al 90% de las causas de fallecimiento⁷⁻⁹. Actualmente, el tamizaje neonatal de FQ es una práctica común en diversos países, la cual está asociada a un aumento de la supervivencia y un mejor resultado respiratorio que los individuos diagnosticados tardíamente¹⁰⁻¹².

En Chile, en los años 90, la creación del programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) (2001) y la creación del Programa Nacional de FQ, han sido medidas relevantes en el tratamiento, diagnóstico y seguimiento de estos pacientes¹³. Complementariamente, la implementación del programa de oxigenoterapia ambulatoria (2003), de Asistencia Ventilatoria No Invasiva Domiciliaria (AVNI) (2006) y la declaración del Hospital del Tórax como centro de referencia nacional para adultos con FQ han mejorado el acceso a tratamientos de complicaciones respiratorias asociadas a esta patología¹⁴. Además,

su incorporación dentro del listado de patologías GES en el año 2007, ha promovido un diagnóstico oportuno y acceso universal a ciertos tratamientos de esta enfermedad¹⁵.

Es importante conocer la magnitud de la mortalidad y las características de las personas que fallecen por una enfermedad para diseñar estrategias de salud adecuadas, destinar los recursos económicos y humanos correspondientes y contribuir a evaluar su impacto. El objetivo del presente estudio es describir la evolución de la mortalidad por FQ en Chile según las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona para el período de 1997-2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo sobre la tendencia de mortalidad en Chile por FQ entre los años 1997 y 2017. Se utilizaron las bases de datos de mortalidad oficiales del país publicadas por el Departamento de Estadísticas de Salud (DEIS) del MINSAL para el periodo señalado. Se eligió el año 1997 como inicio del periodo de observación por ser el primer año en ser codificado como causa de mortalidad en el CIE-10, correspondiendo al código E84. Se excluyeron los registros de individuos de 40 años o más evitando así incluir dentro de los cálculos pacientes potencialmente mal registrados y comúnmente confundidos con el diagnóstico de fibrosis pulmonar. Se eligió ese corte de edad en base a los últimos registros del Programa Nacional de FQ y la diferencia de supervivencia entre América Latina y países desarrollados. Además, se calculó la mediana y media de edad de defunción por quinquenios para disminuir la variabilidad anual.

Se estimaron tasas de mortalidad por millón de habitantes y sus intervalos de confianza al 95%; por sexo y tramos de edad para cada uno de los años observados respectivamente. Para comparar la tendencia de mortalidad en el tiempo, se utilizaron tasas crudas, dado que no existía una diferencia estadísticamente significativa entre éstas y tasas ajustadas a través de método directo, sumado al riesgo de sesgo producto de la baja cantidad de observaciones (defunciones) anuales¹⁶. En el caso de las tasas globales, se utilizó como denominador la población total para cada año, con el fin de poder comparar los resultados con otras series similares.

Para evaluar diferencias según tramos de edad (variable persona), se calcularon tasas específicas para los siguientes grupos: menores de 1 año; 1-4; 5-9; 10-19 y 20-39 años de edad. Para estas tasas, se usó

Tabla 1. Número de defunciones, población y tasas de mortalidad anual por 1 000 000 habitantes.

Año	Número de defunciones			Población			Tasa de Mortalidad Cruda (IC 95%)
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
1997	7	4	11	7270723	7511983	14782706	0,74 (0,64-0,84)
1998	9	6	15	7366044	7608854	14974898	1,00 (0,90-1,10)
1999	9	9	18	7458925	7703428	15162353	1,19 (1,09-1,29)
2000	3	7	10	7548498	7794828	15343326	0,65 (0,55-0,75)
2001	4	5	9	7635895	7884154	15520049	0,58 (0,48-0,68)
2002	4	3	7	7720701	7971000	15691701	0,45 (0,35-0,55)
2003	3	7	10	7802261	8054716	15856977	0,63 (0,53-0,73)
2004	4	3	7	7883618	8138515	16022133	0,44 (0,34-0,54)
2005	5	5	10	7963051	8220438	16183489	0,62 (0,52-0,72)
2006	5	4	9	8043964	8303926	16347890	0,55 (0,45-0,65)
2007	3	3	6	8127739	8390194	16517933	0,36 (0,26-0,46)
2008	5	3	8	8216437	8481317	16697754	0,48 (0,38-0,58)
2009	6	3	9	8307013	8574065	16881078	0,53 (0,43-0,63)
2010	6	4	10	8397402	8666525	17063927	0,59 (0,49-0,69)
2011	3	7	10	8491323	8762836	17254159	0,58 (0,48-0,68)
2012	6	6	12	8584706	8858785	17443491	0,69 (0,59-0,79)
2013	3	4	7	8667644	8944258	17611902	0,40 (0,30-0,50)
2014	1	2	3	8754428	9033189	17787617	0,17 (0,07-0,27)
2015	3	1	4	8845449	9125974	17971423	0,22 (0,12-0,32)
2016	8	6	14	8943482	9223665	18167147	0,77 (0,67-0,87)
2017	4	5	9	9074217	9344975	18419192	0,49 (0,39-0,59)
Total	101	97	198				

como denominador el total de la población para cada rango de edad, estimada por el INE-CELADE, según el último CENSO 2017. Se utilizaron estos rangos etarios con el fin de analizar el grupo de tamizaje (menores de 1 año), y se usaron grupos más reducidos para edades menores con el fin de evaluar la población pediátrica, y grupos más amplios para edades mayores, en concordancia con la sobrevivencia esperada en el país.

Luego, para estudiar la evolución de la tendencia se utilizó el método de series de tiempo, utilizando un modelo de regresión Joinpoint para la población; por sexo, tramos de edad, y clasificación diagnóstica. Se utilizó como variable dependiente el logaritmo natural de la tasa. Este modelo asume igualdad de varianzas (homocedasticidad) y autocorrelación entre cada año.

Los resultados proporcionan estimaciones del cambio porcentual anual (CPA) de la tasa de mortalidad y su intervalo de confianza del 95%, y se identifican los cambios de la pendiente que son estadísticamente significativos.

El análisis de las diferencias geográficas (lugar) se realizó a través de tasas promedio regionales para los años 2013-2017. Para eliminar el posible sesgo de distintas distribuciones de edad en las regiones y permitir la comparabilidad con el país, las tasas promedio regionales fueron estandarizadas usando el método indirecto, lo que permitió estimar la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) para cada una de las regiones en el periodo señalado.

El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión 25.0 (Illinois, USA), con el cual se creó

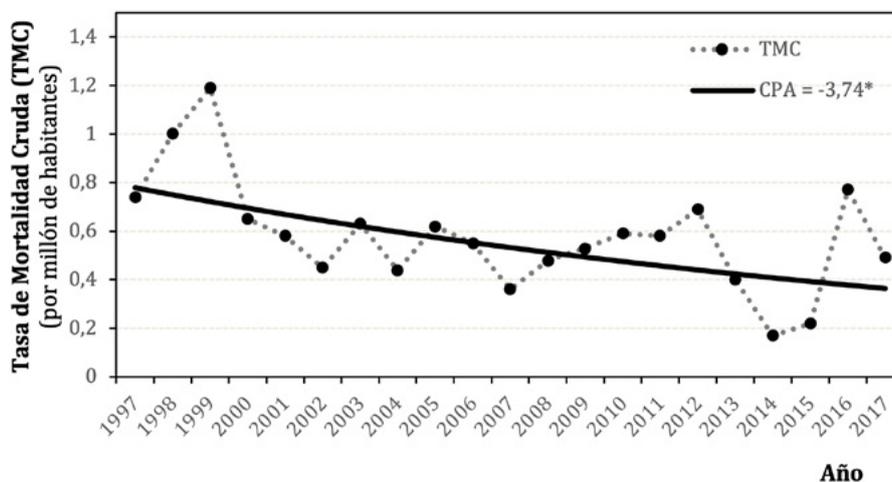
la base de datos total para FQ entre los años 1997-2017 y para el estudio de la evolución de la tendencia se utilizó el "Joinpoint regression program", version 4.6.0.0. (Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute; 2018)

La información utilizada corresponde a fuentes de datos secundarios oficiales del país y no contienen información de identificación de los individuos, por lo que no transgrede los requisitos señalados por la Ley 19.628 acerca de la protección de la vida privada y de uso de datos sensibles en Chile.

RESULTADOS

Se registraron un total de 378 defunciones por FQ en el periodo 1997-2017, de las cuales se excluyeron 180 (47,6%) registros ocurridos en sujetos >40 años, quedando un grupo de 198 casos para analizar. De ellos, 101 casos (51%) correspondieron a hombres y 97 (49%) a mujeres (Tabla 1). La mediana de edad al fallecer fue de 11 años, siendo de 9 años para hombres y 12 años para mujeres durante todo el período de análisis.

Figura 1. Tasa de mortalidad cruda para la población general y modelo de regresión Joinpoint entre 1997-2017. TMC: Tasa de Mortalidad Cruda; CPA: Cambio Porcentual Anual; *: p valor <0,05



La tasa de mortalidad anual alcanzó su mayor valor en 1999 y el menor en 2014, con 1,19 y 0,17 muertes por 1.000.000 personas, respectivamente, siendo esta última 7 veces menor que la primera. Asimismo, durante el periodo estudiado se observó una tendencia decreciente significativa de la tasa de mortalidad anual, con un CPA de -3,74% (Figura 1).

Los datos muestran un aumento significativo de la mediana y la media de edad a lo largo de los años. Al comparar el primer y último quinquenio, se observó una mediana 3,3 veces mayor (6 y 20 años, respectivamente), y una edad media de defunción 2,3 veces mayor (8,5 y 19,7 años), con significancia $p < 0,05$ para muestras independientes.

Tabla 2. Número de defunciones y porcentaje para cada rango etario, según quinquenios de años.

Quinquenio	Grupos etarios (años)					Total
	0-1	1-4	5-9	10-19	20-39	
1997-2001	13 (20,6%)	8 (12,7%)	21 (33,3%)	14 (22,2%)	7 (11,1%)	63 (100%)
2002-2006	12 (27,9%)	7 (16,3%)	9 (20,9%)	12 (27,9%)	3 (7,0%)	43(100%)
2008-2012	4 (8,2%)	5 (10,2%)	8 (16,3%)	19 (38,8%)	13 (26,5%)	49(100%)
2013-2017	1 (2,7%)	1 (2,7%)	4 (10,8%)	11 (29,7%)	20 (54,1%)	37 (100%)
Total	30 (15,6%)	21 (10,9%)	42 (21,9%)	56 (29,2%)	43 (22,4%)	192 (100%)

Figura 2. Tasas de mortalidad específica por millón de habitantes, para cada rango etario, y su modelo de regresión Joinpoint, 1997-2017. A: menores de 1 año; B: 1 a 4 años; C: 5 a 9 años; D: 10 a 19 años; E: 20 a 39 años. TME: Tasa de mortalidad específica por millón de personas; CPA: Cambio Porcentual Anual; JP: joinpoint; *: p valor <0,05

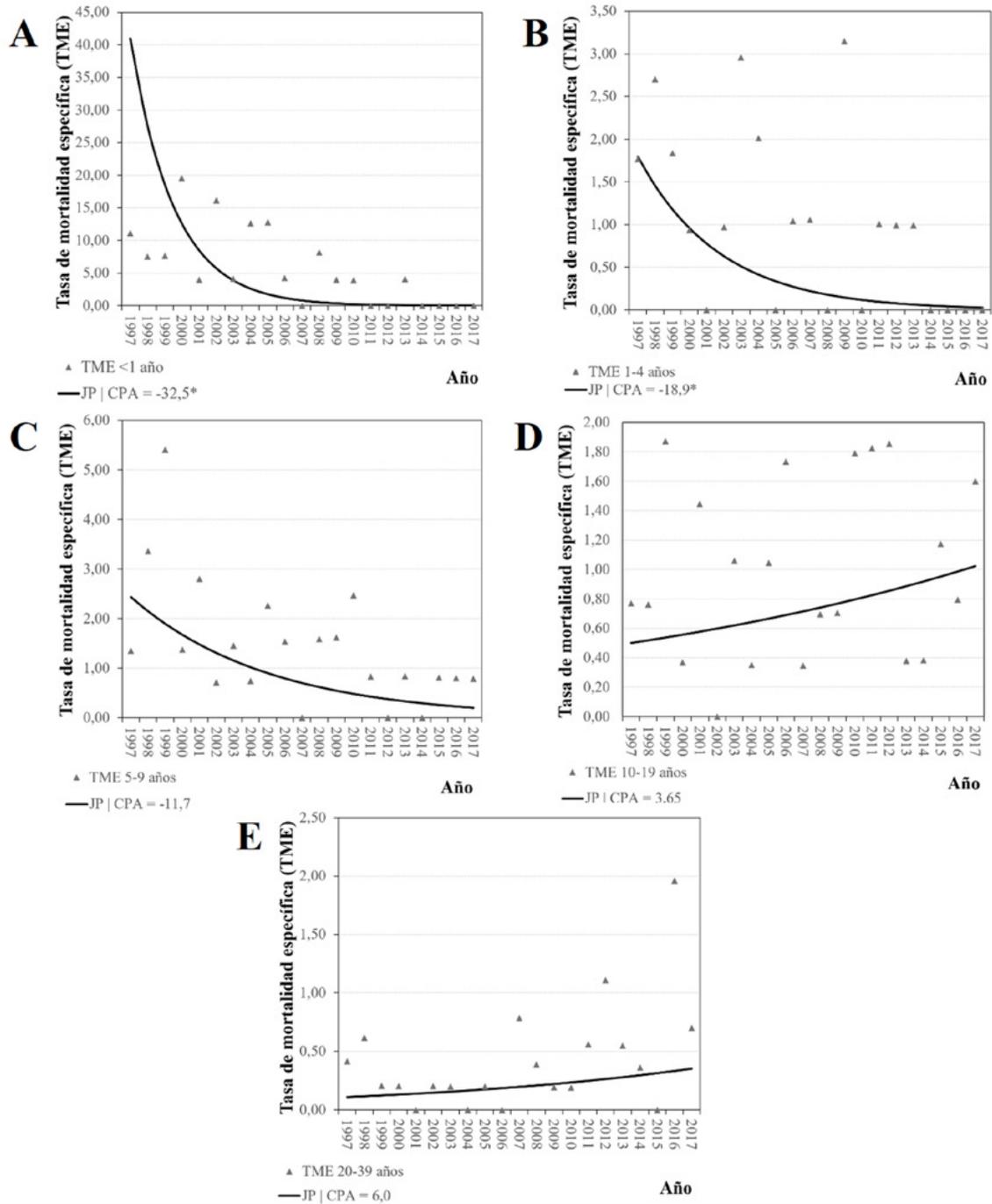
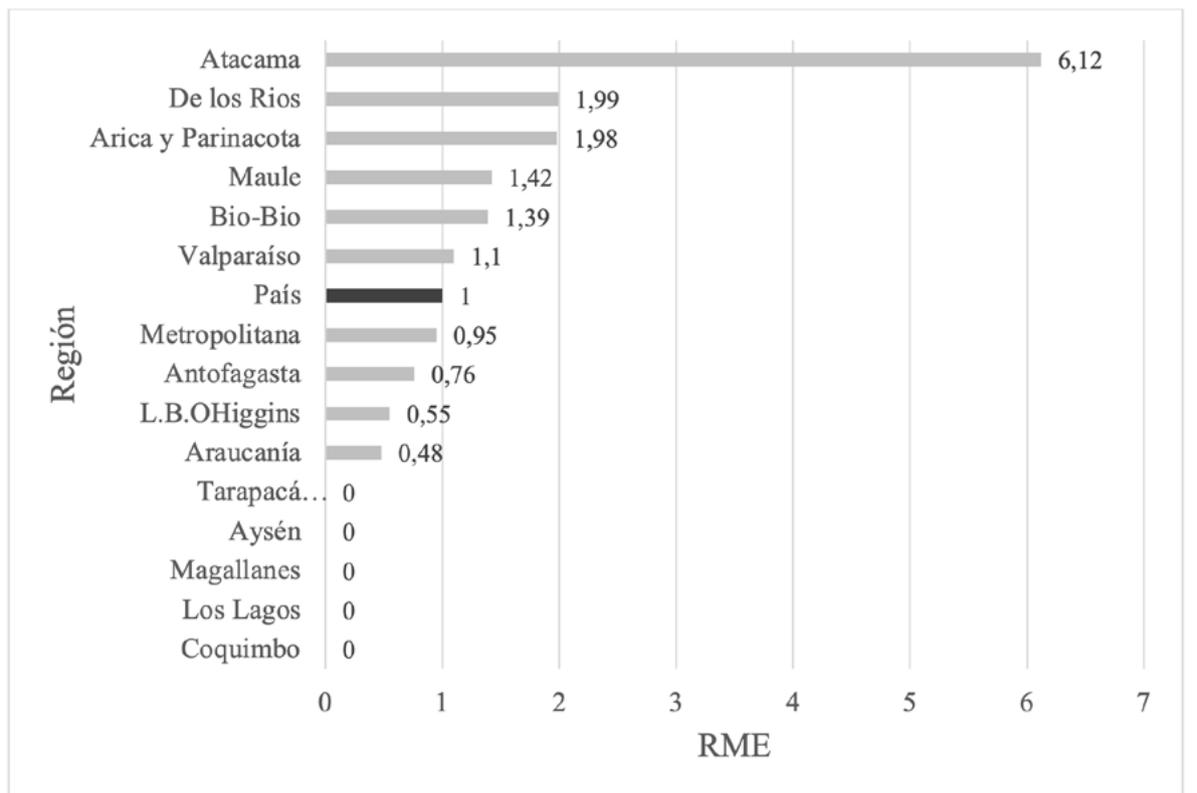


Figura 3. Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) para cada región de Chile durante el periodo 2013-2017.



Al analizar según grupo etario, se observó que el grupo de 10-19 años concentró la mayoría de las defunciones (29,2%) en todo el periodo analizado. La distribución etaria por quinquenios se presenta en la Tabla 2. Al comparar el primer y último quinquenio, se observa una disminución significativa del número de fallecidos para los menores de 1 año (93,5%) y un aumento de 2,86 veces en el grupo 20-39 años (p-valor <0,05). Asimismo, se registraron tendencias decrecientes con CPA significativos en las tasas de mortalidad específica de los menores de 1 año y 1-4 años (-32,5% y -18,9% respectivamente). El resto de los grupos presentaron tendencias no significativas mostradas en la Figura 2.

En la Figura 3, se muestra la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) para cada región de Chile. Las regiones de Tarapacá, Coquimbo, Los Lagos, Aysén y Magallanes no registraron defunciones por FQ durante

los últimos 5 años estudiados. La región de Atacama fue la con mayor RME, presentando un riesgo de mortalidad 6,12 veces mayor en comparación con el riesgo promedio del país.

En cuanto a las clasificaciones diagnósticas de FQ, la mayor proporción de fallecimientos correspondió a FQ con manifestaciones pulmonares (E840; 48,5%), seguido de FQ no especificada (E849; 43,4%), FQ con manifestaciones intestinales (E841; 5,6%) y finalmente FQ con otras manifestaciones (E848; 2,5%). Al evaluar la tendencia de la proporción de muertes por diagnóstico, se observó un descenso estadísticamente significativo para el grupo de manifestaciones pulmonares (CPA -5,3%) y un crecimiento estadísticamente significativo para el grupo de FQ no especificada (CPA 6,99%). Las otras clasificaciones diagnósticas no presentaron tendencias significativas.

DISCUSIÓN

Nuestra serie corresponde al estudio de mortalidad por FQ en Chile más actualizado hasta la fecha y el con más años de estudio. Estos 198 casos provienen de lo consignado en el certificado de defunción correspondientes a un período de 21 años. Encontramos que hubo un aumento en la edad de fallecimiento, disminuyendo significativamente la mortalidad en los menores de 1 año. Las posibles causas de este cambio son los programas que se han implementado en los últimos años y el ingreso de la patología a GES. Estos resultados entregan información valiosa para poder analizar los cambios que dichos programas han generado en nuestro país, y en qué población debemos seguir enfocando las políticas públicas.

Estudios que abarcaron un gran periodo de tiempo en España (1981-2016), Unión Europea (1994-2010) e Italia (1970-2010) han demostrado una tendencia decreciente en la mortalidad global estandarizada a lo largo de los años¹⁷⁻¹⁹. Además, el estudio español muestra tasas de mortalidad ajustadas similares al presente estudio que variaron entre 0,9 (1982) y 0,5 (2016) muertes por millón de habitantes¹⁸.

No hay publicaciones similares actualizadas sobre la mortalidad de FQ para países de América Latina²⁰. Solo hay estudios de cohortes de algunos países de la región con los cuales es posible comparar nuestros resultados. Una cohorte venezolana desde el 2005 al 2007 (N=137) reportó 7 fallecidos, de los cuales el 85% (N=6) no superaba los 10 años²¹. Otro estudio corresponde a una cohorte argentina desde 1975 a 2008 (N=106), en donde los fallecidos mayores de 20 años correspondieron sólo a un 9,5%²². El estudio más similar es el realizado en Cuba, en el cual se hizo una revisión de los certificados de defunción en un hospital de referencia entre 1993-2013, reportando un total de 15 fallecidos; sólo un 26% tenía más de 15 años²³. En estos países de mayor similitud en avances e historia de FQ, la información acerca de pacientes adultos vivos y el porcentaje de fallecidos a edades mayores es escaso, por lo que también respalda y entrega mayor validez a nuestra decisión de analizar la mortalidad por FQ en individuos menores de 40 años²⁴⁻²⁸.

Nuestra serie coincide con la única serie chilena de mortalidad publicados por Cerda et al., donde predominaron las mujeres correspondiendo al 54,4% del total de defunciones por FQ³. En otros estudios similares, como los de Cuba y Argentina, también existió una predominancia de fallecimientos en mujeres^{22,23}.

A pesar de ser una enfermedad que debiese incidir de forma similar en ambos sexos, los factores ambientales podrían producir diferencias en mortalidad. Un exceso de mortalidad en mujeres entre 10-20 años se ha demostrado, al parecer por factores hormonales, sin una identificación clara de la causa²⁹. La evidencia actual no es concluyente en relación a la distribución de género en pacientes con FQ y en defunciones por esta misma²⁹.

En relación a la edad de fallecimiento, se observó un aumento de la edad media y mediana de defunción a lo largo de los años. Internacionalmente es extensa la evidencia sobre el aumento en la expectativa de vida, relacionado a las mejoras en terapias y estrategias de salud^{6,17-19}. Tanto en nuestro país como en otros similares, han reportado avances en la edad media y mediana de sobrevivida^{3,22}. Sin embargo, no existen estudios similares a esta investigación sobre pacientes fallecidos, por lo que no es posible comparar de manera directa. Además, la mediana de defunción es una herramienta de medición no comparable con tasas de sobrevivida media o mediana de sobrevivida en donde se calcula a partir de una cohorte de pacientes vivos³⁰.

Aun así, el estudio de una cohorte argentina presentó una mediana de defunción de 12 años y a nivel internacional nos encontramos con una mediana de defunción de 11,7 años para individuos de etnia hispana en un centro de referencia estadounidense entre el periodo 1986-2012, bastante similar a la mediana global de esta serie (11 años)^{22,31}.

Al igual que nuestra serie, en el estudio epidemiológico realizado en Italia se describe una disminución progresiva de la proporción de fallecidos menores de 1 año a lo largo del periodo estudiado, representando un 10,6% de las defunciones entre 2000-2005 y 7,4% entre 2006-2011, lo cual es incluso inferior a nuestros resultados (16,4% entre 2002-2006 y 3,5% entre 2008-2012)¹⁷. El descenso de las defunciones de esta población ha sido históricamente parte de los objetivos principales de las intervenciones de esta patología. Por lo mismo, este trabajo contribuye a la evidencia chilena con una evidencia empírica acerca de la disminución de la mortalidad por FQ en Chile durante los últimos 21 años.

Al analizar las regiones en comparación al país, se observó un elevado riesgo de muerte por FQ en la región de Atacama. Las diferencias geográficas son un problema actual tanto para países sudamericanos como europeos, tal es el caso de España donde existen provincias con hasta un riesgo 15 veces mayor que el promedio¹⁹. Resulta importante levantar información

acerca de diferencias geográficas, sin embargo, las explicaciones posibles son variadas y la información obtenida de bases de datos secundarias de nuestro país no nos permiten profundizar en este análisis.

Según las clasificaciones diagnósticas de FQ, se mostró una tendencia creciente para la FQ sin otra especificación lo cual alerta sobre una disminución en la prolijidad de los certificados de defunción. Por otro lado, hubo una disminución de las defunciones por FQ con manifestaciones pulmonares que podría estar asociada a un efecto positivo de las intervenciones realizadas en Chile durante el último tiempo^{7,8}.

La principal limitación de este trabajo es el sesgo de datos debido a una incorrecta clasificación de causas de muertes a lo largo del territorio nacional, la cual ha sido evidenciada y puesta en contraste en este trabajo. Un gran número de certificados de defunción codificados bajo el diagnóstico de fibrosis quística corresponden a sujetos mayores de 40 años, lo cual es poco plausible en un país con registros de sobrevivencia tan diferentes⁴. Realizar un corte de edad para la selección de casos en estudios poblacionales es necesario, tal es el caso de un estudio epidemiológico sobre FQ en Italia donde sólo se consideraron defunciones en sujetos menores de 65 años para el cálculo de tasas de mortalidad¹⁷. Es imperativo realizar una revisión de dichos certificados, lo que permitirá identificar causas de confusión y mal registro. Es por esto que sería de gran utilidad tener un registro nacional de pacientes con fibrosis quística, lo que permitiría un mejor seguimiento y una mejor estimación de la incidencia de esta patología.

Por otro lado, el bajo número de defunciones para cada rango etario también supone una gran limitación, dado que otorga inestabilidad a las estimaciones de tasas específicas, las cuales ajustarlas podría llevarlas a ser aún más inestables. Es por esto que se decidió mantener tasas crudas para evitar mayor sesgo¹⁶.

Proponemos una integración de los resultados de este documento con un análisis de los datos del Programa Nacional de FQ, el cual corresponde a una cohorte controlada que podría lograr un mejor entendimiento de la mortalidad por FQ en Chile. Con esto, poder realizar estudios más prolongados para caracterizar de manera más precisa la población que padece FQ. La mejoría en la mortalidad de los menores de un año es uno de los grandes logros que podemos observar, por lo que el tamizaje neonatal y los programas nacionales que se han realizado han sido una herramienta fundamental para esta enfermedad. Sin embargo, aún faltan intervenciones que

ofrezcan un tratamiento integral para los pacientes con esta patología, como es la incorporación en la canasta GES de drogas moduladoras de CFTR, aún no disponibles en Chile.

En conclusión, esta serie corresponde al estudio más actualizado y con el periodo más largo hasta la fecha sobre mortalidad por FQ en Chile. Se observó un aumento en la edad y mediana de defunción por FQ, además de una disminución de la mortalidad en niños menores de 1 año. Se evidenció una tendencia decreciente significativa en la mortalidad global por FQ a lo largo de los años. Al comparar las regiones del país, Atacama correspondió a la región con mayor riesgo de mortalidad por FQ en comparación al país. Es relevante profundizar el análisis de la causa que explique las diferencias de riesgo de cada región de Chile. Dado la distribución de las clasificaciones diagnósticas de FQ y la tendencia a no especificar el diagnóstico, se presenta la necesidad de implementar mejoras en este proceso, para permitir un correcto análisis en el futuro. Resulta imperativo realizar un registro nacional de pacientes con esta patología, para contribuir al seguimiento y priorizar políticas públicas en nuestro país.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés ni haber recibido financiamiento para el desarrollo del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boza M, Melo J, Barja S, Codner E, Gomolan P, Hernández R. Consenso chileno para la atención integral de niños y adultos con fibrosis quística. *Neumol Pedriática*. 2020;15(4):429–483.
2. Wilson D, Davies G, Desilets V, Reid G. Cystic fibrosis carrier testing in pregnancy in Canada. *J Obs Gynaecol Can*. 2002;24(8):644–51.
3. Cerda J, Valdivia G, Guiraldes E, Sánchez I. Mortalidad por fibrosis quística en Chile (1997-2003). *Rev Med Chil*. 2008;136(2):157–62.
4. Astudillo P. Fibrosis quística en Chile. *Neumol Pediatr*. 2010;5(1):42–3.
5. Boza L, Lobo G, Henríquez M, Valdebenito S. Resultado programa piloto pesquisa neonatal de fibrosis quística en la Región Metropolitana y V Región, período 2015-2017. *Neumol Pedriática*. 2017;12(4):195.

6. Marshall B, Faro A, Fink A, Loeffler D. Cystic fibrosis foundation patient registry 2017 annual data report. Bethesda, Maryl. 2018;1:77-9.
7. Fielbaum O. Avances en fibrosis quística. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2011;22(2):150-9.
8. Cutting G. Causas de variación en el fenotipo de la fibrosis quística. *Ann Nestlé*. 2006;64(3):111-8.
9. Sánchez D, Pérez M, Boza M, Lezana V. Consenso nacional de fibrosis quística. *Rev Chil Pediatr*. 2001;72(4):356-80.
10. Gartner S, Cobos N. Cribado neonatal para la fibrosis quística. *An Pediatr*. 2009;71(6):481-2.
11. Coffey M, Whitaker V, Gentin N, Junek R. Differences in outcomes between early and late diagnosis of cystic fibrosis. *J Pediatr*. 2017;181(137-45).
12. Boza M. Fibrosis quística y tamizaje neonatal. *Neumol Pediatría*. 2016;11(1):10-4.
13. Girardi B, Astudillo O, Zúñiga H. El programa IRA en Chile: hitos e historia. *Rev Chil Pediatr*. 2001;72(4):292-300.
14. Prado F, Salinas P. Asistencia ventilatoria no invasiva domiciliaria en niños: impacto inicial de un programa nacional en Chile. *Rev Chil Pediatr*. 2011;82(4):289-99.
15. Boza M, Barrientos H, Bozzo R, Jakubson L, Jorquera P. Orientaciones técnicas para la atención integral de fibrosis quística. Ministerio de Salud, Chile. 2019. p. 1-120.
16. Schoenbach, V., Wayne D. Rosamond. Understanding the fundamentals of epidemiology: an evolving text. Chapel Hill: University of North Carolina. 2000. p. 129-151.
17. Alicandro G, Frova L, Di Fraia G, Colombo C. Cystic fibrosis mortality trend in Italy from 1970 to 2011. *J Cyst Fibros*. 2015;14(2):267-74.
18. Quintana-Gallego E, Ruiz-Ramos M, Delgado-Pecellin I, Calero C, Soriano J, Lopez-Campos J. Mortality from cystic fibrosis in Europe: 1994-2010. *Pediatr Pulmonol*. 2016;51(2):133-42.
19. Villaverde-Hueso A, Sánchez-Díaz G, Molina-Cabrero F, Gallego E, Posada de la Paz M, Alonso-Ferreira V. Mortality Due to Cystic Fibrosis over a 36-Year Period in Spain: Time Trends and Geographic Variations. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(1):119.
20. Macri C, Gentile S, Manterola A. Estudio clínico epidemiológico Latinoamericano de la fibrosis quística (mucoviscidiosis). *Arch Argent Pediatr*. 1992;111-8.
21. Chaustre I. Fibrosis quística en Venezuela. *Neumol Pediatría*. 2010;51(1):53-5.
22. Lentini E, López-Millán A. Fibrosis Quística: aumento de la sobrevida en un centro especializado a 10 años de seguimiento. *Rev Chil Pediatr*. 2014;85(3):281-7.
23. Fuentes G, Portuondo R. Caracterización de pacientes fibroquísticos fallecidos en el curso de su enfermedad. *Rev Cubana Pediatr*. 2014;86(3):344-53.
24. Vásquez C, Aristizabal R, Daza W. Fibrosis quística en Colombia. *Hipertensión*. 2010;1:0-8.
25. Guzmán K, Del Campo E, Nápoles N, Toledano Y, Coello D. Principales características clinicoepidemiológicas de pacientes con fibrosis quística en la provincia de Santiago Cuba. *Medisan*. 2011;15(2):152-61.
26. Camargos P. Cystic fibrosis in Brazil: the pediatrician's turn. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5):344-6.
27. Vela D, Barrientos H, Fernández C, Pesantes A. Estudio clínico epidemiológico de la fibrosis quística en el instituto nacional de salud del niño, Lima 2002-2011. *Soc Peru pediatr*. 2014;67:9.
28. Martínez M. Fibrosis Quística en Ecuador. *Neumol Pediatría*. 2010;5(1):51.
29. Rosenfeld M, Davis R, FitzSimmons S, Pepe M, Ramsey B. Gender gap in cystic fibrosis mortality. *Am J Epidemiol*. 1997;145(9):794-803.
30. Corriveau S, Sykes J, Stephenson A. Cystic fibrosis survival: the changing epidemiology. *Curr Opin Pulm Med*. 2018;24(6):574-8.
31. Buu M, Sanders L, Mayo J, Milla C, Wise P. Assessing Differences in Mortality Rates and Risk Factors Between Hispanic and Non-Hispanic Patients With Cystic Fibrosis in California. *Chest*. 2016;149(2):380-9.

COMPRESIÓN DEL TRATO DIGNO EN LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL, SEGÚN PACIENTES, PADRES Y PROFESIONALES DE LA SALUD

UNDERSTANDING OF DIGNIFIED TREATMENT IN CHILD HOSPITALIZATION, ACCORDING TO PATIENTS, PARENTS AND HEALTH PROFESSIONALS

RESUMEN

Introducción. El trato digno es un concepto de difícil comprensión y con diversas visiones, relevante para entidades nacionales como el MINSAL e internacionales como OMS, como parte de los objetivos de los sistemas de salud. En pediatría resulta un desafío para el entendimiento de las expectativas del paciente. Este estudio busca describir el concepto de trato digno en la hospitalización infantil según padres, pacientes y profesionales de hospitales chilenos.

Materiales y Métodos. Estudio cualitativo descriptivo. La muestra incluyó pacientes hospitalizados en unidades de cuidados básicos de establecimientos públicos, de 12 a 15 años, chilenos, a sus padres, enfermeros y pediatras. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, análisis de contenido, en base a unidad de análisis "tema". Posteriormente, codificación abierta utilizando software Dedoose®.

Resultados. Se logra identificar 8 categorías subyacentes al concepto de trato digno, siendo estas "Resguardo de la intimidad, trato respetuoso, acompañamiento parental, prácticas centradas en la necesidad integral del paciente, comunicación y entrega de información, entorno, equipamiento e infraestructura hospitalaria y autonomía".

Discusión. Existen elementos transversales del trato digno pediátrico, a pesar de su variabilidad. Los resultados permiten orientar a prestadores de salud hacia un trato digno en pediatría.

Palabras claves. Dignidad, Pediatría, Niño, Hospitalización, Derechos del paciente.

ABSTRACT

Introduction. Dignified treatment is a concept that is difficult to understand and with different approaches, relevant to national entities such as MINSAL and international entities such as WHO, as part of the objectives of health systems. In pediatrics, it is a challenge to understand patient's expectations. This study seeks to describe the concept of dignified treatment in child hospitalization according to parents, patients and professionals of Chilean hospitals.

Materials and Methods. Qualitative descriptive study. The sample included patients hospitalized in basic care units of public hospitals, between 12 and 15 years old, Chileans, their parents, nurses and pediatricians. Semi-structured interviews, content analysis, based on the unit of analysis "topic" were conducted. Later, open coding using Dedoose® software.

Results. It was possible to identify 8 categories underlying the concept of dignified treatment, these being "Protection of privacy, respectful treatment, parental support, practices focused on the integral need of the patient, communication and delivery of information, environment, equipment and hospital infrastructure autonomy".

Discussion. There are cross-cutting elements of dignified pediatric treatment, despite its variability. The results make it possible to guide health providers towards decent treatment in pediatrics.

Key Words. Dignity, Pediatrics, Child, Hospitalization, Patient's rights.

Wladimir Torres,
 Departamento de Enfermería,
 Universidad de Chile.
 wladimirtorres@uchile.cl

Cristián Rebollo,
 Escuela de Salud Pública,
 Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El trato digno es un concepto de difícil comprensión, que se complejiza aún más cuando lo consideramos en el contexto del paciente pediátrico. Para la OMS, en el contexto de la atención en salud, la dignidad es definida en relación al “mérito y valor inherentes de una persona y está estrechamente vinculada con el respeto, el reconocimiento, la autoestima y la posibilidad de tomar decisiones propias”¹. Lo planteado por la OMS coincide con la literatura científica en torno a la dignidad, en donde la inherencia a la persona y la autonomía toman un rol fundamental en el marco de la interacción entre individuos², lo que para el caso del paciente pediátrico puede expresarse en la forma en como es tratado el niño y su familia³.

El trato digno resulta un tema de gran importancia en la atención de salud, puesto que la dignidad humana es considerada el primer peldaño de los derechos humanos, por ende su gran valor⁴. Es quizás por esta relevancia, que la OMS lo ha incluido como parte de las “expectativas no médicas de los usuarios”⁵, uno de los objetivos que deben cumplir los sistemas de salud. En él se incluye el trato digno, la comunicación apropiada, la entrega de información hacia el paciente, el mantenimiento de su autonomía y confidencialidad, junto con el aseguramiento de la oportunidad en la atención⁵.

Esto ratifica el interés por el trato digno en salud pública, el que para la realidad chilena se ve reflejado además en políticas locales como la ley N°20.584 de derechos y deberes de los pacientes⁶ que se relaciona con el trato digno en salud, o iniciativas como el Programa Hospital Amigo⁷, el cual tiene como objetivo abrir los establecimientos de salud a la familia y comunidad, así como también dar una atención preferencial a niños y niñas, aportando en la disminución de desigualdades, resguardando entre otras cosas las visitas diarias, alimentación asistida, el acompañamiento del menor por personas significativas, y la entrega de información de calidad y oportuna, en el marco de la ley de derechos y deberes.

En el contexto hospitalario, el trato brindado por el equipo de salud posee diversas particularidades, las cuales están dadas por el entorno asistencial, el que conlleva una importante pérdida de autonomía en el paciente⁸, además de la generación de estrés, preocupación y consecuencias negativas en el desarrollo infantil⁹⁻¹². La hospitalización puede presentarse como una experiencia impredecible en el paciente pediátrico¹³, pudiendo comprometer su dignidad¹⁴.

En la hospitalización se origina una relación de triada entre el paciente, sus padres y el equipo de salud, siendo ellos los principales actores de la relación médico-paciente¹⁵. En Chile el paciente pediátrico es considerado el menor de 15 años, desde el enfoque de la admisión a la red asistencial de salud¹⁶. Por otro lado, los padres o tutores legales son los responsables en torno a las decisiones de salud del menor, no siendo solo relevantes en ello, sino que también en el acompañamiento al niño hospitalizado. Lo anterior, resulta fundamental puesto que se han descrito alteraciones en la salud mental del niño en su ausencia¹⁰, por lo que hoy su compañía es parte de los derechos del niño hospitalizado declarados por UNICEF¹⁷, siendo implementado y evaluado el acompañamiento diurno y nocturno pediátrico en establecimientos hospitalarios de los 29 Servicios de Salud de Chile¹⁸. Finalmente, como último actor en la relación médico-paciente está el equipo de salud, que guía el proceso de atención del menor en la transición enfermedad-salud. Ellos interactúan constantemente con el paciente y su familia, teniendo como gran responsabilidad la regulación de la autonomía del paciente pediátrico en el proceso de atención hospitalaria^{19,20}.

La consideración de los actores antes mencionados es necesaria en la comprensión del trato digno, puesto que como constructo social²¹ nace desde los diversos individuos involucrados en el fenómeno y sus entornos²².

Respecto al trato digno en pacientes adultos, existen variados trabajos de carácter internacional, con un importante desarrollo en cuidados al final de la vida²³⁻²⁵. Igualmente en esta área existen instrumentos cuantitativos que permiten evaluar la dignidad otorgada en la atención a estos pacientes²⁶⁻²⁸. Respecto a su significado, la literatura destaca como un aspecto central el resguardo de la dignidad en la atención, el respeto por la voluntad y decisiones de los pacientes y el fomento de su autonomía, donde la toma de decisiones informada es clave^{2,29-32}. Junto con ello, los profesionales deben actuar en pro del resguardo de la privacidad física y confidencialidad de la información²⁹⁻³². La comunicación en el proceso de hospitalización aparece como un tercer elemento de interés en el trato digno, en la cual el equipo de salud debe demostrarse respetuoso⁴ y comunicar de manera efectiva³¹ con la finalidad de entregar información al paciente y a su familia respecto al proceso de hospitalización^{4,30,31}. En una atención digna, el profesional de la salud debe dedicar tiempo

de calidad al paciente adulto^{29,30}, ofreciendo una atención humanizada, y demostrándose empático y respetuoso hacia el paciente³¹, sin discriminación y respetando sus creencias religiosas⁴. Otros aspectos que son parte de un trato digno en paciente adulto son satisfacer las necesidades tanto físicas –como el dolor e higiene– y psicológicas mediante el apoyo emocional en el paciente^{4,32}, el prestar una atención que muestre equidad, y el ofrecer entornos poco ruidosos y limpios³¹. En Chile, desde la literatura levantada en pacientes adultos destaca lo realizado por el estudio “¿Qué es el trato digno para los pacientes?”, el que arrojó cuatro categorías principales, haciendo referencia al trato digno como un trato humano, empático y sin discriminación y no paternalista, en donde se respeta la privacidad e intimidad del paciente. Además, que involucre entrega de información comprensible y completa. Sus resultados muestran la importancia de ser atendidos por profesionales comprometidos, capaces de escuchar a sus pacientes y de dar una atención segura, oportuna y con dedicación³³.

Por otra parte, la literatura referida al trato digno en el paciente pediátrico es menor que en el paciente adulto, con un fuerte foco en pacientes críticamente enfermos³ y en la visión desde sus padres, lo que queda en evidencia luego de la revisión de literatura. Además, la evidencia es principalmente extranjera³⁴⁻³⁹, no encontrando los autores literatura que señale qué comprenden por trato digno los pacientes pediátricos chilenos. La literatura internacional ha identificado como expectativas de padres y pacientes pediátricos, que los profesionales respeten la privacidad física de los niños, ejemplificado en su autorización para el examen físico. También, el adecuado manejo de información considerada privada y el respeto por el espacio privado como su habitación en el hospital^{36,40}. Por otro lado, resulta relevante desde la perspectiva pediátrica el respeto por su edad, su identidad de género y creencias religiosas y culturales, además del respeto y protección de su autonomía expresada en la consideración de su opinión^{36,40}, lo que incluso ha sido incorporado en programas a nivel mundial relacionados a la humanización de los cuidados³⁷.

Respecto a la comunicación con el equipo de salud, los pacientes pediátricos y sus padres esperan que sea amable, gentil y respetuosa, tanto en lo verbal como no verbal³⁸⁻⁴⁰, siendo importante que se les informe respecto de su enfermedad o procedimientos realizados. Junto a lo anterior, los menores valoran que se permita el acompañamiento de sus padres¹³ y se les incorpore en el proceso del cuidado de una

manera respetuosa^{36,40}, lo que ha sido considerado en diversos programas nacionales e internacionales^{7,37}. Además, resulta de interés para los menores la presencia de espacios de esparcimiento dentro de los establecimientos de salud, pues en ellos la recreación es un problema a considerar^{13,39}.

Lo anteriormente indicado con respecto a la literatura, genera un nicho de investigación que aún tiene trayecto por recorrer, más aún cuando conceptos como la dignidad toman gran relevancia como parte de las expectativas no médicas que deben cumplir los sistemas de salud⁵, y en el contexto actual chileno, en donde la palabra dignidad se hace parte incluso de demandas sociales. A su vez, entendiendo que la dignidad es un constructo, y que depende del entorno y la perspectiva desde la que se construye, torna relevante determinar su situación en la realidad nacional. En ese sentido, este estudio pretende describir cómo debe ser un trato considerado digno en el paciente pediátrico hospitalizado, desde las perspectivas de padres/tutores, pacientes pediátricos y profesionales de la salud, contextualizado a la realidad de hospitales públicos chilenos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, integrando las perspectivas de pacientes pediátricos, padres/tutores y profesionales de la salud respecto de las características que debe tener el trato digno en unidades de hospitalización infantil de baja complejidad en establecimientos públicos, siendo este el universo al que pretende representar este estudio. El diseño consideró elementos básicos de la investigación cualitativa, siendo flexible, circular y reflexivo⁴¹. Flexible, considerando la posibilidad de ajustes respecto del diseño proyectado al inicio. Además, circular, reconsiderando el volver a etapas anteriores o posteriores del estudio según su desarrollo lo requiera. Junto a lo anterior, reflexivo, encontrándose el equipo de investigación abierto a la posibilidad de ajustes o cambios, según el curso de la investigación.

La muestra se seleccionó mediante muestreo por conveniencia⁴¹, la cual derivó de los 2 hospitales de alta complejidad del Servicio de Salud Metropolitano Central de Chile (SSMC), según criterios de la Norma Técnica 150 del Ministerio de Salud⁴², ubicados en la Región Metropolitana. En específico, se incluyó a pacientes de servicios de hospitalización infantil de cuidados básicos, según lo establecido en el ordinario 2110 del Ministerio de Salud⁴³. En dichos contextos,

los pacientes cuentan con atención profesional las 24 hrs del día, posibilidad de atención en camas de mayor complejidad, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, además de especialistas y subespecialistas en el área infantil.

Como criterios de inclusión, se consideró a pacientes de 12 a 15 años, chilenos y hospitalizados en unidades básicas, sin distinción por morbilidad y con alta próxima, incluyendo a sus padres/tutores. Se incorporó además a profesionales enfermeros(as) y pediatras de las unidades de hospitalización infantil de baja complejidad del SSMC, con al menos 1 año de experiencia en el servicio. No se incluyó a técnicos paramédicos ni técnicos de enfermería de nivel superior, pues el estudio pretende abordar la perspectiva de profesionales en esta oportunidad, y con posterioridad, poder estructurar una investigación incorporando las perspectivas del personal técnico paramédico y auxiliar en trabajo directo con pacientes en una investigación exclusiva.

Los pacientes fueron seleccionados indirectamente mediante el listado de hospitalizados del servicio, confirmando pertinencia a los criterios de inclusión en proceso facilitado por la enfermera(o) jefe de turno, quien, siendo consultada por pacientes que cumplieran con los criterios antes descritos, informó a los investigadores sobre aquellos pacientes y padres que cumplían con ellos, y de esta forma, se realizó el primer acercamiento, sin conocimientos de datos sensibles en esta etapa.

Se invitó y explicó a los padres acerca de la investigación, por lo que, de aceptar y autorizar la participación del paciente pediátrico de forma verbal, se procedió a extender la invitación a este. Para ambos casos, se explicitaron las condiciones de la investigación y entrevista, documentadas en la autorización parental, consentimiento informado de padres y asentimiento informado aprobados por comité de ética, adecuándose la información al menor, respondiendo dudas y ratificando la comprensión. Luego de este proceso, y confirmada verbalmente la participación, se procedió a la firma de asentimiento informado, consentimiento informado y autorización parental, siendo todo lo anterior ejecutado por los investigadores autores del presente artículo. Los profesionales fueron seleccionados mediante orientación otorgada por la enfermera(o) jefe de turno, verificando los criterios de inclusión, siendo informados respecto de la investigación para el posterior llenado del consentimiento informado. Para todos, la participación fue anónima, voluntaria y no remunerada.

Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas individuales realizadas durante el segundo semestre del 2018. En ellas fueron consultados, sin diferencias de perfil, por la definición que tienen los entrevistados de un trato digno en pacientes pediátricos, los aspectos que lo caracterizan, las acciones en las que se expresa, además de las actitudes o sentimientos que dan cuenta él, siempre contextualizado al paciente pediátrico. En el caso de pacientes en sala individual, la entrevista se realizó en la misma sala, en cercanía de los padres. Para el caso de habitaciones compartidas, se utilizó una sala aledaña, siempre en cercanía de los padres, resguardando la privacidad de la información respecto del personal de salud. Se usaron salas aledañas para las entrevistas de padres y profesionales. En el proceso se utilizó una guía de entrevista, presentada previamente a los entrevistados, grabación de audio y transcripción. El rango de duración de las entrevistas fue de 25 a 49 minutos, logrando la saturación de la información⁴¹ a las 6 entrevistas por perfil (n=18). Dentro de los tópicos abordados se encontraron la definición de trato digno en pediatría y sus características, acciones y experiencias, en dónde se visualiza en contexto de la atención hospitalaria y propuestas que mejorarían el trato digno pediátrico.

Se realizó análisis narrativo de contenido⁴⁴, enfocado al contenido manifiesto de las entrevistas, en base a unidad de análisis "tema"⁴⁵, dividiendo la muestra según los perfiles "padres o tutores", "profesionales de la salud" y "pacientes pediátricos". En primera instancia se realizó una codificación abierta de las unidades de análisis en paralelo al análisis de las entrevistas, de manera exhaustiva, y posteriormente se categorizó la información codificada según repetición en entrevistas o perfiles, y orientada a la luz de la literatura previamente revisada, siendo relevantes la privacidad^{36,40}, el respeto por edad, género⁴⁰ y creencias³⁶, la autonomía^{36,40}, la comunicación y sus formas verbal y no verbal^{38,39,40}, el respeto y acompañamiento de sus padres^{13,36,40}, y la recreación^{13,39}. Del proceso anterior se construyeron las categorías del estudio. Para ello, se utilizó el software Dedoose®, resguardando calidad y confiabilidad mediante acuerdo intercodificadores⁴⁶ y método de justificación pública⁴⁵.

Se utilizaron los criterios de Lincoln y Guba de resguardo de calidad^{47,48}: credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad, garantizados por la explicitación de recogida de datos y muestreo, ejemplificación con extractos de entrevistas, caracterización de muestra y segundo observador.

Respecto a los resguardos éticos, se utilizó consentimiento informado, asentimiento y autorización parental para la participación. Además, fue aprobado por el Comité ético-científico del SSMC (Acta N°92/3), homologado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina-Universidad de Chile.

La muestra fue conformada 18 personas: 6 pacientes pediátricos, 6 padres y 6 profesionales, de los cuales solo tres eran hombres (1 enfermero y 2 pacientes). Respecto a su edad, los pacientes pediátricos se distribuían entre los 12 a 14 años, las madres entre los

38 y 54 años, y los profesionales entre los 34 a los 49 años. Respecto a otras características, cabe señalar que solo participó una tutora que no correspondía a la madre biológica de la paciente, y que los pacientes se encontraban hospitalizados equitativamente tanto por patologías médicas como quirúrgicas, todos con una estadía menor a 1 semana al momento de la entrevista. En relación a los profesionales, los médicos eran especialistas en pediatría, sin contar con subespecialidad, ejerciendo labores clínicas con trato directo hacia el paciente (Tabla N°1).

Tabla N°1			
Caracterización de la muestra. Chile, 2018.			
	Tutores	Profesionales	Pacientes
Rango edad	[38 años-54 años]	[34 años – 49 años]	[12 años – 14 años]
Sexo	Mujeres (n=6)	Mujeres (n=5), Hombres (n=1)	Mujeres (n=4), hombres (n=2)
Otros	Madres (n=5) Tutora legal (n=1)	Pediatras (n=3), Enfermeras (n=2), Enfermeros (n=1).	Patología médica (n=3), patología quirúrgica (n=3).

Respecto al entorno, los pacientes se encontraban hospitalizados en unidades de cuidados básicos, en salas de entre 2 a 5 pacientes pediátricos, por lo que las entrevistas se realizaron en espacios aledaños. Ambos hospitales, se encontraban adscritos a la iniciativa Hospital Amigo, la que permite la alimentación asistida de los menores, el acompañamiento diurno y nocturno a los niños, garantizando la entrega de información médica, entre otros aspectos⁷.

RESULTADOS

De la información recogida en las entrevistas se crearon 7 categorías (Tabla N°2), las cuales se detalladas a continuación y se ejemplifican a través de las citas que sintetizan las afirmaciones representativas de la generalidad de cada una:

Tabla N°2
Categorías del trato digno en pediatría. Chile, 2018.
Resguardo de la intimidad
Trato respetuoso
Acompañamiento parental.
Prácticas centradas en necesidad integral del paciente
Comunicación y entrega de información
Entorno, equipamiento e infraestructura hospitalaria.
Autonomía

1. Resguardar de la intimidad

Se consideran dos formas de intimidad: intimidad física y de información. Sobre intimidad física, expresada por los tres perfiles de entrevistados, los profesionales consideran digno exponer el cuerpo desnudo del paciente únicamente cuando sea necesario y exclusivamente por profesionales, incluyendo en ello fotografías de carácter anónimo y consentidas por el paciente. Además, consideran necesario utilizar biombo, incorporar a los padres ante la exposición del menor y la realización del examen físico de preferencia por profesionales del sexo del paciente.

“Respetar su cuerpo. Es decir, no dejarlos desnudos (...) ser un poquito más cuidadoso, en cuanto a la cantidad de personas que lo van a examinar (...) eso podría tratarse como un abuso, que muchas personas lo miren cuando esta así” (Médico-4).
“La niña tiene que estar acompañada por alguien que no sea varón, para que no haya ningún malentendido al realizarle el examen” (Enfermera-5)

Para los niños, es importante que los funcionarios les soliciten permiso para la ejecución de intervenciones que transgredan su privacidad, siendo esto compartido por el perfil profesional y de padres, aunque para estos últimos, el permiso debe solicitarse a ellos, en especial tratándose de hijos de corta edad. Respecto al resguardo de información, los pacientes esperan poder negarse a responder preguntas si así lo estiman. Además, desde el perfil profesional, es importante mantener la confidencialidad de la información que es expresada por los menores. Sobre este punto, no hay expresiones relatadas por padres o tutores.

“No es como que normalmente te estén revisando, entonces como que uno igual se siente incómodo. Entonces permiso como para revisarte, cosas así. (Paciente 4). “Respetar la privacidad (...) Que no hagan preguntas tan personales (...) solamente si yo quiero decírsele, lo hago” (Paciente-3)

2. Trato respetuoso

Para profesionales y tutores, el trato digno involucra ser empático con el paciente y su familia, a lo que los niños agregan, además, la consideración de un trato amable y con igualdad, respetuoso y con simpatía por parte los profesionales. Los tres perfiles concuerdan en que tanto la comunicación como los procedimientos médicos, no deben dar cuenta de agresividad hacia los pacientes y sus padres.

“Empático porque igual el niño está enfermo, entonces no está como en muy buenas condiciones que digamos de repente, para que venga una persona y venga a tratarlos mal (...) Tienen que ser comprensivos” (Tutor-2) “Que fueran amables con las distintas personas, porque hay algunas personas que son extranjeras e igual a veces las tratan mal en algunos hospitales (...) Que sean simpáticos” (Paciente 6)

Los tres perfiles de entrevistados esperan que la comunicación verbal hacia el paciente pediátrico no incluya gritos o insultos, pues esto les afecta emocionalmente. Además, el volumen y velocidad de la voz resulta relevante en el trato digno, en donde un tono de voz elevado o veloz es percibido como agresivo, así también determinadas expresiones del lenguaje corporal, punto no mencionado por los profesionales.

“Son súper enojonas y no es necesario (...) se les nota en la forma de hablar. Así como si estuvieran enojadas. Alzando la voz (...) y también creo que más rápido de lo normal (...) como los gestos corporales” (Paciente-3)

Respecto a los procedimientos médicos, todos los perfiles de entrevistados concuerdan en minimizar el dolor e incorporar contención emocional en ellos. Para los padres y profesionales, es importante que los profesionales reconozcan sus limitaciones, evitando ensañamiento y sufrimiento del menor en determinados procedimientos.

“Que se hagan procedimientos más de los, mayores de los algoritmos (...) si tengo que poner una vía, ensañarme en ponerle una vía y seguir ensañándome en el paciente, eso sería un maltrato, un trato no digno” (Médico-4)

3. Acompañamiento parental

Para los tres perfiles, el trato digno en pediatría requiere la incorporación de los padres al proceso de hospitalización. Según los padres y profesionales, se justifica esto en los temores que genera la hospitalización en el menor, por lo que el acompañamiento parental ayuda a sobrellevarlos. Además, según los profesionales, el acompañamiento es necesario para la toma de decisiones, puesto que sus padres deben decidir por ellos, dada la edad y autonomía de los menores.

“Que puedan estar con los padres también estimula de que puedan estar más tranquilos (...) Se ha ido implementando este tipo de cosas, que disminuyen el estrés tanto de nosotros, como del niño (...) ¿Cómo se siente un niño sólo, con otra cachá de niños? Con miedo, rabia” (Médico-6)

Respecto al tiempo de acompañamiento, los tutores consideran necesario que sea continuo, más en aquellos menores de 3 años, quienes no toleran la soledad por tanto, toda acción facilitadora es bien valorada en pro de un trato digno. A esto, se agrega la necesidad expresada desde el perfil de pacientes pediátricos, de estar junto a ambos padres.

“A mí me dieron la oportunidad de quedarme con él. Y eso ya para mí es muy bueno. (...) Es muy importante que yo estuviera con él, porque yo me... yo por ejemplo un día salí para mi casa y él se afligió. Y yo llegue acá y él no estaba bien” (Tutor-1) “Que dejen que los papas nos visiten. Así que entren los dos acá. (...) Es que, es que estando los dos, creo que estoy mejor (...) Porque acá, por ejemplo, creo que ayer mi mamá tuvo que salir para que entrara mi papá” (Paciente-3)

4. Prácticas centradas en necesidad integral del paciente

Los tres perfiles de entrevistados consideran que el trato digno pediátrico debe incluir una respuesta oportuna a sus necesidades integrales, con conocimientos profesionales sólidos. Se mencionan necesidades derivadas de la enfermedad, aseo y confort, de alimentación, emocionales, de recreación y socialización. Ahora bien, desde el perfil profesional existe comprensión de que no existe una receta única para un trato digno.

“Si un paciente está hospitalizado, es excesivo que espere más de una semana por un procedimiento, una intervención o un examen (...) esperar siete días hospitalizado por un examen, es mucho” (Médico 3)

Sobre enfermedad, las expectativas de un trato digno por parte de pacientes y tutores consideran la administración y supervisión de los fármacos prescritos, así como también el manejo del dolor en el paciente pediátrico, con visitas regulares del equipo médico. A lo anterior, el perfil profesional considera importante el respeto por las creencias culturales en su actuar, siempre y cuando no se comprometa la salud del menor en ello.

“Trato digno sería como las enfermeras nos tratan. O sea, nos dan como, de repente en un tiempo nos revisan (...) la temperatura, la presión, son cosas así. Y cada cierta hora la hacen (...) Como somos muchas personas en la sala, van revisando así a cada una. Nos van vigilando” (Paciente-2)

Respecto a necesidades de aseo y confort, pacientes, padres y profesionales consideran parte de un trato digno, debiendo facilitar su realización, además de que no se omitan las labores habituales como el cambio de pañales, o el acompañamiento del menor al baño.

“El niño me pidió si podía pasarle un lavatorio porque quería lavarse los dientes. (...) una cosa súper básica. Estamos hablando de higiene. (...) Que te pidan por ejemplo un cambio de sabanas porque un niño se hizo (...) no estoy de acuerdo en que cuando el personal si está disponible, se ignore” (Enfermera 2)

En relación a la alimentación, las expectativas apuntan a una entrega de alimentos en dispositivos cerrados y que mantengan su temperatura tibia, siendo importante para el paciente pediátrico decidir cuándo y cómo comer, a lo que los profesionales agregan la posibilidad de que se le otorgue al paciente alimentos que sean apetecibles para él. Para los tutores, la alimentación debe considerar el estado de salud del paciente, por lo que si posee enfermedades que impidan el consumo de ciertos alimentos, esto debe ser considerado.

“Tengo a dos vecinas aquí que tienen no sé, intolerancia a la leche de vaca. Igual les trajeron comida que a ellos no les correspondía, y eso les puede provocar mucho dolor (...) digno sería preocuparse del requerimiento de cada persona” (Tutor-4) “Las comidas no son malas, son muy buenas (...) igual que estén cerradas. Que vengan selladas, algo así como cerradas para que no les pase nada. Y que estén como tibias” (Paciente 4)

Finalmente, el trato digno en pediatría debe considerar las necesidades emocionales, sociales y de recreación del menor. En esto, se incluye el brindar contención emocional y acompañamiento ante episodios de angustia que puedan sufrir tanto el paciente como su familia, además del acceso a la realización de actividades que sean de preferencia del menor, como por ejemplo la posibilidad de ser acompañados por sus amigos u otras actividades recreativas.

“Que haya lugares de esparcimiento es parte de un

trato digno (...) que puedan salir un rato y puedan despejarse un poco para mejorar esta, este trato (...) porque hay adolescentes que se sienten tan encerrados en todo este cuadro hospitalario (...) Se deprimen” (Médico-4)

5. Comunicación y entrega de información

Tanto para tutores como profesionales, en el trato digno es importante el cómo se dirige el personal de salud a pacientes y padres, debiendo considerar el presentarse ante ellos y saludarlos al entablar una conversación.

“Buenos días. ¿Cómo está? (...) Es importante el saludo (...) la gran mayoría de los profesionales con los que yo trabajo y me desenvuelvo van a la habitación, saludan al paciente” (Médico 3).

Además, para profesionales y pacientes, resulta relevante que se identifique al menor y su familia por su nombre, lo cual mejoraría la relación médico-familia. No obstante, los pacientes exponen la posibilidad de que sean llamados con apodos, siempre y cuando sean “cariñosos”.

“Como que molesta un poco que me diga Giovanna (...) Giannina sí. (...) Y si quieren algún apodo cariñoso, igual bienvenido, pero Giovanna no” (Paciente 3)

A lo anterior, tutores y pacientes agregan que, en un trato digno, los profesionales deben entablar conversaciones con los menores y sus padres, y en ningún caso ser ignorados.

“La Dra. tomó el teléfono empezó a hablar, y yo le estaba hablando y empezó: ¿Cómo?, ¿Cómo? (...) y no podía hablar yo (...) hay veces que tú les hablas y están en la computadora, o en su teléfono y no te hablan” (Paciente-1).

Respecto a lo comunicado, para un trato digno, es importante la entrega de información espontánea y ante la demanda de los usuarios, pues según los profesionales es un derecho, debiendo entregarse de manera privada y oportuna, verificando y resguardando la comprensión de esta por el paciente pediátrico y su familia y adecuando el lenguaje a una forma comprensible.

“Los niños entienden. Desde edades muy chicas entienden. Entonces obviamente tienes que bajar la información de acuerdo a las capacidades que tienen las otras personas (...) cuando tu entregues la

información, el pedirles a ellos que te hagan como una retroalimentación para saber que entendieron (...) porque eso es un derecho y de repente se vulnera” (Enfermera-2)

Es controvertido en el perfil profesional, la edad para la entrega de información, mencionándose desde los 12 años o incluso a recién nacidos. Ahora bien, tanto padres como pacientes pediátricos, valoran que se les otorgue información, pues según los padres, esta contribuye a otorgar seguridad al niño. En la misma línea, todos los perfiles de entrevistados consideran parte de un trato digno el informar sobre la enfermedad, el estado de salud, los procedimientos y su finalidad, junto con las normas de estadía que presenta el establecimiento hospitalario.

“Soy un niño y yo pregunto cómo estoy, me gustaría que me dijeran po. No que esperen a mi papá, porque así yo llego y también le puedo contar a él (...) también me gustaría saber cómo estoy” (Paciente-6)

5. Entorno, equipamiento e infraestructura hospitalaria

Según tutores y profesionales, la infraestructura como parte de un trato digno, debe permitir que se puedan abordar necesidades básicas del paciente y su familia, como el descanso, higiene y alimentación, sumado a la correcta implementación de los aislamientos, esto último mencionado desde el perfil profesional.

“Una infraestructura digna (...) voy a una clínica y son puras salas individuales. Porque es obvio, de repente nos sale un adenovirus en la sala 5 (...) y pueden estar con una neumonía, pueden estar con otra cosa y se agarran otro bicho” (Médico-6)

En relación al equipamiento, los profesionales esperan que se cuente con mobiliario de calidad, a lo que los tutores y pacientes agregan que este también debe otorgar comodidad a estos. Respecto a insumos médicos desde la perspectiva del paciente pediátrico, como parte de un trato digno, se debe poseer un stock de insumos médicos que sea capaz de responder a los requerimientos existentes por parte de los pacientes.

“No tener las cosas suficientes, los materiales suficientes como para tenerlo aquí (...) Por ejemplo, si uno está enfermo, necesita pastillas y cosas así pero no les dan esas cosas de repente (...) o que no le entreguen lo que, lo necesario para que le pueda recuperarse acá. Como por ejemplo no tener

la cama para poder estar, o sea, que esté hospitalizado” (Paciente-4)

Finalmente, pacientes y profesionales consideran de importancia el mantenimiento de una temperatura agradable en el lugar de hospitalización, así como un entorno silencioso, sumado según profesionales, a colores y aromas agradables en la unidad hospitalaria.

“Aquí no me gusta mucho, porque hace mucho calor en la noche (...) un día, vimos la puerta de aquí abierta y fuimos a preguntar si podíamos salir po, así que me puse un polerón y salimos. Y afuera estaba mucho más fresquito” (Paciente-2)

7. Autonomía

Para los pacientes, es muy importante el respeto por sus decisiones a lo largo de la estadía hospitalaria en torno al manejo médico, en el cual también debe estar considerada su familia. Además, esperan que el actuar de los profesionales de salud no sea impuesto sin consentimiento de ellos.

“El primer día yo quería caminar y todo, y tuve que caminar, y me hicieron caminar al segundo día porque el primero no podía. Me dijeron: si te duele mucho, cuando puedas (...) Cuando yo pude fui al baño, cuando yo pude caminé. Cuando yo pude me dieron pastillas, y cuando pude me voy a ir. (...) Que me trataran no con apuros, sino cuando yo pueda” (Paciente 1)

Por otro lado, consideran importante que se les permita la realización de acciones de esparcimiento que ellos decidan, por ejemplo, la utilización de celulares. Para los profesionales, el trato digno debe permitir la participación del paciente pediátrico en su propio cuidado, limitado a acciones que ellos puedan llevar a cabo. Sobre autonomía, los tutores no hacen referencia en las entrevistas realizadas.

“Cosas que de repente ellos pueden hacer y ayudar en el proceso de recuperación (...) A eso me refiero con autonomía (...) es parte de un trato digno, en el fondo lo que yo te decía, no convertirlos en objeto. No hacer que en el fondo ellos son sólo receptores” (Enfermera-2)

DISCUSIÓN

El trato digno en el paciente pediátrico resulta un concepto complejo e intersubjetivo, que tiene aspectos comunes entre los distintos perfiles de entre-

vistados, pero que también posee un componente de variabilidad que debe ser considerado a la hora de definirlo, por lo que no es posible afirmar que el trato digno en pediatría es concebido de la misma forma por distintos actores. Este estudio concluye identificando 7 categorías en relación con el trato digno en pediatría en el contexto hospitalario, las que tienen cierta consistencia con lo reportado en otros contextos, salvo en la entrega de información, en donde existen divergencias con la literatura, al igual que en los hallazgos sobre infraestructura.

De los hallazgos detectados en este estudio, resulta muy relevante lo reportado sobre un trato respetuoso. Desde la perspectiva pediátrica, el hecho de que se expresen formas de comunicación que transmitan enojo, no deja de llamar la atención, pues nace como una necesidad sentida que deriva de la experiencia pediátrica, y se expresa particularmente en las formas de comunicación, que, en contraste por lo expresado por otros perfiles, como el profesional, en donde se expresa en otras modalidades. Un ejemplo de esto es el hecho de que los profesionales no identifiquen el lenguaje facial, corporal o la velocidad de la conversación como un elemento del trato digno en pediatría. Lo anterior ratifica lo fundamental de los espacios de retroalimentación desde pacientes pediátricos y padres, hacia los profesionales, con miras a la mejora continua en el trato. Por otra parte, en el perfil profesional se identifican otras expresiones para un trato respetuoso, como la reducción de la repetición de procedimientos cuando no son exitosos en el primer intento, más ligado al ámbito técnico. Esto último, debe sin duda instaurarse como cultura dentro de los servicios pediátricos, pues ponen en norte el cumplimiento de las expectativas niño/a en relación con un trato digno. El trato respetuoso y no agresivo, fue visualizado en la literatura consultada desde la perspectiva pediátrica a manera de no recibir trato agresivo^{33,36,38-40} y concuerdan también con la evidencia en pacientes adultos^{33,36,40}.

La intimidación física, de información y la comunicación con el equipo de salud, son resultados con algunas divergencias con la literatura en pacientes pediátricos^{36,38-40}, particularmente en la entrega de información. En mayor detalle, la intimidación física asoma como una dimensión del trato digno pediátrico muy importante considerada por todos los perfiles de entrevistados, no así la de información, a la que los tutores no hacen referencia, siendo necesario indagar más sobre las causas de este punto. Ahora bien, en este contexto, salas de hospitalización con seis o más

pacientes, se transforman en un desafío para los profesionales hacia el resguardo de la intimidad en todo sentido^{29,36}, así como también la exposición en otros medios digitales más allá de la relación paciente-padres-profesional, sin el consentimiento del niño/a y sus padres que pueden transgredir la intimidad física. Respecto a la comunicación con el equipo de salud y entrega de información, esta es capaz de amortiguar los miedos en pacientes pediátricos⁴⁹, por lo que es vital que el personal de salud vele no solo por su entrega, sino que también por su comprensión, con un especial cuidado en las formas de comunicar. Su incorporación concuerda parcialmente con los hallazgos en otros estudios en población pediátrica, en donde estos esperan que los profesionales respondan sus preguntas y la de sus padres, pero no se hacen referencia a la entrega de información espontánea al paciente pediátrico^{36,40}.

La visualización del equipamiento e infraestructura hospitalaria, como componente del trato digno pediátrico, surge como hallazgo no visualizado en la literatura pediátrica consultada inicialmente. Ahora bien, en una búsqueda posterior, se logra identificar iniciativas que relevan la importancia de la participación de los pacientes pediátricos en los entornos hospitalarios construidos, como parte del resguardo de su dignidad⁵⁰. La mención a muebles, insumos o temperatura ambiente, incorpora directamente a terceros a la relación profesional de salud-familia, pudiendo ser funcionarios de insumos médicos u otros servicios muchas veces externalizados, quienes deben ser sensibilizados en torno al trato digno en pediatría.

Tanto la autonomía como el acompañamiento parental, concuerdan con la evidencia revisada en pediatría^{36,40} y otros ejes programáticos³⁷. Respecto del acompañamiento de los padres al paciente pediátrico durante el proceso de hospitalización, es mencionado por todos los perfiles de entrevistados, respaldando así iniciativas como el Hospital Amigo, implementada en nuestro país en 2006 y que fomenta el acompañamiento tanto diurno como nocturno de los padres hacia el menor hospitalizado⁷, contribuyendo a responder a las expectativas de trato digno en el paciente pediátrico y a su vez a la declaración internacional de derechos del niño¹⁷. Ahora bien, las expectativas que tienen los menores, a diferencia del resto de los perfiles, respecto del acompañamiento de ambos padres resulta difícil de cumplir, lo cual se ve mermado por la capacidad de infraestructura que presentan los establecimientos públicos de salud, en su mayoría con la posibilidad de recibir en la unidad

del paciente a un padre. Por otro lado, en relación a la autonomía de los pacientes, los tutores no hacen referencia a este punto, por lo que se hace necesario ahondar más al respecto. Si bien, para pacientes pediátricos y profesionales resulta importante el respetar la opinión y las decisiones de estos, el perfil profesional va más allá, visualizándolos inclusive como agentes activos dentro de su recuperación, lo que no fue señalado por otros perfiles, pero es una buena señal en torno a una visión más participativa de niñas y niños, como el centro del proceso hospitalario.

Las prácticas centradas en necesidad integral del paciente, resultan una de las categorías más importantes, ampliamente referenciadas por los entrevistados, incorporando aspectos biopsicosociales derivados de la experiencia de hospitalización, reforzando la relevancia de visualizar al paciente pediátrico como individuo holístico e integral, tal como mencionan teoristas como Martha Rogers⁵¹.

Las diversas dimensiones del trato digno identificadas permiten concluir que existen algunas divergencias según perfiles. Por tanto, la incorporación de múltiples visiones logra enriquecer la comprensión del trato digno en pediatría. Ahora bien, estas divergencias levantadas entre perfiles, pueden sugerir la necesidad de profundizar más aún en la temática en estudios que lo aborden desde un único perfil, lo cual puede ser una limitante en este estudio. Por otro lado, resulta un imperdible la incorporación de la visión de otros actores como el personal técnico paramédico, quienes tienen mucho que aportar por su prolongado contacto con el paciente pediátrico, lo que no es abordado en esta investigación, pero puede proyectarse como una futura línea investigativa, que puede ofrecer un gran aporte al conocimiento del tema.

Los resultados, pueden considerarse un elemento inicial en la construcción de un sistema de monitoreo y evaluación del trato digno hacia el paciente pediátrico, para el contexto chileno, y siendo además factibles de incorporar como insumo para la gestión administrativa y la praxis clínica. Ahora, sin duda, es un nicho que debe seguir siendo desarrollado, pues este estudio solo ha realizado un levantamiento de información en instituciones públicas, no así privadas, lo que podría ofrecer un contexto distinto e inclusive, comprensiones sobre el concepto aún más divergentes a lo reportado en esta investigación.

Es importante que los establecimientos hospitalarios consideren la retroalimentación de los menores respecto del trato que les es otorgado a lo largo de su proceso hospitalario, por lo que se deben fomen-

tar los espacios en donde estos puedan plasmar sus deseos respecto al trato, insumo que puede ser muy enriquecedor y debe sin duda ser utilizado por los equipos directivos con miras a la formación continua del profesional de la salud a su cargo, y al cumplimiento de la iniciativa Hospital Amigo.

Agradecimientos

Agradecemos al Servicio de Salud Metropolitano Central, por su recepción y disposición para realizar esta investigación.

Financiamiento

Este estudio no contó con el financiamiento de terceros, ni otras entidades estatales o privadas, ni tampoco mediante fondos concursables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Día Mundial de la Salud Mental 2015: Dignidad y Salud Mental [Internet]. www.who.int. 2015 [consultado 2017 Jun 17]. p. s.p. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2015_infosheet/es/
2. Nayeri ND, Karimi R, Sadeghee T. Iranian nurses and hospitalized teenagers' views of dignity. *Nurs Ethics* [Internet]. 2011 Jul [consultado 2020 Nov 18];18(4):474–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21788286/>
3. Hill C, Knafl KA, Santacroce SJ. Family-Centered Care From the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2018 Jul-Aug [consultado 2020 Oct 30];41: 22–33. Disponible en: [/pmc/articles/PMC35955783/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35955783/?report=abstract)
4. Borhani F, Abbaszadeh A, Rabori RM. Facilitators and threats to the patient dignity in hospitalized patients with heart diseases: A qualitative study. *Int J Community Based Nurs Midwifery* [Internet]. 2016 Jan 1 [consultado 2020 Nov 19];4(1):36–46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709810/>
5. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2000 [consultado 2016 Oct 8];78(6):717–31. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560787/>
6. Ministerio de salud; Subsecretaría de salud Pública. Ley Num. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
7. Chile. Servicio de Salud Metropolitano Central . Programa Hospital Amigo: humanizando la atención de salud [Internet]. Santiago de Chile; 2015 [consultado 2019 Aug 27]. Disponible en: https://www.ssmc.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/06/hospital-amigo.pdf
8. Kottow M. El pa(de)ciente. Santiago de Chile:LOM; 2015. p. 27–116.
9. Duzkaya DS, Uysal G, Akay H. Nursing Perception of the Children Hospitalized in a University Hospital. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2014 Oct 7;152:362–7.
10. Garcia S R, De la Barra F. Hospitalización de niños y adolescentes. *Revista médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2005 [consultado 2016 Oct 8];16:s.p. Disponible en: https://www.clinicalascondes.com/area_academica/Revista_Medica_Octubre_2005/articulo_006.htm
11. Bowlby J, Robertson J. A Two-Year-Old Goes to Hospital. *Proc R Soc Med* [Internet]. 1953 Jun [consultado 2016 Nov 16];46(6):425–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1918555/>
12. Wilson ME, Megel ME, Enenbach L, Carlson KL. The Voices of Children: Stories About Hospitalization. *J Pediatr Heal Care* [Internet]. 2010 Mar [consultado 2020 Nov 10];24(2):95–102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20189061/>
13. Forsner M, Jansson L, Sørli V. The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. *J Child Health Care* [Internet]. 2005 Jun 25 [consultado 2020 Nov 11];9(2):153–65. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15961369>
14. van Gennip IE, Pasmán HRW, Oosterveld-Vlug MG, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013 Aug [consultado 2020 Nov 19];50(8):1080–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23312465/>
15. Araneda I. Bioética y pediatría: relación médico - familia del paciente. *Rev med Clin Condes* [Internet]. 2011 [consultado 2020 Nov 11];22(2):238–41. Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_22_2/16_dra_araneda.pdf
16. Ministerio de salud; Gobierno de Chile. Norma Administrativa Programa Nacional de Salud de la Infancia

- [Internet]. Chile; 2013. p. 132 [consultado 2020 Nov 11]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2013_Norma-Administrativa-Programa-Nacional-de-Salud-de-la-Infancia.pdf
17. UNICEF. Derechos del niño hospitalizado. Todos los derechos para todos los niños [Internet]. 1995 p. diap. 4, 11 [consultado 2020 Nov 12]. Disponible en: <http://unicef.cl/web/derechos-de-los-ninos-hospitalizados-2/>
 18. Chile. Ministerio de Salud. Ordinario 2668. Informa orientaciones técnicas en la línea programática Hospital Amigo 2020. [Internet]. Ord. 2668 Sep 2, 2020. p. 1–5 [consultado 2020 Nov 11] Disponible en: https://ssbio-bio.cl/public/docs/hospital_amigo/Ord_2668_Orientaciones_Tecnicas_H_Amigo.pdf
 19. Martakis K, Brand H, Schröder-Bäck P. Developing child autonomy in pediatric healthcare: towards an ethical model. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2018 [consultado 2020 Nov 10];116(3):401–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.eng.e401>
 20. Deusdará Rodrigues BMR, de Araújo Pacheco ST, Oliveira Dias M, De Lima Cabral J, Ranquine Luz G, Folgosa da Silva T. Ethical perspective in care in pediatric nursing: view of nurses. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2013 [consultado 2020 Nov 10];21(6):743–7. Disponible en: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12038/9426>
 21. Ziedonis D, Larkin C, Appasani R. Dignity in mental health practice & research: Time to unite on innovation, outreach & education. *Indian J Med Res* [Internet]. 2016 Oct [consultado 2020 Nov 18]; 144(4):491–495. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5345292/>
 22. Albers G, Pasman HRW, Deliëns L, De Vet HCW, Onwuteaka-Philipsen BD. Does health status affect perceptions of factors influencing dignity at the end of life? *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2013 Jun [consultado 2020 Nov 19];45(6):1030–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23141880/>
 23. Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Escribano X, Balaguer A. Patient perspectives of dignity, autonomy and control at the end of life: Systematic review and meta-ethnography. *PLoS ONE* [Internet]. 2016 [consultado 2020 Nov 18];11. Disponible en: [/pmc/articles/PMC4806874/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC4806874/?report=abstract)
 24. Kennedy G. The importance of patient dignity in care at the end of life. *Ulster Med J* [Internet]. 2016 Jan 1 [consultado 2020 Nov 18];85(1):45–8. Disponible en: www.ums.ac.uk
 25. Pols J, Pasveer B, Willems D. The particularity of dignity: relational engagement in care at the end of life. *Med Heal Care Philos* [Internet]. 2018 Mar 1 [consultado 2020 Nov 18];21(1):89–100. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5814535/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC5814535/?report=abstract)
 26. Mehdipour-Rabori R, Abbaszadeh A, Borhani F. Human dignity of patients with cardiovascular disease admitted to hospitals of Kerman, Iran, in 2015. *J Med Ethics Hist Med* [Internet]. 2016 Jan 1 [consultado 2020 Nov 19];9:1–7. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5155306/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC5155306/?report=abstract)
 27. Zirak M, Ghafourifard M, Aliafsari Mamaghani E. Patients' Dignity and Its Relationship with Contextual Variables: A Cross-Sectional Study. *J Caring Sci* [Internet]. 2017 Mar 1 [consultado 2020 Nov 19];6(1):49–51. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5348662/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC5348662/?report=abstract)
 28. Li YC, Wang HH, Ho CH. Validity and reliability of the mandarin version of patient dignity inventory (pdi-mv) in cancer patients. *PLoS One* [Internet]. 2018 Sep 1 [consultado 2020 Nov 19];13(9). Disponible en: [/pmc/articles/PMC6126806/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC6126806/?report=abstract)
 29. Bevan V, Edwards C, Woodhouse K, Singh I. Dignified care for older people: Mixed methods evaluation of the impact of the hospital environment - single rooms or multi-bedded wards. *Heal Aging Res* [Internet]. 2016 [consultado 2018 Mar 20];5:1–8. Disponible en: <http://insights.ovid.com/crossref?an=01733189-201600000-00009>
 30. Valeberg BT, Liødøen I, Grimsmo B, Lindwall L. Nurse anaesthetist students' experiences of patient dignity in perioperative practice—a hermeneutic study. *Nurs Open* [Internet]. 2018 Jan 1 [consultado 2020 Nov 19];5(1):53–61. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5762717/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC5762717/?report=abstract)
 31. Kadivar M, Mardani-Hamooleh M, Kouhnavard M. Concept analysis of human dignity in patient care: Rodgers' evolutionary approach. *J Med Ethics Hist Med* [Internet]. 2018 Apr 18 [consultado 2020 Nov 19];11:4. Disponible en: [/pmc/articles/PMC6150922/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC6150922/?report=abstract)
 32. Thompson GN, McArthur J, Doupe M. Identifying markers of dignity-conserving care in long-term care: A modified delphi study. *PLoS One* [Internet]. 2016 Jun 1 [consultado 2020 Nov 19];11(6). Disponible en: [/pmc/articles/PMC4909197/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC4909197/?report=abstract)
 33. Superintendencia de salud. ¿Que es el trato digno para los pacientes? elementos que componen el trato digno. Informe global. [Internet]. Santiago de Chile; 2013 [consultado 2016 Oct 8]. Disponible en: <http://www.>

- supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9004_recurso_1.pdf
34. Jamalimoghadam N, Yektatalab S, Momennasab M, Ebadi A, Zare N. Hospitalized adolescents' perception of dignity: A qualitative study. *Nurs Ethics* [Internet]. 2017 Aug 14 [consultado 2018 Mar 25];096973301772082. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733017720828>
 35. Coyne I. Children's Experiences of Hospitalization. *J Child Heal Care* [Internet]. 2006 Dec [consultado 2017 Aug 22];10(4):326–36. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493506067884>
 36. Noghabi F, Yektatalab S, Momennasab M, Ebadi A, Zare N. Exploring children's dignity: A qualitative approach. *Electron J Gen Med* [Internet]. 2019 Apr 22 [consultado 2019 Aug 26];16(2). Disponible en: <http://www.journalssystem.com/ejgm/94093,0,2.html>
 37. Tripodi M, Siano MA, Mandato C, De Anseris AGE, Quitadamo P, Nuzio SG, et al. Humanization of pediatric care in the world: Focus and review of existing models and measurement tools. *Ital J Pediatr*. [Internet] 2017 [consultado 2020 Nov 11]; 43:76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28854953/>
 38. Boztepe H, Çınar S, Ay A. School-age children's perception of the hospital experience. *J Child Heal Care* [Internet]. 2017 Jun 1 [consultado 2020 Nov 10];21(2):162–70. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493517690454>
 39. Marcinowicz L, Abramowicz P, Zarzycka D, Abramowicz M, Konstantynowicz J. How hospitalized children and parents perceive nurses and hospital amenities: A qualitative descriptive study in Poland. *J Child Heal Care* [Internet]. 2016 Mar 1 [consultado 2020 Nov 11];20(1):120–8. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493514551313>
 40. Jamalimoghadam N, Yektatalab S, Momennasab M, Ebadi A, Zare N. Hospitalized adolescents' perception of dignity: A qualitative study. *Nurs Ethics* [Internet]. 2017 Aug [consultado 2017 Aug 22];0969733017720828. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733017720828>
 41. Vasquez Navarrete ML, Ferreira Dasilva MR, Mogollon Perez AS. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud [Internet]. 1a ed. Barcelona, España. Universitat Autònoma de Barcelona; 2006 [consultado 2020 Nov 11]. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=o2n57QYwMDIC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
 42. Chile. Ministerio de Salud. Norma General Técnica 150 sobre Criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios. Chile: MINSAL; 2013. p. 16.
 43. Chile. Ministerio de Salud. Ord. 2110. Nivel de complejidad en atención cerrada. Chile: MINSAL; 2012. p. 1–20.
 44. Vásquez L, Ferreira R, Mogollón A, Fernández J, Delgado E, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud [Internet]. 1era ed. Cali, Colombia. : Programa Editorial Universidad del Valle; 2017 [consultado 2021 Jun 8]. 129–145 p. Disponible en: https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/18611/Intro_a_las_tecnicas_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 45. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2003 [consultado 2018 Mar 21];11(1):53–81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?idp=1&id=171018074008&cid=13407>
 46. Peña y Lillo M. La importancia del acuerdo entre codificadores para el análisis de contenido. *Comun y medios* [Internet]. 2012;(25). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5242647.pdf>
 47. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2002 [consultado 2019 Sep 22];76(5):473–82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000500009&script=sci_arttext&tlng=en
 48. Noreña AL, Alcaraz-Moreno N, Rojas JC, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *AQUICHAN* [Internet]. 2012 [consultado 2019 Sep 22];12(3):263–74. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf>

49. Marrujo-Pérez KJ, Berumen-Burciaga LV, Mejía-Mejía Y, Palacios-Ceña D. El significado de la hospitalización desde la mirada del cuidador: estudio cualitativo. *Enferm Clin* [Internet]. 2016 Mar [consultado 2017 Aug 22];26(2):102–10. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862116000024>
50. Lambert V, Coad J, Hicks P, Glacken M. Young children's perspectives of ideal physical design features for hospital-built environments. *J Child Heal Care* [Internet]. 2014 Mar 19 [consultado 2020 Dec 23];18(1):57–71. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493512473852>
51. Vega P, Rivera M soledad. Cuidado holístico, ¿mito o realidad? [Internet]. Santiago de Chile; 2009 [consultado 2019 Aug 27]. Disponible en: http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/20-1/cuidado_holistico_mito_o_realidad.pdf

EL PUNTO DE REMISIÓN DE UNA EPIDEMIA LOCALIZADO POR SU ELASTICIDAD. APLICACIÓN A LA PRIMERA OLA DEL COVID-19 EN CHILE

THE REMISSION POINT OF AN EPIDEMIC IDENTIFIED BY ELASTICITY. APPLICATION TO THE FIRST WAVE OF COVID-19 IN CHILE

RESUMEN

Introducción. La detección de cambios en las características de un proceso aleatorio, conocido como el problema del cambio, se ha convertido en un área de investigación estadística en rápido desarrollo. La correcta y rápida detección de los cambios es relevante en muchas situaciones reales, en particular, en Epidemiología.

Materiales y Métodos. Como nueva métrica para determinar el momento efectivo de remisión de una epidemia (momento del cambio), se utiliza el concepto de elasticidad de una distribución de probabilidad, y se aplica a la reciente pandemia COVID-19 en Chile.

Resultados. La aplicación evidencia que existe una demora entre el día “pico” o día con el mayor número de casos, con el de “remisión” identificado por la elasticidad. En ese lapso temporal, entre pico y remisión, no deben suavizarse las medidas de control de la epidemia. Se obtiene una diferencia de 20 días entre los puntos de remisión de las series de contagios y muertes. Esta cifra puede interpretarse como una estimación de la supervivencia para los fallecidos durante la primera ola de COVID-19 una vez detectada en ellos la enfermedad. La comparación de los resultados de la aplicación con la de otros países sudamericanos muestra en ellos idéntico resultado que el observado en Chile, si bien con tiempos de demora entre pico y punto de remisión sensiblemente mayores.

Discusión. La medida usada en este trabajo es fácil de comunicar, no exige la formulación previa de hipótesis sobre el comportamiento de los datos y puede ser aplicada en tiempo real, tal y como se van conociendo los datos. Estas características de fácil aplicabilidad e interpretación, generando resultados razonables, la hacen atractiva e interesante para el estudio del cambio en series epidemiológicas.

Palabras clave. COVID-19, elasticidad, epidemiología, remisión, Sudamérica.

ABSTRACT

Introduction. Detecting changes in the evolution of a random process, known as the problem of change, has become a quickly developing area of statistical research. The correct and rapid detection of changes is relevant in many real-life situations, particularly in epidemiology.

Materials and Methods. As a new metric to time-locate the moment of remission of an epidemic (moment of change), the concept of the elasticity of a probability distribution is applied to the recent COVID-19 pandemic in Chile.

Results. The application shows that there is a delay between the “peak” day, or day with the highest number of cases, and the “remission” day as identified by elasticity. In this period, between peak and remission, the epidemic control measures should not be relaxed. A difference of 20 days is obtained between the remission points of the series of infections and deaths. This figure can be interpreted as an estimate of survival time for those diagnosed with the disease who subsequently died during the first wave of COVID-19. Comparing the results of the application with that of other South American countries, we observe the same result as that attained for Chile, although with significantly longer delay times between the peak and the point of remission.

Discussion. The measure used in this study is easy to communicate, does not require the prior formulation of hypotheses about the behaviour of the data and can be applied in real time, as and when the data is known. These characteristics of easy applicability and interpretation, generating reasonable results, make the application convenient for the study of change in epidemiological series.

Key words. COVID-19, elasticity, epidemiology, remission, South America.

INTRODUCCIÓN

La correcta modelización de la evolución de una enfermedad infecciosa tiene múltiples implicaciones, por lo que una gran cantidad de métodos han sido propuestos para tratar de anticipar y conocer el momento en que se encuentra una epidemia¹⁻⁶. La epidemia asociada a la COVID-19 ha supuesto un nuevo reto y nuevas aproximaciones han surgido recientemente⁷⁻¹². En este artículo ejemplificamos cómo el concepto de elasticidad^{11,13,14} puede utilizarse para identificar puntos de cambio en la evolución de una enfermedad infecciosa.

El concepto de elasticidad es ampliamente utilizado en física y en modelización económica (por ejemplo, en modelos de demanda y en optimización de precios). Este trabajo muestra su utilidad en Epidemiología, reforzando el paralelo entre disciplinas. Como concepto económico fue introducido por Alfred Marshall, quien lo tomó prestado de la física, y con esta interpretación se ha extendido muy recientemente al cálculo de probabilidades¹⁵, a los modelos de supervivencia¹⁶, a la gestión de riesgos¹⁷ o a la epidemiología¹¹. La elasticidad se utiliza para cuantificar la variación experimentada por una variable al cambiar otra.

El presente artículo desarrolla para la actual pandemia de la COVID-19 en Sudamérica una sencilla aplicación de la elasticidad para determinar el comienzo de su remisión. Otros métodos estadístico-probabilísticos más complejos diseñados para determinar el cambio en una serie epidemiológica pueden consultarse en la literatura^{11,18-22}.

El concepto de elasticidad aplicado a la localización del momento de remisión de una epidemia, entendida como el instante en que la velocidad en la acumulación de nuevos casos de la enfermedad es menor que la velocidad media de acumulación de casos habidos hasta ese momento, es un instrumento esencialmente descriptivo, de cálculo muy sencillo y, por tanto, de fácil aplicación. No requiere formulación previa de hipótesis sobre el modelo seguido por la pandemia e, incluso, puede estimarse en tiempo real, mientras se recopilan los datos. El momento del cambio en la evolución de la pandemia se producirá en el instante en el que los casos (contagios o defunciones, según la serie elegida) sea inferior a la media de casos ocurridos hasta entonces. En ese momento la elasticidad de la serie pasará de elástica a inelástica¹¹.

La sencillez de cálculo y su fácil aplicación son ventajas sustanciales para utilizar esta medida al proporcionar una información rápida y robusta que

puede resultar muy eficaz. La correcta identificación del punto de remisión facilita a los responsables sanitarios iniciar el levantamiento gradual de las medidas de control, higiénicas, sanitarias y sociales tomadas para frenar la extensión de la pandemia.

Este trabajo precisa, para los países de Sudamérica y con la medida propuesta, el día en el que comienza la remisión de la COVID-19, lo que permite compararla con la indicada por el valor máximo o “pico”.

La organización del trabajo es la siguiente: tras esta introducción, un segundo apartado metodológico enmarca el trabajo y recoge la definición de elasticidad. En el tercer apartado se aplica la metodología a la COVID-19 en Chile, y el cuarto resume en sendas tablas idéntica metodología para los demás países sudamericanos. El quinto apartado explicita las conclusiones. El trabajo finaliza con las referencias.

MATERIALES Y MÉTODOS

La detección de cambios en un proceso aleatorio se ha convertido en un área de investigación en rápido desarrollo. Entre ellos están los clásicos puntos máximo, mínimo o de inflexión, que señalan valores relevantes en la evolución epidémica: el momento “pico” o “cúspide”, en el que tanto delante como detrás los valores incorporados son inferiores; o el momento de inflexión, en el que la velocidad de crecimiento de las incorporaciones cambia de intensidad, pasando de un crecimiento acelerado a otro desacelerado, o viceversa.

La actual pandemia de la COVID-19 ha puesto de manifiesto un nuevo momento de interés: aquel en el que comienza su desaceleración real, el inicio de su remisión. Su rápida y correcta determinación es esencial para la gradual suavización de las estrictas medidas de control decididas por las autoridades sanitarias. Estas medidas inciden fuertemente en la vida social y económica de los países, y han supuesto frecuentes enfrentamientos, como mínimo dialécticos, entre gobiernos y fuerzas sociales, como es el caso de España²³. De hecho, la opinión pública de las sociedades democráticas afectadas ha insistido en la necesidad de establecer un equilibrio entre las medidas restrictivas y el efectivo control de la epidemia, manifestando la necesidad de contar con instrumentos informativos sencillos en los que basar una evaluación razonable, circunstancia que ocurrió en Chile desde la adopción de las primeras medidas²⁴.

La curva epidémica recoge la información básica para el estudio y análisis de la evolución de una

epidemia^{25,26}, es utilizada para conocer su dinámica, para predecir y anticipar sus tendencias. Permite conocer la magnitud de la enfermedad y su duración, el posible mecanismo de transmisión y el período de exposición²⁷. Tradicionalmente, el número máximo de casos determina el punto “álgido”, “pico” o “peak”, y es considerado como el de transición a partir del cual hay un cambio en la evolución de una epidemia y ésta empieza a declinar.

Esta explicación, muy utilizada en medios de comunicación, no es correcta, pues el alcance del pico suele ser saludado como buena noticia al considerar que ya puede permitirse relajar las medidas socio-sanitarias tomadas hasta entonces²⁸. De ahí la necesaria pedagogía por parte de la autoridad sanitaria para manifestar que el levantamiento de las posibles restricciones debe tener lugar con posterioridad al pico de la curva epidémica, esperando al momento de su remisión efectiva. Precisamente la medida propuesta en este trabajo permite determinar esa necesaria demora.

Basándonos en el concepto de elasticidad es posible encontrar una sencilla y pedagógica medida que cumple este cometido a partir de su definición en cálculo de probabilidades. Así, la elasticidad de una distribución de probabilidad de una variable aleatoria X continua, con dominio positivo, funciones de distribución $F(x)$ y de densidad $f(x)$, se define como:

[1]

$$Elas(x) = \frac{d \ln F(x)}{d \ln x} = \frac{F'(x)/F(x)}{1/x} = \frac{x \cdot f(x)}{F(x)} \geq 0$$

La elasticidad es positiva al serlo la variable aleatoria y ser creciente la función de distribución.

En Veres y Pavía (2012)¹⁶ se da una interpretación práctica del concepto de elasticidad, al describir su valor en un punto cualquiera como el cociente entre la función de densidad y el incremento de probabilidad medio hasta ese punto. O, lo que es lo mismo, el cociente entre la velocidad con que se incrementa la acumulación de probabilidad en ese punto y la “velocidad media” que dicho incremento ha experimentado hasta entonces. La interpretación anterior permite utilizarla como medida de localización del cambio en una serie temporal definida por la incorporación de nuevos casos, como es el caso

de una serie epidemiológica, y en particular para localizar su punto de remisión¹¹. Así, el punto que señala el inicio en dicha remisión se producirá en el momento en el que la velocidad en la acumulación de nuevos casos, o de defunciones, sea inferior a la acumulación media de casos o defunciones habidos hasta ese momento.

Con datos concretos, la estimación de la anterior expresión de la elasticidad admite la siguiente formulación:

[2]

$$Elas^*(t) = \lim_{\varepsilon \rightarrow 0} \frac{N(t + \varepsilon) - N(t) / \varepsilon}{N(t) / t} = \frac{t \cdot n(t)}{N(t)}$$

donde $n(t)$ es el número de nuevos casos, o defunciones, de la enfermedad epidémica aparecidos en el momento t , ε es una cantidad arbitraria tan pequeña como se desee, y $N(t)$ el número de casos, o defunciones, acumulados hasta entonces.

La interpretación de [1] es semejante a la considerada en Economía²⁹. Cuando tiende a infinito, situación de elasticidad perfecta, un incremento infinitesimal en el tiempo da lugar a un altísimo (teóricamente infinito) incremento en el número de casos. Un valor expresa una situación de elasticidad, donde un incremento en el tiempo se traduce en un incremento mayor en la acumulación de nuevos casos de la enfermedad. El valor, situación de elasticidad unitaria, se produce cuando un incremento infinitesimal del tiempo supone el mismo incremento en la acumulación de casos. Un valor describe una situación de inelasticidad, en tanto que un incremento en el tiempo supone un incremento menor en la acumulación de nuevos casos. Finalmente, el valor implica una situación de inelasticidad perfecta: un cambio infinitesimal en el tiempo no genera un incremento en la acumulación de casos de la enfermedad. Cuando hablamos de enfermedad lo ideal es alcanzar la inelasticidad.

A partir de la expresión [2] es posible localizar el punto de remisión t_r , que es en el que la serie cambia de situación de elástica a inelástica, por lo que se verifica la condición¹¹:

[3]

$$Elas^*(t_r) = 1$$

Esto es, el instante t_r en el que se verifica que.

$$t_r \cdot n(t_r) = N(t_r)$$

Dependiendo de la tipología de la epidemia, ésta podrá tener uno o varios puntos de remisión. En este caso, será el último el que determine formalmente el cambio. Caso distinto es la aparición de nuevas “olas” epidémicas, como las observadas en Europa, que deben tratarse como situaciones diferentes que exigen una nueva valoración epidemiológica y la reformulación de nuevas medidas de control. La situación expresada en [3] explícita también el momento en el que esa segunda ola pasaría a estar incontrolada, al transitar de una situación inelástica a otra elástica.

La consideración del punto de remisión efectiva en la evolución de una epidemia es más ilustrativa que el del simple valor máximo del número de casos, en cuanto pone en comparación el crecimiento en la aparición de nuevos casos con la historia anterior en la acumulación de ellos. En esta “estabilidad” reside su principal ventaja analítica, al compararse un valor actual con una media de valores anteriores, que es más estable a posibles variaciones puntuales en la evolución de un fenómeno.

Aplicación a la epidemia COVID-19 en Chile

Aplicamos detalladamente el concepto de elasticidad sobre la serie de casos confirmados (contagiados) para determinar el punto de remisión efectivo de la pandemia COVID-19 en Chile, ya que es el primer país sudamericano en alcanzar dicho punto. También aplicamos el mismo concepto sobre la serie de muertes. El último día estudiado es el 30/11/2020. La población de Chile ascendía a 18.729.160 habitantes (año 2018).

La remisión en la serie de contagiados es el punto en el que ya es posible plantear el progresivo levantamiento de las restricciones de control de la epidemia, momento seguramente deseado por la población que puede haber visto limitado sus derechos fundamentales de movilidad, reunión, condiciones de trabajo, etc.^{30,31}

Los datos³²

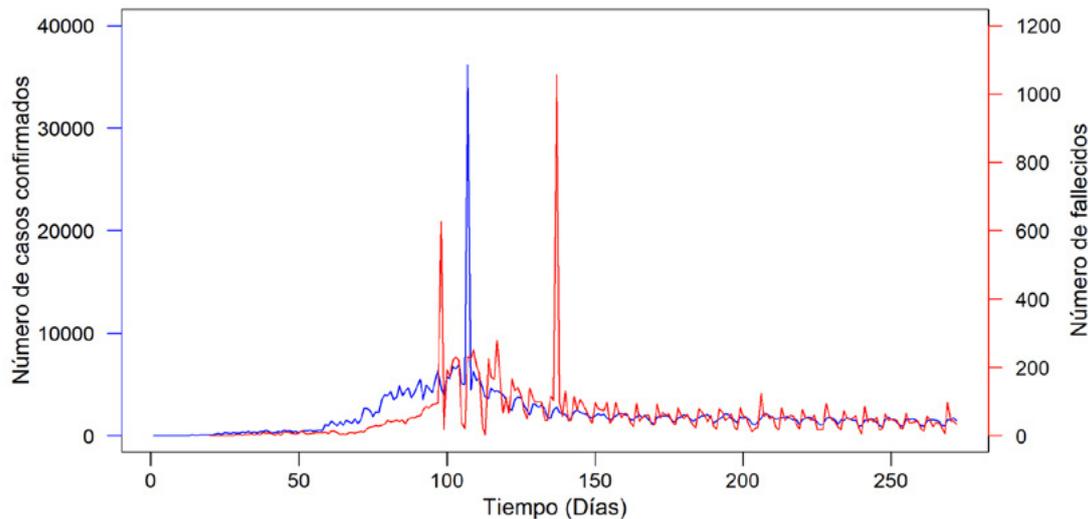
El Comité de Emergencias de la OMS declaró la emergencia internacional por el brote del coronavirus el 30/01/2020, declarándolo pandemia el 11/03/2020. El primer caso detectado en Chile fue el 4/03/2020 (día inicial o día 1 para los casos confirmados). La primera víctima mortal se dató el 23/03/2020 (día 1 para las defunciones). El 18/03/2020 el Gobierno chileno declaró un primer estado de emergencia, prorrogado posteriormente³³. Un acierto de la actuación de las autoridades sanitarias chilenas fue establecer confinamientos “selectivos y estratégicos” por barrios, municipios o zonas, lo que permitió no parar de golpe la actividad económica, amortiguando en parte el impacto nocivo de la epidemia sobre la economía chilena³⁴⁻³⁶.

Los 15.356 muertos a 30/11/2020 suponen una tasa de letalidad (muertos sobre contagiados) del 2,79%. Los contagiados por COVID-19 ascendían en esa fecha a 550.830, con una tasa de pacientes confirmados (contagiados sobre población) de 2.941,03 por cada cien mil habitantes, tasa alta al compararla con la de otros países y, en particular, con la de algunos países sudamericanos³⁷.

Los datos brutos presentan la típica evolución en dientes de sierra, que seguramente obedece tanto a la misma naturaleza de la enfermedad como a los problemas administrativos-sanitarios derivados de la inscripción de casos y defunciones. Esta mala contabilización suele ocurrir precisamente los fines de semana, en los que el control administrativo podría ser menor. De ahí que los datos originales se hayan suavizado con medias móviles de período siete, y que serán las series tratadas para la obtención de resultados. Esto supone perder en el cálculo de las elasticidades las tres primeras referencias temporales –lo que no es importante–, pero también las tres últimas. Esto último podría ser subsanado empleando modelización estadística, pero a fin de continuar con una aproximación sencilla y libre de distribuciones, en lo que sigue asumimos ese coste.

Si bien la calidad de los datos es aceptable, destacan las mediciones de los 627 y 1057 muertes ocurridas el 8/06/2020 y el 17/07/2020, respectivamente, y la de los 36.179 contagiados del 17/06/2020, que suponen regularizaciones de las series de datos hasta ese día sin estar asignados a su fecha real (figura 1).

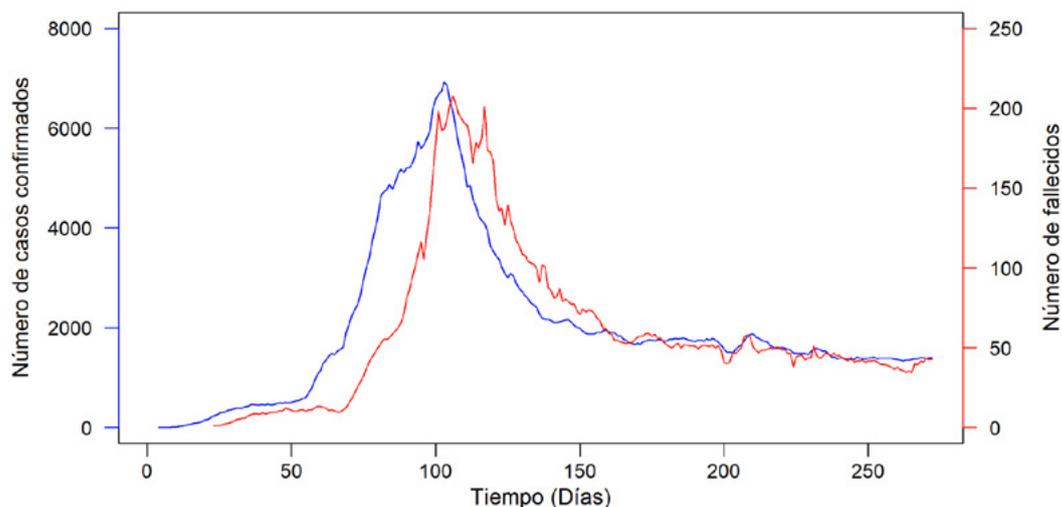
Figura 1. Número de contagiados y fallecidos por COVID-19 en Chile (datos brutos).



A fin de disminuir el efecto de esos valores atípicos, incluso sobre las respectivas series de datos suavizados, se ha procedido a valorar el dato correspondiente a esas tres fechas con las medias de los dos datos anteriores y los dos posteriores, y el exceso de muertes o de contagios no asignados se

reparten proporcionalmente a los valores de las fechas anteriores, entendiendo que el exceso de valor corresponde a hechos de días anteriores. Sobre el resultado de estos repartos se calculan las medias móviles de período siete utilizadas para el análisis posterior (figura 2 y Anexo).

Figura 2. Número de Contagiados y fallecidos por COVID-19 en Chile (datos suavizados, medias móviles de orden 7).



RESULTADOS

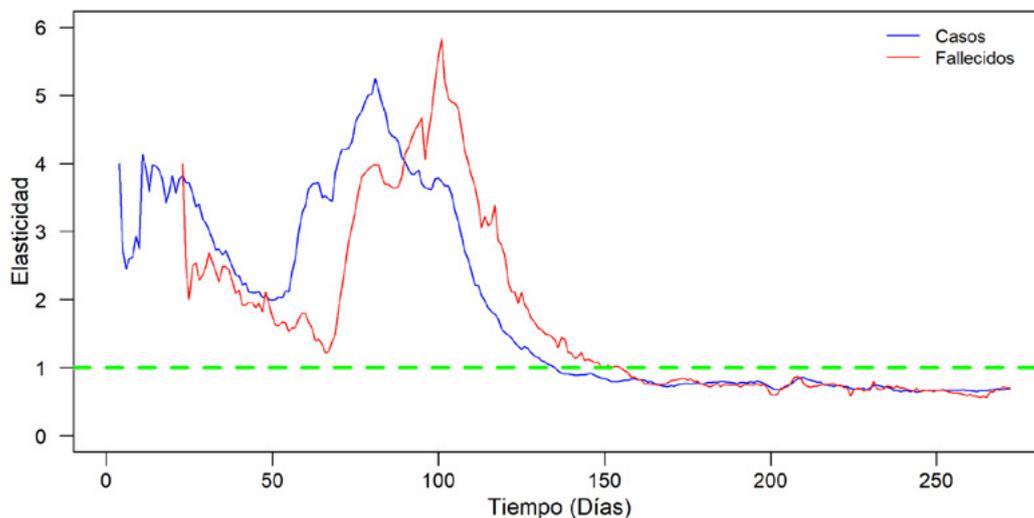
Siempre a partir de los datos suavizados, el número máximo de defunciones registradas en Chile por COVID-19 se alcanzó el 17/06/2020, con 207,6 defunciones. Es su día “pico” o “álgido”. Hasta ese día las defunciones aumentan y a partir de él, con algunas oscilaciones, descienden sin superar nunca el máximo alcanzado.

En el caso de los infectados por COVID-19, y también a partir de los datos suavizados, se aprecia que el número máximo de casos registrados se alcanza tres días antes, el 14/06/2020, con 6.927,47 casos. Es su día “pico” o “álgido”. Hasta ese día los contagios aumentan y a partir de él, con algunas oscilaciones, descienden sin superar nunca el máximo alcanzado. Especialistas habían avanzado que el día pico podría producirse un poco antes, en la primera semana de junio³⁸⁻⁴⁰.

Sin embargo, no puede afirmarse que es a partir de ese máximo de contagios cuando la epidemia entra en remisión/control. En efecto, utilizando la elasticidad

observamos que el momento del cambio real en la evolución de los contagios se produce mucho más tarde, el 17/07/2020 (135 días después de la aparición del primer caso), cuando la elasticidad de los contagios ya es menor que la unidad, manteniéndose así a partir de entonces. Existe por tanto un decalaje (desfase) respecto al máximo o día pico de 33 días, período durante el cual el control sanitario debió estar en vigor con todas sus medidas. Es a partir de ese último día cuando la incorporación de nuevos contagiados es inferior a la media de contagios diarios ocurridos hasta entonces (figura 3), pudiendo aceptarse que la epidemia inicia su remisión. A partir de entonces, pues, las autoridades sanitarias podían empezar a suavizar las medidas sanitario-sociales asumidas hasta entonces. En la figura 3, se detalla la elasticidad unitaria mediante una línea de trazo más grueso paralela al eje de abscisas. Aceptar el 14/06/2020 como inicio de la remisión de los contagios es discutible, lo que ad interim exigía a los responsables sanitarios una oportuna pedagogía para que así fuera entendido por la población.

Figura 3. Elasticidades de número de casos confirmados y defunciones por COVID-19 en Chile.

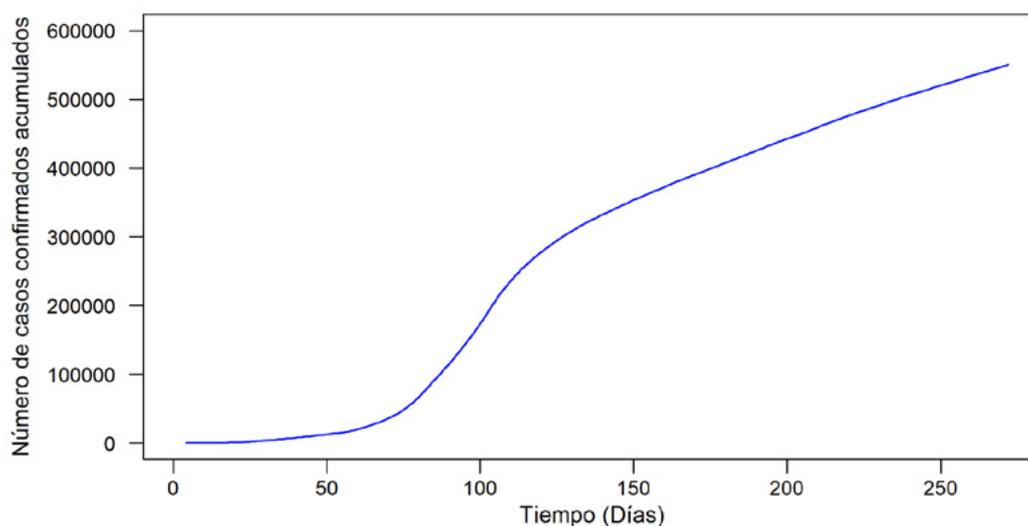


Las elasticidades máximas alcanzadas para muertes y contagiados fueron de 5,83 (el 12/06/2020) y 5,25 (el 23/05/2020). El 30/11/2020, último día de referencia, las elasticidades eran 0,71 y 0,69. Desde el 26/10/2020 la elasticidad de contagios permanece estable en el rango 0,65-0,70, alejándose del deseable comportamiento logístico (figura 4).

Como medida complementaria podemos utilizar la función de riesgo inverso, que puede ser interpretada

como una probabilidad condicional, la de que ocurra un contagio o defunción precisamente al final de un período de tiempo determinado de entre aquellos que han sido afectados. Dada la relación existente entre las funciones de elasticidad y riesgo inverso^{16,41}, observamos que el 17/06/2020 esa probabilidad era del 2,96%. Y para los nuevos contagios, el 14/06/2020, del 5,9%.

Figura 4. Número de casos confirmados acumulados por COVID-19 en Chile (datos originales suavizados).



La Tabla 1 siguiente resume los resultados obtenidos con las respectivas series suavizadas de fallecidos y contagiados:

Tabla 1. Días de cambio según el pico y la elasticidad

	Día "pico" (datos suavizados)	Día elasticidad unidad	Diferencia de días	Duración fase ascendente (según elasticidad)
Defunciones	17/06	6/08	50	136
Contagios	14/06	17/07	33	135

La interpretación de las variables epidemiológicas asociadas a la enfermedad tiene además mucho sentido utilizando los resultados que se derivan del análisis de la elasticidad. Utilizando el día pico como criterio para determinar el cambio, la diferencia temporal en la localización del cambio experimentado entre nuevos casos y defunciones es sólo de 3 días. Sin embargo, utilizando la elasticidad como criterio para determinar el momento de remisión de las series de muertes y contagiados, la diferencia temporal entre ambas es mayor, 20 días. Este último valor puede considerarse una primera estimación, aunque grosera, del tiempo que existe entre infección y defunción para los casos en las que ésta se produce, esto es, el tiempo de supervivencia de los fallecidos por COVID-19 una vez detectada la enfermedad.

Las diferencias entre fechas del primer dato de defunciones o contagios y la de la respectiva remisión según elasticidad es también más razonable empleando la elasticidad, pues es prácticamente la misma, 136 y 135 días, que correspondería a la estimación de la duración de la fase ascendente de la epidemia, para muertes y contagios. El decalaje (desfase) de 33 días para los contagios puede interpretarse también como medida del período de prudencia que debían mantener las autoridades antes de iniciar la desescalada, dando las oportunas explicaciones a la población para evitar rebotes de la enfermedad.

Destacar que las elasticidades de los nuevos contagios o muertes desde que toman valores menores que la unidad no bajaron para el periodo analizado de 0,6535 y de 0,5860, respectivamente, y los valores absolutos oscilaron alrededor de 1.300-1.500 y 35-55, lo que confirmaba que la permanencia de la enfermedad seguía sin erradicarse. La segunda oleada de contagios en Europa podría haber sido tomada como ejemplo para que la autoridad sanitaria chilena no bajase la atención prestada al control de la epidemia. Precisamente, el crecimiento sostenido

de la elasticidad en los primeros días de diciembre, que el 11/12/2020 alcanzaba ya el valor de 0,82, apuntaba para Chile el inicio de una segunda ola, confirmada efectivamente por una elasticidad de 1,11 en la semana 42 del inicio de la pandemia.

Aplicación a la epidemia COVID-19 en Sudamérica

Repitiendo el mismo proceso de cálculo que el empleado para Chile, comparamos la evolución del COVID-19 en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay, incluyendo los resultados para Chile del anterior apartado.

Los resultados se presentan tabulados, describen la evolución de la enfermedad en cada país, y constituyen una instantánea de su situación el último día de noviembre. Los datos de población son del año 2018 y las demás variables referidas al 30/11/2020. Evidentemente la información contenida en las tablas, dado su carácter acumulativo, es dinámica y está en permanente actualización, que no finalizará hasta que la COVID-19 esté erradicada en todos los países estudiados.

Las Tablas 2 y 3 recogen los resultados de la comparación. En la Tabla 2 se incluye la población, las tasas de contagios y de letalidad, el total de muertes y contagios (datos brutos), los días del primer contagio y muerte, y las elasticidades de muertes y contagios (calculadas con datos suavizados); la Tabla 3 recoge los días de cambio indicado por el pico (día del valor máximo en la serie de datos suavizados) y según la elasticidad (elasticidad unidad), los decalajes o diferencia de días entre ambos, y la duración de la fase ascendente de la epidemia medida por la diferencia entre el primer día con dato y el de remisión según la elasticidad. Por tanto y para cada país, la Tabla 3 pone de manifiesto si la epidemia había entrado ya en remisión, o si al 30/11/2020 seguía en expansión, esto último indicado por el símbolo ">":

Tabla 2. Datos básicos de la COVID-19 en los principales países de Sudamérica.

País	Población	Tasas	Total	Día	Elasticidades
		Contagios(*) Letalidad %	Muertes Contagios	1ºcontagio 1ªmuerte	Muertes Contagios
Argentina	44.560.000	3.184,04	38.474	4 marzo	1,45
		2,71	1.418.808	8 marzo	1,36
Bolivia	11.353.142	1.273,85	8.952	12 marzo	0,15
		6,19	144.622	30 marzo	0,19
Brasil	209.469.333	2.975,71	171.381	26 febrero	0,81
		2,75	6.233.202	18 marzo	1,73
Chile	18.729.160	2.941,03	15.356	4 marzo	0,71
		2,79	550.830	23 marzo	0,69
Colombia	49.834.000	2.625,47	36.584	7 marzo	1,25
		2,80	1.308.376	22 marzo	1,85
Ecuador	17.023.000	1.128,57	13.423	1 marzo	0,76
		6,99	192.117	14 marzo	1,57
Paraguay	7.053.000	1.161,29	1.743	8 marzo	1,92
		2,13	81.906	21 marzo	2,62
Perú	32.162.184	2.992,74	35.923	7 marzo	0,36
		3,73	962.530	20 marzo	0,50
Uruguay	3.449.299	165,71	76	15 marzo	3,31
		1,33	5.716	30 marzo	8,18

(*) Por 100.000 habitantes

Tabla 3. Estimaciones del momento del cambio para la COVID-19 en los principales países de Sudamérica.

País	Muertes			
	Día del cambio según día pico	Día de remisión según elasticidad	Diferencia entre días de cambio	Diferencia días entre primera muerte o contagio y de remisión según elasticidad
Argentina	25/09	>30/11(*)	>66	>267
Bolivia	2/08	16/09	45	170
Brasil	23/07	20/09	59	186
Chile	17/06	6/08	50	136
Colombia	25/08	>30/11(*)	>97	>253
Ecuador	9/09	13/10	34	213
Paraguay	21/09	>30/11(*)	>70	>254
Perú	13/08	27/08	14	160
Uruguay	1/11	>30/11(*)	>29	>245
Contagiados				
Argentina	19/10	>30/11(*)	>42	>271
Bolivia	20/07	17/09	59	171
Brasil	27/07	>30/11(*)	126	>278
Chile	14/06	17/07	33	135
Colombia	14/08	>30/11(*)	>108	>268
Ecuador	30/04	>30/11(*)	>214	>274
Paraguay	19/09	>30/11(*)	>72	>267
Perú	17/08	30/09	44	207
Uruguay	>30/11(*)	>30/11(*)	>0	>260

(*) Último día de referencia de este trabajo

A efectos de la comparación entre países, no toda la información tiene la misma calidad. En algunos existen días en los que no se contabilizan los casos, acumulándose a los siguientes. En otros se facilitan los datos iniciales con retraso, por lo que el día de inicio para el cálculo de las elasticidades es estimado. Finalmente, la cobertura de la información de algunos países no es completa, modificando el valor de las correspondientes tasas. Esto ocurre, por ejemplo, cuando el número de contagiados está subestimado, dando lugar a tasas de contagiados pequeñas, con el consiguiente efecto sobre las tasas de letalidad cuyo valor aumenta, pues la contabilización de las defunciones es más completa que la de contagiados.

Las autoridades de todos los países tomaron medidas socio-sanitarias con prontitud, procurando controlar la pandemia una vez confirmada su importancia por la OMS. Así, el Gobierno argentino declaró el estado de emergencia el 20/03/2020; el 21/03/2020 el Gobierno boliviano declaró una cuarentena, y la emergencia sanitaria el 25/03/2020; los gobiernos locales de varios estados brasileños fueron declarando situaciones de alarma, con diversas medidas de control, en ocasiones en clara discrepancia con el gobierno de la nación; el 25/03/2020 el Gobierno colombiano declaró el aislamiento preventivo obligatorio; en Ecuador, su Gobierno declaró la emergencia sanitaria el 12/03/2020; Paraguay fue pionera en tomar medidas que se revelaron muy efectivas, como la creación de tres hospitales de contingencia, el cierre de fronteras a los viajeros procedentes de China el 5/02/2020, o la cancelación de clases y cierre general de fronteras y de vuelos el 9/03/2020, por lo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) consideró su gestión como “muy positiva”; el 16/03/2020 el Gobierno peruano declaró la cuarentena general y el cierre de fronteras; finalmente, Uruguay, en principio el país de la región con mejor comportamiento ante la epidemia, como lo atestiguan los pequeños valores absolutos de muertes y contagios, que tomó medidas preventivas de cierre de fronteras, sin declarar estados de emergencia o alarma, por la baja incidencia de la enfermedad. Todos ellos han ido adoptando o modificando con posterioridad medidas complementarias conforme ha evolucionado la epidemia. Una fuente completa de las restricciones introducidas por los países puede consultarse en el Oxford Stringency Index, elaborado con datos de las Administraciones Públicas⁴². El uso de la información contenida en el Oxford Stringency Index permitiría analizar la evolución de la pandemia en función del momento en el

que se relajan las medidas restrictivas, en particular, en relación al punto de remisión y al punto peak.

Con pequeñas diferencias todos los países presentaron los primeros casos de muerte y contagio en un intervalo de fechas reducido (Tabla 2), por lo que estas fechas no son relevantes para determinar la evolución posterior de la enfermedad.

De los diez países estudiados, en sólo tres la epidemia había entrado en remisión al final del periodo de análisis considerado: Bolivia, Chile y Perú. Chile fue el primero en alcanzarla, y lo hizo con prontitud, 136 días después del primer contagio, frente a los 171 días de Bolivia y 207 días de Perú. La diferencia entre el día pico o máximo y el de remisión según la elasticidad fue de 33 días para Chile (la menor diferencia), 59 días para Bolivia y 44 para Perú. Durante esos días de diferencia la epidemia estaba todavía en fase ascendente, por lo que no debía iniciarse ningún proceso de desescalada.

Perú, tras su remisión, ha seguido un comportamiento parecido al de Chile, con un descenso de la elasticidad más lento que el de Bolivia, que lo ha tenido más pronunciado.

Bolivia y Ecuador presentan bajas tasas de contagios y altas de letalidad (Tabla 2), seguramente debido a la no contabilización completa de los contagiados y a la necesaria mejor contabilización de los fallecidos. Nuevamente la calidad de la información es relevante, como también los recursos utilizados en la detección de la enfermedad, no uniformes para todos los países. La tasa de letalidad es un buen indicador de su nivel sanitario.

Mención especial debe hacerse para Paraguay y, sobre todo, para Uruguay. Ambos países, según sus elasticidades, estaban lejos de llegar a la fase de desescalada (Tabla 2) al final del periodo de estudio. Sin embargo, sus tasas de pacientes son bajas y las de letalidad están en rango de países como Argentina y Chile. La explicación se encuentra en los bajos valores absolutos de contagios y muertes (5.716 y 76, respectivamente, para Uruguay). En ambos países la evolución ascendente ha sido muy lenta, con valores iniciales muy bajos, que han ido incrementándose. Ello determina que su elasticidad, que compara un valor actual con una media de valores pasados, proporcione valores mayores que la unidad. Sin embargo, los pequeños valores absolutos están indicando un control de la epidemia cuyos casos pueden absorberse por el sistema sanitario. En cualquier caso, la elasticidad superior a la unidad indica que la enfermedad está en expansión, si bien con unos valores absolutos de momento asumibles.

Reflexión opuesta puede hacerse para Brasil. Si bien la epidemia había entrado en remisión en lo que se refiere a las muertes, no lo era así para los contagios, los altos valores absolutos de ambos han estar presentes a la hora de tomar medidas de desescalada, debiendo tener en cuenta la cantidad de ambas que puede absorber su sistema sanitario.

DISCUSIÓN

La elasticidad es una buena medida para determinar el cambio experimentado por una serie temporal definida por acumulación de casos¹¹. Sus ventajas consisten en su facilidad de interpretación y sencillez de cálculo. Esto permite su aplicabilidad inmediata sin necesidad de metodologías y procesos estadístico-probabilísticos más o menos complejos, que exigen hipótesis previas sobre la distribución estadística de casos, que no son siempre posibles. Su sencillez también facilita su comunicación y comprensión por parte de la ciudadanía.

Frente a la consideración del punto “pico”, el punto determinado por la elasticidad compara la incorporación de nuevos casos con la evolución completa experimentada por la serie hasta ese momento, proporcionando una idea de la “pérdida de fuerza” que va experimentando la serie. Así, el cambio no se produce por la comparación de valores absolutos, sino por la comparación entre las velocidades de incorporación de casos actual y la experimentada hasta ese momento. Se trata de una comparación entre velocidades: la actual, momentánea e instantánea, con la media experimentada con anterioridad. La medida propuesta es una estimación válida para ese cociente.

El valor de la elasticidad sirve también para valorar el efecto de las medidas de control. Es una sencilla medida descriptiva que determina cuándo una enfermedad entra en remisión. El objetivo de los responsables sanitarios en la toma de decisiones y elección de instrumentos de control es reducir consistentemente su valor por debajo de 1. Mientras esté por encima de la unidad el crecimiento de los nuevos contagiados está fuera de control, mientras que un valor por debajo de uno indica que la epidemia se encuentra en remisión y ya es posible iniciar el levantamiento paulatino de las restricciones establecidas para el control de la epidemia. Este levantamiento puede ser más o menos intenso según sean los valores absolutos de muertes y contagios, y según sea la capacidad del sistema sanitario para absorberlos.

Consideración aparte es cómo debe ser el proceso

de decisión para la temporalidad e instrumentalización de la desescalada, una vez se haya confirmado el inicio de la remisión. Evidentemente también deben tenerse en cuenta los valores absolutos de los casos. En efecto, altos valores que supongan una presión fuerte sobre el sistema sanitario exige ser muy prudentes a la hora de suavizar las medidas de control, aunque las elasticidades sean inferiores a la unidad. En estos casos, de valores absolutos grandes, la disponibilidad de recursos sanitarios debe primar en la toma de decisiones. Por ello las actuaciones de los países no deben ser uniformes.

En la aplicación realizada para la epidemia del COVID-19 para Chile, que recordemos se centra en el periodo comprendido entre el 04/03/2020 y el 30/11/2020, se obtienen los siguientes hechos relevantes:

- El momento de remisión en la evolución del número de contagiados de la primera ola de la epidemia de COVID-19 se produjo el 17/07/2020, a los 135 días del primer caso detectado. Es en ese día cuando la velocidad de incorporación de nuevos casos es inferior a la media de los nuevos casos diarios experimentados hasta entonces. Si se hubiera utilizado el criterio del día pico como momento de remisión, ésta se hubiera adelantado al 14/06/2020, a los 102 días del primer caso detectado. Esto es, una diferencia de 33 días en los cuales, según este último criterio, la autoridad sanitaria podría haber levantado ciertas restricciones socio-sanitarias. Así pues, aceptar el 14/06/2020 como inicio de la remisión de los contagios es discutible, lo que ad interim exigía a los responsables sanitarios una oportuna pedagogía para que así fuera entendido por la población.
- El momento de remisión en la evolución del número de defunciones por la epidemia de COVID-19 se produjo el 6/08/2020, a los 136 días de la primera muerte. Es en ese día cuando la velocidad de incorporación de nuevas muertes es inferior a la media de los fallecimientos diarios experimentados hasta entonces. Si se hubiera utilizado el criterio del día pico como momento de remisión, ésta se hubiera adelantado al 17/06/2020, a los 86 días del primer fallecimiento.
- La diferencia entre los puntos de remisión de las series de contagios y muertes es de 20 días. Este valor puede considerarse una estimación de la supervivencia para los fallecidos por la primera ola de COVID-19 una vez detectada en ellos la enfermedad.

En la comparación entre diferentes países sudamericanos, destaca el comportamiento de Uruguay, cuyos valores absolutos de contagios y muertes eran pequeños, y no alteraron hasta entonces sensiblemente su sistema sanitario. Chile, fue el primer país en detectar la remisión de la epidemia, confirmando así la bondad de las medidas de control adoptadas hasta entonces. Bolivia y Perú en la fecha de referencia de este trabajo también presentaban su serie de contagiados en remisión. El resto de países no habían alcanzado aún ese punto, y presentaban un comportamiento temporal dispar.

Declaración de Intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés de ningún tipo.

Financiamiento

Los autores reconocen el soporte de CRUE-CSIC-Banco Santander a través del Fondo Supera COVID-19, proyecto ROCOGIS, y de la Generalitat Valenciana (Conselleria d'Innovació, Universitats, Ciència i Societat Digital), proyecto AICO/2021/257.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kermack WO, McKendrick AG, Walker GT. A contribution to the mathematical theory of epidemics. *Proceedings of the Royal Society A*. 1927;115:700–721.
2. Choisy M, Guégan J.F, Rohani P. Mathematical Modeling of Infectious Diseases Dynamics. En: *Encyclopedia of Infectious Diseases: Modern Methodologies* (Ed. Ti-bayrenc). Hoboken, NJ, USA: John Wiley and Sons; 2006. p. 379–403.
3. Brauer F. Compartmental Models in Epidemiology. En: Bauer F, van den Driessch P, Wu J, eds. *Lecture Notes in Mathematical Epidemiology*. Berlin/Heidelberg, Germany: Springer; 2008. p. 19–79.
4. Martcheva M. *An Introduction to Mathematical Epidemiology*. Berlin/Heidelberg, Germany: Springer; 2015.
5. Li MY. *An Introduction to Mathematical Modeling of Infectious Diseases*. Berlin/Heidelberg, Germany: Springer; 2018.
6. Brauer F, Castillo-Chavez C, Feng Z. *Mathematical Models in Epidemiology*. Berlin/Heidelberg, Germany: Springer; 2019.
7. Pell B, Kuang Y, Viboud C, Chowell G, Arora S, Jain R, Singh H.P. Epidemiological Models of SARS-CoV-2 (COVID-19) to Control the Transmission Based on Current Evidence: A Systematic Review. *Preprints* 2020. 2020;2020070262.
8. Schlickeiser R, Schlickeiser F. A Gaussian Model for the Time Development of the Sars-Cov-2 Corona Pandemic Disease. Predictions for Germany Made on 30 March 2020. *Physics*. 2020;2:164–170.
9. Valvo PS. A Bimodal Lognormal Distribution Model for the Prediction of COVID-19 Deaths. *Applied Sci.*2020;10(23):8500.
10. Roda WC, Varughese MB, Han D, Li MY. Why is it difficult to accurately predict the COVID-19 epidemic? *Infect Dis Model*. 2020;5:271-281
11. Veres EJ, Pavía JM. Elasticity as a measure for online determination of remission points in ongoing epidemics. *Stat Med*. 2021 Feb 20;40(4):865-884.
12. Mora JC, Pérez S, Dvorzhak, A. Application of a Semi-Empirical Dynamic Model to Forecast the Propagation of the COVID-19 Epidemics in Spain. *Forecasting*. 2020;2,452–469.
13. Lariviere MA. A Note on Probability Distributions with Increasing Generalized Failure Rates. *Operations Research*. 2006;54(3):602–604.
14. Belzunce F, Candel J, Ruiz JM. Ordering of truncated distributions through concentration curves. *Sankhya*. 1995;57:375–383.
15. Veres EJ, Pavía JM. La elasticidad: una nueva herramienta para caracterizar distribuciones de probabilidad. *Rect@*. 2012;13:145–58.
16. Veres EJ, Pavía JM. On the relationship between the reversed hazard rate and elasticity. *Statistical Papers*. 2014;55:275–84.
17. Pavía JM, Veres EJ. Is the cardholder an efficient alarm system to detect credit card incidents? *International J Consumer Studies*. 2016;40:229–34.
18. Amorós R, Conesa D, Martínez-Beneito MA, López-Quílez A. Statistical methods for detecting the onset of influenza outbreaks: a review. *REVSTAT–Stat J*. 2015;13(1):1-62.
19. Unkel S, Farrington CP, Garthwaite PH, Robertson C, Andrews N. Statistical methods for the prospective detection of infectious disease outbreaks: a review. *J R Stat Soc Ser A Stat Soc*. 2012;175(Part1):49-82.

20. Martínez-Beneito MA, Conesa D, López-Quílez A, López-Maside A. Bayesian Markov switching models for the early detection of influenza epidemics. *Stat Med*. 2008;27:4455-4468.
21. Conesa D, Martínez-Beneito MA, Amorós R, López-Quílez A. Bayesian hierarchical Poisson models with a hidden Markov structure for the detection of influenza epidemic outbreaks. *Stat Methods Med Res*. 2011;24(2):206-223.
22. Chen Z, Li Z, Zhou M. Detecting change-points in epidemic models. *J Adv Stati*. 2016;1(4):181-190.
23. Deutsche Welle: Protestas y disturbios violentos en España por las medidas anti-COVID. Disponible en: <https://www.dw.com/es/protestas-y-disturbios-violentos-en-espa%C3%B1a-por-las-medidas-anti-covid/a-55464002>
24. Castiglione R. La política chilena en tiempos de pandemia. *Nueva Sociedad* [Internet]. 2020;287 [consultado en sept 2020]. Disponible en: <https://www.nuso.org/articulo/la-politica-chilena-en-tiempos-de-pandemia/>
25. Idrovo AJ. Epidemias, endemias y conglomerados: conceptos básicos. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2000;48(2):175-80.
26. Torok M. Curvas epidémicas. *FOCUS on Field Epidemiology* [Internet]. 1(5) [consultado en jun 2020]. Disponible en: https://nciph.sph.unc.edu/focus/vol1/issue5/1-5EpiCurves_espanol.pdf
27. CDC. Principles of epidemiology, 2nd edition. GA: Public Health Practice Program Office, Atlanta;1992.
28. Con base en los más recientes reportes del Instituto Nacional de Salud, el Gobierno Nacional se ha permitido anunciar el inicio del descenso en el pico de la epidemia de Zika. *El Mundo.com*; 2016 dic 22.
29. Case KE, Fair RC. Principles of economics, 8th edn. Prentice-Hall, Englewood Cliffs;2007.
30. Gay-Pobes M. Teruel recibe con alegría la noticia del levantamiento de restricciones. *Aragondigital* [Internet]. 2021 Mar 10 [consultado en octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.aragondigital.es/2021/03/10/teruel-recibe-con-alegria-la-noticia-del-levantamiento-de-restricciones/>
31. Agencia EFE. Santiago de Chile vive su primer fin de semana sin cuarentena desde marzo. *EFE* [Internet]. 2021 jul 24 [consultado en octubre de 2020]. Disponible en <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/santiago-de-chile-vive-su-primer-fin-semana-sin-cuarentena-desde-marzo/20000013-4594148>
32. European Centre for Disease Prevention and Control. Datos de contagios y muertos por COVID-19, para Chile y demás países sudamericanos [Internet]. En <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/>
33. Agencia EFE. Chile prolonga megacuarentena en Santiago tras nuevo pico de casos y muertes. *EFE* [Internet]. 2020 may. 20 [consultado en nov 2020]. Disponible en: <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/chile-prolonga-megacuarentena-en-santiago-tras-nuevo-pico-de-casos-y-muertes/20000013-4251407>
34. Chile adopta medidas financieras y tributarias para afrontar la crisis del coronavirus. *Garrigues Comunica* [Internet]. 2020 mar 20 [consultado en sept 2020]. Disponible en: https://www.garrigues.com/es_ES/noticia/covid-19-chile-adopta-medidas-financieras-y-tributarias-para-afrontar-la-tesis-del
35. Gobierno de Chile. Gestión de Chile en la pandemia [Internet]. Chile: Gobierno de Chile; 2021 [consultado en octubre 2020]. Disponible en: <https://www.gob.cl/coronavirus/gestionpandemia/>
36. Opinión sobre las medidas gubernamentales para contener la pandemia del coronavirus (COVID-19) en Chile en marzo de 2020. [Internet] *Statista* [consultado en agosto de 2020]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1110524/chile-opinion-medidas-gobierno-pandemia-covid-19/>
37. COVID-19, datos de Chile. [Internet] *Expansión/Datos-macro.com* [consultado en sept de 2020]. Disponible en <https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus/chile>
38. Noguera Montoya S. En Chile calculan el pico de contagios de COVID-19 en la primera semana de junio. *Anadolu Agencia* [Internet]. 2020 may 26 [consultado en sept 2020]. Disponible en: <https://www.aa.com.tr/es/mundo/en-chile-calculan-el-pico-de-contagios-de-covid-19-en-la-primera-semana-de-junio/1854298>
39. Sepúlveda P. Mes crítico: proyección de la U. de Chile estima un peak de 7 mil casos diarios de Covid-19 para la primera semana de junio. *La Tercera* [Internet]. 2020 may 26 [consultado en sept 2020]. Disponible en: <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/mes-critico-proyeccion-de-la-u-de-chile-estima-un-peak-de-7-mil-casos-diarios-de-covid-19-primera-semana-de-junio/YSJ6VOIAARDCHG443DXXLYCWRU/>

40. Canals M, Canals A, Cuadrado C. Informe COVID-19 Chile al 24.05.2020 [Internet]. Santiago: Escuela de Salud Pública; 2020 [consultado en octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/163710/informe-covid-19-chile-al-24052020>
41. Veres EJ, Pavía JM. Properties of the elasticity of a continuous random variable. A special look at its behavior and speed of change. *Communications in Statistics - Theory and Methods*. 2017;46(6):3054–69.
42. University of Oxford. Blavatnik School of Government. Oxford Stringency Index. [Internet] [consultado en nov de 2020]. Disponible en: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker>

ANEXO

Epidemia por COVID-19. Chile
Contagios diarios y acumulados, defunciones diarias y acumuladas, y elasticidades, tras la suavización por medias móviles de período [7],

Fecha	Contagios				Defunciones			
	Referencia temporal casos	Casos diarios	Casos acumulados	Elasticidad	Referencia temporal defunciones	Defunciones diarias	Defunciones acumuladas	Elasticidad
07/03/2020	4	2,16	2,16	4,00				
08/03/2020	5	2,66	4,82	2,76				
09/03/2020	6	3,32	8,14	2,45				
10/03/2020	7	4,82	12,96	2,60				
11/03/2020	8	6,31	19,28	2,62				
12/03/2020	9	9,31	28,58	2,93				
13/03/2020	10	10,80	39,38	2,74				
14/03/2020	11	23,76	63,14	4,14				
15/03/2020	12	30,57	93,72	3,91				
16/03/2020	13	35,73	129,44	3,59				
17/03/2020	14	51,35	180,79	3,98				
18/03/2020	15	64,97	245,76	3,97				
19/03/2020	16	79,10	324,85	3,90				
20/03/2020	17	92,55	417,41	3,77				
21/03/2020	18	98,04	515,45	3,42				
22/03/2020	19	119,81	635,25	3,58				
23/03/2020	20	150,21	785,47	3,82				
24/03/2020	21	160,18	945,65	3,56				
25/03/2020	22	195,41	1141,06	3,77				
26/03/2020	23	227,98	1369,04	3,83	4	1,1	1,1	4,00
27/03/2020	24	250,41	1619,46	3,71	5	1,1	2,2	2,50
28/03/2020	25	282,98	1902,44	3,72	6	1,1	3,4	2,00
29/03/2020	26	301,76	2204,20	3,56	7	1,9	5,2	2,50
30/03/2020	27	313,89	2518,08	3,37	8	2,4	7,6	2,54
31/03/2020	28	348,62	2866,70	3,41	9	2,6	10,2	2,29
01/04/2020	29	353,44	3220,14	3,18	10	3,2	13,4	2,36
02/04/2020	30	374,21	3594,34	3,12	11	3,9	17,3	2,48
03/04/2020	31	387,50	3981,84	3,02	12	5,0	22,3	2,70
04/04/2020	32	393,15	4374,99	2,88	13	5,4	27,7	2,53

05/04/2020	33	395,14	4770,13	2,73	14	5,8	33,5	2,41
06/04/2020	34	417,91	5188,04	2,74	15	6,0	39,5	2,26
07/04/2020	35	426,71	5614,76	2,66	16	7,3	46,7	2,49
08/04/2020	36	459,28	6074,04	2,72	17	8,0	54,7	2,49
09/04/2020	37	459,62	6533,66	2,60	18	8,6	63,3	2,44
10/04/2020	38	455,63	6989,28	2,48	19	8,6	71,9	2,26
11/04/2020	39	450,31	7439,59	2,36	20	8,4	80,3	2,09
12/04/2020	40	465,43	7905,03	2,36	21	9,1	89,4	2,14
13/04/2020	41	453,14	8358,16	2,22	22	8,6	97,9	1,92
14/04/2020	42	471,08	8829,24	2,24	23	8,9	106,9	1,92
15/04/2020	43	457,12	9286,37	2,12	24	9,5	116,4	1,96
16/04/2020	44	465,76	9752,13	2,10	25	9,9	126,2	1,95
17/04/2020	45	477,73	10229,86	2,10	26	9,9	136,1	1,89
18/04/2020	46	495,51	10725,37	2,13	27	10,6	146,7	1,95
19/04/2020	47	484,37	11209,74	2,03	28	10,2	157,0	1,83
20/04/2020	48	502,32	11712,06	2,06	29	12,3	169,3	2,11
21/04/2020	49	499,33	12211,39	2,00	30	11,7	181,0	1,94
22/04/2020	50	507,47	12718,86	1,99	31	10,8	191,8	1,75
23/04/2020	51	519,77	13238,63	2,00	32	10,2	202,0	1,62
24/04/2020	52	538,88	13777,51	2,03	33	10,4	212,5	1,62
25/04/2020	53	549,35	14326,85	2,03	34	11,0	223,4	1,67
26/04/2020	54	587,07	14913,92	2,13	35	11,2	234,6	1,67
27/04/2020	55	596,37	15510,29	2,11	36	10,4	245,0	1,53
28/04/2020	56	699,73	16210,01	2,42	37	11,0	256,0	1,59
29/04/2020	57	781,31	16991,33	2,62	38	11,2	267,2	1,59
30/04/2020	58	926,71	17918,04	3,00	39	12,3	279,5	1,71
01/05/2020	59	1052,16	18970,20	3,27	40	13,2	292,7	1,81
02/05/2020	60	1134,92	20105,12	3,39	41	13,4	306,1	1,80
03/05/2020	61	1271,34	21376,45	3,63	42	12,7	318,8	1,67
04/05/2020	62	1356,41	22732,87	3,70	43	12,1	330,9	1,57
05/05/2020	63	1422,05	24154,92	3,71	44	10,8	341,7	1,39
06/05/2020	64	1489,51	25644,43	3,72	45	11,2	352,8	1,42
07/05/2020	65	1459,60	27104,04	3,50	46	10,6	363,5	1,34
08/05/2020	66	1529,23	28633,27	3,52	47	9,7	373,1	1,22
09/05/2020	67	1565,29	30198,55	3,47	48	9,9	383,0	1,24
10/05/2020	68	1612,64	31811,20	3,45	49	11,2	394,2	1,39
11/05/2020	69	1883,16	33694,36	3,86	50	12,1	406,3	1,49
12/05/2020	70	2070,27	35764,62	4,05	51	15,5	421,7	1,87

13/05/2020	71	2254,88	38019,50	4,21	52	18,6	440,4	2,20
14/05/2020	72	2361,06	40380,55	4,21	53	21,8	462,1	2,50
15/05/2020	73	2478,37	42858,92	4,22	54	25,7	487,8	2,84
16/05/2020	74	2658,00	45516,92	4,32	55	28,9	516,7	3,07
17/05/2020	75	2967,40	48484,31	4,59	56	32,4	549,1	3,30
18/05/2020	76	3196,37	51680,69	4,70	57	36,9	586,0	3,59
19/05/2020	77	3413,22	55093,91	4,77	58	41,2	627,1	3,81
20/05/2020	78	3708,00	58801,91	4,92	59	43,9	671,1	3,86
21/05/2020	79	3982,17	62784,08	5,01	60	46,9	718,0	3,92
22/05/2020	80	4207,50	66991,58	5,02	61	49,9	767,9	3,96
23/05/2020	81	4642,35	71633,93	5,25	62	52,7	820,6	3,98
24/05/2020	82	4716,13	76350,06	5,07	63	55,3	875,9	3,98
25/05/2020	83	4764,32	81114,38	4,88	64	55,3	931,2	3,80
26/05/2020	84	4878,97	85993,35	4,77	65	56,0	987,2	3,69
27/05/2020	85	4782,43	90775,78	4,48	66	58,5	1045,7	3,69
28/05/2020	86	4896,09	95671,87	4,40	67	60,3	1106,0	3,65
29/05/2020	87	5082,36	100754,23	4,39	68	62,6	1168,6	3,64
30/05/2020	88	5178,07	105932,30	4,30	69	65,5	1234,1	3,66
31/05/2020	89	5105,46	111037,76	4,09	70	71,1	1305,3	3,81
01/06/2020	90	5207,48	116245,24	4,03	71	80,8	1386,1	4,14
02/06/2020	91	5209,15	121454,39	3,90	72	86,8	1472,8	4,24
03/06/2020	92	5294,22	126748,61	3,84	73	93,8	1566,7	4,37
04/06/2020	93	5464,71	132213,32	3,84	74	101,3	1668,0	4,49
05/06/2020	94	5726,42	137939,74	3,90	75	108,6	1776,5	4,58
06/06/2020	95	5597,64	143537,38	3,70	76	116,2	1892,7	4,67
07/06/2020	96	5661,78	149199,16	3,64	77	105,4	1998,2	4,06
08/06/2020	97	5793,88	154993,05	3,63	78	121,8	2120,0	4,48
09/06/2020	98	5948,75	160941,80	3,62	79	136,1	2256,1	4,77
10/06/2020	99	6371,98	167313,77	3,77	80	156,7	2412,8	5,19
11/06/2020	100	6581,84	173895,62	3,78	81	178,5	2591,3	5,58
12/06/2020	101	6670,41	180566,03	3,73	82	198,4	2789,7	5,83
13/06/2020	102	6744,69	187310,72	3,67	83	186,4	2976,0	5,20
14/06/2020	103	6927,47	194238,19	3,67	84	186,7	3162,7	4,96
15/06/2020	104	6843,27	201081,45	3,54	85	193,5	3356,2	4,90
16/06/2020	105	6552,68	207634,14	3,31	86	202,5	3558,7	4,89
17/06/2020	106	6328,97	213963,11	3,14	87	207,6	3766,2	4,79
18/06/2020	107	6012,39	219975,50	2,92	88	202,6	3968,9	4,49
19/06/2020	108	5660,53	225636,03	2,71	89	196,2	4165,1	4,19

20/06/2020	109	5464,23	231100,26	2,58	90	193,5	4358,6	4,00
21/06/2020	110	5174,66	236274,92	2,41	91	190,4	4549,0	3,81
22/06/2020	111	4826,86	241101,78	2,22	92	189,4	4738,4	3,68
23/06/2020	112	4851,57	245953,35	2,21	93	180,2	4918,6	3,41
24/06/2020	113	4566,71	250520,06	2,06	94	165,5	5084,1	3,06
25/06/2020	114	4431,14	254951,20	1,98	95	178,5	5262,6	3,22
26/06/2020	115	4232,43	259183,63	1,88	96	174,8	5437,5	3,09
27/06/2020	116	4148,00	263331,63	1,83	97	182,1	5619,6	3,14
28/06/2020	117	4089,43	267421,06	1,79	98	200,8	5820,3	3,38
29/06/2020	118	3946,71	271367,78	1,72	99	173,5	5993,8	2,86
30/06/2020	119	3639,57	275007,35	1,57	100	172,6	6166,4	2,80
01/07/2020	120	3532,71	278540,06	1,52	101	166,8	6333,2	2,66
02/07/2020	121	3440,14	281980,20	1,48	102	143,4	6476,6	2,26
03/07/2020	122	3364,29	285344,49	1,44	103	135,6	6612,2	2,11
04/07/2020	123	3222,57	288567,06	1,37	104	137,3	6749,5	2,12
05/07/2020	124	3089,43	291656,49	1,31	105	126,6	6876,2	1,93
06/07/2020	125	3005,71	294662,20	1,28	106	139,2	7015,3	2,10
07/07/2020	126	3096,43	297758,63	1,31	107	129,3	7144,6	1,94
08/07/2020	127	3026,43	300785,06	1,28	108	123,9	7268,5	1,84
09/07/2020	128	2883,14	303668,20	1,22	109	116,9	7385,5	1,73
10/07/2020	129	2787,00	306455,20	1,17	110	113,9	7499,4	1,67
11/07/2020	130	2728,57	309183,78	1,15	111	108,6	7608,0	1,58
12/07/2020	131	2639,14	311822,92	1,11	112	107,8	7715,7	1,56
13/07/2020	132	2588,86	314411,78	1,09	113	104,0	7819,8	1,50
14/07/2020	133	2497,43	316909,20	1,05	114	103,2	7923,0	1,48
15/07/2020	134	2466,43	319375,63	1,03	115	102,4	8025,4	1,47
16/07/2020	135	2402,43	321778,06	1,01	116	99,4	8124,8	1,42
17/07/2020	136	2269,86	324047,92	0,95	117	91,1	8215,8	1,30
18/07/2020	137	2196,00	326243,92	0,92	118	102,0	8317,8	1,45
19/07/2020	138	2170,00	328413,92	0,91	119	100,6	8418,5	1,42
20/07/2020	139	2171,00	330584,92	0,91	120	87,2	8505,7	1,23
21/07/2020	140	2151,57	332736,49	0,91	121	86,1	8591,8	1,21
22/07/2020	141	2109,29	334845,78	0,89	122	81,0	8672,8	1,14
23/07/2020	142	2106,57	336952,35	0,89	123	82,1	8755,0	1,15
24/07/2020	143	2122,86	339075,20	0,90	124	87,0	8842,0	1,22
25/07/2020	144	2127,71	341202,92	0,90	125	79,1	8921,1	1,11
26/07/2020	145	2159,57	343362,49	0,91	126	80,4	9001,5	1,13
27/07/2020	146	2167,57	345530,06	0,92	127	79,4	9081,0	1,11

28/07/2020	147	2111,00	347641,06	0,89	128	77,0	9158,0	1,08
29/07/2020	148	2051,86	349692,92	0,87	129	77,6	9235,5	1,08
30/07/2020	149	2009,43	351702,35	0,85	130	73,3	9308,8	1,02
31/07/2020	150	1991,57	353693,92	0,84	131	70,9	9379,7	0,99
01/08/2020	151	1938,57	355632,49	0,82	132	74,3	9454,0	1,04
02/08/2020	152	1880,29	357512,78	0,80	133	72,1	9526,1	1,01
03/08/2020	153	1878,29	359391,06	0,80	134	73,4	9599,5	1,02
04/08/2020	154	1876,43	361267,49	0,80	135	73,1	9672,7	1,02
05/08/2020	155	1879,71	363147,20	0,80	136	71,6	9744,3	1,00
06/08/2020	156	1909,29	365056,49	0,82	137	68,3	9812,5	0,95
07/08/2020	157	1903,57	366960,06	0,81	138	67,0	9879,5	0,94
08/08/2020	158	1935,86	368895,92	0,83	139	61,7	9941,3	0,86
09/08/2020	159	1950,57	370846,49	0,84	140	61,9	10003,1	0,87
10/08/2020	160	1920,71	372767,20	0,82	141	59,0	10062,1	0,83
11/08/2020	161	1909,00	374676,20	0,82	142	58,6	10120,7	0,82
12/08/2020	162	1898,00	376574,20	0,82	143	54,6	10175,3	0,77
13/08/2020	163	1839,86	378414,06	0,79	144	54,9	10230,1	0,77
14/08/2020	164	1841,43	380255,49	0,79	145	53,6	10283,7	0,76
15/08/2020	165	1779,71	382035,20	0,77	146	53,4	10337,1	0,75
16/08/2020	166	1748,43	383783,63	0,76	147	52,6	10389,7	0,74
17/08/2020	167	1695,57	385479,20	0,73	148	53,3	10443,0	0,76
18/08/2020	168	1687,86	387167,06	0,73	149	53,1	10496,1	0,75
19/08/2020	169	1665,43	388832,49	0,72	150	54,7	10550,8	0,78
20/08/2020	170	1686,57	390519,06	0,73	151	56,7	10607,5	0,81
21/08/2020	171	1674,14	392193,20	0,73	152	57,1	10664,7	0,81
22/08/2020	172	1723,71	393916,92	0,75	153	57,6	10722,3	0,82
23/08/2020	173	1732,86	395649,78	0,76	154	58,9	10781,1	0,84
24/08/2020	174	1761,14	397410,92	0,77	155	58,9	10840,0	0,84
25/08/2020	175	1750,43	399161,35	0,77	156	57,3	10897,3	0,82
26/08/2020	176	1743,29	400904,63	0,77	157	58,4	10955,7	0,84
27/08/2020	177	1757,29	402661,92	0,77	158	55,6	11011,3	0,80
28/08/2020	178	1758,43	404420,35	0,77	159	56,0	11067,3	0,80
29/08/2020	179	1736,86	406157,20	0,77	160	53,3	11120,5	0,77
30/08/2020	180	1737,14	407894,35	0,77	161	51,9	11172,4	0,75
31/08/2020	181	1767,71	409662,06	0,78	162	50,6	11223,0	0,73
01/09/2020	182	1771,29	411433,35	0,78	163	50,0	11273,0	0,72
02/09/2020	183	1785,29	413218,63	0,79	164	51,7	11324,7	0,75
03/09/2020	184	1775,00	414993,63	0,79	165	52,9	11377,5	0,77

04/09/2020	185	1790,86	416784,49	0,79	166	49,7	11427,3	0,72
05/09/2020	186	1792,57	418577,06	0,80	167	51,9	11479,1	0,75
06/09/2020	187	1770,86	420347,92	0,79	168	51,6	11530,7	0,75
07/09/2020	188	1755,43	422103,35	0,78	169	51,1	11581,8	0,75
08/09/2020	189	1738,29	423841,63	0,78	170	51,3	11633,1	0,75
09/09/2020	190	1723,71	425565,35	0,77	171	50,9	11684,0	0,74
10/09/2020	191	1747,43	427312,78	0,78	172	49,1	11733,1	0,72
11/09/2020	192	1748,29	429061,06	0,78	173	51,0	11784,1	0,75
12/09/2020	193	1737,00	430798,06	0,78	174	51,6	11835,7	0,76
13/09/2020	194	1777,43	432575,49	0,80	175	51,1	11886,8	0,75
14/09/2020	195	1751,43	434326,92	0,79	176	50,9	11937,7	0,75
15/09/2020	196	1783,00	436109,92	0,80	177	51,6	11989,3	0,76
16/09/2020	197	1756,00	437865,92	0,79	178	49,9	12039,1	0,74
17/09/2020	198	1715,43	439581,35	0,77	179	51,3	12090,4	0,76
18/09/2020	199	1646,57	441227,92	0,74	180	48,1	12138,5	0,71
19/09/2020	200	1576,43	442804,35	0,71	181	40,7	12179,3	0,61
20/09/2020	201	1505,71	444310,06	0,68	182	40,1	12219,4	0,60
21/09/2020	202	1516,57	445826,63	0,69	183	41,0	12260,4	0,61
22/09/2020	203	1497,71	447324,35	0,68	184	46,7	12307,1	0,70
23/09/2020	204	1577,29	448901,63	0,72	185	46,9	12354,0	0,70
24/09/2020	205	1615,00	450516,63	0,73	186	48,1	12402,1	0,72
25/09/2020	206	1661,00	452177,63	0,76	187	50,7	12452,8	0,76
26/09/2020	207	1743,29	453920,92	0,79	188	57,1	12510,0	0,86
27/09/2020	208	1825,29	455746,20	0,83	189	57,7	12567,7	0,87
28/09/2020	209	1869,71	457615,92	0,85	190	56,6	12624,3	0,85
29/09/2020	210	1873,71	459489,63	0,86	191	50,4	12674,7	0,76
30/09/2020	211	1817,43	461307,06	0,83	192	48,6	12723,3	0,73
01/10/2020	212	1784,57	463091,63	0,82	193	46,9	12770,1	0,71
02/10/2020	213	1754,00	464845,63	0,80	194	48,3	12818,4	0,73
03/10/2020	214	1725,00	466570,63	0,79	195	48,4	12866,8	0,73
04/10/2020	215	1715,14	468285,78	0,79	196	49,3	12916,1	0,75
05/10/2020	216	1635,57	469921,35	0,75	197	49,9	12966,0	0,76
06/10/2020	217	1609,43	471530,78	0,74	198	49,3	13015,3	0,75
07/10/2020	218	1597,00	473127,78	0,74	199	50,4	13065,7	0,77
08/10/2020	219	1589,14	474716,92	0,73	200	50,4	13116,1	0,77
09/10/2020	220	1598,86	476315,78	0,74	201	48,4	13164,5	0,74
10/10/2020	221	1591,71	477907,49	0,74	202	48,9	13213,4	0,75
11/10/2020	222	1567,71	479475,20	0,73	203	46,6	13260,0	0,71

12/10/2020	223	1561,71	481036,92	0,72	204	46,4	13306,4	0,71
13/10/2020	224	1497,14	482534,06	0,69	205	38,1	13344,5	0,59
14/10/2020	225	1488,71	484022,78	0,69	206	44,1	13388,7	0,68
15/10/2020	226	1486,86	485509,63	0,69	207	45,1	13433,8	0,70
16/10/2020	227	1484,14	486993,78	0,69	208	45,3	13479,1	0,70
17/10/2020	228	1488,14	488481,92	0,69	209	42,4	13521,5	0,66
18/10/2020	229	1456,86	489938,78	0,68	210	43,7	13565,3	0,68
19/10/2020	230	1523,57	491462,35	0,71	211	43,4	13608,7	0,67
20/10/2020	231	1576,43	493038,78	0,74	212	51,1	13659,8	0,79
21/10/2020	232	1588,00	494626,78	0,74	213	45,0	13704,8	0,70
22/10/2020	233	1562,71	496189,49	0,73	214	43,4	13748,3	0,68
23/10/2020	234	1529,00	497718,49	0,72	215	44,1	13792,4	0,69
24/10/2020	235	1527,57	499246,06	0,72	216	46,7	13839,1	0,73
25/10/2020	236	1492,43	500738,49	0,70	217	46,3	13885,4	0,72
26/10/2020	237	1413,29	502151,78	0,67	218	44,7	13930,1	0,70
27/10/2020	238	1417,00	503568,78	0,67	219	46,6	13976,7	0,73
28/10/2020	239	1380,71	504949,49	0,65	220	44,9	14021,5	0,70
29/10/2020	240	1387,71	506337,20	0,66	221	45,0	14066,5	0,71
30/10/2020	241	1400,14	507737,35	0,66	222	43,3	14109,8	0,68
31/10/2020	242	1370,00	509107,35	0,65	223	42,7	14152,5	0,67
01/11/2020	243	1382,43	510489,78	0,66	224	41,9	14194,4	0,66
02/11/2020	244	1358,86	511848,63	0,65	225	44,0	14238,4	0,70
03/11/2020	245	1361,71	513210,35	0,65	226	40,9	14279,3	0,65
04/11/2020	246	1402,71	514613,06	0,67	227	41,7	14321,0	0,66
05/11/2020	247	1388,71	516001,78	0,66	228	41,7	14362,7	0,66
06/11/2020	248	1384,86	517386,63	0,66	229	42,3	14405,0	0,67
07/11/2020	249	1384,43	518771,06	0,66	230	40,9	14445,8	0,65
08/11/2020	250	1386,43	520157,49	0,67	231	41,7	14487,5	0,67
09/11/2020	251	1394,57	521552,06	0,67	232	41,9	14529,4	0,67
10/11/2020	252	1408,00	522960,06	0,68	233	42,1	14571,5	0,67
11/11/2020	253	1377,14	524337,20	0,66	234	41,1	14612,7	0,66
12/11/2020	254	1385,57	525722,78	0,67	235	39,7	14652,4	0,64
13/11/2020	255	1387,86	527110,63	0,67	236	39,4	14691,8	0,63
14/11/2020	256	1389,29	528499,92	0,67	237	39,3	14731,1	0,63
15/11/2020	257	1386,14	529886,06	0,67	238	38,9	14770,0	0,63
16/11/2020	258	1393,43	531279,49	0,68	239	37,7	14807,7	0,61
17/11/2020	259	1367,71	532647,20	0,67	240	36,6	14844,3	0,59
18/11/2020	260	1365,00	534012,20	0,66	241	37,9	14882,1	0,61

19/11/2020	261	1352,43	535364,63	0,66	242	36,1	14918,3	0,59
20/11/2020	262	1338,14	536702,78	0,65	243	35,7	14954,0	0,58
21/11/2020	263	1353,71	538056,49	0,66	244	34,7	14988,7	0,57
22/11/2020	264	1353,86	539410,35	0,66	245	35,4	15024,1	0,58
23/11/2020	265	1362,00	540772,35	0,67	246	34,4	15058,5	0,56
24/11/2020	266	1378,57	542150,92	0,68	247	40,0	15098,5	0,65
25/11/2020	267	1376,86	543527,78	0,68	248	39,3	15137,8	0,64
26/11/2020	268	1399,71	544927,49	0,69	249	41,7	15179,5	0,68
27/11/2020	269	1398,57	546326,06	0,69	250	41,0	15220,5	0,67
28/11/2020	270	1380,43	547706,49	0,68	251	43,4	15264,0	0,71
29/11/2020	271	1396,71	549103,20	0,69	252	42,7	15306,7	0,70
30/11/2020	272	1400,86	550504,06	0,69	253	42,9	15349,5	0,71

ORIENTALISMO Y RESPUESTA SANITARIA A LA PANDEMIA EN CHILE: UN DESAFÍO CULTURAL

ORIENTALISM AND HEALTH RESPONSES TO THE PANDEMIC IN CHILE: A CULTURAL CHALLENGE

RESUMEN

El siguiente artículo discute la influencia del orientalismo en la respuesta a la pandemia en Chile. Se define orientalismo como una construcción cultural binaria y excluyente donde se comprende a Oriente como lo opuesto a Occidente. Normativamente, este modelo considera Oriente como colectivista y Occidente como individualista. Utilizando la técnica análisis estructural de contenidos se observa que este modelo está presente en el discurso de autoridades sanitarias. En el discurso se plantea que el autoritarismo y la disciplina de los países asiáticos permitieron una respuesta efectiva a la pandemia. Asimismo, se plantea que el respeto a la libertad y la democracia hacen impracticable aplicar medidas similares en Occidente. Esta posición normativa antagónica resulta problemática ya que: (a) reduce el éxito de los países asiáticos a un factor cultural sin considerar su experiencia en brotes epidémicos previos, (b) contribuye a comprender las restricciones a la libertad durante una pandemia como algo “no Occidental”, generalizándose el autoritarismo a todos los países asiáticos y (c) reproduce prejuicios xenofóbicos y racistas que habitualmente están exacerbados durante brotes epidémicos.

Palabras claves. *Pandemia, Infecciones por Coronavirus, Etnocentrismo*

ABSTRACT

This article explores the influence of Orientalism on the response to the pandemic in Chile. Orientalism is defined as the simplified, binary cultural construction that frames the East as the opposite of the West. Normatively, this model considers the East as collectivist and the West as individualist. Relying on structural content analysis, it is observed that this model is present in the discourse of health authorities. The discourse asserts that the authoritarianism and discipline of Asian countries allowed an effective response to the pandemic. Likewise, it is argued that respect for freedom and democracy make it impracticable to apply similar measures in the West. This antagonistic normative position is problematic, given that: (a) it reduces the success of Asian countries to cultural characteristics without considering their experience in previous epidemic outbreaks, (b) it contributes to understanding the restrictions on freedom during a pandemic as something “non-Western”, generalizing an authoritarian approach of all Asian countries and (c) reproducing xenophobic and racist prejudices that are usually exacerbated during epidemic outbreaks.

Keywords. *Pandemics, COVID-19, Ethnocentrism*

INTRODUCCIÓN

“Esto es bien interesante porque es como una señal del ocaso de Occidente. Porque tú ves el Oriente, los países orientales y Oceanía, Asia y Oceanía, siendo mucho más capaces y atentos a lo que ocurría y pudiendo establecer medidas más drásticas y más eficaces”

Miembro del Consejo Asesor COVID-19, 18 de mayo del 2020.

Cuando definimos límites estrechos para nuestra comunidad y elaboramos líneas demarcatorias estrictas entre aquellos que pertenecen a nuestro grupo y aquellos que no, podemos caer en el parroquialismo y restringir nuestro razonamiento y las posibilidades de acción a los márgenes de nuestra propia cultura^{1,2}. Al recluirmos de los otros en comunidades estrechas, la riqueza normativa del mundo se empobrece. Esto es particularmente problemático cuando enfrentamos desafíos globales emergentes, como el cambio climático o una pandemia, cuyas soluciones no son del todo conocidas y requieren el reconocimiento e interdependencia de las distintas culturas del planeta³. Esto no significa negar las diferencias culturales ni olvidar el pasado de dominación colonial, sino que reconocerse miembros de una misma especie que enfrenta desafíos similares y que puede aprender de los otros⁴.

Una forma frecuente y poco discutida de parroquialismo occidental deriva del orientalismo. El orientalismo es un concepto creado por Edward Said⁵ para explicar cómo la representación de los países árabes en los relatos occidentales servía para legitimar la superioridad del imperio europeo. Estos relatos se caracterizaban por una retórica que enfatizaban la diferencia con los orientales a quienes se describía cómo exóticos, irracionales y escasamente civilizados. Este particularismo oriental era contrastado retóricamente con un Occidente que se comprendía como representación señera de la racionalidad y el progreso moral. Oriente y Occidente se representaban en el discurso orientalista de forma dicotómica y excluyente, presentándose la cultura oriental como la alteridad del Occidente moderno y liberal.

Si bien el orientalismo de Said hizo referencia inicial al Medio Oriente, también ha servido para cuestionar las representaciones occidentales sobre Asia del Este (por ejemplo, China, Japón o Corea del Sur). Habitualmente se ha descrito la existencia de posiciones

normativas opuestas entre las sociedades occidentales y asiáticas. Las sociedades asiáticas se consideran colectivistas, es decir, priorizan las metas grupales por sobre las individuales, lo cual se traduciría en una organización social más ordenada, individuos más disciplinados y una mayor tolerancia a la intrusión del Estado. Al contrario, las sociedades occidentales serían individualistas, es decir, priorizarían las metas individuales por sobre las impuestas por el Estado, la familia y la comunidad. La organización social sería el resultado de la interacción entre individuos autónomos y se tendría una mayor tolerancia a la indisciplina^{2,6}. A ojos de Occidente, el colectivismo asiático –como rasgo cultural– estaría vinculado a un autoritarismo político –como forma de gobierno– lo cual se manifestaría en democracias más débiles.

Estas posiciones normativas antagónicas han sido cuestionadas en la literatura^{2,4,7,8}. En primer lugar, ofrecen una perspectiva monocultural y simplista que niega la diversidad moral que existe en los distintos países^{2,4,7}. De hecho, sabemos que existen tradiciones comunitarias en Occidente que cuestionan el individualismo liberal y fomentan el compromiso moral con la comunidad⁹ y tradiciones liberales en Oriente que defienden la autonomía y se oponen a la coerción y al autoritarismo (por ejemplo, el taoísmo y –con reservas– el confucianismo cuando plantea la integridad moral de decir la verdad y oponerse al poder arbitrario)⁸. En segundo lugar, es que, en ciertas situaciones, tanto en Oriente como en Occidente, se justifica la restricción de libertades individuales argumentando la prevención del daño a terceros¹⁰ o cuando esta restricción refuerza el bien común¹¹. La coerción del Estado no es ajena a las democracias liberales y está justificada mientras sea legal, necesaria, proporcional y no discriminatoria¹².

A pesar de estas críticas, el orientalismo sigue vigente y continúa reproduciéndose en los discursos occidentales. Durante nuestra vida, hemos aprendido a través de incontables historias, noticias, libros o películas, conocimientos sobre Asia, los cuales se transforman en creencias sociales compartidas sobre la identidad y cultura oriental¹³. En el discurso, habitualmente, se describe a los asiáticos como geográfica y culturalmente distantes (por ejemplo, se habla del Lejano Oriente), homogéneos (por ejemplo, en Chile se agrupa coloquialmente en la categoría “chino” a personas que provienen de distintos países asiáticos) y exóticos (por ejemplo, se enfatizan las diferencias alimentarias).

A nivel simbólico, a través del opuesto binario Oc-

cidente/Oriente construimos un modelo cultural¹⁴, es decir, un esquema conceptual asociado a principios de ordenamiento del mundo que nos permite orientarnos, reaccionar ante el medio y juzgar lo que es adecuado, normal o posible para nuestra cultura. Este modelo, además de asignar una identidad étnica a los otros, define los límites de nuestra identidad y lo que se considera aceptable en nuestro medio. Por oposición, este modelo define también lo que resulta inadecuado, indeseable o impracticable en nuestra cultura, limitando así nuestras posibilidades de acción.

El objetivo de este ensayo es evaluar cómo se manifiesta el orientalismo –entendido como un modelo cultural que opone Oriente y Occidente– en la respuesta chilena a la pandemia y cuáles son sus implicancias prácticas. Para realizar esto se revisó la literatura respecto a la relación existente entre orientalismo y enfermedades epidémicas y, posteriormente, se contrastó estos hallazgos con el discurso en la prensa de autoridades sanitarias y miembros del Consejo Asesor COVID-19 sobre los países asiáticos durante los primeros meses de la pandemia. Para lograrlo se utilizó la técnica análisis estructural de contenidos propuesta por Jean Pierre Hiernaux en base a la semántica estructural desarrollada por Julian Greimas que permitió construir modelos culturales en base a los discursos analizados^{14,15}.

2.- Orientalismo y enfermedades infecciosas emergentes

“Me ha gustado la respuesta de Canadá. Me interesé por ese caso porque ellos tuvieron un brote de SARS hace un tiempo. Se han anticipado, han hecho mucho testeó. Es un caso a mirar, más que los países asiáticos; no somos canadienses, pero son un caso occidental, más cercano.”

Médico en La Tercera, 19 de abril del 2020.

Las enfermedades infecciosas emergentes son aquellas producidas por patógenos, ya sea virus, bacterias u hongos, que se manifiestan por primera vez en un nuevo huésped. Estas enfermedades, habitualmente zoonóticas, causan gran conmoción ya que pueden causar brotes epidémicos y, eventualmente, transmitirse por el mundo produciendo una pandemia. La aparición de una enfermedad infecciosa emergente no es infrecuente y en las últimas décadas hemos sido testigos de varias de ellas con distinto nivel de contagiosidad y letalidad: ébola, Zika, VIH, SARS,

MERS, influenza AH1N1, entre otras¹⁶.

La emergencia de una enfermedad infecciosa habitualmente se acompaña de sentimientos de miedo y desconfianza por parte de la población que pueden llevar a estigmatizar a los afectados y exacerbar la xenofobia y el racismo^{17,18}. Por esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó el año 2015 evitar utilizar localizaciones geográficas, nombres de personas o de ciertos grupos culturales para nombrar las enfermedades emergentes. La utilización de términos como “gripe española”, “síndrome respiratorio del Oriente medio” o “influenza porcina” se asociaba a barreras comerciales y turísticas injustificadas, daño a las personas y naturaleza de esos lugares¹⁹. Lo que la OMS no discutió en esa ocasión era que en el proceso de nombrar enfermedades infecciosas se reproduce un orden social donde existen lugares centrales y seguros (por ejemplo, Europa y Estados Unidos) y periféricos e inseguros (por ejemplo, África, Asia o Latinoamérica)^{20,21}.

La identificación de enfermedades epidémicas con Oriente ha sido frecuente en la historia occidental. Esta asociación tiene sus raíces en el colonialismo, período en el cual las enfermedades infecciosas de las colonias representaban una amenaza para el poder imperial y sus rutas comerciales. Los grandes imperios europeos desarrollaron la medicina colonial que buscó controlar las enfermedades infecciosas en los países colonizados y proteger sus fronteras del contagio. Sobre este legado colonial se construyó la base de lo que posteriormente se llamó salud pública internacional^{21,22}. Algunos autores han planteado que en este contexto histórico emergió un orientalismo epidemiológico de larga duración que asociaba las enfermedades infecciosas a países orientales, cuyo comportamiento exótico, insalubre o bárbaro –a ojos de Occidente– explicaba la emergencia de las enfermedades infecciosas^{21,23}.

La pandemia de COVID-19 ha exacerbado el orientalismo, sobretudo en relación a China. El conocimiento sobre el virus proveniente de este país ha sido marginalizado, desacreditado e, incluso, rechazado en los países occidentales²⁴. En una investigación realizada en Chile durante la pandemia, se describe cómo en el discurso público se representa a China como amenazante, se enfatiza lo exótico de sus costumbres e, incluso, se llega a prácticas abiertamente racistas y sinóforas²⁵. La llegada de esta enfermedad reproduce antiguos prejuicios entre Oriente y Occidente que fomentan la desconfianza y enmarcan la respuesta de los países asiáticos (por ejemplo, confinamiento

tos) como una amenaza a los valores democráticos occidentales²⁶.

Tanto la creencia de que las enfermedades infecciosas provienen de Oriente como la interpretación de las medidas como no occidentales resultan sesgadas. Durante la colonización los imperios europeos llevaron enfermedades a los pueblos indígenas que contribuyeron a subyugar y diezmarlos²⁷. Asimismo, las medidas restrictivas poblacionales han sido ampliamente utilizadas en Occidente, desde las cuarentenas en Italia durante la epidemia de peste negra el siglo XIV hasta los confinamientos poblacionales durante la epidemia de influenza de 1918. A continuación, revisaremos como se manifiesta el orientalismo en la prensa chilena y las autoridades sanitarias durante la actual pandemia.

3.- Orientalismo en la prensa chilena durante la pandemia

“Para estar tranquilos, en Chile no tenemos un enorme intercambio con la población china a diferencia de otras zonas del mundo, por lo que es posible predecir que vamos a ser de los últimos países donde aparezca un caso”

Médico en ADN Radio, 23/01/2020.

Las primeras noticias respecto al SARS-COV2 aparecieron el 19 de enero del 2020 relacionadas con la confirmación de la transmisión de persona a persona en China. Rápidamente, los medios de comunicación asociaron esta enfermedad a su zona de origen y la llamaron “virus chino” en La Tercera, “neumonía de Wuhan” en El Mostrador y “virus Wuhan” en El Mercurio. Con el objetivo de ponderar la amenaza, en la prensa nacional se entrevistó a distintos expertos (infectólogos, virólogos, epidemiólogos, entre otros) sobre esta enfermedad. En una de las entrevistas realizadas por El Mercurio el día 21 de enero, una infectóloga lo catalogó como “[...] un virus impredecible” y otro médico pediatra alertó en una entrevista radial diciendo: “[...] es un brote que, en mi opinión, es preocupante”. (Médico pediatra en Radio Agricultura, 23/01/2020).

Por su parte, la autoridad sanitaria planteó que la llegada de la enfermedad era posible, pero lejana, y enfatizaba que el sistema de salud chileno estaba preparado. La Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) Metropolitana en un punto de prensa realizado el 21 de enero en el aeropuerto de Santiago manifestó: “Nosotros creemos que esto no llegará a nosotros,

pero nada es imposible, yo no puedo decir que no puede llegar a Chile este coronavirus. Más de 200 mil personas viajaron el 2019 a Asia, entonces la posibilidad siempre estará “. Por su parte el Ministro de Salud buscó tranquilizar a la población enfatizando la capacidad de respuesta del sistema de salud: “[...] La red hospitalaria ha demostrado que es perfectamente capaz, como lo fue en 2009 en el caso de la epidemia de influenza H1N1. La red está absolutamente preparada” (Meganoticias, 23/01/2020).

En la prensa, el gobierno chino se describió como hermético y la información proveniente de este país se juzgó como sospechosa debido a que existían antecedentes de adulteración de información en el brote de SARS previo. Un médico pediatra planteó esa desconfianza en una entrevista realizada en CNN Chile el 29 de enero del 2020: “China ocultó la información. Ocultó la información durante mucho tiempo – Bueno, es una dictadura [Entrevistadora] – Eso hizo que la gente sospeche también de la información que está dando China y por eso ha habido impacto económico, impacto social, en los viajes, en fin. Bueno, lo que uno siembra, lo cosecha.”.

En relación a la ciudadanía china se informó la presencia de miedo y preocupación, filas en farmacias y supermercados y desabastecimiento de mascarillas y productos higiénicos. La información sobre las medidas sanitarias (cuarentenas y confinamiento) era relatada principalmente por chilenos viviendo en China quienes enfatizaban lo exótico de las medidas de bioseguridad y las molestias de las restricciones de libertad. Al respecto, un chileno residente en China manifestó en La Tercera el 29 de enero: “[...] luego de que las autoridades chinas decretaran la cuarentena de la zona comenzó una suerte de caza de las personas que hayan estado en Wuhan, o hayan tenido contacto con sus habitantes para poderlos en cuarentena” De manera similar, otro chileno residente en China entrevistado por El Mercurio el 1 de febrero describió: “Cuando entran a revisarnos, vienen con unos trajes que parecen nucleares”.

Lo que llamaba la atención era la espectacularidad de las medidas. Por ejemplo, en una carta al editor publicada el 27 de enero del 2020 en El Mercurio se planteaba lo siguiente:

“Si bien todo nuevo virus debe ser motivo de preocupación y estudio, es necesario recordar que, en Chile, todos los años aún muere gente por falta de atención, falta de insumos médicos o negligencias médicas, causas totalmente prevenibles y que nos debieran asombrar más que el nuevo coronavirus.

Quizás falta que Hollywood realice una película al respecto. Médico Veterinario, Docente Universitario”.

El brote epidémico se percibía distante y su extrañeza con lo cotidiano lo hacía semejante a las experiencias cinematográficas.

En la medida que la enfermedad progresaba en el mundo, la tensión fue aumentando y las noticias se volvieron extáticas con “breaking news” frecuentes. El primer caso en nuestro país fue confirmado durante la primera semana de marzo y coincidió con el agravamiento de las muertes en Italia y la implementación de confinamientos en grandes urbes de este país. La comunicación pública era altamente emocional con discusión acalorada de las medidas sanitarias. Había miedo y preocupación por sufrir lo mismo que Italia y España. Por el contrario, la incidencia de la enfermedad en algunos países asiáticos venía disminuyendo y sus estrategias parecían potencialmente útiles para los países que recién iniciaban la epidemia.

4. Orientalismo en el discurso de las autoridades sanitarias y expertos chilenos durante la pandemia

“Estoy diciendo que vamos a pasar a un período de necesidad y de apelación, de solicitud al Estado que nos controle, que nos ponga en cuarentena, que nos vigile... Esa cosa, eso, a mí me produce un temor tremendo. O sea, cómo salimos de esta situación sin establecer una suerte de ‘biodictadura’, que limite tremendamente – (Entrevistador) ¿Cómo en China?, ¿Cómo en los países de Oriente o no? – No quiero meterme en ningún conflicto internacional.

Ex Ministro de Salud en ICARE, 24 de mayo del 2020.

Las autoridades sanitarias y expertos concordaban en la efectividad de la respuesta a la pandemia de los países asiáticos. De hecho, hubo intercambios diplomáticos y científicos de Chile con China y Corea del Sur con el objetivo de aprender las lecciones de estos países en la respuesta a la pandemia. Sin embargo, rápidamente aparecían las diferencias culturales como una limitación para la incorporación de sus estrategias en la respuesta chilena. Se planteaba que los países asiáticos eran más disciplinados y que su ciudadanía tenía un mayor sentido del deber. Esto era aún más marcado en los países autoritarios que tenían mayor control social y pudieron implementar medidas más estrictas (confinamientos amplios, testeos masivos y protocolos de aislamiento estricto).

Al respecto, uno de los miembros del Consejo Asesor COVID-19 planteó en una entrevista en Radio Duna realizada en octubre del 2020:

“El manejo de la comunidad es el que por la cultura Occidental es más difícil, o sea comparado, con los países asiáticos que son más disciplinados, bueno, y en el caso de gobiernos más autoritarios, qué decir, el aislamiento que es el factor más relevante que ellos lo hacen mucho más rápido y supervisado, y eso va controlando mucho más rápido la fuente de contagio.

Se asoció en el discurso que el autoritarismo y la disciplina fueron factores que ayudaron a controlar el brote epidémico y que el respeto por la democracia y la libertad individual hacían impracticables estas medidas en Occidente. De hecho, uno de los miembros del Consejo Asesor COVID-19 planteó esta limitación como un “desafío cultural”. El mayor temor en el discurso expuesto por la autoridad sanitaria era ser víctima de una “dictadura sanitaria” que restringiera libertades para obtener un mayor control político. El autoritarismo se entendía como una medida indeseable, pero potencialmente efectiva para lograr el control del brote epidémico.

Un miembro del Consejo Asesor COVID-19 en una entrevista radial realizada el 17 de marzo planteaba al respecto:

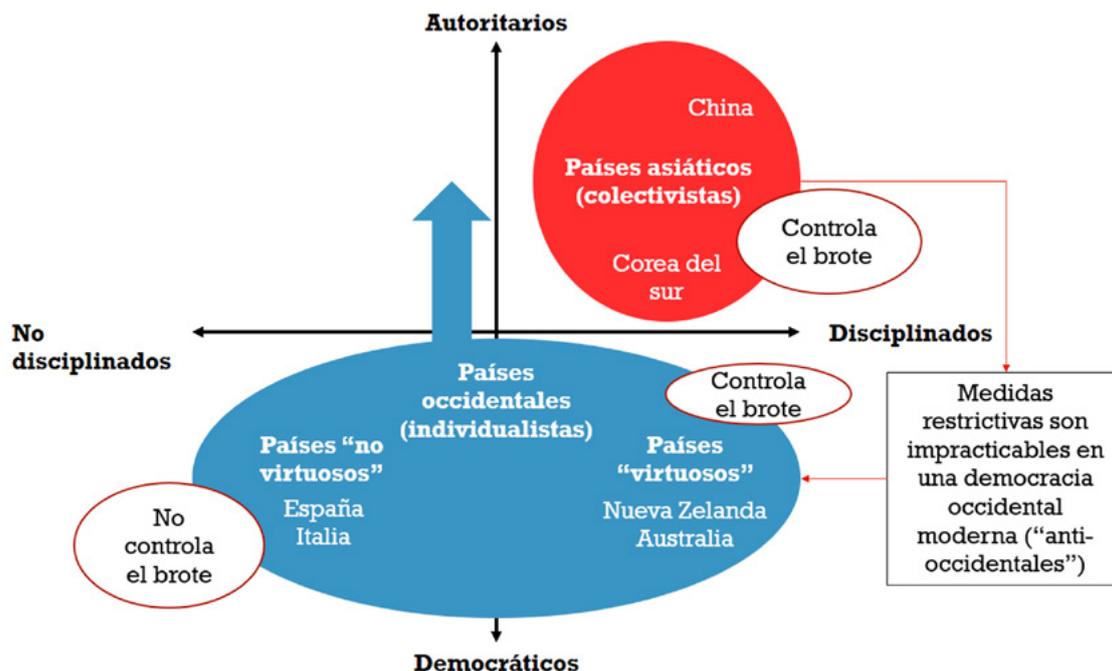
“Yo nunca había visto cerrar una ciudad, o sea, es que como que tú pusieras barreras en la 5 norte, la 5 sur, en la 68 y nadie más entró y salió de Santiago. Eso yo no lo había visto nunca. [...] Y eso fue lo que hicieron en China, y no sólo pueblos chicos que son fáciles de cerrar, sino grandes ciudades en que no hay tráfico aéreo, no hay trenes, nadie sale y nadie entra en auto, por lo tanto, están cercados. Después, en el interior de esa ciudad cercada, un control absoluto de las personas, con quien estuvo en contacto, cuanto tiempo tiene que estar en cuarentena. Y que lo puedes hacer cuando no necesitas leyes para intervenir en la vida privada o la monitorización y la vigilancia de las medidas que estás tomando, porque es precisamente esto lo que en este momento se discute. Por eso se dice que hay algunas medidas que no son practicables en democracias modernas porque requieren una obediencia civil que la dan solamente algunos gobiernos.”

En este mismo sentido, el Ministro de Salud planteaba en una entrevista realizada en El Mercurio el día 20 de septiembre:

“Les digo, saben, hagámosla a la coreana y todos los ciudadanos vamos a bajar una aplicación en nuestro celular, vo-lun-ta-ria-mente, nadie me puede obligar. Esa aplicación le va a permitir a una determinada autoridad saber dónde estoy en cada momento. Esa trazabilidad digital ha funcionado solo en gobiernos muy dictatoriales, porque para que funcione necesitamos que, al menos, el 70% de la población adhiera. Hubo un esfuerzo cuando se evaluó traer la tecnología coreana, pero la realidad es que nadie lo iba a tomar.”

En el discurso de las autoridades sanitarias y expertos se puede identificar la influencia de un modelo cultural orientalista que distingue dos posiciones normativas: un Oriente colectivista, disciplinado y autoritario y un Occidente individualista, democrático y respetuoso por la libertad. Este modelo generaliza el autoritarismo a todos los países asiáticos y lo transforma en un rasgo cultural propio de las sociedades asiáticas. Esta posición normativa polar pone a las sociedades occidentales en una encrucijada en la que, para poder controlar el brote, debían restringir libertades—lo cual se consideraba impracticable en las democracias liberales—o apelar a la responsabilidad individual de sus ciudadanos, lo cual era logrado por escasos países insulares (por ejemplo, Nueva Zelanda).

Figura 1. Producto axiológico en base a los ejes disciplina y autoritarismo en el discurso de autoridad sanitaria y miembros del Consejo Asesor COVID-19



Fuente: Elaboración propia

Este modelo resulta problemático por varios motivos. En primer lugar, termina reduciendo el éxito de los países asiáticos a factores culturales –como la disciplina o el autoritarismo– atenuando otros aspectos como el aprendizaje colectivo derivado de la respuesta al SARS y MERS, que los llevó a invertir en preparación pandémica (infraestructura institucional, regulaciones, entre otras)²⁸ y responder precozmente ante la amenaza infecciosa. Al tratar de explicar la respuesta a través del autoritarismo se desatiende que las medidas sanitarias fueron implementadas también en democracias liberales como Taiwán, donde se toleraba el disenso político²⁹. Incluso, muchas de estas medidas fueron legitimadas por la ciudadanía. Se puede especular que el temor y sufrimiento provocado por la exposición a epidemias previas pudo llevar a una toma de precauciones razonada que no es reductible a la coerción y obediencia maquinal propia del autoritarismo³⁰.

En segundo lugar, estas posiciones normativas antagónicas pueden contribuir a comprender las restricciones a la libertad durante una pandemia como algo propio de Oriente, impracticable en una democracia occidental. Esto no es cierto ya que, en situaciones de emergencia sanitaria, las democracias liberales occidentales cuentan con poderes extraordinarios que les permiten restringir libertades civiles y políticas mientras estas cumplan los requisitos de legalidad, necesidad, proporcionalidad y no discriminación¹². De hecho, la mayoría de los países occidentales afectados por la pandemia han implementado confinamientos masivos, muchas veces de una mayor duración y con mayores costos sociales y económicos que en los países asiáticos. Si se juzgan las restricciones a la libertad como impracticables a priori, se podría retrasar la ejecución de decisiones importantes como implementar confinamientos o cerrar fronteras.

En tercer lugar, este modelo cultural contribuye a reproducir antiguos prejuicios que asocian las enfermedades infecciosas a Oriente y consideran a Occidente como un lugar seguro, protegido y preparado. En el caso de la actual pandemia esto demostró no ser cierto ya que los países occidentales resultaron altamente afectados por la enfermedad. Esta representación orientalista del mundo contribuye a dar una sensación de falsa seguridad en los países occidentales –lo cual puede asociarse a una menor preparación pandémica– y fomentar la xenofobia y el racismo hacia personas provenientes de países asiáticos quienes se consideran transmisores de la enfermedad²⁵.

CONCLUSIÓN

Didier Fassin³¹ plantea que la salud pública, además de naturalizar su objeto de estudio, lo culturaliza. A través de la institución de una relación de alteridad con el Otro construye un saber práctico que le permite justificar sus intervenciones. Según este autor, la salud pública aplica un “culturalismo pragmático”, una interpretación cultural esencializada, a través de la cual confronta la realidad. Esta observación es confirmada en este ensayo. Se identifica que la interpretación de la pandemia está mediada por un modelo cultural que contrapone Oriente y Occidente. Este modelo tiene consecuencias prácticas para la salud pública ya que influye en cómo se percibe la amenaza y cómo se responde (o no se responde) a ella.

Por lo anteriormente planteado, se requiere de la realización de un esfuerzo interpretativo por comprender los modelos culturales habitualmente utilizados en salud pública. Al identificar estos modelos podemos cuestionarlos y plantear salidas alternativas a los dilemas que derivan de ellos: ¿Son las restricciones a la libertad durante una pandemia impracticables en las democracias occidentales? ¿Explica la obediencia a la autoridad la efectiva respuesta de los países asiáticos? ¿Nuestras diferencias con los países asiáticos son tan grandes que es mejor desatender selectivamente sus experiencias? Todas estas preguntas se enuncian en el discurso y requieren una respuesta reflexiva que cuestione los marcos valóricos desde donde se plantean.

En relación a las preguntas por el ejercicio de la autoridad y la disciplina debemos considerar que, tanto en las tradiciones filosóficas orientales como occidentales, existen fundamentos que justifican la restricción de libertades para evitar daños a terceros^{10,11}. De hecho, las restricciones en situaciones de emergencia sanitaria están incorporadas en el derecho internacional mientras sean legales, necesarias, proporcionales y no discriminen¹². Esto tiene sentido ya que el ejercicio de la autoridad en situaciones de crisis sanitarias resulta muy relevante debido a que permite la acción social coordinada²⁷. Incluso, este ejercicio de la autoridad no tiene por qué ser autoritario, sino que puede estar legitimado por la ciudadanía en la medida que ofrece una protección razonable ante una situación amenazante. La suspensión transitoria de libertades ante una pandemia no es propia de los países asiáticos, también puede ser practicable en países occidentales; incluso, ser coherentes con la tradición liberal.

En relación a la pregunta por las diferencias culturales, cuando nos posicionamos en modelos que refuerzan estas diferencias podemos llegar a restringir nuestro aprendizaje a quienes consideramos semejantes e, incluso, llegar a desconfiar de lo que plantean aquellos que consideramos diferentes. En una época de desafíos globales esto podría ser una importante limitación ya que las soluciones habitualmente exceden las fronteras del Estado-nación. Requerimos abrirnos al aprendizaje de diferentes culturales en el marco de un reconocimiento recíproco que evite estereotipos y generalizaciones. Como plantea Nussbaum⁴, somos parte de una misma humanidad que comparte problemas comunes: nuestros cuerpos son vulnerables, no queremos sentir dolor ni ver sufrir a nuestras personas queridas. Explorar esta humanidad común nos permite entender a los otros, sin recurrir a una representación excesivamente divergente de nuestras diferencias.

Es importante mencionar que los modelos culturales que derivan del análisis estructural de contenidos no buscan representar toda la diversidad de significados, sino más bien aquellos prototípicos que son recurrentes en el discurso y que orientan a nivel general la acción¹⁴. Es bastante probable que existan otras posiciones normativas, sin embargo, el modelo observado en este estudio es el que resulta más frecuentemente enunciado a inicios de la pandemia en Chile. Para probar su validez, Hiernaux propone

observar la persistencia del modelo cultural en otras situaciones discursivas¹⁴. En este sentido, resulta importante seguir cómo se manifiesta este modelo en otros discursos relacionados con la pandemia (por ejemplo, aquellos relacionadas con la vacunación).

Finalmente, sugerir la importancia de incorporar estos esfuerzos interpretativos en la preparación pandémica. Los modelos culturales influyen en cómo se perciben las amenazas y guían la discusión valórica en situaciones de crisis sanitarias. Reflexionar sobre estas representaciones habituales nos facilita una aproximación compasiva al sufrimiento de personas distantes, lo cual nos hace estar más atentos ante nuevas amenazas y prestos al aprendizaje de sus experiencias. Las pandemias son desafíos culturales que requieren una aproximación reflexiva respecto a cómo nos representamos a nosotros y cómo representamos a los otros.

Agradecimientos

Este artículo fue apoyado por Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), DOCTORADO BECAS CHILE 2020 – 21200241. Agradezco la discusión de los contenidos de este artículo durante el programa formativo de Doctorado de Salud Pública, Universidad de Chile.

MATERIAL SUPLEMENTARIO

1. Discurso en la prensa de la respuesta a la pandemia en Chile

Categoría	Verbatim
Similitud con epidemia previa de SARS	“La cepa del coronavirus y sus síntomas (tos, dolor muscular, fiebre, dificultad al respirar) hace recordar al virus SARS (Síndrome agudo respiratorio) que entre 2002 y 2003 infectó en China a 8 mil personas y terminó con la vida de casi 750.” (La cuarta, 21 de enero del 2020).
COVID como enfermedad grave	“Se trata de un brote de coronavirus de los más agresivos, los que producen cuadros más graves”. (Infectólogo en La Tercera, 20/01/2020). “Es un virus impredecible”. (Infectóloga en El Mercurio, 21/01/2020) “[...] es un brote que, en mi opinión, es preocupante”. (Médico pediatra en Radio Agricultura, 23/01/2020)
COVID como enfermedad leve	“Esta infección es de baja gravedad y – añade - que los fallecimientos están relacionados con personas con enfermedades asociadas”. (Virólogo en La Tercera, 21/01/2020). “[...] puede matar una persona, pero esas personas que han muerto son la mayoría hombres, mayores de 60, son personas que han tenido o que tenían enfermedades graves, una cardiopatía grave, una obesidad muy grande, diabetes descompensada. Por eso hay que tener la tranquilidad, porque si hay una patología de base podría haber una complicación, pero en una persona normal, sana, común y corriente no tiene por qué tener la gravedad que la gente se imagina” (Médico pediatra en CNN Chile, 29/01/2020)

Amenaza lejana	<p>“[...] para China hay una alta propagación del virus, pero que para nuestro país es bajo, ya que se han realizado todos los análisis respectivos”. (Directora subrogante ISP en Radio Biobío, 19/01/2020)</p> <p>“Nosotros creemos que esto no llegará a nosotros, pero nada es imposible, yo no puedo decir que no puede llegar a Chile este coronavirus. Más de 200 mil personas viajaron el 2019 a Asia, entonces la posibilidad siempre estará”. (SEREMI Metropolitana en Radio Cooperativa, 21/01/2020)</p> <p>“A la vez, el ministro de Salud, Jaime Mañalich, indicó que, en caso de llegar una persona contagiada al país, ésta será aislada para evitar la propagación del virus. “Es lo único que podemos hacer para que esta infección no se disemine, si es que eventualmente llega” señaló el secretario de Estado al respecto, según consigna Meganoticias.” (Ministro de Salud en Meganoticias, 21/01/2020)</p> <p>“Para estar tranquilos, en Chile “no tenemos un enorme intercambio con la población china” a diferencia de otras zonas del mundo, por lo que es posible predecir que vamos a ser de los últimos países donde aparezca un caso” (Infectólogo en ADN Radio, 23/01/2020)</p> <p>“lo bueno que la posibilidad que llega a este lado del planeta es baja”. (Médico intensivista en La Cuarta, 21/01/2020).</p>
Chile está preparado	<p>“Nosotros estamos en condiciones de poder enfrentar una situación y sin ningún problema. Nosotros pensamos que esto no va a llegar a nosotros” (SEREMI Metropolitana en Radio Cooperativa, 21/01/2020)</p> <p>“Porque tenemos la experiencia, la expertiz. Chile fue, entrecorillas, Gabriela no sé si usted sabía, felicitado por la forma en cómo se manejó la H1N1. Hubo publicaciones internacionales, hubo visitas de gente de otros países para ver cómo habíamos manejado la experiencia chilena del manejo del H1N1”. (Médico pediatra en Radio Agricultura, 23/01/2020).</p> <p>“La red hospitalaria ha demostrado que es perfectamente capaz, como lo fue en 2009 en el caso de la epidemia de influenza H1N1. La red está absolutamente preparada” (Ministro de salud en Meganoticias, 23/01/2020)</p> <p>“Nuestro país tiene las condiciones para enfrentarla con éxito. Por cierto las tiene, como la ha tenido para otras situaciones que nos toca vivir así que yo llamaría a la tranquilidad en ese sentido” (Médico infectólogo en T12, 26/01/2020)</p>
Autoritarismo del gobierno chino	<p>“Hermético gobierno” (La Tercera, 22/01/2020)</p> <p>“[...] existen temores entre la población de que Beijing vuelva a intentar encubrir el número real de fallecidos y casos de personas contagiadas, tal como hizo con el brote del SARS.” (El Mercurio, 24/01/2020)</p> <p>“[...] lo que vimos los especialistas, es que la reacción de las autoridades chinas fue especialmente lenta y con información tardía” (Infectólogo en ADN Chile, 23/01/2020)</p> <p>“China ocultó la información. Ocultó la información durante mucho tiempo – Bueno, es una dictadura – Eso hizo que la gente sospeche también de la información que está dando China y por eso ha habido impacto económico, impacto social, en los viajes, en fin. Bueno, lo que uno siembra, lo cosecha.” (Médico pediatra en CNN Chile, 29/01/2020)</p> <p>“China enfrenta acusaciones de censura ante crisis por coronavirus. Según Amnistía Internacional, Beijing ha realizado ‘grandes esfuerzos para ocultar la información’ sobre el brote, lo que contribuyó a empeorar la situación” (La Tercera, 7 de febrero del 2020).</p> <p>“Valentina cuenta que el hermético gobierno chino, a diferencia de los ocurrido en 2003 con el virus Sars, esta vez ha estado más abierto para la entrega de la información. En esa oportunidad las autoridades tardaron en divulgar la noticia – no existían smartphones ni redes sociales -, se censuró a la prensa y se minimizó la gravedad de la enfermedad. Incluso, el alcalde de Beijing y el ministro de Salud debieron renunciar.” (Chilena residente en China en La Tercera, 22 de enero del 2020).</p>
Representaciones sobre la vida cotidiana en China	<p>“En Pekín, de hecho, hoy se ven más mascarillas de las habituales por la calle, a pesar de no tratarse de un día especialmente contaminado para los estándares locales” (El Mostrador-EFE, 21/01/2020)</p> <p>“Las máscaras de protección se están agotando y hay filas en las farmacias. Aunque se usan por la contaminación, estuvimos recorriendo siete locales hasta encontrar la recomendada por el gobierno, que vale entre 20 mil y 25 mil pesos chilenos la caja de 15 unidades. Hay preocupación” (Chileno residente en China en La Tercera, 22/01/2020)</p> <p>“Cuando te comentan lo del SARS se genera algo de miedo por ir a trabajar o ir al colegio. He comprado toallas desinfectantes y hay mucha más gente con máscara que lo habitual” (Chileno residente en China en La Tercera, 22/01/2020)</p> <p>“Acá las noticias corren súper rápido. Está muy histérica la gente, porque tiene miedo, y en realidad el virus avanza demasiado rápido” (Chileno residente en China en La Tercera, 29/01/2020).</p>

Representaciones de las medidas sanitarias	<p>“Según Peredo, luego de que las autoridades chinas decretaran la cuarentena de la zona “comenzó una suerte de caza de las personas que hayan estado en Wuhan, o hayan tenido contacto con sus habitantes para poderlos en cuarentena”, asegura.” (Chileno residente en China en La Tercera, 29 de enero).</p> <p>“Cuando entran a revisarnos, vienen con unos trajes que parecen nucleares” (chileno residente en China en El Mercurio, 1 de febrero del 2020).</p> <p>“Ya llevamos cuatro días para nada placenteros, porque estamos privados de libertad (...). La comida es terrible, es incómodo, esperamos que esto termine.” (chileno residente en China en El Mercurio, 1 de febrero del 2020).</p> <p>“Lo desagradable es estar en la habitación. No poder salir; eso es lo peor. Por suerte, las habitaciones son cómodas. Pero después de cuatro o cinco días sin moverte, no sé si sea tan simpático” (Turista chileno en crucero en El Mercurio, 6 de febrero del 2020).</p>
--	---

2.- Discursos sobre los países asiáticos en autoridad sanitaria y miembros del consejo asesor

“Tomemos cierta distancia con las personas que tenemos al frente, en Italia se ha recomendado que la distancia sea a lo menos de un metro. Además, que la forma en que nos saludemos, nos olvidemos de dar beso y de dar la mano y seamos un poquito más orientales”
Ex Ministro de Salud en El Mercurio, 10 de marzo del 2020.

“Eduardo Engel, de espacio público, e Izkia Siches, del Colegio Médico, han sido enfáticos en decir que debería haber un plan de trazabilidad más robusto.

Les digo, saben, hagámosla a la coreana y todos los ciudadanos vamos a bajar una aplicación en nuestro celular, volun-ta-ria-mente, nadie me puede obligar. Esa aplicación le va a permitir a una determinada autoridad saber dónde estoy en cada momento. Esa trazabilidad digital ha funcionado solo en gobiernos muy dictatoriales, porque para que funcione necesitamos que, al menos, el 70% de la población adhiera. Hubo un esfuerzo cuando se evaluó traer la tecnología coreana, pero la realidad es que nadie lo iba a tomar. Es muy fácil hablar desde una oficina. Uno que ha trabajado con pacientes, con dolor, sabe cómo es la cuestión”
Ex Ministro de salud en El Mercurio, 20 de septiembre del 2020.

“Estoy diciendo que vamos a pasar a un período de necesidad y de apelación, de solicitud al Estado que nos controle, que nos ponga en cuarentena, que nos vigile... Esa cosa, eso, a mí me produce un temor tremendo. O sea, cómo salimos de esta situación sin establecer una suerte de ‘biodictadura’, que limite tremendamente - ¿Cómo en China?, ¿Cómo en los países de Oriente o no? – No quiero meterme en ningún conflicto internacional.
Ex Ministro de Salud en ICARE, 24 de mayo del 2020.

“Estamos con toque de queda, en la segunda renovación (del estado de catástrofe), vamos para los nueve meses de un estado de excepción que es prácticamente idéntico a un estado de sitio, sin pronunciamiento del Parlamento sobre la materia (...). Nosotros en Chile hoy día estamos viviendo en una dictadura sanitaria” “Venezuela, Cuba, China, Bielorrusia, Rusia. Lugares donde las limitaciones de libertades son tomadas por gobiernos para el control político.”
Ex Ministro de Salud en La Tercera, 16 de septiembre del 2020.

“¿Por qué hay miedo? Porque desgraciadamente el año 2002 también un coronavirus produjo el mismo problema en China y tú debes recordar muy bien que China ocultó la información. Ocultó la información durante mucho tiempo – Bueno, es una dictadura – Eso hizo que la gente sospeche también de la información que está dando China y por eso ha habido impacto económico, impacto social, en los viajes, en fin. Bueno, lo que uno siembra, lo cosecha.”
Ministro de Salud en CNN Chile, 29 de enero del 2020

“Esperemos que en la medida que aumentemos nuestra capacidad diagnóstica también podamos detectarlos. Es verdad que en Corea hicieron una ampliación muy significativa de diagnóstico de todo lo que pudiera haber parecido una infección respiratoria y han tenido con esa medida buenos resultados. Pero es una estrategia tremendamente difícil de implementar, ellos han implementado tomas de detección hasta en lugares, en las calles. Obviamente, todo muy bien hecho, muy bien resguardado. Es otra cultura, tienen muchas veces otros medios.”
Miembro del consejo asesor en Canal 24 horas, 19 de marzo del 2020.

“Si somos muy agresivos como fue China, por ejemplo. Es muy difícil ser muy agresivo porque se requiere, realmente, medidas que son muy restrictivas. Lograron en dos meses y medio pasar de una epidemia que era en brusco aumento, ir de estar descontrolada a estar controlada como está hoy día. Corea del Sur tomando las mismas medidas ha hecho algo parecido. ¿Qué va a pasar en Chile que está empezando la fase exponencial de crecimiento del virus? Si lográramos controlar el crecimiento del virus en dos meses y medios con las mismas medidas que hizo China, pero más precozmente porque estamos empezando antes, eh, pero a diferencia de ellos no se nos viene el verano, se nos viene después un invierno que sabemos que podría eventualmente en los virus respiratorios ver un nuevo aumento. Entonces, todo este escenario es lo que nos tiene a todos observando muy de cerca y viendo e intentando dar y asesorar en cuáles son las medidas que son más razonables que se pueden ir tomando para un período que puede ser de muchos meses.”
Miembro del consejo asesor en Mega plus, 13 de marzo del 2020.

“En Asia percibieron el riesgo mucho más fuertemente cuando parte el brote en China, entonces tomaron las medidas más rápido. Todos los países que son parte del Asia Pacífico, continuamente trabajan el tema de las epidemias y se han hecho ejercicios de preparación (cuando yo trabajaba en el Ministerio, para la gripe aviar por ejemplo), tienen sus planes pandémicos y los actualizan. Y me da la impresión de que los europeos se dejaron estar, no habilitaron todas las medidas. En Singapur, por ejemplo, incluso antes de la declaración de emergencia de la OMS, empezaron a tomar medidas, y eso ha permitido que mantengan muy controlado el brote. Creo que nosotros estamos como en un medio camino entre los dos, porque en Chile sí hubo preparación desde un primer momento para detectar casos importados, en eso ha habido mayor conciencia (...). Si bien en el papel están todas las definiciones, una cosa es que estén las medidas, y otra es que se estén aplicando correctamente. Los aislamientos en domicilio creo que no fueron una buena estrategia. Y el cierre de fronteras quizás pudo haber sido un poco antes.”

Miembro del consejo asesor en Revista Ya, 24 de marzo del 2020.

“El manejo de la comunidad es el que por la cultura Occidental es más difícil, o sea comparado, con los países asiáticos que son más disciplinados, bueno, y en el caso de gobiernos más autoritarios, qué decir, el aislamiento que es el factor más relevante que ellos lo hacen mucho más rápido y supervisado, y eso va controlando mucho más rápido la fuente de contagio.

Miembro del consejo asesor en Radio Duna, 30 de octubre del 2020

“Lo que sucede con China, es que ellos... bueno, el sudeste asiático en general ha respondido bastante bien, tienen mucho más entrenamiento para este tipo de eventos, ahí tienen continuamente aparición de virus aviar, está dentro de las prioridades de ellos, por ejemplo, continuamente están reforzando los laboratorios, etcétera. Y en el caso de particular de los chinos, ellos cerraron, acuérdense, que cerraron la frontera de Hubei, que después tuvieron unos casos en Beijing. Cuando tuvieron casos en Beijing yo pensé, se diseminó totalmente, pero ellos fueron muy drásticos y hacen una trazabilidad, al otro día salió que una ciudad que tuvo casos y la trazaron, o sea, hicieron un muestreo de 9 millones de test en como 5 días para identificar exactamente a todos los casos y aislarlos. Entonces, soy muy drásticos. Cuando ellos hacen el cordón sanitario, tú lo ves en China, ellos paran a todos los vehículos, a todos los detectan, impiden que la gente salga, realmente sólo salen lo indispensable, son muy rigurosos en todas esas medidas, por lo tanto, por eso tienen ese nivel de control, pero eso significa que tienen todo el país susceptible y, por lo tanto, en cualquier momento se les puede producir un brote.”

“Yo me acuerdo que cuando uno entrevistaba personas, pero claro, uno sabe que tan libres son, ellos iban a los controles, a las consultas de fiebre y yo le decía... y usted viene y sabe que si tiene fiebre la van a dejar. Si, ¿y por qué lo hace? Entonces, no porque es mi deber. De hechos, ellos tienen... de hecho, por ejemplo, en la ciudad no es que tú vayas... por ejemplo, en Beijing cuando estaba cerrado, cuando estuve yo, en los barrios había un encargado que todos los días revisaba si había algún enfermo en el sector y eso sólo yo lo he visto en Cuba como organización de base, en el fondo. Que es como pedir acá en Santiago que la junta de vecinos, de alguna forma, te estén informando si hay enfermos en ese sector. O sea, eso acá no existe.”

Miembro del consejo asesor en Radio Duna, 30 de octubre del 2020

“Efectivamente existe la dificultad de implementar todas estas medidas, eh... y la gente, por ejemplo, en el caso chino, bueno... yo entiendo que también tienen mucha más disciplina, es otro tipo de gobierno, de que las personas tienen que quedar aisladas. Yo creo que lo Nicolás dice es efectivamente un desafío y es un desafío, que quizás es un desafío cultural”

Miembro del consejo asesor en Radio Duna, 24 de marzo del 2020.

“Todo depende mucho del control social que uno tenga, la posibilidad de la autoridad de definitivamente tener un control muy estricto de lo que hacen los ciudadanos. Mira, las bases aquí, y lo que han hecho Singapur y Corea. Uno, es tratar de identificar rápido a todos los pacientes que tienen el virus, o sea, mucho testeo, aunque les salga 1% positivo y hagan miles de test, pero al final de cuenta identifican a los que están infectados. A esos que están infectados, se les aplica un aislamiento, pero estrictísimo, y no precisamente en su casa, en la medida que no demuestre que realmente lo puede hacer en su casa, lo hacen en sitios especiales donde no puede contaminar a nadie más, supervisado por personal de salud y no puede contagiar a su familia. Entonces, tiene esto de testear, identificar a los que están infectados, después aislarlos, trazar a los contactos. Se les pregunta, ya con quien estuviste ayer, antes de ayer, etcétera, etcétera. Se identifica, se registran esos contactos, se supervigila día a día la presentación de síntomas y si presentan síntomas, se vuelve a repetir lo mismo, aislar, o sea, testear”

Miembro del consejo asesor en entrevista con Fundación Nuevamente, 31 de marzo del 2020.

“Yo nunca había visto cerrar una ciudad, o sea, es como que tú pusieras barreras en la 5 norte, la 5 sur, en la 68 y nadie más entró y salió de Santiago. Eso yo no lo había visto nunca. [...] Y eso fue lo que hicieron en China, y no sólo pueblos chicos que son fáciles de cerrar, sino grandes ciudades en que no hay tráfico aéreo, no hay trenes, nadie sale y nadie entra en auto, por lo tanto, están cercados. Después, en el interior de esa ciudad cercada, un control absoluto de las personas, con quien estuvo en contacto, cuanto tiempo tiene que estar en cuarentena. Y que lo puedes hacer cuando no necesitas leyes para intervenir en la vida privada o la monitorización y la vigilancia de las medidas que estás tomando, porque es precisamente esto lo que en este momento se discute. Por eso se dice que hay algunas medidas que no son practicables en democracias modernas porque requieren una obediencia civil que la dan solamente algunos gobiernos. A propósito, Chile es bastante obediente, la población de Chile es bastante obediente a las medidas de salud pública. [...] Y eso me hace ser optimista.”

Miembro del consejo asesor en Desde el jardín, 17 de marzo del 2020

“Esto es bien interesante porque es como una señal del ocaso de Occidente. Porque tú ves el Oriente, los países orientales y Oceanía, Asia y Oceanía, siendo mucho más capaces y atentos a lo que ocurría y pudiendo establecer medidas más drásticas y más eficaces”

“Tú te fijas que de Wuhan a San Javier es exactamente la antípoda en China. Nosotros somos el país antípoda de China, estamos exactamente al otro lado y se demoró dos meses en transmitirse de Wuhan a San Javier y tener casos contagiados acá. Como hace ver uno de los miembros del consejo asesor y decía eso de Wuhan a San Javier”

Miembro del consejo asesor en Desde el jardín, 18 de mayo del 2020.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sen A. La idea de la justicia. Primera edición. Buenos Aires, Argentina; Taurus Alfaguara; 2011.
2. Sen A. Identidad y violencia. La ilusión del destino. Primera edición. Buenos Aires, Argentina; Katz Editores; 2008.
3. Singer P. Un solo mundo. La ética de la globalización. 1ª ed. Barcelona, España: Ediciones Paidós Iberoamericana; 2003.
4. Nussbaum M. El cultivo de la humanidad. Una defensa clásica de la reforma en la educación liberal. 1ª ed. Santiago, Chil: Editorial Andrés Bello; 2001.
5. Said E. Orientalismo. Segunda Edición. Barcelona, España: Editorial Random House Mondadori; 2002.
6. Kato M, Sleetboom-Faulkner M. Dichotomies of collectivism and individualism in bioethics: Selective abortion debates and issues of self-determination in Japan and 'the West'. *Soc Sci Med*. [Internet] 2011 Aug [consultado el 25 de Marzo del 2021];73(4):507-514. Doi: 10.1016/j.socscimed.2011.05.053. Epub 2011 Jul 12. PMID: 21803467.
7. Nie JB, Campbell AV. Multiculturalism and Asian bioethics: cultural war or creative dialogue? *J. Bioethical Inq*. [Internet]. 2007 Oct [consultado el 25 de marzo de 2021];4(3):163-167.
8. Sen A. Human Rights and Asian Values. 16th Annual Morgenthau Memorial Lecture on Ethics and Foreign Policy; 1997 May 25 [Internet]. Nueva York, Estados Unidos: Carnegie Council on Ethics and International Affairs; 1997 [consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.carnegiecouncil.org/publications/archive/morgenthau/254>
9. Sandel M. El liberalismo y los límites de la justicia. Primera Edición; Barcelona, España: Editorial Gedisa; 2000.
10. Mill JS. Sobre la libertad. Primera Edición. Madrid, España: Editorial Akal; 2014.
11. Rawls J. Teoría de la justicia. Segunda edición. México, D.F., México: Editorial Fondo de Cultura Económica; 2012.
12. Naciones Unidas. Principios de Siracusa sobre las disposiciones de limitación y derogación del pacto internacional de derechos civiles y políticos [Internet]. UN; 1984 [consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.civilisac.org/civilis/wp-content/uploads/principios-de-siracusa-1.pdf>
13. Van Dijk T. Sociedad y discurso. Primera Edición. Barcelona, España: Editorial Gedisa; 2011.
14. Hiernaux JP. Análisis estructural de contenidos y de modelos culturales. Aplicación a materiales voluminosos. En: Suárez HJ, coord. El sentido y el método. Sociología de la cultura y análisis de contenido. 1a ed. México D.F: UNAM; 2008.
15. Martinic S. El estudio de las representaciones y el Análisis Estructural de Discurso. En: Canales M, ed. Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios. 1a ed. Santiago, Chile: Editorial LOM; 2006. p. 299-319
16. Morens D, Fauci A. Emerging Pandemic Diseases: How We Got to COVID-19. *Cell* [Internet]. 2020 Sep 3 [consultado 25 de marzo de 2021];182(5):1077-1092. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0092-8674\(20\)31012-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0092-8674(20)31012-6)
17. Karalis T. Conflating culture with COVID-19: Xenophobic repercussions of a global pandemic. *Soc Sci Humanit Open* [Internet]. 7 de Julio del 2020 [consultado 25 de marzo de 2021];2(1):100044. Doi: 10.1016/j.ssaho.2020.100044
18. Hoppe T. "Spanish Flu": when infectious disease names blur origins and stigmatize those infected. *Am J Public Health* [Internet] 25 de septiembre del 2018 [consultado el 25 de marzo de 2021];108(11):1462-1464. Doi: 10.2105/AJPH.2018.304645.
19. Fukuda K., Wang R., Vallat B. Naming diseases: first do no harm. *Science* [Internet] 2015 [consultado el 25 de marzo de 2021];348(6235):643. Doi: 10.1126/science.348.6235.643.
20. Joye S. News discourses on distant suffering: a Critical Discourse Analysis of the 2003 SARS outbreak. *Discourse Soc*. [Internet] 7 de septiembre del 2010 [consultado el 25 de marzo de 2021];21(5):586-601. Doi:10.1177/0957926510373988
21. White A. Epidemic orientalism: social construction and the global management of infectious diseases. [Tesis en Internet]. Boston, Estados Unidos; 2018 [consultado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://open.bu.edu/handle/2144/33196>
22. Greene J., Basílico MT, Kim H, Farmer P. Colonial medicine and its legacies. En: Farmer P, Kim JY, Kleinman A, Basílico M. Reimagining global health. An introduction. 1st ed. California, United States: University of California Press; 2013.

23. Varlik N. Rethinking the history of plague in the time of COVID-19. *Centaurus*. [Internet] 27 de Julio del 2020 [consultado el 25 de marzo de 2021];62(2):285-293. Doi:10.1111/1600-0498.12302
24. Zhang Y, Xu F. Ignorance, Orientalism and Sinophobia in Knowledge Production on COVID-19. *Tijds. voor econ. en Soc. Geog.* [Internet] 19 de junio del 2020 [consultado el 25 de marzo de 2021];111: 211-223. Doi:10.1111/tesg.12441
25. Chan C, Montt Strabucchi M. Many-faced orientalism: racism and xenophobia in a time of the novel coronavirus in Chile, *Asian Ethn* [Internet] 18 de Julio del 2020 [consultado el 25 de Marzo de 2021];22(2):374-394. Doi: 10.1080/14631369.2020.1795618
26. Meinhof M. Othering the Virus. *Discover Society* [Internet] 21 de Marzo del 2020 [consultado el 25 de Marzo de 2021] Disponible en: discoversociety.org/2020/03/21/othering-the-virus.
27. Cook N. *La Conquista biológica. Las enfermedades del Nuevo Mundo, 1942-1650*. 1a ed. Madrid, España: Siglo XXI Editores; 2005.
28. An B, Tang SY. Lessons from COVID-19 responses in East Asia: Institutional Infrastructure and enduring policy instruments. *A.m Rev Public Adm* [Internet]. 22 de Julio del 2020 [consultado el 25 de Marzo del 2021];50(6-7):790-800 Doi:10.1177/0275074020943707
29. Soon W. From SARS to COVID-19: Rethinking Global Health Lessons from Taiwan, *East Asian Sci Technol Soc* [Internet]. 1 de diciembre del 2020 [consultado el 25 de Marzo del 2021];14(4):647-655. Doi: 10.1215/18752160-8771307
30. Araujo K. *El Miedo a los Subordinados. Una Teoría de la Autoridad*. 1a ed. Santiago, Chile: Lom Ediciones; 2016.
31. Fassin D. *El hacer de la salud pública. Segunda edición revisada*. Rennes, Francia: Ediciones de la Escuela de Altos Estudios en Salud Pública: 2008.

EL DESEMPEÑO DEL PRIMER NIVEL Y SU RELACIÓN CON LAS HOSPITALIZACIONES EVITABLES

THE PRIMARY CARE PERFORMANCE AND ITS RELATIONSHIP WITH PREVENTABLE HOSPITALIZATIONS

RESUMEN

Introducción. El enfoque de atención primaria en el diseño de servicios de salud sigue siendo importante. La coordinación asistencial y la continuidad de la atención son ejes fundamentales para el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, que ha sido catalogada como enfermedad susceptible de cuidados ambulatorios. Las tasas de hospitalización elevadas por este tipo de condiciones reflejan una atención ambulatoria deficiente e inadecuada para el problema de salud estudiado, lo que implica que la población no accedió a la atención, o que esta no es resolutive.

Materiales y métodos. Se analizaron todas las consultas de emergencia, en 12 meses en un hospital de Quito, se buscaron consultas externas de pacientes en todos los establecimientos de primer nivel del MSP antes de la consulta por emergencia, desde el 1 de enero de 2015 hasta un día antes de la consulta por emergencia.

Resultados. De 41 pacientes atendidos con diagnóstico de enfermedades evitables 58% eran mujeres, 43% (18) requirió hospitalización. El promedio de días de hospitalización fue 6,51, con una dispersión de 13,0; el de consultas externas previo a la emergencia fue 3,07, con máximo 22 consultas. Los hospitalizados tuvieron, en promedio, 5,05 consultas externas antes de la emergencia y hospitalización, aproximadamente 4 más que el promedio (0,95) de los pacientes no hospitalizados.

Discusión. Las elevadas tasas de hospitalización podrían reflejar una atención primaria deficiente, lo que implica que la población no accedió a la atención, sin embargo, habría que analizar la gravedad de los pacientes.

Palabras claves. Hospitalizaciones, continuidad de la atención al paciente, calidad de la atención, Ecuador.

ABSTRACT

Introduction. Primary care services are important for the delivery of comprehensive health services. The coordination and continuity of care are the main characteristics to approach non-communicable diseases like diabetes mellitus, which has been classified as ambulatory care sensitive condition. The high hospitalization rate might reveal poor and inadequate outpatient care, implying that the population did not access care, or that care was not effective.

Materials and methods. All emergency consultations within 12 months in one hospital in Quito were analyzed according to their ICD-10 codes. They were compared with the consultations at the first level of care facilities of the Ministry of Public Health, from January 1st, 2015 until one day before the emergency consultation.

Results. Of 41 patients who attended with a diagnosis of preventable diseases 58% were women, 43% (18) required hospitalization. The average number of days of hospitalization was 6.51, with a dispersion of 13.0; the number of external consultations prior to the emergency was 3.07, with a maximum of 22 consultations. The hospitalized patients had, on average, 5.05 outpatient visits before the emergency and hospitalization, approximately 4 more than the average (0.95) of the non-hospitalized patients.

Discussion. The high hospitalization rate, due to this condition, might reveal poor and inadequate ambulatory care, nevertheless it is necessary to analyze the severity of the cases in the study.

Keywords. Hospitalizations, continuity of patient care, quality of care, Ecuador.

INTRODUCCIÓN

El enfoque de atención primaria en el diseño de sistemas y redes de servicios de salud ha demostrado que disminuye desigualdades, provee atención en salud a subgrupos poblacionales, reduce la morbi-mortalidad con menores costos de producción y mejora la calidad de la atención. Es, además, un pilar importante en la prevención primaria y control de las enfermedades no transmisibles a través de incidir sobre los factores de riesgo^{1,2}.

Las enfermedades crónicas no transmisibles suponen aún mayores desafíos a los sistemas de salud latinoamericanos, cuando la historia natural de la enfermedad requiere que la provisión de los servicios se otorgue de manera coordinada en distintos puntos y niveles de atención, para que el usuario que la demanda acceda a los diferentes especialistas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requiera.

Si bien las enfermedades crónicas no transmisibles afectan a todos los grupos poblacionales, son las poblaciones empobrecidas las que sufren el mayor impacto, debido a mayores dificultades para abordarlas en términos de barreras de acceso, costos y prevalencia de factores de riesgos. La baja calidad de las intervenciones en países pobres es una de las razones para su mayor impacto en estas poblaciones. El 80% de las enfermedades crónicas son prevenibles, lo que representa un desafío para los países³.

La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica en Estados Unidos ha establecido un paquete de indicadores que nacen de los propios registros de atención, para medir la calidad de la atención de afecciones sensibles a manejo ambulatorio. Por tanto, las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles de atención ambulatoria son todas aquellas hospitalizaciones necesarias, pero que podrían haberse evitado si la patología que las causa hubiera sido prevenida, tratada o controlada de manera efectiva, en el primer nivel de atención. Dicho de otro modo, las tasas de hospitalización elevadas por este tipo de condiciones reflejan una atención ambulatoria deficiente e inadecuada para el problema de salud estudiado, lo que implica que la población no accedió a la atención, o que esta no es resolutive⁴⁻⁶.

La coordinación asistencial y la continuidad de la atención son pilares fundamentales para entregar atención ambulatoria a pacientes con enfermedades no transmisibles dado que servicios de salud con estas características garantizan cuidados ambulatorios eficaces, eficientes y de calidad. Lo que ha llevado

a catalogar a este conjunto de servicios como Redes Integradas de Salud (RISS) de la OMS, o las Organizaciones Sanitarias Integradas en el caso español⁷⁻⁹.

Esta es la importancia de este estudio, que pretende conocer la relación entre las hospitalizaciones evitables y el desempeño del primer nivel con una enfermedad trazadora como la Diabetes Mellitus tipo 2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se buscaron las patologías sensibles a cuidados ambulatorios que utiliza la Agencia para la calidad y la investigación americana, AHQR por sus siglas en inglés, dentro de todas las consultas de emergencia, atendidas entre el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2016 en el Hospital Calderón de la ciudad de Quito, con los códigos de diagnósticos establecidos para diabetes mellitus; se encontraron 41 pacientes que tenían como diagnóstico principal las patologías sensibles a cuidados ambulatorios descritas¹⁰.

Se examinaron las atenciones de consultas externas que estos 41 pacientes tuvieron en cualquiera de los establecimientos del primer nivel de atención del MSP a nivel nacional antes de la consulta por emergencia, desde el 1 de enero de 2015 hasta un día antes de la consulta por emergencia.

Se analizó la asociación entre las características sociodemográficas de los pacientes y las causas de emergencias por diabetes mellitus II. Se clasificaron los diagnósticos del primer nivel de atención como directo e indirecto, en relación a la patología principal por la que había consultado en el servicio de emergencia. Se calcularon Odds Ratios crudos (OR) con sus intervalos de confianza de (IC) del 90%, y como medida de significancia se calculó el Chi cuadrado.

RESULTADOS

De los 41 pacientes con diagnósticos de enfermedades evitables atendidos en el hospital, 58% eran mujeres; el 43,9% (18) requirieron hospitalización. El promedio de días de hospitalizaciones de los pacientes ingresados fue de 6,51 con una dispersión de 13,0. El promedio de consultas externas previas a la emergencia fue de 3,07 con un máximo de 22 consultas.

Al analizar los datos de los pacientes hospitalizados se identificó que, aquellos que debieron ser hospitalizados tuvieron, en promedio, 5,05 consultas externas antes de la emergencia y hospitalización, sobrepasando en aproximadamente 4 consultas al promedio de consultas externas (0,95) de los pacientes que no requirieron hospitalizarse.

Tabla 1: Promedio de atenciones previas de los pacientes con atención por emergencia con diagnóstico susceptible a ser tratado ambulatoriamente

	Pacientes hospitalizados	Pacientes no hospitalizados
N pacientes	18	23
Promedio de consultas por paciente (2015)	2,67	1,57
Promedio de consultas por paciente (2016)	2,39	0,61
Total de consultas por paciente (2015-2016)	5,05	0,95

Fuente: Registros MSP Ecuador – Elaboración: Propia

Tabla 2: Factores de riesgo para emergencia

Variable	CATEGORÍA	N	%	OR	LI	LS	p-value
Género	Mujer	10	52,6	0,63	0,22	1,82	0,476
	Hombres	9	47,4				
Grupos de edad	Mayores de 65 años	3	15,8	0,27	0,08	0,96	0,078
	Menores de 65 años	16	84,2				
Estado civil	Casado	8	42,1	1,05	0,37	3,00	0,938
	No Casado	11	57,9				
Nivel de educación	Primaria o menos	9	47,4	0,26	0,09	0,82	0,047
	Secundaria o más	10	52,6				
Ocupación	trabaja	4	21,1	0,71	0,21	2,41	0,644
	No trabaja	15	78,9				
Diagnóstico directo	Si	7	36,8	0,84	0,29	2,44	0,790
	No	12	63,2				
Diagnóstico indirecto	Si	3	15,8	0,64	0,17	2,42	0,576
	No	16	84,2				
Diagnóstico no relacionado	Si	5	26,3	0,43	0,14	1,30	0,205
	No	14	73,7				
Tipo de diagnóstico	Directo o Indirecto	7	36,8	0,843	0,29	2,44	0,790
	No relacionado	9	47,4				

Fuente: Registros MSP Ecuador – Elaboración: Propia

Tabla 3: Análisis de causas evitables y hospitalizaciones posteriores por categorías de factores de riesgo

VARIABLE	CATEGORÍA	N	%	OR	LI	LS	p-value
Género	Mujer	9	50,0	0,53	0,18	1,54	0,33
	Hombres	9	50,0				
Grupos de edad	Mayores de 65 años	8	44,4	3,80	1,15	12,60	0,06
	Menores de 65 años	10	55,6				
Estado civil	Casado	9	50,0	1,88	0,65	5,42	0,33
	No Casado	9	50,0				
Nivel de educación	Primaria o menos	11	61,1	0,84	0,29	2,46	0,79
	Secundaria o más	7	38,9				
Ocupación	Trabaja	4	22,2	0,81	0,24	2,74	0,78
	No Trabaja	14	77,8				
Tipo de diagnóstico	Directo o Indirecto	10	50,0	3,54	1,17	10,72	0,06
	No relacionado	8	50,0				

Fuente: Registros MSP Ecuador – Elaboración: Propia

El análisis de costos directos de hospitalización que se realizó consideró días cama, cuidados intensivos, alimentación intrahospitalaria, consulta inicial y medicamentos. Los días totales de hospitalización de los 41 pacientes fue de 127 días. El costo total estimado correspondió a USD 48 301.

DISCUSIÓN

En uno de los pocos estudios realizados en Ecuador sobre hospitalizaciones evitables, para una serie que incluyó el periodo 2002 a 2012, Henríquez¹¹ encontró que el 11,15% del total de hospitalizaciones ocurridas en el país pudieron ser evitadas. De este total de hospitalizaciones evitables, aquellas correspondientes a Diabetes Mellitus representaron 13,3%, es decir el 1,5% del total de hospitalizaciones del país.

El Hospital General Docente de Calderón, en la ciudad de Quito, produjo 7 500 egresos en 2016, 67 060 atenciones en el servicio de emergencia y 80 162 atenciones ambulatorias en el mismo año¹². Si se aplica a esta cifra de hospitalizaciones, la proporción de hospitalizaciones evitables asociadas a diabetes mellitus (1,5%), se esperan 112 pacientes, lo que es superior a los 41 pacientes que ciertamente encontramos en nuestro estudio, según los registros del hospital. Las diferencias podrían explicarse debido a que el estudio de Henríquez consideró al conjunto del país, en tanto nuestro estudio está centrado en un solo centro hospitalario.

Entre los 41 pacientes identificados, la edad media es de 47 años, con una edad máxima de 84 años. En el estudio de Henríquez no se informa la edad media de los pacientes, indicándose que, 51% del total de hospitalizaciones evitables correspondieron a pacientes de 65 y más años¹¹. Esto podría sugerir que los pacientes atendidos en el Hospital Calderón son de menor edad que la media nacional. Esto último podría explicar que la cantidad de pacientes que identificamos en nuestro estudio haya sido menor que el número esperado, al aplicar las proporciones del estudio de Henríquez al total de hospitalizaciones en ese establecimiento, pues las complicaciones de diabetes que conducen a hospitalizaciones generalmente empiezan a aparecer en la quinta década de la vida, es decir por sobre la media de los pacientes de nuestro estudio.

El nivel educacional de los pacientes de nuestro estudio está estructurado de la siguiente manera: el 43,9% tiene estudios primarios, el 29,3 % alcanzó estudios secundarios y un 17,1% no tenía estudios. Si se suma a la población sin estudios con la población con estudios primarios, se asciende al 61% del total, lo que indica que se trata de una población con bajo nivel educativo. No encontramos en la literatura referencias que pudieran ser comparables con nuestro estudio.

El perfil educacional de los pacientes de nuestro estudio es consistente con un perfil de pobreza de esta población. En efecto, en cuanto a la ocupación, el 39,0% de los pacientes no trabaja y 29,3% realiza quehaceres domésticos, lo que sumado significa que el 68% de los pacientes ingresados por emergencia no trabajan en relación de dependencia.

Al analizar la asociación entre la consulta por emergencia de los diagnósticos definidos como hospitalizaciones evitables y las variables socio-demográficas y diagnóstico (directamente relacionado o no con la diabetes mellitus tipo 2) que consideramos en nuestro estudio, al 90% de confianza, nuestros hallazgos permiten identificar algunos factores como nivel de educación bajo y grupo de edad mayor a 65 años, que se asocian con dicha atención de urgencia.

Respecto al factor de bajo nivel educativo, este es un reconocido factor de riesgo que afecta el nivel de salud de la población. En nuestro estudio, el factor bajo nivel de educación (educación primaria o menos), resultó asociado con la consulta de urgencia con un intervalo de confianza de 90% que oscila entre 0,09, para su límite inferior y 0,82, para su límite superior, siendo consistente con lo reportado en la literatura^{13,14}.

El peso relativo de las hospitalizaciones evitables en el total de hospitalizaciones reportado en la literatura es variable. Para Reino Unido se ha reportado 15%³², en España 10%³³, en América Latina se ha reportado 10% para México³⁴, 25% para Argentina³⁵ y 10% para Costa Rica⁶.

En una primera interpretación de los resultados descritos, en lugar de constituirse como un factor protector y contradictoriamente a lo esperado, las consultas en el primer nivel de atención podrían ser un factor de riesgo para desarrollar una hospitalización evitable. Sin embargo, debe recordarse que, especialmente en un sistema de salud con vacíos de cobertura y barreras de acceso como el ecuatoriano, los pacientes diabéticos que logran acceder a atención primaria son, probablemente, aquellos con mayor carga de morbilidad, lo que podría también explicar que requieran mayor atención de urgencia.

En Ecuador, el sistema público de salud fue objeto de una gran inversión en los últimos 10 años, pasando de un presupuesto de 468 millones de dólares en el 2006 a 2 408 millones de dólares en el 2014, lo que podría traducirse en mayor utilización de los servicios; en el 2006 se registraron 14 372 251 atenciones de salud, mientras que para el año 2013 se contabilizaron 38 088 410, incremento que no necesariamente se tradujo en prestaciones de mejor calidad¹⁵⁻¹⁷.

Margaret E. Kruck et al. 18 en septiembre de 2018, en un estudio recientemente publicado sobre mortalidad como resultado de sistemas de salud de baja calidad, hace un análisis sistemático de muertes susceptibles en 137 países, y examina los resultados de países de bajo y medianos ingresos a través de las muertes de 61 condiciones de salud descritas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que son motivo de atención médica. Las muertes fueron analizadas por los autores del estudio en dos grandes grupos, muertes por servicios de baja calidad y muertes por la no utilización de los servicios¹⁸. El citado estudio evidenció que en el año 2017 se dieron 8,6 millones de muertes en países de bajos y medianos ingresos susceptibles de atención médica, de las cuales 5 millones de muertes usaron los servicios de salud, pero recibieron una prestación de baja calidad.

Este análisis y sus resultados muestran una difícil realidad para Ecuador, ya que en la revisión realizada de las hospitalizaciones susceptibles de atención se puede evidenciar que, de las 41 hospitalizaciones que se presentaron, 18 tuvieron en promedio dos consultas preventivas en el 2015, y a pesar de estas consultas preventivas no se evitaron cuadros de descompensación.

Con los antecedentes presentados, sostengo que debería estudiarse con mayor profundidad la calidad de las prestaciones. En el Ecuador la mortalidad por diabetes y sus complicaciones ha oscilado entre las 5 primeras causas de muerte entre 2006 y 2016.

El exceso de mortalidad es solo uno de los varios efectos adversos para la salud pública de la atención médica de baja calidad. Mejorar la calidad de las prestaciones médicas supone un desafío político-técnico complejo, ya que no genera rédito político inmediato y suele estar asociado a reformas profundas, como la evaluación de desempeño de las facultades de medicina, recambio del talento humano en los establecimientos de salud, implementación de sistemas de información que disminuyan la fragmentación y segmentación de los servicios de salud, o inhabilitación de prestadores asistenciales de baja calidad¹⁹.

En relación con los costos directos referenciales mínimos de la hospitalización, en nuestro estudio encontramos que el costo de la atención de los 41 pacientes identificados ascendió a USD 48 301, lo que considera días cama, cuidados intensivos, alimentación intrahospitalaria, consulta inicial y medicamentos para un total de 127 días que totalizaron estos pacientes.

Al mismo tiempo, el mayor costo se asocia a la permanencia de los pacientes en el hospital. El pro-

medio de días de hospitalizaciones de los pacientes ingresados fue de 6,51 con una dispersión de 13,01; el promedio de consultas externas previas a la emergencia fue de 3,07, con un máximo de 22 consultas.

Los datos recién indicados son un poco diferentes que los reportados por Henríquez para el total de Ecuador¹¹, pues ella comunica un promedio general de 5 días, pero reporta 8 días para pacientes con diabetes mellitus. Lo que indica que, si se establecieran estrategias para mejorar el acceso, calidad y resolutivez de la atención primaria, el país podría tener proporcionalmente más beneficios de disminución de costos comparado con el esfuerzo que se pueda hacer en el Hospital Calderón.

Limitaciones

En los pacientes identificados con diagnósticos relacionados con condiciones de hospitalización evitable en la urgencia del Hospital Calderón, se examinaron sus registros de atención en los dos años previos que consten en el nivel primario de atención en todos los establecimientos del MSP. Solo se buscó información de atenciones recibidas, desconociéndose el estado de salud y la carga de morbilidad de dichos pacientes. Esto no permite hacer ajustes por riesgo sanitario de los pacientes y lleva a tener mucha precaución al momento de interpretar la asociación entre consulta en atención primaria e ingreso por emergencia en el Hospital Calderón.

En relación con el seguimiento de hospitalizaciones de los pacientes que ingresaron en urgencia del Hospital Calderón, este análisis se restringió solo a los 18 pacientes hospitalizados en dicho centro asistencial. No se pudo conocer información respecto a pacientes que pudieran haber sido hospitalizados en otros centros hospitalarios.

CONCLUSIONES

Al considerar en un solo grupo a los pacientes con solo estudios primarios y sin estudios, esta categoría sobrepasa los tres quintos de la población estudiada (61% del total). El bajo nivel educacional es consistente con los hallazgos respecto a ocupación, pues encontramos que 39,0% de los pacientes no tenía trabajo y 29,3% realizaba quehaceres domésticos, lo que sumado resulta en que el 68% de los pacientes ingresados por emergencia no tienen un trabajo formal, en relación de dependencia, con algún empleador.

Al analizar la asociación entre los factores considerados en nuestro estudio (características socio-

demográficas, diagnósticos directos o indirectos) y las consultas por emergencia con los diagnósticos definidos como hospitalizaciones evitables, con un 90% de confianza, nuestros hallazgos permiten identificar una asociación con nivel de educación bajo y grupo de edad mayor a 65 años. El bajo nivel de educación es un factor de riesgo identificado, que afecta el nivel de salud de la población y en nuestro estudio la asociación de bajo nivel de educación (educación primaria o menos), con 90% de confianza (IC 0,09 - 0,82), es consistente con lo reportado en la literatura^{39,40}.

Respecto a determinar el vínculo entre causas evitables y hospitalizaciones posteriores, con un nivel de confianza de 90%, tercer objetivo específico de este estudio, encontramos que la edad de los pacientes mayores de 65 años se asocia con hospitalización (p value=0,06), al igual que haber tenido consultas cuyos diagnósticos estuvieran relacionados con la diabetes mellitus tipo 2, lo que también se relacionaría con una hospitalización evitable. (p value=0,06). Este último resultado habría que interpretarlo con precaución, pues más que entender que la consulta por diabetes mellitus en el primer nivel de atención sería un factor de riesgo y no protector, se debe tener presente que, en el contexto de un sistema de salud como el ecuatoriano, con barreras de acceso y vacíos importantes de cobertura, los pacientes que acceden a atención lo hacen tardíamente y tienen una importante carga de morbilidad. Tampoco se descarta una deficiente calidad de la atención entregada a los pacientes.

Uno de los hallazgos más importantes del presente estudio es que, no necesariamente a más consultas preventivas se obtiene menor riesgo para presentar un cuadro de descompensación que tenga como consecuencia una hospitalización. Nuestro estudio no permite profundizar en este hallazgo, el que debe ser interpretado con precaución, como se ha indicado previamente. Sin embargo, este descubrimiento es un incentivo a profundizar en el análisis del desempeño del primer nivel de atención frente a este tipo de consultas, tomando en cuenta el acceso a educación de los pacientes en cuanto a su estado salud, su nutrición, hábitos saludables y la adherencia al tratamiento.

Declaración de conflicto de interés

La autora declara no tener conflicto de interés, ni recibir apoyo de ningún tipo de la industria farmacéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. PMID: 16202000; PMCID: PMC2690145.
2. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Redes Integradas de Servicios de Salud. Washington DC: OPS; 2008.
3. Alwan DA. Informe de situación de Las Enfermedades No Transmisibles OMS 2010: resumen de orientación [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [consultado en jul 2020]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
4. Langton JM, Wong ST, Johnston S, Abelson J, Ammi M, Burge F, et al. Primary Care Performance Measurement and Reporting at a Regional Level: Could a Matrix Approach Provide Actionable Information for Policy Makers and Clinicians? *Health Policy.* 2016;12(2):33-51.
5. Ciapponi A, Glujovsky D, Daray Fe, López An. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud. Revisión exploratoria de la evidencia de eficacia de la atención primaria en salud en la prevención de hospitalizaciones evitables. Documento para discusión # IDB- [Internet]. BID; 2012 [consultado en sept 2020]. Disponible en: <http://www.iadb.org>
6. Aparicio A. El caso de Costa Rica. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud [Internet]. BID; 2012 [consultado en sept 2020]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/15308/serie-sobre-hospitalizaciones-evitables-y-fortalecimiento-de-la-atencion-primaria>
7. Organización Panamerica de la Salud. Redes integradas de servicios de salud, conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. En: La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas [Internet]. Washington DC: OPS; 2010 [consultado en sept 2020]. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250
8. Barrag JC, Isabel CM, Mart M, Social S, Jc B, Mi C. Redes integradas de salud: hacia la consturcción de un concepto. *Rev Univ y Salud.* 2012;14(2):186-96.
9. Vásquez ML, Vargas Lorenzo I. Organizaciones sanitarias integradas, un estudio de caso. Barcelona: CSC; 2009.
10. Dantas I, Santana R, Sarmiento J, Aguiar P. The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Serv Res.* 2016 Aug 4;16(a):348. doi: 10.1186/s12913-016-1584-2.
11. Henríquez Trujillo MC. Comportamiento de las Hospitalizaciones Evitables por Condiciones Sensibles a Atención Primaria en Ecuador , en el periodo 2002-2012 y sus implicaciones para el fortalecimiento de la medicina familiar [disertación en Internet]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2014 [consultado en sept 2020]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10833/11.M40.000798.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
12. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Hospital General Docente de Calderón. Rendición de cuentas [Internet]. 2016 [consultado en jul 2020]. Disponible en: <https://www.hgdc.gob.ec/index.php/hospital/mision-y-vision>
13. Braveman P. Health disparities and health equity: Concepts and Measurement. *Annu Rev Public Health.* 2006;27(1):167-94.
14. Commission on Social Determinants of Health. Subsanan las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : resumen analítico del informe final [Internet]. Ginebra: OPS; 2008 [consultado en jul 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
15. Espinosa V. La reforma de la reforma en salud. *Rev Panam Salud Pública [Internet].* 2017 [consultado en sept 2020];41:449-61. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34061/v41a962017.pdf>
16. Malo-Serrano M, Malo-Corral N. Health Reform in Ecuador. *Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet].* 2014 [consultado en jul 2020];31(4):754-61. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
17. Chang CJ. Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. *An. Fac. med. [Internet].* 2017 Oct [consultado en ago 2020] ;78(4):452-460. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400015&lng=es.

18. Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-saisó S, Salomon JA, et al. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era : a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet* [Internet]; 2018 [consultado en ago 2020];6736(18). Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31668-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email#.W5JqPgtgGYI.twitter](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31668-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email#.W5JqPgtgGYI.twitter)
19. Khan MS, Hashmani FN. Political and technical barriers to improving quality of health care. *Lancet* [Internet]. 2018 [consultado en ago 2020];392(10160):2146–7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618320750>

ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL EDUCATIVO Y SALUD SEXUAL DE JÓVENES CHILENOS DE 15 A 29 AÑOS

ASSOCIATION BETWEEN EDUCATIONAL LEVEL AND SEXUAL HEALTH OF CHILEAN YOUTH BETWEEN 15 AND 29 YEARS OF AGE

RESUMEN

La salud sexual de jóvenes puede verse impedida o dificultada en su desarrollo por barreras educativas. Este artículo analiza una barrera educativa para el desarrollo de la salud sexual de jóvenes chilenos entre 15 y 29 años: el nivel educativo. Se realizó un análisis secundario de la Novena Encuesta Joven del Instituto Nacional de la Juventud, consistente en análisis descriptivos, asociación de las variables a través de la prueba Chi-cuadrado y el cálculo de Odds Ratio. Los resultados indican que quienes tienen estudios de enseñanza básica completa o incompleta tienden a no usar métodos anticonceptivos en la última relación sexual, tienen bajos niveles de conocimiento sobre las formas de transmisión de VIH, y más altos niveles de violencia en la pareja. Se discute la necesidad de extender la cobertura de los programas de educación sexual para brindar una educación de calidad que permita un mayor bienestar sexual en jóvenes.

Palabras claves. salud sexual; conducta sexual; derechos sexuales; educación sexual.

ABSTRACT

The sexual health of young people can be impeded or hampered in their development by educational barriers. This paper analyses an educational barrier for the development of sexual health in young Chileans between 15 and 29 years of age: educational level. A secondary analysis of the Ninth Youth Survey of the National Institute of Youth was carried out, consisting of descriptive analysis, association of variables through the Chi-square test and the calculation of Odds Ratio. The results indicate that those who have complete or incomplete basic education tend not to use contraceptive methods in the last sexual intercourse, have low levels of knowledge about the forms of HIV infection, and higher levels of violence in the relationship. The need to extend the coverage of sex education programs to provide quality education that allows greater sexual well-being in young people is discussed.

Keywords. sexual health; sexual behavior; reproductive rights; sex education.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual corresponde a un concepto multidimensional referido al bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad^{1,2}. En cuanto directriz global de desarrollo humano³ se instala como una serie de desafíos a los Estados para garantizar las condiciones para su fomento⁴ en base a sistemas de seguimiento periódicos⁵. Al respecto, la Política de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de Chile⁶ articula esfuerzos por la reducción del embarazo adolescente y de infecciones de transmisión sexual (ITS) con un énfasis en el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)⁷. Mientras que la investigación en el plano nacional se ha centrado en producir indicadores desde una óptica de factores de riesgo individuales, tales como la edad de inicio sexual, rendimiento académico, consumo de sustancias, entre otros⁸⁻¹¹.

Frente a esta situación, se torna necesario complementar el abordaje individual desde una perspectiva que puntualice en factores socio-estructurales, es decir, desarrollar investigaciones que aporten evidencias necesarias para la mejora de servicios estatales que focalicen en garantizar el acceso a un bienestar sexual de la población¹². Dentro de dichos factores, destaca la educación⁷ como una de las aristas principales para el desarrollo de políticas vinculadas a la salud sexual de la población a partir de la estrategia de la educación sexual¹³⁻¹⁷.

No obstante, en el plano educativo existen una serie de barreras al aprendizaje y la participación¹⁸ que obstaculizan una serie de procesos educativos excluyendo a ciertos sujetos y grupos. En este terreno, destaca la existencia de una barrera de acceso a los contenidos de educación sexual caracterizada por la cobertura que garantiza el Estado chileno^{19,20}, la cual solamente es obligatoria durante la enseñanza media^{21,22}.

Esta situación adquiere mayor relevancia al considerar que estudios previos muestran una marcada tendencia nacional por un inicio sexual cada vez más temprano tanto en hombres como en mujeres^{11,12} y con una diferencia de género cada vez más estrecha entre ambos grupos²³, que no está siendo abarcada por el sistema educativo. La evidencia nacional destaca que la menor cantidad de años de estudio constituye una barrera en el desarrollo de la salud sexual⁹, mientras que la evidencia internacional puntualiza en la importancia de la educación sexual en edades tempranas como un factor relevante para una óptima salud sexual de la población²⁴.

En virtud de lo anterior, el presente estudio analiza la asociación existente entre el nivel educativo y una serie de indicadores de salud sexual de jóvenes chilenos sexualmente activos entre 15 y 29 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes. Se efectuó un análisis de datos secundarios provenientes de la Novena Encuesta Nacional de Juventud desarrollada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) en el año 2018. La muestra estuvo constituida por 9500 jóvenes, hombres y mujeres, de entre 15 y 29 años residentes en todas las regiones del país, tanto en zonas urbanas como rurales. Se aplicó un muestreo probabilístico, polietápico y estratificado para la selección de participantes con un criterio de proporcionalidad entre regiones.

En esta investigación solamente se emplearon los datos de aquellos jóvenes sexualmente activos. De tal manera, la muestra final estuvo compuesta por N=6668 participantes sexualmente activos de entre 15 y 29 años con una media de 23.65 (SD=3.86).

Instrumento. Se emplearon los índices educativos y referidos a salud sexual de la Novena Encuesta de Juventud de la INJUV. En términos de las variables educativas se consideró el último nivel educativo alcanzado agrupado en cuatro grupos: 1) educación básica completa o incompleta, 2) educación media científico-humanista completa o incompleta, 3) educación media técnico-profesional completa o incompleta, y 4) estudios superiores o de postgrado.

Las variables de salud sexual incorporadas fueron el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (no/si) y en la última (no/si); el contagio de alguna ITS (si/no); el conocimiento de tres formas de transmisión de VIH reales (no/si) y el reconocimiento de las formas tres falsas de transmisión (no/si). Asimismo, incorporando elementos sociales de la salud sexual, se consideró haber experimentado violencia en la pareja en términos físico (si/no), psicológicos (si/no), sexuales (si/no), económicos (si/no) y cibernéticos (si/no).

Plan de análisis. Los datos del estudio fueron analizados por medio del software estadístico Jamovi 1.1.9.0. En primer lugar, se realizó un análisis estadístico descriptivo para la caracterización de las variables. Luego se analizó la asociación entre las variables referidas a la salud sexual con el nivel educativo, por medio del uso de tablas de contingencia y coeficiente chi-cuadrado para evaluar inicialmente el nivel de asociación entre variables. Con ello, y a través del cálculo de Odds

Ratio (OR) en aquellas asociaciones que resultaron significativas, se analizó la razón de probabilidad de ocurrencia las variables referidas a la salud sexual en virtud del nivel educativo alcanzado. Las significancias estadísticas fueron consideradas por un valor $p < .05$.

RESULTADOS

Análisis descriptivo. En primer lugar, de acuerdo al nivel educativo, la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por quienes tenían estudios superiores o de postgrado (48.9%), seguido por el grupo que había cursado o cursaba enseñanza media científico-humanista (30.7%) y técnico-profesional (15.7%). En último lugar, se encontraban quienes tenían estudios de enseñanza básica completa o incompleta con un 4.7%.

En cuanto a las variables referidas a la salud sexual, la Tabla 1 sistematiza la distribución de frecuencias de las respuestas de los participantes. Destaca el bajo porcentaje de uso de métodos anticonceptivos tanto en la primera como en la última relación con un 27% y 21.5%, respectivamente. Asimismo, el bajo conocimiento de formas reales y falsas de transmisión de VIH con un 57.3% y 55.22% de tres de respuestas correctas cada una.

Asociación entre salud sexual y nivel educativo. En la Tabla 2 se sistematiza los resultados descriptivos de las variables de educación sexual desagregados de acuerdo al nivel educativo de los participantes, además de incorporar los resultados de la asociación entre las variables por medio de la prueba Chi-cuadrado. Tal como se aprecia, tanto el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual como las violencias psicológica, sexual, económica y cibernética no presentan una asociación estadísticamente significativa en función del nivel educativo.

Tabla 1: Distribuciones de frecuencias de variables relativas a la salud sexual

Variable	No	Si	Total
MAC. P.	73.0%	27.0%	100.0% (6668)
MAC. U.	78.5%	21.5%	100.0% (6668)
ITS	96.5%	3.5%	100.0% (5930)
VIH. R.	42.70%	57.3%	100.0% (6668)
VIH. F.	44.8%	55.2%	100.0% (6668)
V. Fis.	93.0%	7.0%	100.0% (4009)
V. Psi.	86.7%	13.3%	100.0% (4008)
V. Sex.	98.4%	1.6%	100.0% (3393)
V. Eco.	95.7%	4.3%	100.0% (4002)
V. Cib.	96.4%	3.6%	100.0% (3997)

MAC. P. = Uso de métodos anticonceptivo en la primera relación sexual; MAC. U. = Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual; ITS = Contagio de alguna infección de transmisión sexual; VIH R. = Conocimiento de tres formas reales de transmisión de VIH; VIH F. = Conocimiento de tres formas falsas de transmisión de VIH; V. Fis = Violencia física en la pareja; V. Psi. = Violencia psicológica en la pareja; V. Sex. = Violencia sexual en la pareja; V. Eco. = violencia económica en la pareja; V. Cib. = Violencia cibernética en la pareja

Tabla 2: Frecuencias de variables referidas a la salud sexual según nivel educativo

N.E.	MAC. P. $\chi^2(3, N=6661)=7,279, p.=.064$			MAC. U.** $\chi^2(3, N=6661)=13.390, p.=.004$			ITS*** $\chi^2(3, N=5925)=19.628, p.<.001$			VIH R.*** $\chi^2(3, N=6661)=31.537, p.<.001$		
	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
EGB	79.6 %	20.4 %	100.0 % (313)	85.9 %	14.1 %	100.0 % (313)	98.6 %	1.4 %	100.0 % (279)	56.5 %	43.5 %	100.0 % (313)
EMCH	72.7 %	27.3 %	100.0 % (2047)	79.2 %	20.8 %	100.0 % (2047)	97.6 %	2.4 %	100.0 % (1815)	44.1 %	55.9 %	100.0 % (2047)
EMTP	72.2 %	27.8 %	100.0 % (1043)	77.9 %	22.1 %	100.0 % (1043)	97.0 %	3.0 %	100.0 % (913)	41.9 %	58.1 %	100.0 % (1043)
ES	72.9 %	27.1 %	100.0 % (3258)	77.4 %	22.6 %	100.0 % (3258)	95.5 %	4.5 %	100.0 % (2918)	40.7 %	59.3 %	100.0 % (3258)
Total	73.0 %	27.0 %	100.0 % (6661)	78.5 %	21.5 %	100.0 % (6661)	96.5 %	3.5 %	100.0 % (5925)	42.7 %	57.3 %	100.0 % (6661)
NE	VIH M.*** $\chi^2(3, N=6661)=248.733, p.<.001$			V. Fis.* $\chi^2(3, N=4008)=8.236, p.=.041$			V. Psi. $\chi^2(3, N=4007)=4.306, p.=.230$			V. Sex. $\chi^2(3, N=3992)=1.408, p.=.704$		
	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
EGB	62.6 %	37.4 %	100.0 % (313)	88.3 %	11.7 %	100.0 % (206)	84.0 %	16.0 %	100.0 % (206)	97.5 %	2.5 %	100.0 % (204)
EMCH	51.4 %	48.6 %	100.0 % (2047)	92.7 %	7.3 %	100.0 % (1240)	87.4 %	12.6 %	100.0 % (1239)	98.4 %	1.6 %	100.0 % (1238)
EMTP	56.2 %	43.8 %	100.0 % (1043)	93.6 %	6.4 %	100.0 % (636)	88.4 %	11.6 %	100.0 % (637)	98.7 %	1.3 %	100.0 % (635)
ES	35.4 %	64.6 %	100.0 % (3258)	93.6 %	6.4 %	100.0 % (1926)	86.0 %	14.0 %	100.0 % (1925)	98.4 %	1.6 %	100.0 % (1915)
Total	44.8 %	55.2 %	100.0 % (6661)	93.0 %	7.0 %	100.0 % (4008)	86.7 %	13.3 %	100.0 % (4007)	98.4 %	1.6 %	100.0 % (3992)
NE	V. Eco. $\chi^2(3, N=4001)=1.267, p.=.737$			V. Cib. $\chi^2(3, N=3996)=1.778, p.=.620$								
	No	Si	Total	No	Si	Total						
EGB	94.1 %	5.9 %	100.0 % (205)	95.1 %	4.9 %	100.0 % (205)						
EMCH	95.8 %	4.2 %	100.0 % (1238)	96.1 %	3.9 %	100.0 % (1236)						
EMTP	95.6 %	4.4 %	100.0 % (637)	96.9 %	3.1 %	100.0 % (637)						
ES	95.8 %	4.2 %	100.0 % (1921)	96.6 %	3.4 %	100.0 % (1918)						
Total	95.7 %	4.3 %	100.0 % (4001)	96.4 %	3.6 %	100.0 % (3996)						

N.E. = Nivel educativo; EGB = Educación general básica; EMCH = Enseñanza media científico-humanista; EMTP = Enseñanza media técnico-profesional; ES = Educación superior. MAC. P. = Uso de métodos anticonceptivo en la primera relación sexual; MAC. U. = Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual; ITS = Contagio de alguna infección de transmisión sexual; VIH R. = Conocimiento de tres formas reales de transmisión de VIH; VIH F. = Conocimiento de tres formas falsas de transmisión de VIH; V. Fis. = Violencia física en la pareja; V. Psi. = Violencia psicológica en la pareja; V. Sex. = Violencia sexual en la pareja; V. Eco. = violencia económica en la pareja; V. Cib. = Violencia cibernética en la pareja. *Significativo con un valor $p.<.05$; **significativo con un valor $p.<.01$; ***significativo con un valor $p.<.001$

La Tabla 3 presenta los resultados del cálculo de OR en función del nivel educativo para aquellas variables que evidenciaron tener una asociación estadísticamente significativa. En primer lugar, destaca que la razón entre quienes reportan no usar algún tipo de método anticonceptivo en la última relación sexual versus quienes sí, es 1.602 (IC95%: 1.145 – 2.242) mayor en el grupo con estudios de enseñanza básica completa o incompleta en comparación con quienes cursan o han cursado la enseñanza media científico-humanista, así como 1.730 (IC95%: 1.218 – 2.456) veces mayor en comparación quienes cursan o han cursado la enseñanza media técnico profesional, y 1.784 (IC95%: 1.284 – 2.480) en comparación con el grupo con estudios superiores o de postgrado.

Por otro lado, la razón entre quienes reportan haberse contagiado de algún tipo de ITS versus quienes no, es .307 (IC95%: .113 - .836) veces menor en el grupo que solamente tiene estudios de enseñanza básica en comparación quienes cuentan con estudios superiores o de postgrado.

La razón entre identificar 2 o menos formas falsas de transmisión de VIH versus identificar 3 correctamente es 1.581 (IC95%: 1.238 – 2.020) veces mayor en quienes tienen estudios de enseñanza básica completa o incompleta en comparación con quienes tienen estudios de enseñanza media científico-humanista, 1.306 (IC95%: 1.008 – 1.694) veces mayor en comparación con el grupo de educación media técnico profesional, y 3.062 (IC95%: 2.409 – 3.893) veces mayor en el grupo de estudios superiores o de postgrado.

Finalmente, la razón entre haber experimentado violencia física en la pareja versus no haberla experimentado es 1.685 (IC95%: 1.046 – 2.714) veces mayor en quienes tienen estudios de enseñanza básica completa o incompleta en comparación con quienes tienen estudios de enseñanza media científico-humanista, 1.914 (IC95%: 1.126 – 3.253) veces mayor en comparación con el grupo de educación media técnico profesional, y 1.916 (IC95%: 1.206 – 3.044) veces mayor en el grupo de estudios superiores o de postgrado.

Tabla 3: Odds ratio entre nivel educativo y variables de salud sexual

N.E.	Salud Sexual				
	MAC. U.	ITS	VIH. R.	VIH. F.	V. Fis.
	OR	OR	OR	OR	OR
	IC95%	IC95%	IC95%	IC95%	IC95%
EGB	1	1	1	1	1
EMCH	1,602 (1.145 - 2.242)**	.585 (.209 - 1.641)	1.652 (1.300 - 2.100)***	1.581 (1.238 - 2.020)***	1.685 (1.046 - 2.714)*
EMTP	1.730 (1.218 - 2.456)**	.477 (.166 - 1.375)	1.805 (1.398 - 2.329)***	1.306 (1.008 - 1.694)*	1.914 (1.126 - 3.253)*
ES	1.784 (1.284 - 2.480)***	.307 (.113 - .836)*	1.894 (1.498 - 2.394)***	3.062 (2.409 - 3.893)***	1.916 (1.206 - 3.044)**

N.E., Nivel Educativo; EGB, Educación General Básica = 0; EMCH, Educación Media Científico Humanista = 1; EMTP, Educación Media Técnico Profesional = 3; ES, Estudios Superiores = 4. OR, Odds ratio; IC, Intervalo de Confianza. MAC. U.: Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual (0 = Si, 1 = No). ITS: Contagio de ITS (0 = No, 1 = Si). VIH R.: Conocimiento de tres formas reales de transmisión de VIH (0 = Si, 1 = No). VIH. F.: Conocimiento de tres formas falsas de transmisión de VIH (0 = Si, 1 = No). V. Fis.: Violencia física en la pareja (0 = No, 1 = Si). *Significativo con un valor p<.05; **significativo con un valor p<.01; ***significativo con un valor p<.001.

DISCUSIÓN

La investigación es concordante con los estudios previos realizados a nivel nacional^{17,23} y se evidencian indicadores alarmantes respecto de las prácticas de riesgo y el manejo de información como factor protector. En este sentido destaca que solo 2 de cada 10 jóvenes usó algún tipo de método anticonceptivo en su última relación sexual y que 6 de cada 10 reconocen correctamente tres formas reales y falsas de transmisión de VIH.

Sin embargo, lo anterior contrasta con una baja tasa de contagios de ITS en términos generales, la cual abarca solamente el 3.5% de los casos. Asimismo, se evidencian bajos índices de violencia en la pareja, siendo el más frecuente la violencia psicológica presente en el 13.3% de las ocasiones, seguido de la violencia física con un 7% y la violencia económica con un 4.3%.

Particularizando sobre el análisis de la asociación del nivel educativo y la salud sexual en jóvenes chilenos, es posible concluir que la política actualmente vigente, al centrarse exclusivamente en educación media^{22,23}, es una de las principales barreras que produce exclusión de la formación en materia de sexualidad a niños y niñas desde edades tempranas^{19,20}. En esta línea, se evidencia que el grupo con estudios de enseñanza básica completa o incompleta muestra tener la menor frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual en comparación con el resto de los niveles educativos. La misma situación se repite en el reconocimiento de las formas de transmisión reales y estereotipadas de VIH. Mientras que tiene la frecuencia más alta de experiencias de violencia física en la pareja.

Estos antecedentes, se corresponden con estudios previos al indicar la necesidad de implementar planes y programas de educación sexual desde los primeros niveles educativos^{9,29}, más aún en la población nacional que ha experimentado una tendencia por un inicio sexual cada vez más temprano^{11,23}. En virtud de ello, las apuestas por extender la cobertura de la educación sexual cobran una gran relevancia en el país como apuesta por garantizar el acceso como un primer nivel relevante para fomentar el bienestar sexual¹². Al respecto, cabe destacar que recientemente la Cámara de Diputados de Chile, por falta de quorum, rechazó la tramitación de un proyecto de ley de educación sexual enfocado esta extensión de la cobertura, perpetuando la exclusión sistemática que ha existido en esta materia en el país.

Finalmente, es importante destacar los resultados de la asociación entre el nivel educativo y el reporte de contagio de ITS, donde se evidencia que el grupo con un menor porcentaje de contagio es el compuesto por quienes tienen estudios de enseñanza básica completa o incompleta, mientras que el más alto es el grupo con estudios superiores o de postgrado. Esto se expresa en que la razón de proporción entre el no uso versus el uso es de .0307 veces menor en el grupo de enseñanza básica en comparación con el grupo de estudios superiores. Cuestión que abre la discusión hacia cuáles son los factores que llevan al grupo con más estudios a tener reportar más contagios, entre los cuales se puede encontrar un abandono de la educación superior en estas materias^{21,22}.

Agradecimiento

Se agradece al Instituto Nacional de la Juventud (IN-JUV) por poner a disposición pública la base de datos que posibilita la investigación.

Fuente de financiamiento

La investigación se realiza bajo el apoyo de la Beca Doctorado Nacional N° 21201606 de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators. Geneva: WHO; 2010.
2. World Health Organization. Defining sexual health. Report of technical consultation on sexual health. 28-31 January 2002, Geneva. Geneva: WHO; 2006.
3. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development. El Cairo, 5-13 September 1994. New York: UN; 1995.
4. Artilles LA. A diez años de El Cairo y Beijing. Rev Cub Salud Publica. 2006;32(1):1-9.
5. Galdos S. La Conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos como base para la salud sexual y reproductiva. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):455-460.
6. Chile. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva [Internet]. Santiago: MINSAL; 2018 [consultado el 20 oct 2020]. Disponible es: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-.pdf.

7. Cubillos J. Los marcos interpretativos en la política chilena de salud sexual y reproductiva. *Papers*. 2019;104(4):635-660.
8. González E, Molina T. Inicio sexual en contexto de sexo casual y su asociación a comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019;84(1):7-17.
9. González, E, Molina, T, Montero, A, Martínez, V. Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013;78(1):4-13.
10. González, E, Molina, T, Montero, A, Martínez, C, Leyton, C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev Med Chile*. 2007;135(10):1261-1269.
11. Leal I, Molina T, Luttge C, González E, González D. Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83(2):149-160.
12. Collumbien M, Busza J, Cleland J, Campbell O. *Social science methods for research on sexual and reproductive health*. Geneva: WHO; 2012.
13. Macintyre A, Montero A, Sagbakken, M. From disease to desire, pleasure to the pill: a qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1-14.
14. Macintyre A, Montero, A, Sagbakken, M. Sexuality? A million things come to mind": reflections on gender and sexuality by Chilean adolescents. *Reprod Health Matters*. 2015;23(46):85-95.
15. Montero A. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. *Rev Med Chile*. 2011;139(10):1249-1252.
16. Obach, A, Sadler, M, Jofré, N. Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Rev Salud Pública*. 2017;19(6):848-854.
17. Castro-Sandoval, G, Carrasco-Portiño, M, Solar-Bustos, F, Catrien-Carrillo, M, Garcés-González, C, Marticoarena-Guajardo, C. Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva adolescente en el sur de Chile, periodo 2010-2017. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019;84(1):28-40.
18. Booth, T, Ainsco, M. *Guía para la inclusión educativa: desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. Santiago: CSIE-FCF; 2012.
19. Arenas, L. *Aportes para una historia de la educación sexual en Chile (1990-2016)*. Buenos Aires: La Porfiada Editorial; 2016.
20. Dides, C, Fernández, C. *Primer informe. Salud Sexual y Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile. Estado de la situación 2016* [Internet]. Santiago: Fundación MILES; 2016 [consultado el 20 oct 2020]. Disponible en: http://www.mileschile.cl/documentos/Informe_DDSSRR_2016_Miles.pdf
21. *Aprueba reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad del 2011*. Decreto N° 49 (28 mar, 2013).
22. *Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad del 2010*. Ley 20.418 (2 feb, 2010).
23. Instituto Nacional de la Juventud. *8va Encuesta Nacional de Juventud, 2015*. Santiago: Gobierno de Chile; 2015.
24. Sánchez A, Baena M. Educación sexual: ¿qué etapa formativa es idónea para iniciarla, en base al nivel de conocimientos alcanzado por alumnos universitarios de Murcia?. *Docencia e Investigación*. 2017;(27):59-80.

CIFRAS Y ANÁLISIS

Rev Chil Salud Pública 2021,
Vol 25(2) 248-254

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DE USUARIOS POLICONSULTANTES EN URGENCIA HOSPITAL SAN CAMILO, PERTENECIENTES AL CESFAM SAN FELIPE EL REAL, SAN FELIPE

CHARACTERIZATION OF THE PROFILE OF POLYCONSULTANT USERS
IN THE EMERGENCY HOSPITAL SAN CAMILO, BELONGING TO A
FAMILY HEALTH CENTER, SAN FELIPE

RESUMEN

Introducción. El sistema de salud chileno se basa en el modelo de atención primaria. En este contexto, la demanda generada por la atención de usuarios policonsultantes constituye una problemática universal. Surge entonces la necesidad de identificar a esta población para implementar medidas. El objetivo de este estudio es caracterizar el perfil de usuarios policonsultantes en el servicio de urgencia del Hospital San Camilo, pertenecientes al CESFAM San Felipe El Real, entre junio 2018-mayo 2019.

Materiales y Métodos. Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Los datos fueron obtenidos desde base de datos anonimizada de usuarios atendidos en el servicio de salud; se seleccionaron pacientes pertenecientes al Centro con 7 o más consultas anuales en urgencia del Hospital San Camilo y se analizaron variables como sexo, edad, prevención y patologías consultadas.

Resultados. De 128 pacientes pertenecientes al CESFAM catalogados como policonsultantes, dos tercios del total son del sexo femenino, con un claro predominio de los primeros dos tramos de FONASA. En ambos sexos la población es mayormente pediátrica y le sigue a esto la población femenina de edad media.

Discusión. Con estos resultados se caracteriza a los usuarios policonsultantes del centro estudiado, lo que permite focalizar planes para estas personas implementando mejoras en resolutiveidad.

Palabras claves: caracterización – consultas – urgencias

ABSTRACT

Introduction. The Chilean health system is based on the primary care model. In this context, the demand generated by the attention of polyconsultant users constitutes a universal problem. It is necessary to identify this population to implement measures. The objective of this study is to characterize the profile of polyconsultant users in the emergency department of San Camilo Hospital, belonging to the CESFAM San Felipe El Real, between June 2018-May 2019.

Materials and Methods. Observational, retrospective and descriptive study. From an anonymized database that collects information from users treated in the health service, patients belonging to the Center were selected if they had 7 or more annual consultations in the emergency care of the San Camilo Hospital. Variables such as sex, age, prevention and pathologies were analyzed.

Results. Of 128 patients belonging to CESFAM cataloged as polyconsultant, two thirds of the total are female, with a clear predominance of the first two sections of FONASA. In both sexes the population is mostly pediatric, and this is followed by the middle-aged female population.

Discussion. With these results, the polyconsultant users of the center studied are characterized, which allows to focus plans on these people and improve the resolution in these areas.

Key words: profile – consultants - emergency

Karla Gómez,
CESFAM San Felipe El Real,
Universidad de Valparaíso,
Campus San Felipe.
Internado APS,
Escuela de Medicina, Universidad
de Valparaíso, Campus San Felipe.

Felipe Vargas A.,
Universidad de Valparaíso,
CESFAM Llay Llay y Hospital Santo
Tomás de Limache.

Fabiola Fuenzalida,
Universidad de Valparaíso,
CESFAM Llay Llay y Hospital Santo
Tomás de Limache.

María José Cardenas,
Escuela de Medicina,
Universidad de Valparaíso,
Campus San Felipe.

Mario Parada L.,
Escuela de Medicina,
Universidad de Valparaíso,
Campus San Felipe.
mario.parada@uv.cl

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud chileno está basado en la atención primaria (APS), con un modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria (MAIS), que tiene como objetivo la atención eficiente, eficaz y oportuna de las personas. Entre los años 1993 y 1998 el Ministerio de Salud realizó el proceso de transformación de los consultorios a Centro de Salud familiar (CESFAM)¹. El 2005 se comienza a implementar el modelo de atención integral, planteándose como metas asegurar el acceso a los servicios de salud de alta calidad y capacidad resolutoria².

Este modelo se ha implementado gradualmente, siendo constantemente evaluado en conjunto por el ministerio y los servicios de salud, lo que permite objetivar el cumplimiento de los objetivos del MAIS y analizar áreas sobre las cuales trabajar. Así se ha ubicado al CESFAM como la puerta de entrada a la red del sistema de salud público, el cual funciona en comunicación con consultorios de especialidades, hospitales y urgencias, entre otros centros de la red. Para fortalecer el acceso y la resolutoria de la atención primaria, se crearon los servicios de atención primaria de urgencia (SAPU), que realizan atenciones de urgencia de baja complejidad, estando adosados a un centro de APS³.

Aun así, existe una permanente sobredemanda de atención. En este contexto surge la problemática generada por la atención de usuarios policonsultantes, cuya demanda constituye un área del modelo que no ha logrado implementarse eficazmente. Si bien en la literatura no existe una definición estandarizada, se entiende como policonsultantes a un grupo de personas que usa reiterativamente los servicios de salud, muchos de manera injustificada⁴. Para este estudio lo definiremos operacionalmente como un paciente con más de siete consultas anuales en algún centro de salud⁵.

El fenómeno de la policonsulta atenta contra el uso eficiente de recursos, y traduce una baja resolutoria de los centros de APS, que a menudo tiene mayor relación al área de la salud mental y patologías crónicas⁶. Además, aumenta los tiempos de espera en urgencias y dificulta el acceso a personas que lo necesitan con mayor prioridad. Se estima que entre 10 y 30% de las consultas en APS están ligadas a este tipo de usuarios/as, que pone a los prestadores de salud en situación incómoda, sin tener claro el manejo adecuado de esta población⁶. Es así como surge la necesidad de identificar al policonsultante

e implementar medidas orientadas a resolver esta problemática.

Según Bórquez y Carrasco, existe bibliografía internacional que caracteriza a la población policonsultante según sexo, grupo etario, nivel educacional, estado psicológico, motivo de consulta, entre otras⁴. La evidencia es variable, pero compartiría el hecho de que existe una estrecha relación entre la policonsulta y el sexo femenino, el nivel socioeconómico-educacional bajo y la portación de patología crónica y/o mental. En España, algunos investigadores plantean como factores de riesgo el ser mayor a 65 años, la polifarmacia y el deterioro cognitivo⁷, otros estudiaron la policonsulta pediátrica, donde destaca la reconsulta como una cifra importante, sea por persistencia de síntomas, solicitud de pruebas complementarias, observación o tratamiento⁸.

En Chile, algunos centros han diseñado estrategias locales para el manejo integral de sus usuarios policonsultantes en APS y SAPU^{9,10}. Algunos autores han encontrado un mayor número de consultas los lunes, decreciendo acorde avanza la semana y llegando al mínimo los fines de semana, lo que los hace suponer que no hay una perspectiva real de gravedad¹¹.

Existen pocos estudios y protocolos sobre el manejo de usuarios policonsultantes. Se reconoce que la relación médico-paciente sería clave para identificar los factores relacionados y para el abordaje de la policonsulta; sin embargo, no hay suficiente evidencia de alguna estrategia específica que logre un impacto en disminuirla¹². Ballas et al.⁹ propone un flujograma basado en la escucha de la entrevista clínica, dar espacio a la queja, además de discusiones de casos en reuniones de sector evaluando el impacto en el equipo, disminuir el desgaste y proponer soluciones multidisciplinaria.

A nivel local, existe un catastro de usuarios del servicio de salud que hiperfrecuentan el centro, el SAPU y la urgencia del hospital, pero no se cuenta con una caracterización detallada que permita identificar perfiles de policonsultantes. Entonces es necesario conocer a esta población, para buscar estrategias que mejoren la atención de estos usuarios.

Este estudio se enfoca en usuarios del CESFAM San Felipe El Real que consultan fuera del centro, porque se estima que constituyen la mayor demanda de usuarios policonsultantes. Se evaluarán inicialmente las consultas del servicio de urgencia del Hospital San Camilo, con intenciones de poder evaluar la policonsulta en otros centros como el SAPU y el CESFAM mismo a futuro.

Objetivo general: Caracterizar el perfil de usuarios/as policonsultantes en el servicio de urgencia del Hospital San Camilo, pertenecientes al CESFAM San Felipe el Real, entre junio 2018-mayo 2019.

Objetivos específicos: a) Medir el número de pacientes policonsultantes en el servicio de urgencia del Hospital San Camilo en dicho periodo, que estén inscritos como usuarios del CESFAM San Felipe El Real; b) identificar los diagnósticos más frecuentes asociados a estos pacientes, clasificándolos en tres categorías: patología aguda, patología crónica y patología mental; c) comparar los datos obtenidos según sexo, edad, horario de consulta, previsión y sector del CESFAM al cual pertenecen.

Este estudio pretende conocer la realidad local sobre el fenómeno policonsultante, construyendo una base epidemiológica que quede como registro para así formular estrategias o intervenciones orientadas a trabajar con la población policonsultante y triangular esta información con otros estudios futuros. Considerando la escasez de evidencia nacional al respecto, la información obtenida pretende aportar al entendimiento del fenómeno policonsultante nacional y local.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio tiene un diseño metodológico observacional, descriptivo y retrospectivo, cuyo universo está definido por los registros de usuarios/as pertenecientes al CESFAM San Felipe El Real, que hayan consultado al servicio de urgencias del Hospital San Camilo al menos siete veces entre el 1 de junio del 2018 y el 31 de mayo del 2019. La urgencia del Hospital San Camilo tiene box de atención para medicina interna, cirugía, pediatría, cirugía pediátrica y ginecología.

Se utilizó una base de datos anonimizada en formato Excel, proveniente de la plataforma integrada en línea TICSSA, la que recopila datos de los usuarios atendidos en los servicios de urgencia del servicio de Salud Aconcagua.

Se tabularon los datos en Excel según las siguientes variables; número de consultas, sexo, edad, sector del Cesfam pertenecientes, previsión, horario de atención y categoría diagnóstica (patología aguda, crónica o mental).

Se estableció esta categorización ya que el funcionamiento, programación y estrategias de abordaje, desde la atención primaria, tiene la tendencia a subclasificarse así, por ejemplo: Morbilidad (atención aguda), Programa de salud cardiovascular (patologías crónicas) y Programa de salud mental, el cual independiente del motivo de consulta pudiese ser considerado como agudo o crónico.

Los criterios de inclusión son: Usuario/a que haya consultado al menos 7 veces al servicio de urgencia del Hospital San Camilo, entre el 1 de junio del 2018 y 31 de mayo del 2019, que al menos una de sus consultas perteneciera al CESFAM San Felipe el Real.

Respecto a la existencia de conflictos éticos, se detalla que no existen, debido a que la fuente de información usada es anonimizada.

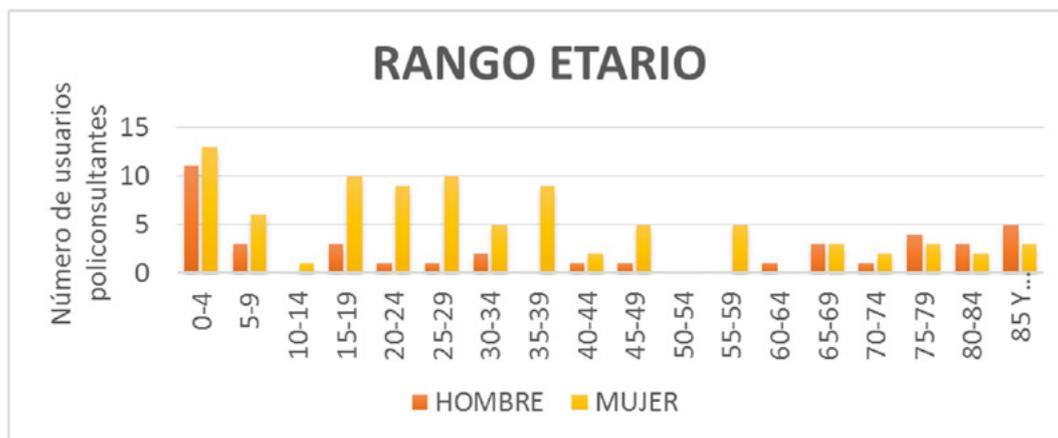
RESULTADOS

El total de 128 personas policonsultantes, que suman durante el periodo de estudio 1.208 consultas. De estos son 88 mujeres y 40 hombres, es decir, dos tercios de los pacientes policonsultantes son mujeres.

Según tramo FONASA, gran parte de la población policonsultante pertenece a los dos primeros tramos A y B, específicamente al tramo A corresponde el 30% y al tramo B el 38% aproximadamente. Otro dato que se obtuvo fue los horarios de consulta, con distribución homogénea desde las 8 hasta las 21 horas, con clara disminución de consultas entre los horarios de las 2 a las 7 de la mañana. No hay un mes particular que predomine durante el año en lo que respecta a número de consultas.

En el rango etario, destaca el área pediátrica desde los 0 a 4 años, que se lleva el predominio de consultas en urgencia, tanto en el sexo femenino como masculino. En edades mayores existen disparidades según sexo, con peak de consultas en el sexo femenino en los rangos etarios: 15-19 años, 25-29 años y 35-39 años.

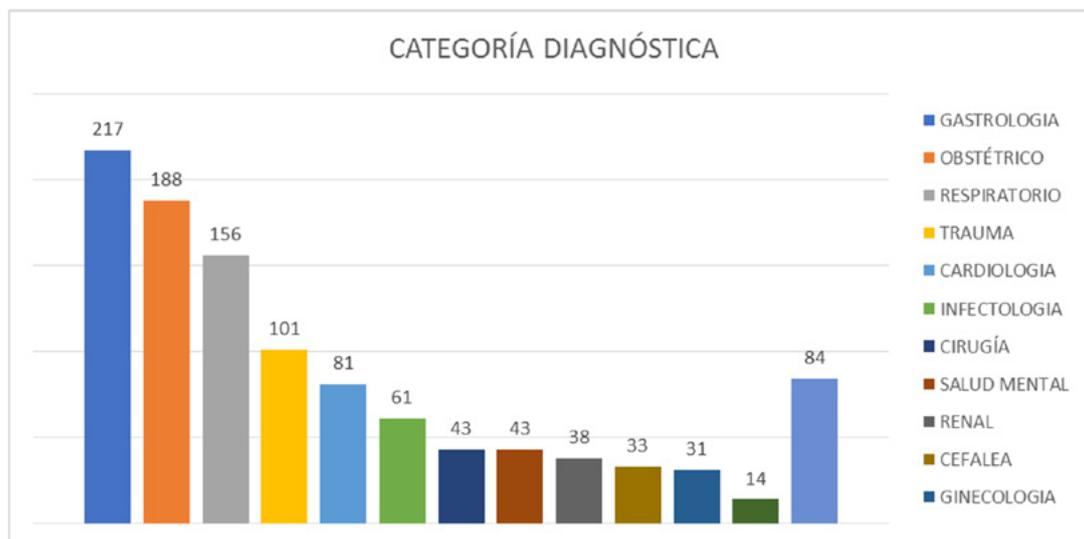
Gráfico 1: Rangos de edad de pacientes policonsultantes pertenecientes al centro de salud familiar San Felipe El Real.



Siguiendo el objetivo del estudio, se agruparon los diferentes motivos de consulta en las categorías de patologías agudas, crónicas y mentales, y se adhirió una casilla adicional como no clasificable. Resultado

de esto, el 53% de los pacientes policonsultantes fueron a la urgencia por patología aguda, 18% por patología crónica, 4% por motivo de salud mental y un 25% quedó en el grupo de no clasificables.

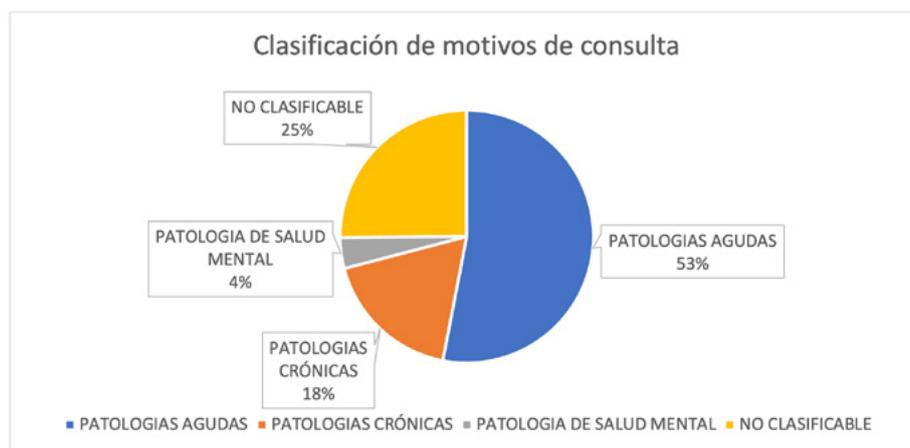
Gráfico 2: Clasificación de los motivos de consulta de los pacientes policonsultantes según corresponde a patología aguda, mental, crónica y no clasificable.



Indagando en los motivos de consulta, las áreas predominantes son gastroenterología, con diagnósticos de gastritis, gastroenteritis y dolor abdominal no

especificado, el área de obstetricia, con diagnóstico de otras enfermedades maternas y el área respiratoria con infecciones respiratorias altas.

Gráfico 3: Distribución por área de los motivos de consulta de los pacientes policonsultantes.



En el resto de las áreas encontramos los siguientes diagnósticos más comunes; cardiología con insuficiencia cardíaca aguda, dolor torácico e hipertensión arterial, trauma con heridas y mordeduras, dermatología con alergia no especificada, infectología con fiebre no especificada e infecciones virales, patología

quirúrgica con hernias y problemas asociados a sondas urinarias, salud mental por trastorno de ansiedad, nefrología con infecciones del tracto urinario, ginecología con infecciones genitales y dolor pélvico y área miscelánea con constatación de lesiones.

Tabla: Resumen de la caracterización encontrada de los pacientes policonsultantes pertenecientes al Cesfam San Felipe El Real.

Característica	Resultado
Sexo predominante	Femenino
Edad predominante	Pediátrica/ Edad media femenina
Tramos de Fonasa	A-B
Categorización del motivo de consulta	Patología aguda
Área médica del motivo de consulta	Gastroenterología, obstétrica, respiratoria.

DISCUSIÓN

Estos resultados permiten definir un total de 128 usuarios policonsultantes del CESFAM San Felipe El Real; comprenden una población predominantemente pediátrica (tanto hombres como mujeres) y de mujeres en edades de adultez temprana. La mayoría se encuentra dentro de los dos primeros tramos de Fonasa y consultan en urgencias principalmente por patologías agudas, frecuentemente en áreas gastrointestinal, obstétrica y respiratoria.

Nuestros resultados concuerdan con la literatura consultada en el sentido de que la mayoría de la población policonsultante resulte población femenina en edad reproductiva, y podría relacionarse a que un importante número de estas consultas sea en el área obstétrica. Además, la mayor frecuencia de consultas a la edad pediátrica también concuerda con la literatura. En esta población las consultas más frecuentes fueron gastrointestinales y respiratorias, lo que concuerda con lo observado en nuestra práctica clínica diaria. Por otro lado, la población adulta mayor carece de protagonismo en la policonsulta a pesar de las enfermedades crónicas; podemos inferir que, a nivel local, la mayor disponibilidad de tiempo en horario hábil para acceder a una consulta en APS y el aumento de programas dirigidos al adulto mayor, mejoran la cobertura y disminuyen la policonsulta.

Considerando estos resultados planteamos la interrogante sobre si podría iniciarse alguna intervención en el CESFAM con objetivo de mejorar la capacidad resolutoria de éste, en las áreas predominantes observadas (pediatría, obstetricia). Para ejemplificar, se vislumbra como opción reforzar la educación a madres y padres en los controles del niño sano, respecto al manejo básico y a la evolución natural de ciertas patologías predominantes a esta edad, o reforzar la educación a las gestantes durante los controles ambulatorios del embarazo sobre cuándo es realmente necesario consultar al servicio de urgencia. Sin embargo, este último punto resulta controversial ya que precisamente en atención primaria y secundaria se les refuerza a las gestantes que consulten en urgencia ante cualquier evento fuera de lo habitual, debido al riesgo que involucra no consultar oportunamente.

Para concluir, recalcamos la importancia y la necesidad de continuar caracterizando a las distintas poblaciones policonsultantes a nivel nacional, para determinar si existen características que se repiten en diferentes lugares y si se pueden realizar intervenciones mayores con intención de ayudar en la solución de esta problemática de salud pública.

Agradecimientos

Se agradece a todo el personal del centro de salud familiar San Felipe El Real por su ayuda desinteresada en la elaboración de esta investigación.

Los autores declaran no tener conflictos de interés para la elaboración de esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Santiago de Chile: MINSAL; 2013.
2. Aguayo E, Rojas V. Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud. Santiago de Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales, División Atención Primaria, Ministerio de Salud; 2016.
3. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Manual administrativo para servicios de atención primaria de urgencia [Internet]. Santiago; División de Gestión de la Red Asistencial [consultado en oct 2020]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/6.pdf>.
4. Bórquez A, Carrasco C. Policonsultantes del Servicio de Atención Primaria de Urgencia del Consultorio Externo Valdivia, periodo Marzo-Mayo 2010, ¿Quiénes son?, ¿Por qué consultan? [Tesis] Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2010.
5. Instrumento para la evaluación y certificación de Salud Familiar y comunitaria 2019.
6. Miranda Hiriart G, Saffie Gatica X. Pacientes policonsultantes: ¿un síntoma del sistema de salud en Chile?. *Acta bioeth.* 2014;20(2):215-223.
7. Alonso CF, Mulet JMA, Pareja RR, García AR, Ferrer MEF, Armengol JJG. Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias. *Aten Primaria.* 2018;50(4): 222-227.
8. García AR, Martín GM, Laiseca LB, García SM, Segura AC, Iglesia VF et al. Hiperfrecuentadores en urgencias. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan?. *An Pediatr.* 2017 Feb;86(2): 67-75
9. Ballas M, Malagón M, Peláez F, Cruz M, Ávila L, Villagra V, et al. Usuario policonsultante: estrategia de manejo para equipos de Atención Primaria de Salud (APS) Consultorio "San Luis" Peñalolén. *Psiquiatría y Salud Mental.* 2016;33(3/4):117-122

10. Chile. Servicio de Salud Coquimbo. Protocolo de manejo del Policonsultante [Internet] 2017 [consultado en jul 2020]. Disponible en: <https://www.scoquimbo.cl/gob-cl/mais/files/06-12-2017/calidad/PROTOCOLO%20DE%20MANEJO%20POLICONSULTANTES%20%20SA.pdf>
11. Galaz C, Godoy R, Cisternas J, Yentzen G, De la Fuente M. Patrones de conducta de los usuarios de un Servicio de Urgencia adosado a Hospital Tipo 4. *Rev Chil Salud Pública*. 2004;8(2):84-92.
12. Rodríguez-López MR. Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios en atención primaria: un acercamiento desde la teoría. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2012;11(22):43-55.
13. González-Peredo R, Prieto-Salceda MD, Campos-Caubet L, Fernández-Díaz F, García-Lago-Sierra Á, Incera-Alvear IM. Perfil del usuario de un servicio de urgencias hospitalarias. Hiperfrecuentación. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2018;44(8):537-548.

NUEVOS ESTÁNDARES DE FORMACIÓN DE LA EDUCACIÓN FÍSICA: REMEZÓN A LOS CIMIENTOS DE LA PROFESIÓN ASOCIADOS AL CAMPO DE LA SALUD

NEW TRAINING STANDARDS FOR PHYSICAL EDUCATION: SHAKING THE FOUNDATIONS OF THE PROFESSION ASSOCIATED WITH THE FIELD OF HEALTH

Señor Editor

Los cambios decretados por el Consejo Nacional de Educación¹ sobre los estándares para la formación del profesorado de educación física (PEF), han apartado explícitamente de los fundamentos básicos de la profesión el campo de la promoción de la salud, priorizando la reflexión de la motricidad en su manifestación y ejecución. Con lo anterior, se ignora que a nivel internacional la formación para la salud es clave en la formación de PEF. Para su justificación, sus autores señalan que *“amplían la concepción previa de la disciplina que fundamentaba las prácticas educativo-físicas, deportivas y recreativas, desde lo biológico, social y psicológico, preponderantemente, para la salud y el desarrollo de la condición física y los hábitos de vida saludable”*². Se evita utilizar los términos “Actividad Física” (AF), “Prescripción del Ejercicio Físico”³, práctica crítica del quehacer profesional.

El Estándar D, que lleva en su título el concepto de “vida activa saludable”, reconocido como núcleo temático del campo de la salud para la formación PEF, se indica en función de la interpretación científica de las ciencias sociales refiriendo “como la sociedad actual afecta la calidad de vida, los hábitos de vida saludable”². Sin embargo, el Estándar D no reconoce ni señala la evidencia de la AF y su positivo impacto en la salud en diferentes dimensiones de los niños y jóvenes⁴⁻⁶, aspecto clave en la formación de profesionales ligados al movimiento, para una profunda comprensión de la salud como la búsqueda del bienestar de la persona y la comunidad⁷. Así, la Estrategia Nacional de Salud⁸ pierde un agente promotor de los hábitos de vida saludable en las plazas sociales educativas como jardines, colegios y liceos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo Nacional de Educación. ACUERDO N°031/2021 sobre estándares propuestos MINEDUC. Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas CPEIP. Estándares Pedagógicos y Disciplinarios para Carreras de Pedagogía en Educación Física y Salud. Santiago: MINEDUC; 2021. 978-956-292-904-2.
2. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. 1985. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985 Mar-Apr;100(2):126-131.
3. Neves V, Dos Santos P, Borges N, Gouveia M, Eloiza S. Effect of physical activity on cardio-metabolic markers in adolescents: systematic review. Rev Bras Med Esporte. 2016; 22(3). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220162203149448>.
4. Ferreira W, Rodrigues F, Goncalves R, Goncalves R, Stabelini R. HIIT, resistance training, and risk factors in adolescents: a systematic review. Rev Bras Med Esporte. 2020; 26(6). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220202606201837>.

5. Gao H. Improving the physical quality of students by prescription teaching mode. *Rev Bras Med Esporte*. 2021; 27. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/1517-8692202127032021_0106.
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. WHO; c2021. [consultado en mar 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>.
7. Ministerio de Salud de Chile Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2021 <https://www.dipol.minsal.cl/>. [En línea] <https://dipol.minsal.cl/departamentos-2/promocion-de-la-salud-y-participacion-ciudadana/>.

LOS DESAFÍOS EN LA COBERTURA, ACCESO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

CHALLENGES IN COVERAGE, ACCESS AND QUALITY OF MENTAL HEALTH CARE DURING THE SARS-COV-2 PANDEMIC

Señor Editor,

El estado de gravedad de la Salud Mental (SM) en Chile es un secreto a voces naturalizado. El Plan Nacional de Salud Mental reconoce desde hace 4 años que para trastornos mentales en APS apenas se alcanza un 19% de cobertura, con un promedio de 4 atenciones por persona y una alta variabilidad según región y servicio. Esto sin considerar la falta de estrategias de promoción, así como los nudos críticos en especialidad y nivel terciario¹. La información pre-pandemia señala un escaso porcentaje de consultas en SM, presentando significativas diferencias de acuerdo a variables sociodemográficas² y un elevado gasto de bolsillo. Sin embargo, a raíz de la crisis sanitaria, la situación actual es aún más preocupante³⁻⁴, considerando que más de la mitad de la población reporta que su modo de vida es bastante o completamente diferente al desarrollado previamente⁵.

Si bien, el capital humano es la principal riqueza de un país⁶, en Chile los problemas de SM durante la pandemia ascienden al 24% de la población y el deterioro del estado de ánimo al 32%, mientras que la sintomatología depresiva moderada o severa afecta aproximadamente a 1 de cada 5 personas y la ansiosa a 1 de cada 4. A pesar de esto, solo un 17% ha consultado con un médico o psicólogo desde el inicio de la crisis sanitaria⁵. Los desafíos que supone la pandemia implican que los ciudadanos sean conscientes de sus capacidades, puedan afrontar tensiones normativas y trabajar de forma productiva, contribuyendo significativamente al desarrollo. Sin embargo, frente a las agendas de reactivación pos-pandemia, no será factible garantizar el desarrollo del país sin ciudadanos sanos. En suma, aunque el proceso constituyente es una valiosa oportunidad de rectificación, el no desarrollar políticas públicas inmediatas que fortalezcan abordajes responsables y con impacto real, profundizará una compleja y prolongada negligencia⁷.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chile. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2020 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2017 Oct [consultado el 2021 Oct 23]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
2. Chile. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Data Social. Salud. [Internet]. Santiago: MINDES; 2021 [consultado el 2021 Oct 23]. Disponible en: <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>
3. Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Aragón-Caqueo D, Charles CH, El-Khatib Z, Otu A, & Yaya S. Mental health and the COVID-19 pandemic in Chile. *Psychol Trauma* [Internet]. 2020 [consultado el 2021 Oct 23]; 12(5): 521-523. Disponible en: <https://doi.apa.org/fulltext/2020-43460-001.pdf>

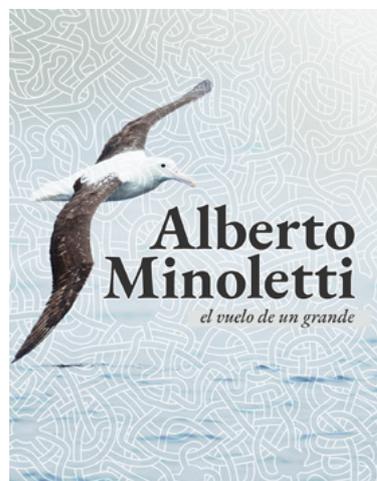
Diego Manríquez-Robles,
Departamento de Psicología,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad Católica de
Temuco, Chile.
Laboratorio Interacciones,
Cultura y Salud.
dmanriquez2018@alu.uct.cl,

4. Fischman P, Irarrazaval M. Mental health, social crisis and the COVID-19 pandemic in Chile. *Child Adolesc Ment Health* [Internet]. 2020 [consultado el 2021 Oct 23]; 25(4): 256-257. Disponible en: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/camh.12424>
5. Bravo D, Errázuriz A, Campos D, Fernández G. Termómetro de la salud mental en Chile ACHS-UC: Cuarta ronda [Internet]. Santiago: Asociación Chilena de Seguridad, Pontificia Universidad Católica de Chile [consultado el 2021 Oct 23]. Disponible en: https://www.uc.cl/site/assets/files/11421/presentacion_termometro_de_la_salud_mental_en_chile_25082020.pdf?it=site/efs/files/11421/presentacion_termometro_de_la_salud_mental_en_chile_25082020.pdf
6. Lange, GM, Wodon, Q, Carey, K. The Changing Wealth of Nations 2018: Building a Sustainable Future [Internet]. Washington: World Bank; 2018. [consultado el 2021 Oct 23]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29001>
7. Manríquez-Robles D. El derecho a la salud mental en la nueva constitución: una discusión inmediata. En: Carrasco C, Quiroz C, coords. Una nueva constitución: una propuesta desde la Araucanía [Internet]. Temuco: Ediciones UC Temuco; 2021 [consultado el 2021 Oct 23]. p. 100-103. Disponible en: <https://ediciones.uct.cl/content/uploads/2021/10/nueva-constitucion.pdf>

ALBERTO MINOLETTI Y SU CONTRIBUCIÓN A LA REFORMA PSQUIÁTRICA*

ALBERTO MINOLETTI AND HIS CONTRIBUTION TO PSYCHIATRIC REFORM

**Palabras de presentación del libro "Alberto Minoletti. El vuelo de un grande", el 14 de octubre de 2021 en nombre del Equipo Editor de dicho texto, perteneciente al Programa de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública.*



Este libro ha resultado ser un bello libro. Bello desde su título mismo: *Alberto Minoletti. El vuelo de un grande*. Título que salta casi espontáneamente desde la reflexión colectiva del Equipo Editorial, sin tener clara conciencia de la infaltable influencia nerudiana que le subyace. No nos demoramos mucho en descubrir en el fondo de este título a un joven poeta maldito inmortalizado por Pablo en las vigas de su casa en Isla Negra: "Alberto Rojas Jiménez viene volando". Vuelo poético de homenaje a la prematura partida de un extraordinario vate; así lo rescata en Residencia en la Tierra:

*Entre plumas que asustan, entre noches,
entre magnolias, entre telegramas,
entre el viento del Sur y el Oeste marino,
vienes volando.*

La imaginación fantasiosa del vuelo, el misterio de ir y venir por el aire, la fragilidad de la existencia y la omnipresencia de la muerte son los detalles existenciales que tomamos prestados del joven Neruda para homenajear a este otro Alberto, Alberto Minoletti, nuestro Alberto. Su vuelo es también un símbolo de su faceta oculta, misteriosa, enigmática. Vuelo en soledad y en soliloquio, en un mundo propio y hermético. Al mismo tiempo, vuelo en multitud, en gentío, en naturaleza pura y en humanidad, a las que perteneció siempre. Este es uno de los tantos ejemplos que nos hace encontrar bello este libro, que nos hizo disfrutarlo en su construcción; el acto de descubrir tantas cosas que estaban celosamente ocultas en la vida de nuestro compañero de ruta y de sueños, que podemos resumir en una estética de la vida y un profundo sentimiento por lo colectivo.

Los pájaros, que tardíamente supimos que Alberto amaba, develan con belleza esta otra cara del Dios Jano, sus diálogos íntimos con el mundo que le tocó vivir, el procesamiento de sus afectos y también de sus sueños, la confabulación en solitario para imaginarse estrategias transformativas. Sentimos que buena parte de sus fantasías de un mundo mejor se crearon y recrearon en los confines de sus vuelos.

Sin embargo, este libro no habla casi de pájaros, solo los rescata de los personalísimos y celosos archivos de Alberto y los pone a la vista del lector, para instalar un alerta minolettiano: el carácter contradictorio de la vida, donde la eterna batalla entre lo bello y lo feo nos dispone inevitablemente en lucha, momento en que la estética se funde con la ética y con la política para hacer sentido y dar materialidad a las utopías. Por eso es que el libro viaja por diferentes campos del conocimiento,

por la biografía familiar, por la historia de Chile, por el trauma social y la memoria, por las enfermedades mentales y los padecimientos, las políticas públicas, la academia, las comunidades y los actores sociales, los derechos humanos, etc. Son 24 los hablantes, los narradores en primera persona, que se desplazan por todos estos temas, dando testimonio del papel jugado por Alberto como figura egregia de la psiquiatría chilena, de una psiquiatría con apellidos, una psiquiatría social y comunitaria, comprometida con las causas más nobles de la sociedad.

Se trata de un recorrido multifacético y pluricultural donde calificados autores y autoras, -profesionales y trabajadores, alumnos y usuarios, chilenos y extranjeros- recorren las huellas indelebles del paso de Alberto por diversos escenarios.

Con dulzura y mucha delicadeza su familia lo retrata como jefe de hogar, esposo, padre y amigo, la imaginamos abriendo un estante fascinante de no dichos y secretos guardados por siempre. Así es este primer capítulo del libro, titulado simplemente "Alberto", donde la idea de familia no es un abstracto ahistórico, liga el nacimiento de la vida familiar y su desarrollo con el devenir del mundo, con la tragedia social responsable de los quiebres vitales que debieron encarar: la represión política, el exilio prolongado y el desarraigo social y cultural. Pero también destacando los éxitos familiares, las metas logradas, la incorporación de nuevas vidas. En fin, la eterna batalla entre lo bello y lo feo narrado con una apropiada distancia tanto del dramatismo como de la naturalización de los sufrimientos vividos.

Alberto fue una de las más destacadas figuras del campo psiquiátrico en el desarrollo de una salud mental crítica, contrahegemónica, movimientista, transformativa. Esta perspectiva la identificó con la reforma psiquiátrica que empezó a operar en Europa, Estados Unidos y algunos países latinoamericanos a partir de los años 50 del siglo pasado, nutriéndose de cada uno de esos procesos nacionales, lo que le indujo a acercarse al conocimiento de los diversos caminos recorridos por la psiquiatría social y a vincularse con muchos de sus líderes. De gran trascendencia para su formación como psiquiatra comunitario fueron las reformas psiquiátricas de Italia, Inglaterra, España y Canadá. Y en la fase final del siglo, las experiencias latinoamericanas de Campinas en Brasil y Río Negro en Argentina. Alberto se adscribe a la perspectiva comunitaria en psiquiatría y salud mental, porque es una disciplina en la que encuentra cabida plena a sus afanes de implementación de la reforma psiquiátrica

en nuestro país, donde los enfoques y las praxis en psiquiatría seguían la línea biomédica, eurocentrada y monocultural, muy favorecida por los estragos que el golpe militar había producido sobre las tempranas experiencias comunitarias iniciadas en los años sesenta con Juan Marconi, Martín Cordero y otros maestros de la psiquiatría chilena.

Alberto regresa a Chile en las postrimerías de la larga noche dictatorial, época en la que los fundamentos sociales y las determinaciones estructurales del proceso salud/enfermedad permanecían obnubiladas por el modelo médico hegemónico, por las causalidades lineales, el hospitalocentrismo, el estigma, la institución total y los tratamientos biológicos. Alberto tiene el mérito de haber liderado un proceso reconstructivo de la salud mental en tanto política pública y praxis social y comunitaria en medio de un escenario de transición política cargado de autoritarismo, de resabios del trauma social, desconfianzas y sectarismo; en un contexto civilizatorio neoliberal que hizo de la salud pública un espacio en disputa para las privatizaciones. No fue una cuestión menor instalar una perspectiva radicalmente diferente del Plan Nacional de Salud Mental, tanto en la forma, con la instalación de metodologías participativas e integradas de construcción del mismo, como en el fondo, con un rediseño programático, desinstitucionalizante, interdisciplinario, convocante de las ciencias sociales y las humanidades para la producción de saberes y haceres. Quienes estuvimos cerca de Alberto en su condición de autoridad ministerial somos testigos de la valentía, determinación y persistencia con la que batalló por este vuelco de timón, aún a riesgo de medidas disciplinarias. Su rebeldía fue herramienta de triunfo y ejemplo para sus equipos de trabajo; esto se explica con un sencillo argumento: la fidelidad a los principios de vida. Enseñanza de maestro.

Por ello es que su dedicación a la transformación de teoría y praxis en salud mental no se detuvo en la gestión pública oficial, en la elaboración de planes y programas desde posiciones gubernamentales; también Alberto se comprometió junto a muchos que hicimos camino con él por más de 20 años, en la construcción de un movimiento de base por la reforma psiquiátrica, por una ley de salud mental para Chile, por la conformación de una poderosa red nacional de agrupaciones de base de usuarios, familiares y comunidades multiculturales que batallan por sus derechos. En este aspecto también fue un rebelde pues no siempre le resultaba muy compatible su responsabilidad ministerial con las luchas políticas por

la reforma psiquiátrica y a pesar de ello nunca dudó en ser uno más, uno destacado, por cierto, en este ámbito del activismo social por los cambios. Mucho de lo logrado en este sentido es hoy una realidad indesmentible; no es necesario mencionar la cantidad y diversidad de instancias sociales, comunitarias y culturales surgidas al calor de las convocatorias movimientistas y que hoy son organizaciones bien estructuradas, sólidas y con vida propia. Llegaron para quedarse. Léase al respecto lo que testimonian nuestros entrevistados.

Absolutamente coherente con estos desarrollos está presente otro de los campos donde Alberto jugó un papel muy destacado: los derechos humanos. A este asunto dio un tratamiento a lo grande: mantuvo siempre una perspectiva de integralidad de estos derechos, de modo que en el campo de la salud pública y, por ende, de la salud mental, tuvieron tanta importancia los derechos civiles y políticos como los derechos sociales, económicos, culturales, ecológicos y medioambientales. De modo que en su gestión pública tuvo tanta trascendencia la elaboración de políticas reparatorias de Estado para las víctimas de la dictadura militar (gran preocupación por PRAIS), como la satisfacción de las necesidades básicas de la ciudadanía en tanto condición para el bienestar social, físico y mental, como el tratamiento adecuado del metabolismo sociedad/naturaleza. Los derechos humanos, en tanto redistribución y reconocimiento, en tanto igualdad y justicia social, son un vector transversal a todas las áreas de preocupación por la salud mental en la perspectiva de Alberto, coincidiendo en ello con destacados colegas del ámbito internacional como Benedetto Saraceno, Caldas de Almeyda, Manuel Desviat, Paco Torres, Hugo Cohen, entre muchos otros, y también con quienes fuimos sus compañeros de trabajo y de lucha en el plano nacional. Los derechos humanos los entendió como principio fundante de una salud mental comunitaria, de lo que llamamos hoy salud mental colectiva, con acento en sus fundamentos socio-históricos y culturales latinoamericanos.

No puede extrañar con esta trayectoria humana, científica y profesional, la estatura internacional alcanzada por el Dr. Minoletti. Así lo destacan algunos de nuestros hablantes en este libro. Los méritos para

ello están avalados por una historia de vida comprometida y por logros concretos y protegidos de tergiversaciones o vanidades. La experiencia chilena adquirió connotación internacional debido a la espectacularidad de algunos de sus logros, al sentido crítico y autocrítico, ajeno a todo triunfalismo y muy consciente de que aún estamos lejos de nuestro horizonte utópico. Esta sensación de incompletud, tan característica del exigente, riguroso y perfeccionista Alberto, lo hizo trabajar inagotablemente hasta sus últimos días, ahora, en los años finales de su vida, desde el mundo académico, con los ojos puestos en la formación de las nuevas generaciones de actores profesionales. No fueron muchos sus años en la docencia universitaria, pero sí lo fueron intensos, muy productivos y llenos de éxitos personales y colectivos.

No hubo mucho tiempo para metacomunicar en teoría su obra, tarea que está pendiente y en carpeta, pero en estos últimos años, en nuestra querida Escuela de Salud Pública, donde nos arranchamos finalmente D'Artagnan y sus mosqueteros -gracias a la perseverancia de Rubén Alvarado- en la ex Unidad de Salud Mental, hoy Programa de Salud Mental, Alberto nos deja cargados de tareas. Afortunadamente, hoy somos muchos más que ayer, mosqueteras y mosqueteros jóvenes nos acompañan en la continuidad del vuelo. Alberto nos ha embarcado en las alturas; ojalá no nos produzca mareos este aleteo nerudiano entre pajarrintos y pajarantes versión Minoletti. Todavía estamos sorprendidos y maravillados viendo a Alberto con su vestimenta de fotógrafo cuasi profesional, en medio del campo, con los brazos abiertos, acariciando la naturaleza circundante, con una sonrisa amplia y vital, rodeado por sus pájaros, contento (pág. 20). En honor a los proyectos que nos unieron, Alberto, a nuestros vastos consensos y también a las discrepancias, a veces profundas, pero siempre transadas con respeto y tolerancia, en honor a todo lo vivido y lo sufrido y lo celebrado en conjunto, queda como un regalo póstumo para ti y para tus seres queridos este bello libro que, seguramente muy a pesar tuyo, habla de ti mismo, de tu vida y de tu obra. Esta vez no podrás negarte a la admiración y el cariño de tanta gente que está en esas páginas.

RC
SP | REVISTA
CHILENA
DE SALUD
PÚBLICA

www.revistasaludpublica.uchile.cl
www.saludpublica.uchile.cl/publicaciones
www.facebook.com/rctaludpublica/