



Director institucional
Óscar Arteaga

Editor
Álvaro Lefio

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

Coordinación editorial
Jorge Gaete

Referencia, indexación y publicación
Katherinne Rivas
Marisol Negrete

Diseño y diagramación
Paola Videla

Traducción
Jadwiga Pieper

Secretaria
Pamela Sánchez

Representante legal
Miguel O’Ryan

Portada vol. 26 N°1 2022
Fotografía: Pablo Tapia P.
Título: Amar sin condiciones
@elblopa.ph

Domicilio
Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile
Av. 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

Cuentos de dos Constituciones: Derechos reproductivos, derrotas y oportunidades

Jadwiga Pieper Mooney

Tales of Two Constitutions: Reproductive Rights, Losses and Opportunities

5

ARTÍCULOS ORIGINALES

Factores asociados a la discriminación en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Bogotá, Medellín, Cali - Colombia, 2019

Sebastián Bedoya, Doris Cardona, Ángela M. Segura-Cardona, Sara M. Ramos-Jaraba, Dedsy Y. Berbesi-Fernández

Factors associated with discrimination in men who have sex with men, Bogotá, Medellín, Cali - Colombia, 2019

8

Análisis de contenido de los protocolos de acoso sexual de los 29 Servicios de Salud en Chile

Valentina Pantoja, Vivian González, Gabriela Jadue, Penélope Valencia, Natalia Harden, Gisela Viveros, Manuel Catalán, Felipe González, Nicole Franz, Carolina Soto-Salazar, Valentina Valenzuela, Francisca Crispi

Content analysis of the sexual harassment protocols in 29 Health Services in Chile

22

Infecciones de transmisión sexual y estrategias de prevención en usuarios de aplicaciones de citas. Un Scoping Review

Carolina Concha-Mella y Alicia Carrasco-Parra

Sexually transmitted infections and prevention strategies in dating application users. A Scoping Review

34

Telemedicina en Chile: Uso, desarrollo y controversias en una red de salud pública del sur del país

Sebastián Villarroel y Sebastián Medina

Telemedicine in Chile: use, development and controversies in a southern public health network of country

48

Nivel de Participación Ciudadana de usuarios del CESFAM Pedro de Valdivia, Concepción, Chile 2019

Nicole Gay y Carlos Araya

Level of Citizen Participation in Pedro de Valdivia Family Health Care Center users, Concepción, Chile 2019

58

TEMAS DE ACTUALIDAD

Precio Máximo Industrial: Instrumento para la negociación y la regulación de los precios de medicamentos de alto costo en Chile

Sergio Poblete

Maximum Industrial Price: Instrument for pricing negotiation and regulation of high-cost medicines in Chile

67

Crianza de los hijos e hijas de madres migrantes latinoamericana en Chile: ¿proceso dialéctico o retórica de integración multicultural?

Lucía Castillo-Lobos

Child-rearing practices of Latin American migrant mothers in Chile: dialectical or rhetorical process of multicultural integration?

78

Relación entre periodontitis y asma bronquial en adultos

Rocío Pastén-Hernández, Paula Riera-Sanz y Gianitsa Georgudis-Pinto

Relationship between periodontitis and bronchial asthma in adults

90

Desafíos de la Investigación en Salud Oral en Chile desde una Perspectiva Ética de la Salud Pública

Mauricio Baeza, Gisela Jara, María Angélica Michea, Loreto Matamala, María José de la Quintana, Carlos Cisterna, Gustavo Saenz, Cristian Valenzuela, Josefa Sáez y Oscar Santana

Challenges of Oral Health Research in Chile from an Ethical Perspective of Public Health

99

CIFRAS Y ANÁLISIS

Características de la utilización de telemedicina en urólogos chilenos durante pandemia COVID-19

José Antonio Inzunza, Mauricio Andrés González, Roberto Valenzuela, Carla Inostroza y Felipe Inzunza

Characteristics of the use of telemedicine in Chilean urologists during the COVID-19 pandemic

106

CARTAS AL EDITOR

Los desafíos en la salud mental de los trabajadores de la salud durante y post pandemia SARS-CoV-2

Diego Manríquez-Robles

Mental health challenges in health care workers during and post SARS-CoV-2 pandemic

112

REVISTA DE LIBROS Y REVISTAS

“Memoria y vigencia del trauma social en Chile”

Paula Godoy Echegoyen

Memory and relevance of social trauma in Chile

114

CUENTOS DE DOS CONSTITUCIONES: DERECHOS REPRODUCTIVOS, DERROTAS Y OPORTUNIDADES

TALES OF TWO CONSTITUTIONS: REPRODUCTIVE RIGHTS, LOSSES AND OPPORTUNITIES

En junio de 2022, la Corte Suprema de los Estados Unidos anuló la decisión histórica de 1973, *Roe vs. Wade*, que había protegido el derecho al aborto en la Constitución de los Estados Unidos. Por lo tanto, los derechos de aborto serán decididos en cada estado en particular. Con certeza o alta probabilidad en veintiséis estados se prohibirá el aborto, según el Instituto Guttmacher. Las nuevas restricciones al aborto tendrán consecuencias peligrosas para las mujeres embarazadas y la anulación puede tener un efecto dañino en la defensa de la justicia reproductiva en el contexto de las deliberaciones judiciales en el nivel más alto en todo el hemisferio. Al mismo tiempo hay abundante evidencia de voces instigadoras de alternativas para el cambio. Encontramos esas voces en las redes de derechos reproductivos y el activismo feminista, que son fuentes vitales de energía en el proceso de cambio, a favor de la igualdad de género y los derechos reproductivos. El reconocimiento colectivo y la conciencia de la importancia de estos derechos no disminuirán, aunque las constituciones nieguen estos derechos.

La decisión de la Corte Suprema de los Estados Unidos en 1973 en *Roe vs. Wade* fue importante no solo en las Américas, sino también en gran parte del mundo por establecer el aborto como un derecho constitucional. *Roe* estuvo vigente durante casi cinco décadas, y si bien hubo países en América Latina que dieron pasos importantes hacia la legalización, una gran mayoría de mujeres aún vivían en países con severas restricciones al aborto, sin poder contar con derechos reproductivos.

La decisión de 1973 fue aún más importante porque el concepto de “derechos reproductivos” es relativamente nuevo en el mundo, las Américas y Chile. Las cuestiones de los derechos de la mujer ganaron una prominencia internacional sin precedentes solo después de que las Naciones Unidas designaron el Año Internacional de la Mujer (IWY) en 1975. Las conferencias internacionales y la extensión de IWY a una Década para las mujeres entre 1975 y 1985 estimularon debates sobre normas políticas que vinculaban los derechos humanos, los derechos de la mujer y el derecho a la salud a las definiciones incipientes de los derechos reproductivos.

Así como las reuniones internacionales de los años 70 proporcionaron plataformas para debates sobre derechos, incluidos los derechos reproductivos, las violaciones de derechos humanos sin precedentes bajo el régimen militar (1973-1990) interrumpieron la vida de la ciudadanía chilena. Las mujeres en Chile protestaron contra la dictadura, se movilizaron por la democracia en su país y sus hogares, y agregaron los derechos reproductivos a la lista de demandas para la reestructuración democrática después del fin de la dictadura. Si bien los programas de planificación familiar sobrevivieron en gran medida a los cambios de liderazgo político en Chile, la dictadura asestó un duro golpe a la búsqueda de los derechos reproductivos. La Constitución de 1980, implementada por la dictadura militar, no solo comprometió una redemocratización política efectiva, sino que también impuso cambios tales como la terminación del aborto legal terapéutico. Modificaron la norma del aborto terapéutico en septiembre

de 1989 y declararon ilegal el aborto en todas las circunstancias. El esfuerzo por reclamar este y otros derechos reproductivos se ha convertido, desde entonces, en una parte central de la movilización política.

En septiembre de 2022, en Chile se rechazó el borrador de una nueva Carta Magna en un referéndum nacional. La Convención Constituyente había presentado un documento que destacaba principios progresistas como la igualdad de género; reconoció una serie de derechos, entre ellos, los derechos sexuales y reproductivos. Por primera vez en la historia de Chile, una convención constituyente votó para incluir los derechos reproductivos, incluida “una interrupción voluntaria del embarazo” en el proyecto de constitución. El resultado del referéndum prolonga la vida de una constitución que fue redactada bajo una dictadura.

Ambas decisiones, tanto el cambio constitucional como la falta del mismo, dieron un golpe doloroso al estado de los derechos reproductivos y no son del todo sorprendentes. Son otra confirmación de la expansión del conservadurismo en el continente. Las prácticas políticas y los valores articulados de los movimientos conservadores incluyen la xenofobia, el racismo y la violencia de género, todo lo cual conduce a la defensa agresiva de una política que amenaza los logros en materia de igualdad de género y derechos reproductivos.

Aun cuando varios gobiernos en América Latina están encabezados recientemente por izquierdas progresistas en materia política, su presencia difícilmente garantiza la protección de los derechos que los grupos vulnerables han venido logrando en los últimos años. Podemos documentar que los derechos reproductivos no han estado en el centro de atención de estos gobiernos. El ejemplo más llamativo es Nicaragua, donde un gobierno que pretende afiliarse a la izquierda política revirtió su rumbo en materia de derechos reproductivos y donde el aborto ahora es ilegal en todas las circunstancias.

Pero, al mismo tiempo, también podemos documentar algunos avances y éxitos prometedores, precisamente en aquellos lugares donde la participación de las feministas y los activistas por los derechos reproductivos se ha hecho oír públicamente. En países como Uruguay, México, Argentina y Colombia encontramos nueva legislación en defensa de esos derechos. A la vanguardia del cambio estuvo Uruguay, donde se legalizó el aborto en octubre de 2012, luego de una votación de 17 a 14 en el Senado. La ley permite que las mujeres aborten hasta las 12 semanas de

embarazo. Los cambios legales en Argentina fueron igualmente significativos, con la aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo que legalizó el derecho al aborto y representó una nueva realidad sin precedentes de los derechos reproductivos en 2020. Después de Argentina siguieron México (2021) y Colombia (2022).

Esto demuestra el impacto positivo no solo de los nuevos movimientos sino también de las nuevas prácticas que ofrecen un vocabulario útil y una conciencia ampliada de la necesidad de la protección de los derechos. La marea verde y el activismo a través de pañuelazos no siguen las estrategias formales de participación política. La presencia pública de quienes defienden el acceso al aborto seguro no solo está salvando la vida de las mujeres, sino que está contribuyendo a un discurso útil sobre los derechos reproductivos y los derechos humanos.

La derogación de *Roe vs. Wade* es un recordatorio de que, en todo el mundo, los derechos importantes pueden ser cuestionados en cualquier momento y pueden estar en riesgo de ser abolidos, con consecuencias que amenazan la salud de las personas y limitan su acceso a los derechos reproductivos.

En gran medida, el futuro de la igualdad de género y los derechos reproductivos sigue dependiendo de los gobiernos en el poder y de los derechos consagrados en las constituciones de los estados-nación. Sin embargo, los derechos también pueden expandirse en otra legislación, y como resultado de la participación política de las personas que se inspiran en sus experiencias democráticas y expanden nuevas estrategias útiles. Varios ejemplos de Chile brindan evidencia e inspiración.

Recordemos agosto de 2017, cuando los legisladores chilenos aprobaron el proyecto de ley que legalizaba el aborto en casos limitados, anulando una prohibición legal de 1989 implementada por la dictadura militar que declaró ilegal el aborto sin excepción. Este cambio legal puso fin a realidades dramáticas del pasado reciente de la nación: entre 1989 y 2017, una infinidad de mujeres fueron declaradas culpables de abortar, mientras que otras han sido obligadas a cumplir con la ley en condiciones traumáticas.

No quiero decir que este cambio legal fue fácil y debe darse por sentado: las chilenas se han movilizadas por los derechos reproductivos durante décadas, y el país aún ejemplifica características de conservadurismo social-religioso, discriminación basada en el género y sistemas de privilegio patriarcal. Eso hizo que todas las deliberaciones sobre los derechos

reproductivos fueran lentas y difíciles. Basta recordar el caso de Paola del Carmen Valenzuela, quien se vio obligada a llevar a término un embarazo inviable. Su caso incluso atrajo la atención internacional de organizaciones de derechos reproductivos. La Comisión Interamericana de Derechos Reproductivos se reunió en Buenos Aires en mayo de 2017 para audiencias sobre las reformas a la ley del aborto en Chile. Las audiencias transmitieron que casos como el de Paola del Carmen Valenzuela han sido motivo de preocupación tanto en Chile como en la región.

Los cambios legales obtenidos no aseguran el pleno acceso a los derechos reproductivos, pero representan un cambio importante y significativo. La ley IVE (interrupción voluntaria del embarazo) permite el aborto en tres casos: cuando la vida de la mujer está en riesgo, cuando el feto es inviable y en caso de violación. Los debates incluyeron múltiples borradores y muchas propuestas de proyectos de ley, el último de los cuales, la Ley de las Tres Causales, llegó al Congreso. Incluso después de que la legislación propuesta recibiera la aprobación del Congreso, los opositores intentaron evitar los cambios legales refiriéndose a una cláusula de la versión de la Constitución chilena redactada bajo la dictadura militar que protege a los no nacidos, con una disposición que supuestamente hacía inconstitucional el voto. El Tribunal Constitucional, con ocho jueces hombres y dos mujeres, tuvo la última palabra sobre el tema. El 21 de agosto refrendó la aprobación del Congreso y votó para poner en vigencia la ley. Los conservadores obtuvieron una concesión: los médicos que se oponen por motivos morales pueden negarse a realizar un aborto a menos que la vida de la madre esté en peligro inminente y no haya otros profesionales médicos disponibles.

A primera vista, la Ley de Tres Causales y la ampliación del acceso al aborto seguro fue un logro de la presidenta Michelle Bachelet, quien ha trabajado por la reforma a lo largo de años de iniciativas, promesas y negociaciones políticas. Aun así, las verdaderas protagonistas de esta historia fueron los cientos de activistas en Chile —y miles de mujeres en las Américas— cuyos testimonios difundieron información sobre violaciones a los derechos reproductivos, cuyos escritos evidenciaron las necesidades de las mujeres en los ámbitos de la salud y la reproducción, y cuya voluntad de resistir en las calles, individualmente y en colaboración, desafió efectivamente la legislación discriminatoria.

El ingenio y la perseverancia de las activistas también constituyó un aprendizaje democrático que no se puede “desaprender”. Podemos encontrar una experiencia de aprendizaje comparable, pero aún más poderosa, en el proceso de la redacción de la nueva constitución de Chile. Las experiencias de formar la asamblea constituyente y sus características democráticas fueron revolucionarias, sin precedentes. Igual de impresionante fue la extensión de la participación política y la participación de una multitud que en el pasado había estado ausentes. Nuevas “activistas” se sumaron a las manifestaciones públicas, y la experiencia de las deliberaciones colectivas será parte de su nueva presencia pública. Si bien el mal resultado del referéndum de salida sorprendió a muchos, el proceso reflexivo de lo sucedido aún está ocurriendo; también puede contribuir a una nueva cultura política.

FACTORES ASOCIADOS A LA DISCRIMINACIÓN EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES, BOGOTÁ, MEDELLÍN, CALI - COLOMBIA, 2019

FACTORS ASSOCIATED WITH DISCRIMINATION IN MEN WHO HAVE SEX WITH MEN, BOGOTÁ, MEDELLÍN, CALI - COLOMBIA, 2019

RESUMEN

Introducción: Describir los factores asociados a la discriminación de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali, Colombia 2019.

Materiales y Métodos: Estudio transversal, utilizando el muestreo dirigido por encuestados, donde participaron 1301 hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Los datos agregados se ponderaron y se calcularon las razones de prevalencia ajustada para medir la asociación entre los factores seleccionados y la discriminación.

Resultados: La prevalencia de discriminación fue del 18,6% (IC95%:16,5- 20,7). Se asoció de forma independiente con tener más de 30 años, orientación sexual homosexual, desconocimiento por parte de la familia de sus prácticas sexuales, no tener pareja estable y consumir marihuana.

Discusión: Las familias y la propia pareja son los principales generadores de discriminación. Se recomiendan espacios de educación y sensibilización sobre el tema de la orientación sexual e identidad de género en el marco del enfoque diferencial para las familias, profesionales de la salud, entre otros.

Palabras clave: Sexismo, minorías sexuales y de género, discriminación social, identidad de género, homosexual.

ABSTRACT

Introduction: Describe the factors associated with discrimination against men who have sex with men, in the cities of Bogotá, Medellín and Cali, Colombia 2019.

Materials and Methods: cross-sectional study, using survey-led sampling, involving 1301 men who have sex with men. The aggregated data were weighted and adjusted prevalence ratios were calculated to measure the association between the selected factors and discrimination.

Results: the proportion of discrimination was 18.6% (95% CI: 16.5-20.7). It was independently associated with being over 30 years old, homosexual sexual orientation, ignorance on the part of the family of their sexual practices, not having a stable partner and consuming marijuana.

Discussion: families and the partner themselves are the main generators of discrimination. Spaces for education and awareness are recommended on the issue of sexual orientation and gender identity within the framework of the differential approach for families, health professionals, among others.

Keywords: Sexism, sexual and gender minorities, social discrimination, gender identity, homosexuality.

Sebastián Bedoya
 Doris Cardona
 Ángela M. Segura-Cardona
 Escuela de Graduados,
 Universidad CES, Medellín,
 Colombia
 sebax65@hotmail.com

Sara M. Ramos-Jaraba
 Dedsy Y. Berbesi-Fernández
 Facultad de Enfermería,
 Universidad CES, Medellín,
 Colombia

Recibido el 28-06-2021
 Aprobado el 09-01-2022

INTRODUCCIÓN

Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), son un grupo heterogéneo¹. El término HSH es una categoría epidemiológica, basada en la necesidad de priorizar acciones de prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), dado que, a nivel mundial los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres presentan un riesgo mayor de infectarse por VIH u otras infecciones de transmisión sexual, respecto de la población general, como así mismo en la necesidad de favorecer la destinación de recursos e investigaciones en este grupo².

En los HSH se ha encontrado problemas relacionados con la salud mental y algunos trastornos como depresión, tendencias suicidas, trastornos de la personalidad, homonegatividad internalizada y consumo de alcohol y drogas³. Entre los factores que inciden en esta situación se encuentran principalmente la discriminación, la marginalidad, la pobreza, el ostracismo, la falta de representatividad política y la vulneración de los derechos humanos⁴.

La discriminación, entendida como las “actitudes y creencias que conducen a las personas a rechazar, evitar y temer a aquellos a quienes perciben diferente”⁵, se ha definido también como “condición que define a la persona sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma”⁶. Es decir, la discriminación se expresa en el trato desigual a una persona o colectividad por cualquier motivo^{4,5}. La discriminación en los HSH se puede presentar de cualquier forma (racismo, nacionalidad u origen étnico, género, edad, laboral, salarial, enfermedad o limitación reducida, religión, entre otras)⁷⁻¹⁰. Nos interesa especialmente la discriminación por la orientación sexual, referida a la exclusión basada en ideas, mitos y desinformación sobre las opciones sexuales distintas a la heterosexualidad, que coloca a las personas en situación de vulnerabilidad¹¹. Ello se traduce en homofobia, entendida como la aversión hacia las personas con gustos sexuales diferentes a la heterosexualidad y que según el discriminador no estén acordes a su género¹². La discriminación hacia los HSH ocurre por desconocimiento, valoraciones culturales, normas sociales y prácticas de intolerancia¹³; y se manifiesta a través de actitudes de aislamiento, sanción social, abuso de autoridad, negación en el empleo, barreras de acceso a los servicios de salud, violencia por parte de la pareja sexual¹⁴, maltrato, rechazo u ofensa¹⁵. Lo anterior conlleva a que los HSH oculten su identidad sexual ante su entorno más cercano¹⁶, sea por temor a ser maltratados¹⁷ o por no

cumplir los roles o estereotipos de género impuestos e incluso por la violencia física que forma parte de la vida de muchos¹⁸.

La discriminación tiene diferentes cifras a nivel mundial, ubicando las más altas en países de América Latina, el Caribe y Medio Oriente y las más bajas en Europa y EEUU¹⁹. En la ciudad de Mianyang China para el año 2010 el 79,6% de los HSH tuvieron que disfrazar su identidad sexual para no ser discriminados²⁰. Así mismo se han encontrado eventos discriminatorios por miembros de la familia, relaciones sexuales forzadas, chantajes, estigma y discriminación social y comunitaria²¹. En Líbano se ha encontrado problemas de violencia generalizada²², en África oriental se han encontrado abuso por parte de la comunidad y personal médico²³. En el caso latinoamericano, estudios han reportado que aquellos HSH de minorías étnicas y latinos sufren mayor discriminación y más aún si viven con VIH²⁴.

En Brasil se documentó la prevalencia de discriminación hacia los HSH en un 27,7%²⁵. En este país, en Salvador de Bahía, el 57,7% habían experimentado algún tipo de discriminación y el 43,5% informaron no haberle dicho a sus padres, sobre su atracción sexual por otros hombres²⁶. Existe mayor discriminación en los HSH jóvenes²⁷, como se presentó en Brasil (menores de 30 años), que han estudiado por más de ocho años, con poca participación y apoyo de la comunidad, presencia de violencia física y sexual, ideación suicida en los últimos seis meses²⁵, evitar servicios de prevención ante el VIH²⁸.

Ante este panorama, en América Latina, países como Ecuador (1998), Venezuela (1999), Uruguay (2004), Brasil (2006), Colombia (2007), Argentina (2009), Bolivia (2009) y Chile (2012) han formulado acciones que promueven la igualdad y prohíben la discriminación por cualquier tipo que se presente especialmente por orientación sexual^{7,29,30}.

En Colombia, se han encontrado dificultades de acceso al sistema de salud, conductas de rechazo hacia los HSH, desinformación, hace que oculten su orientación sexual³¹, así mismo se presenta vulnerabilidad de los derechos¹⁶, y en el estudio del panorama del VIH/SIDA en Colombia de 1983 al 2010 se ha encontrado que tres a cuatro de cada diez HSH es discriminado por su orientación sexual³².

Por lo tanto, este artículo tiene como objetivo describir los factores asociados a la discriminación de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia 2019. Es necesario, generar información que permita dis-

minuir las brechas, diseñar programas y estrategias de sensibilización, orientar decisiones con evidencia científica, reconocer que es un problema de derechos humanos y es un asunto esencial que debe de ser abordado y buscar un impacto directamente para su reducción, así mismo identificar que está relacionado con los problemas de salud que vive la población de HSH y que puede afectar el acceso a servicios de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación se realizó en el marco del proyecto comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019,³³ realizado por la Universidad CES y Enterritorio, financiada por el Mecanismo Coordinador de País (Fondo mundial), entre mayo y septiembre del año 2019. Su objetivo principal fue establecer la magnitud de la epidemia de VIH, los comportamientos sexuales asociados y estimar la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de 18 años y más.

Corresponde a un estudio transversal, en el cual se utilizó el muestreo Respondent Driving Sampling por sus siglas en inglés (RDS), o muestreo dirigido por encuestados (MDE) siendo la técnica de recolección más apropiada para trabajar con grupos donde no es posible conocer la totalidad de la población, debido a que son de difícil acceso y no se conoce su marco muestral³⁴. La muestra estuvo conformada por 1314 hombres mayores de 18 años o más que informaron al menos un contacto sexual con otro hombre en los últimos 12 meses y que perteneciera a alguna de las ciudades seleccionadas en el estudio.

La variable de desenlace para este estudio es la discriminación autoinformada debido a la orientación sexual, la cual se definió con la siguiente pregunta, ¿En los últimos 12 meses calendario ha sufrido algún tipo de discriminación o rechazo por su práctica sexual con otros hombres? y los factores estudiados: edad (Menores y mayores de 30 años), orientación sexual, estrato, ingresos mensuales, nivel educativo, maltrato (físico, verbal y sexual), búsqueda de ayuda en los servicios de salud, motivos para no buscar ayuda, conocimientos por otros de su práctica sexual con otros hombres, desprecio por parte de la familia y el consumo de sustancias psicoactivas.

El tamaño de la red social se estimó en el software RDSAT, utilizando la pregunta ¿Cuántos de estos (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres) son mayores de edad (18 años o más) y viven

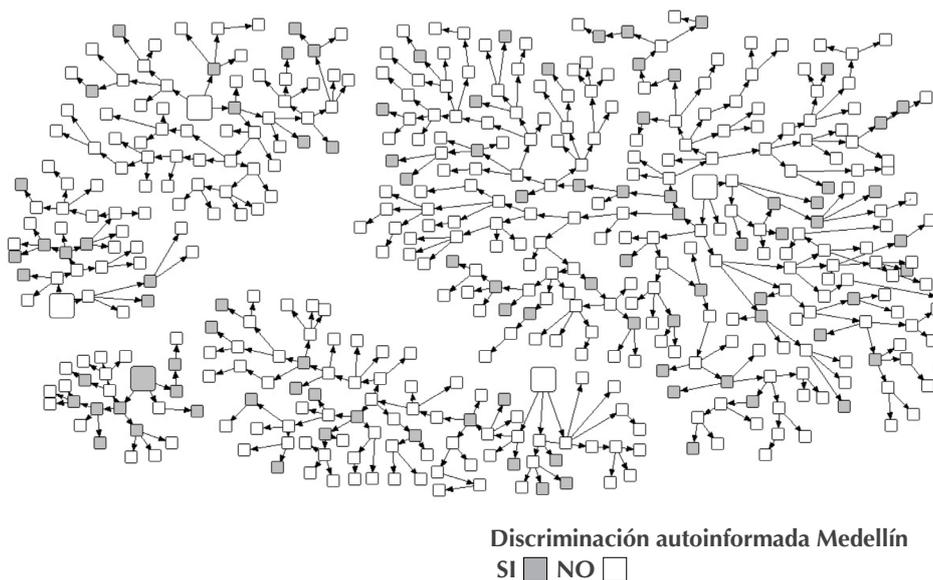
en la ciudad?, el método propuesto aquí considera tanto los efectos del eslabón de la cadena como las probabilidades desiguales de selección para estimar la prevalencia, el error estándar y el intervalo de confianza del 95%, se presentara la homofilia como indicador de variabilidad de los datos que tanto son homogéneos o heterogéneos, estos valores oscilan entre -1 y 134. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba estadística chi cuadrado de independencia, para determinar la asociación entre las variables que tengan un valor de $p < 0,05$ acompañada de sus IC95%; se calculó las razones de prevalencia (RP) crudo y ajustado para medir la asociación entre los factores seleccionados y la discriminación. Las estimaciones con una $p < 0,05$ ingresaron al modelo para un análisis de regresión logística ponderado, adicional se evaluó la colinealidad de las variables con el fin de mirar su independencia. Los datos se analizaron en RDSAT35 y se ponderaron en el IBM SPSS Statistics para Windows, versión 25 (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.) licencia universidad CES, la diagramación de las redes se utilizó el software NetDraw³⁵.

Esta investigación fue aprobada por el comité de ética de la Universidad CES, en sesión del 19 de febrero de 2019, se siguieron los requerimientos de las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud, según la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, clasificada como investigación con riesgo mínimo³⁶.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 1314 hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, de Medellín (448 y 5 semillas), Bogotá (439 y 3 semillas) y Cali (414 y 5 semillas) Para los análisis se acogieron las indicaciones de RDS y no se tuvieron en cuenta las semillas, alcanzando un total de 1301 participantes. El comportamiento de las redes varió en cada una de las ciudades alcanzando hasta un máximo de 14 olas para Medellín y Cali donde participaron 250 y 172 personas respectivamente y Bogotá DC se presentaron dos olas de 10, con 242 y 178 participantes. La proporción general de discriminación fue del 18,6% (IC95%:16,5-20,7), que oscila entre el 17,9% en Bogotá (Figura 2) y Cali (Figura 3) a 20,7% Medellín (Figura 1).

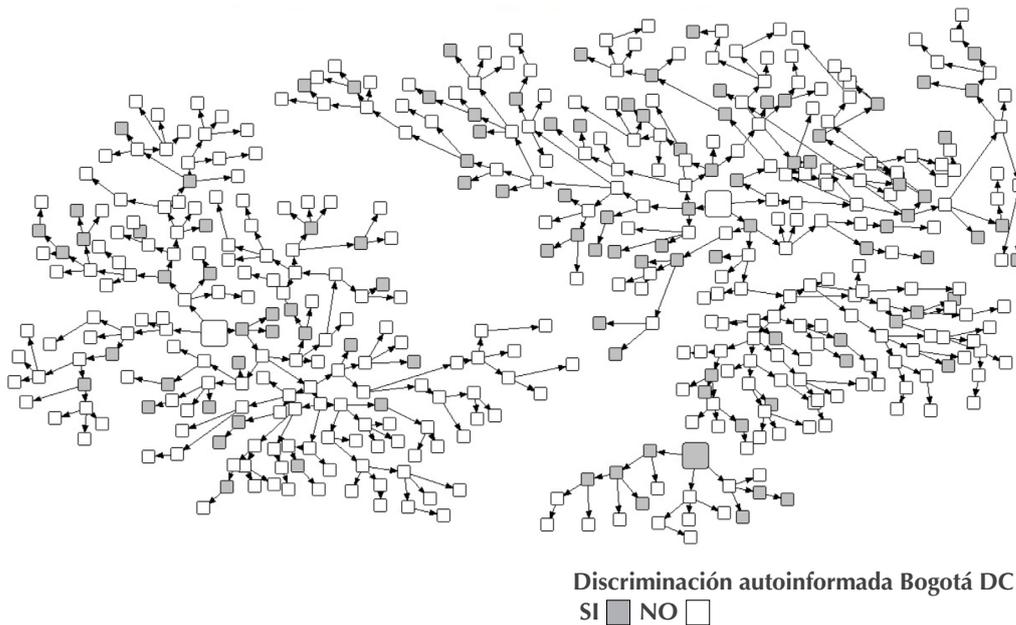
Figura 1. Medellín: redes de discriminación autoinformada en HSH.



* Medellín, HSH discriminados 93, IC95% Ajustado 20,7 (16,9-23,5) Homofilia 0,086

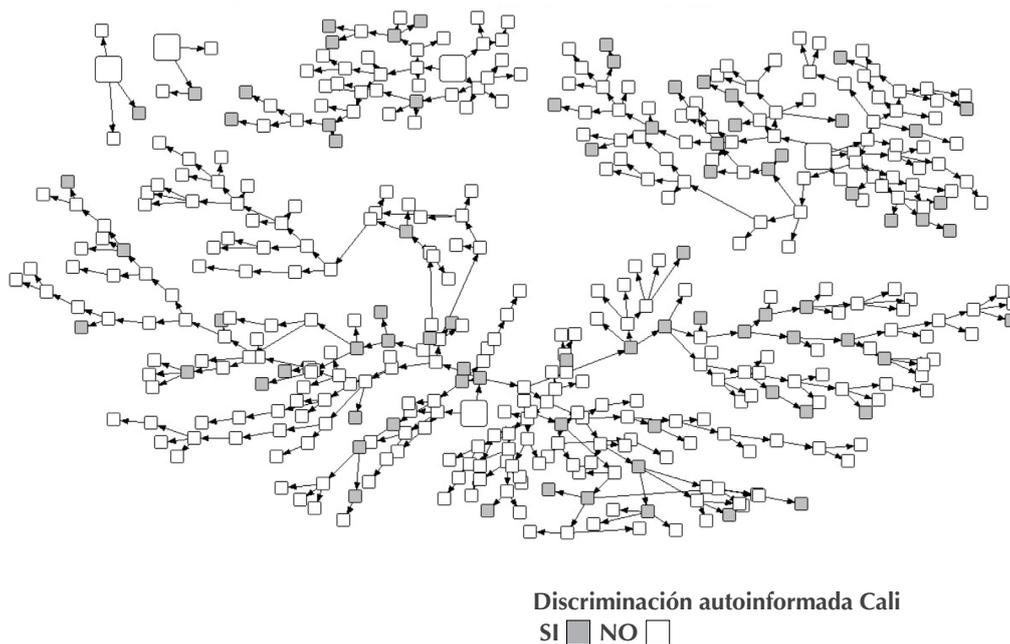
Los recuadros más grandes son las semillas que participaron, los cuadros oscuros representan las personas que informaron ser discriminados.

Figura 2. Bogotá: redes de discriminación autoinformada en HSH



* Bogotá DC, HSH discriminados 104, IC95% Ajustado 17,9(16,3-20,7) Homofilia 0,071

Los recuadros más grandes son las semillas que participaron, los cuadros oscuros representan las personas que informaron ser discriminados.

Figura 3. Cali: redes de discriminación autoinformada en HSH

* Cali, HSH discriminados 77, IC95% Ajustado 17,9 (13,7 - 19) Homofilia 0,114

Los recuadros más grandes son las semillas que participaron, los cuadros oscuros representan las personas que informaron ser discriminados.

Características demográficas y sociales de los HSH

La tabla 1 muestra las características demográficas, sociales, conductuales y clínico-epidemiológicas estimadas de los HSH estudiados, de los cuales el 66,7% de los participantes eran adultos con una edad promedio de 30,12 años. El 42% tenía un nivel de educación universitario y postgrado, el 79,1% se autoidentificó como homosexual, el 85,4% eran solteros y el 41,5% ganan más de un salario mínimo mensual legal vigente colombiano (COP \$826000 = US \$235 en 2019). Casi un tercio (78,4%) reportó tener relaciones sexuales con su pareja ocasionales masculinas en los últimos treinta días. El 22,9% no presenta ningún problema de salud en los últimos 12 meses.

El 18,6% (235) manifestó que en los últimos 12 meses han sido discriminados por su práctica sexual con otros hombres. De estos se ha encontrado, cuando se indaga por parte de quien se presenta el evento de discriminación, que el 38,2% por conocidos o vecinos (no amigos y no familiares), el 30,4% en el ámbito religioso, 18,6% por los amigos y el 15,6%

refirió que la fuerza armada (policía o militares). En el ámbito laboral se evidenció que un 20,9% fue discriminado por los compañeros de trabajo, y en el ámbito educativo la discriminación provino más de los estudiantes que de los profesores con un 14,2% y 6% respectivamente.

En el ámbito de salud, el 3,3% de los HSH fue discriminados en los servicios de salud debido a su práctica sexual; de esos informaron haber sido sometidos a algún tipo de violencia, amenazas o humillaciones 83%, violencia física 32,9% y sexual un 11,4%, violencia verbal. Así mismo el 8,9% han evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento. La mayoría informó un consumo de bebidas alcohólicas (83,3%), marihuana (37,7%), popper (21,8%) y éxtasis (6,3%) en el último año. En el ámbito familiar el 19,5% deben de ocultar sus relaciones sexuales con otros hombres ante su familia, de este modo el 26,3% de la familia ha mostrado desprecio, rechazo e incluso lo ha ofendido por su práctica sexual con otros hombres.

Tabla 1. Distribución de las características demográficas, sociales y comportamentales de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres de tres ciudades de Colombia, 2019.

Características demográficas y sociales	N	Ponderado % (IC 95%)*
Edad		
< 30 años	440	33,2 (30,6 - 35,7)
30 + años	861	66,7 (64,2 - 69,3)
Nivel Educativo		
Ninguno / Preescolar / Primaria	46	4,1 (3,0 - 5,2)
Secundaria	399	33,4 (30,8 - 36,0)
Técnico / Tecnológico	282	20,3 (18,1 - 22,4)
Universitario / Postgrado	574	42,0 (39,4 - 44,7)
Ingresos recodificados		
Sin ingresos	294	24,9 (22,5 - 27,2)
Menos de 235 US	425	33,4 (30,9 - 36,0)
Entre 235 USD y 470 US	423	31,3 (28,8 - 33,8)
Más de 470 US	159	10,2 (8,57 - 11,8)
Orientación sexual		
Homosexual	1057	79,1 (76,7 - 81,6)
Heterosexual	14	1,1 (-0, - 2,5)
Bisexual	220	18,7 (13,9 - 23,5)
No sabe	10	0,8 (0,0 - 1,6)
Parejas ocasionales		
Si	460	36,1 (33,5 - 38,7)
No	838	63,6 (60,3 - 66,9)
NS/NR	3	0,1 (-5, - 5,5)
Consulta a problemas de salud en el último año		
No tuvo ningún problema de salud	281	22,9 (20,6 - 25,1)
Institución, clínica, hospital, puesto de salud de atención pública (Estatad)	154	10,7 (9,04 - 12,4)
Centro de atención de una EPS/ARS	800	60,9 (58,2 - 63,5)
Otro	66	5,4 (4,2 - 6,7)
Alguien conoce su práctica sexual		
Si	1160	86,7 (84,9 - 88,6)
No	141	13,2 (8,16 - 18,2)

Rechazo por parte de la familia por su práctica sexual			
Si	400	26,3	(23,7 - 29,0)
No	687	54,0	(50,9 - 57,2)
Mi familia no sabe	214	19,5	(15,0 - 24,0)
Discriminación en los servicios de salud por su práctica sexual			
Si	53	3,3	(2,3 - 4,3)
No	1248	96,6	(95,6 - 97,6)
Maltrato físico			
Si	20	32,9	(19,0 - 46,9)
No	31	62,6	(45,4 - 79,7)
NS/NR	2	4,3	(3,2 - 5,5)
Maltrato verbal			
Si	41	83,0	(71,8 - 94,1)
No	10	12,5	(-10, - 35,9)
NS/NR	2	4,3	(3,2 - 5,5)
Violación (abuso sexual)			
Si	9	11,4	(1,97 - 20,8)
No	42	84,1	(72,9 - 95,4)
NS/NR	2	4,3	(3,2 - 5,5)
Evitar servicios de prevención de VIH			
Si	127	8,9	(7,4 - 10,)
No	1174	91,0	(89,3 - 92,6)
Consumo de marihuana en el último año			
Si	513	37,7	(35,1 - 40,3)
No	788	62,2	(58,9 - 65,5)

** Ponderación calculada según el tamaño de la red social y la proporción de HSH en cada ciudad.

Factores asociados a la discriminación.

Tienen mayor probabilidad de discriminación los hombres menores de 30 años (OR = 2,11, IC 95% 1,45–3,06) y los homosexuales (OR = 1,62, IC 95% 1,03–2,54) respecto a los bisexuales y heterosexuales. Las probabilidades de discriminación por autoinforme debido a la orientación sexual fue mayor entre los HSH que informaron haber tenido parejas estables que pareja ocasional en los últimos 12 meses (OR

= 1,77, IC 95% 1,15 – 2,70), además en aquellos que ocultaron su práctica sexual con su familia la discriminación aumentó aproximadamente 4 veces en relación con los que no la ocultan (OR = 4,38, IC 95% 3,15–6,07), el consumo de marihuana también aumentó esta probabilidad con relación a los que no informaron esta experiencia (OR = 1,52, IC 95% 1,11–2,07) (Tabla 2).

Tabla 2. Factores asociados con el autoinforme de discriminación debido a la orientación sexual entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en tres ciudades colombianas, 2019.

Variables	Discriminación SI%	(N)	NO%	(N)	X2	Valor p	Ponderado RP (IC 95%)	Ponderado RPA (IC 95%)
Edad								
>30	20,6	(50)	36,0	(381)	21,17	0,00	1	1
<= 30	79,1	(192)	63,8	(675)			1,90 (1,42 - 2,54)	2,11 (1,45 - 3,06)
Nivel educativo								
Universitario / Postgrado	42,4	(103)	41,8	(443)	0,81	0,85	1	-
Ninguno / Pre-escolar / Primaria	2,88	(7)	4,34	(46)			0,70 (0,34 - 1,42)	-
Secundaria	34,2	(83)	33,1	(351)			1,01 (0,78 - 1,31)	-
Técnico / Tecnológico	19,3	(47)	20,4	(216)			0,94 (0,69 - 1,29)	-
Ingresos								
Más de 470 US	8,65	(21)	10,3	(110)	1,28	0,00	1	1
Sin ingresos	26,7	(65)	24,4	(259)			1,25 (0,79 - 1,95)	1,15 (0,64 - 2,08)
Menos de 235 US	42,4	(103)	31,3	(332)			1,47 (0,96 - 2,26)	1,51 (0,85 - 2,64)
Entre 235 USD y 470 US	21,4	(52)	33,5	(355)			0,79 (0,49 - 1,27)	0,80 (0,44 - 1,45)
Orientación sexual								
Bisexual y heterosexual	12,3	(30)	21,5	(228)	11,68	0,01	1	1
Homosexual	86,5	(210)	77,4	(819)			1,75 (1,22 - 2,50)	1,62 (1,03 - 2,54)
No sabe	0,41	(1)	0,85	(9)			0,86 (0,12 - 5,69)	0,93 (0,12 - 6,97)
Pareja ocasionales								
No	13,1	(32)	23,3	(247)	12,17	0,00	1	1
SI	86,5	(210)	76,4	(809)			1,79 (1,26 - 2,54)	1,77 (1,15 - 2,70)
Estrato								
Estratos 4 - 5 - 6	16,9	(41)	11,5	(122)	5,23	0,02	1	1
Estratos 0 - 1 - 2 - 3	83,0	(201)	88,4	(935)			0,70 (0,52 - 0,94)	0,63 (0,41 - 0,99)
Conocen su práctica sexual**								
No	4,53	(11)	15,1	(160)	18,11	0,00	1	-
Si	95,1	(231)	84,7	(897)			3,18 (1,77 - 5,70)	-
Rechazo por parte de la familia por su práctica sexual								
No	37,5	(91)	57,7	(611)	125,08	0,00	1	
Mi familia no sabe	7,41	(18)	22,2	(235)			0,54 (0,33 - 0,89)	0,64 (0,37 - 1,10)
Si	54,3	(132)	19,8	(210)			2,97 (2,35 - 3,76)	4,38 (3,15 - 6,07)

Discriminación en los servicios de salud								
No	93,5	(227)	97,2	(1029)	7,75	0,01	1	1
Si	6,18	(15)	2,64	(28)			1,93 (1,26 - 2,95)	1,82 (0,90 - 3,70)
Evitado servicios de prevención al VIH								
No	86,9	(211)	91,8	(972)	6,34	0,01	1	1
Si	12,7	(31)	8,03	(85)			1,49 (1,08 - 2,07)	1,51 (0,95 - 2,49)
Marihuana								
No	49,4	(120)	65,1	(689)	20,23	0,00	1	1
Si	50,2	(122)	34,7	(368)			1,67 (1,33 - 2,10)	1,52 (1,11 - 2,07)

* Razón de prevalencia ponderado calculado de acuerdo con el tamaño de la red social y la proporción de HSH.

** Se presentó una dependencia alta con rechazo por parte de la familia por su práctica sexual.

DISCUSIÓN

Este estudio permitió identificar qué factores se asociaron directamente a la discriminación como lo fue ser menor de 30 años, la orientación sexual, tener parejas ocasionales, ocultar su práctica sexual, rechazo u ocultamiento de su práctica sexual por parte de la familia y el consumo de marihuana. Así mismo, el sistema de captura utilizando RDS tuvo un apropiado desempeño para captar a poblaciones de difícil acceso. Si bien algunos estudios advierten que se deben evitar extrapolaciones a otros entornos, incluso comparaciones por su sistema de medición^{25,37}, señalan que si es posible, si se sigue rigurosamente la metodología desde el inicio hasta el final³³.

Al momento de comparar los resultados de esta investigación con otras similares, se han encontrado posiciones afines frente a la discriminación que reportan los participantes HSH por su práctica sexual con otros hombres^{25,33,40}. Se encontraron estudios donde utilizaron la misma metodología y población en países sudafricanos como Botsuana, Namibia y Malawi donde en promedio la discriminación es del 23% aproximadamente⁴⁰; en Brasil fue similar: 27,7% en un estudio realizado del 2008 al 2009 donde participaron 3859 HSH²⁵. En Colombia las tres investigaciones que se han realizado utilizando el mismo método y en la misma población en los años 2010³¹, 2016⁴¹ y 2019³³ muestran un aumento en

la discriminación: un aumento del año 2010 al 2016 del 54%, pasando de 8% a 13% aproximadamente, y para el año 2019 aumentó en un 52% comparado con el año 2016 pasando a un 19%. Esto indica que en las tres ciudades del estudio este incremento se va seguir evidenciando cada vez más si no se realiza sensibilización sobre el tema de la orientación sexual e identidad de género en el marco del enfoque diferencial y los derechos humanos para todas las personas, especialmente en los colegios y universidades.

El estudio muestra que la principal fuente de discriminación proviene de las familias, esto debe generar acciones de cuidado y creación de políticas públicas de lucha contra la discriminación, que tengan impacto en la vida de los jóvenes HSH, que probablemente son obligados a salir de sus casas cuando revelan su orientación sexual a sus familiares⁴²; en la ciudad de Mianyang para el año 2010 en una muestra de 210 HSH²⁴, el 79,6% de los HSH debían ocultar su verdadera orientación sexual para evitar ser discriminados e incluso ser humillados. En algunos países como Cuba⁴³, Brasil²⁵, Chile⁴⁴, Argentina⁴⁵, hay diferencias en lo encontrado en relación a la discriminación por parte de la familia, pero sí similitudes en relación a la edad, vivir con VIH, orientación sexual e incluso tener parejas masculinas ocasionales presenta una mayor probabilidad de discriminación. Se observó que el nivel económico, conocer su práctica sexual con otro hombre se asoció con la discriminación, lo

que indica que los HSH pueden entender las experiencias sociales como resultados consecuentes de la discriminación⁴⁶. Algo similar ocurrió en el estudio realizado en Guatemala donde la alta prevalencia de discriminación se asoció con los participantes más jóvenes, la educación más baja, los ingresos familiares más bajos, la divulgación de la identidad sexual y la percepción de una menor tolerancia de la comunidad hacia las personas homosexuales o bisexuales⁴⁷.

Estudios en países como España^{48,49}, Estados Unidos³³, Colombia^{51,52} sugieren que la discriminación es un factor de riesgo importante para los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente con el alcohol y la marihuana⁵⁰, al igual que lo señala el presente estudio, que aunque es problemático identificar la causa o el efecto, si hace un llamado a las acciones educativas para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, lo cual notoriamente disminuiría la discriminación. Sin embargo, por tratarse de un estudio transversal no es posible identificar cuales otros factores son potenciadores de este comportamiento, o se puede entender que a mayor discriminación tienden a consumir más sustancias psicoactivas debido a esa discriminación sufrida, o el agente generador de discriminación no es la orientación sexual sino el consumo de marihuana, esta es una pregunta que debe ser resuelta en una futura investigación⁵³.

Aunque los movimientos sociales de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero son duraderos y se están visibilizando, aún no se han desarrollado mecanismos legales para responder a la discriminación contra las minorías sexuales⁵⁴. Además, los movimientos religiosos, políticos y sociales actuales parecen moverse en una dirección opuesta, esto quiere decir que no incentivan las acciones en favor de reducir la discriminación⁵⁵, lo que lleva a un aumento aún mayor de la discriminación. Las preocupaciones por la salud de los HSH, incluido el mandato del VIH / Sida, de volver a movilizar al gobierno y a la sociedad y defender más ampliamente los derechos humanos para la protección social, física y mental de las poblaciones minoritarias deben ser la prioridad para la salud pública^{4,56}.

Con todo y lo anterior, aunque existan leyes en contra de la discriminación, existen situaciones, que expone a los HSH al estigma, la discriminación y la violencia (57), es decir se deben de fortalecer los espacio y vínculos individuales, sociales y familiares, en este último generar escenarios que favorezcan a la funcionalidad familiar y que estos generen en cada uno de sus miembros unas personas resilientes, con el fin de que puedan sobrepasar los obstáculos que les ponga la vida. El trabajar por la reducción de la discriminación, es una tarea no solo de cada una de las personas sino también del apoyo de cada una de las instituciones públicas o privadas para que la brecha sea mucho menor.

Se deben implementar estrategias de intervención y mecanismos de participación donde no se generen condiciones de riesgo y vulnerabilidad, para la salud y la vida de personas, y esta discriminación sea eliminada o por lo menos reconocida. Esto implica ampliar los canales de comunicación, dado que se ve que se puede presentar en cualquier ámbito de la vida especialmente en el familiar, sin dejar de mencionar que en las ciudades estudiadas cada vez está aumentando más.

Agradecimientos

Agradecer a la Universidad CES y Enterritorio, a todos los HSH que participaron del estudio por tan valiosa información.

Fuentes de financiación

La financiación para este estudio provino del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, en el marco del Acuerdo de Subvención N° 216146 suscrito con La Empresa Nacional Promotora de Desarrollo Territorial (Enterritorio), quien, a su vez, suscribió un contrato con la Universidad CES en Medellín.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González A E, Molina GT, San Martín VJ. Comportamientos sexuales y características personales según orientación sexual en adolescentes chilenos. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 Jun [cited 2019 Nov 13];81(3):202–10. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. Cáceres C, Pecheny M, Terto V. SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción. 2002;1–226. Disponible en: <http://academia.utp.edu.co/ps4/files/2016/09/VULNERABILIDAD-DE-HOMBRES-GAYS-Y-HOMBRES-QUE-TIENE-SEXO-CON-HOMBRES-FRENTE-A-VIH-EN-AMERICA-LATINA.pdf>
3. Mgopa LR, Mbwambo J, Likindikoki S, Pallangyo P. Violence and depression among men who have sex with men in Tanzania. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 Dec 15 [cited 2019 Nov 13];17(1):296. Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1456-2>
4. Vigora V. Masculinidad, Homosexualidad, VIH-SIDA e Identidad de Género [Internet]. [cited 2021 Mar 1]. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Diagramacionhsh.pdf>
5. Disability Rights California (EEUU). Definiciones de estigma y discriminación [Internet]. Disponible en: <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/CM0402.pdf>
6. Quiles MN. Estigmatización Y Marginación Social De Colectivos De Jóvenes. *Xuv retos e esperanzas* [Internet]. 1998;29–53. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/10692>
7. Carroll A, Ramón Mendos L. Homofobia de Estado. Estudio jurídico mundial sobre la orientación sexual en el derecho: criminalización, protección y el reconocimiento [Internet]; 2017. [cited 2019 Nov 15] Disponible en: http://ilga.org/downloads/2017/ILGA_Homofobia_de_Estado_2017_WEB.pdf
8. Correa Palacios RS. El lenguaje: un elemento estratégico en la construcción de la igualdad [Internet]. Comisión Nacional de Género de la Rama Judicial (CNGRJ); 2009 [cited 2019 Nov 15]. p. 24. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/lenguajeweb.pdf>
9. Ordóñez Barba G. Discriminación, pobreza y vulnerabilidad: los entresijos de la desigualdad social en México. *región y Soc* [Internet]. 2017 Nov 28 [cited 2020 Feb 18];30(71):0–0. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252018000100011
10. Prevert A, Navarro Carrascal O, Bogalska Martín E. La discriminación social desde una perspectiva psicossociológica. *Rev Psicol* [Internet]. 2012 [cited 2019 Aug 8];4:1–14. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v4n1/v4n1a2.pdf>
11. Salinas Hernández HM. Acoso y maltrato en las aulas universitarias por motivo de identidad sexo genérica. *Univ Autónoma la Ciudad México* [Internet]. 2002 [cited 2019 Nov 13];52(1):1–5. Disponible en: http://bibliodiversa.todomejora.org/wp-content/uploads/2016/10/Bullying-homofobico_SALINAS-Hector-Miguel.pdf
12. Vargas JS, Pantoja CP, Torres BC, Bernal H, Jaimes TA, Tovar JD, et al. Voces posiivas, Resultado del índice de estigma en personas que viven con VIH e colombia [Internet]. [cited 2019 Nov 15]. 99 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/INEC/INTOR/informe-voces-positivas.pdf>
13. Ganju D, Patel SK, Prabhakar P, Adhikary R. Knowledge and exercise of human rights, and barriers and facilitators to claiming rights: a cross-sectional study of female sex workers and high-risk men who have sex with men in Andhra Pradesh, India. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2016;16(1):1–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12914-016-0102-2>
14. Nathan W, Bright AM, Macdonald J, Hayman B. A narrative review of the literature about people with intellectual disability who identify as lesbian , gay , bisexual , transgender , intersex or questioning. *Intellect Disabil* [Internet]. 2018;22(2):171–96. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1744629516682681>
15. Fields EL, Long A, Dangerfield DT, Morgan A, Uzzi M, Arrington sanders R, et al. There’s an App for That: Using Geosocial Networking Apps to Access Young Black Gay, Bisexual, and other MSM at Risk for HIV. *Am J Heal Promot* [Internet]. 2019;20(10):1–10. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0890117119865112>
16. Bolaños Enríquez T, Charry Morales A, Bolaños Enríquez T, Charry Morales A. Prejuicios y homosexualidad, el largo camino hacia la adopción homoparental: especial atención al caso colombiano. *Estud Const* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Aug 2];16(1):395–424. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-52002018000100395&lng=en&nrm=iso&tlng=en

17. Ntata PR, Muula AS, Siziya S. Socio-demographic characteristics and sexual health related attitudes and practices of men having sex with men in central and southern Malawi. *Tanzan J Health Res* [Internet]. 2008;10(3):124–30. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/thrb/article/view/14351>
18. Barrientos Delgado JE, Vega A, Gutierrez K, Zaffirri I, Ramirez P. Identidad sexual en jóvenes gay del norte de Chile. *Sex Salud y Soc (Rio Janeiro)* [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Aug 2];(23):118–39. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000200118&lng=es&tlng=es
19. Rodríguez Díaz CE, Martínez Vélez JJ, Jovet Toledo GG, Vélez Vega CM, Hernández Otero N, Escotto Morales B, et al. Challenges for the Well-Being of and Health Equity for Lesbian, Gay, and Bisexual People in Puerto Rico. *Int J Sex Health*. 2016;28(4):286–95.
20. Wang Y, Zhang H, Xu J, Zhang G, Yang H, Fan J. Relations between self-discrimination of MSM and sexual behavior and psychological factors. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi* [Internet]. 2010 Jul [cited 2020 Feb 18];44(7):636–44. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21055081>
21. Ruiseñor-Escudero H, Grosso A, Ketende S, Pitche V, Simplice A, Tchalla J, et al. Using a social ecological framework to characterize the correlates of HIV among men who have sex with men in Lomé, Togo. *AIDS Care* [Internet]. 2017;29(9):1169–77. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28132516>
22. Orr L, Shebl FM, Heimer R, Khoshnood K, Barbour R, Khouri D, et al. Violence and Discrimination Against Men Who Have Sex With Men in Lebanon: The Role of International Displacement and Migration. *J Interpers Violence* [Internet]. 2019 Oct 28 [cited 2021 Mar 22];886260519884684. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31658847>
23. Ross MW, Kashiha J, Mgopa LR. Stigmatization of men who have sex with men in health care settings in East Africa is based more on perceived gender role-inappropriate mannerisms than having sex with men. *Glob Health Action* [Internet]. 2020 Dec 31 [cited 2021 Mar 22];13(1):1816526. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2020.1816526>
24. Rodriguez EF, Rodríguez EF, Balkus J. Differences by Latino and White MSM in HIV-Related Stigma in Seattle, WA Chair of the Supervisory Committee [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 22]. Disponible en: https://digital.lib.washington.edu/researchworks/bitstream/handle/1773/44242/Rodriguez_washington_0250O_19973.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Magno L, Dourado I, Silva LA, Brignol S, Brito AM, Crosland Guimarães MD, et al. Factors associated with self-reported discrimination against men who have sex with men in Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 18];51:102. Disponible en: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100286
26. Brignol S, Dourado I, Amorim LD, Kerr LRFS, Brignol S, Dourado I, et al. Vulnerability in the context of HIV and syphilis infection in a population of men who have sex with men (MSM) in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 May [cited 2019 Aug 2];31(5):1035–48. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500015&lng=en&tlng=en
27. Shaw SY, Lorway RR, Deering KN, Avery L, Mohan HL, Bhattacharjee P, et al. Factors Associated with Sexual Violence against Men Who Have Sex with Men and Transgendered Individuals in Karnataka, India. Vermund SH, editor. *PLoS One* [Internet]. 2012 Mar 20 [cited 2021 Mar 22];7(3):e31705. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0031705>
28. Dunbar W, Pape JW, Coppieters Y. HIV among men who have sex with men in the Caribbean: reaching the left behind. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2021 Mar 8;45:1. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53310>
29. Instituto Nacional contra la Discriminación la Xenofobia y el Racismo (Argentina). Mapa nacional de la discriminación [Internet]. 2014 [cited 2020 Feb 18]. 200 p. Disponible en: <http://inadi.gob.ar/contenidos-digitales/producto/mapa-nacional-de-la-discriminacion-segunda-edicion/>
30. Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales Te l (ILGA). Estudio jurídico mundial sobre la orientación sexual en el derecho: criminalización, protección y reconocimiento [Internet]. 12th ed. ILGA, editor. Ginebra; 2017 [cited 2019 Jul 11]. 213 p. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/pdfid/5b3526b45.pdf>
31. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones con hombres en siete ciudades de Colombia [Internet]. Vol. 6. 2010. 103 p. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/2_

- evaluacion_respuesta/b_estudios_complementarios/Resultados_Estudio_HSH_final125.pdf
32. UNFPA. Panorama del VIH/SIDA en Colombia 1983 - 2010 [Internet]. Legis S.A. 2012 [cited 2020 Feb 18]. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PANORAMA-VIH-SIDA-COLOMBIA-1983-2010.pdf>
 33. Yajaira D, Segura AM, Molina A, Martínez A, Ramos S, Bedoya S. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres ciudades de Colombia. Colombia: Editorial CES, Universidad de Medellín. [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 18]. Disponible en: <https://editorial.ces.edu.co/libros/comportamiento-sexual-y-prevalencia-de-vih-en-hombres-que-tienen-relaciones-sexuales-con-hombres-en-tres-ciudades-de-colombia/>
 34. Heckathorn DD. Sampling and estimation in respondent-driven sampling. *Matthew J. Salganik* *. 2012;34(2004):193–239.
 35. Spiller MW, Cameron C, Heckathorn DD, Heckathorn D, Barash V, Volz E. RDS Analysis Tool 7.1. Cornell Univ [Internet]. 2012 [cited 2020 Feb 18]. Disponible en: http://www.respondentdrivensampling.org/reports/RDSAT_7.1-Manual_2012-11-25.pdf
 36. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Colombia). Resolución No. 8430 del 4 de Octubre de 1993. 1993
 37. Mantecón A, Juan M, Calafat A, Becoña E, Román E. Respondent-Driven Sampling: Un nuevo método de muestreo para el estudio de poblaciones visibles y ocultas. *Adicciones*. 2008;20(2):161–70.
 38. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota R, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2019 Nov 13];97(15):S9–15. Disponible en: <http://journals.lww.com/00005792-201805251-00011>
 39. Aho J, Hakim A, Vuylsteke B, Semde G, Gbais HG, Diarrassouba M, et al. Exploring risk behaviors and vulnerability for HIV among men who have sex with men in Abidjan, Cote d'Ivoire: Poor knowledge, homophobia and sexual violence. *PLoS One*. 2014 Jun 24;9(6).
 40. Park JN, Papworth E, Billong SC, Elat JB, Kassegne S, Grosso A, et al. Correlates of prior HIV testing among men who have sex with men in Cameroon: A cross-sectional analysis. In: *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd.; 2014.
 41. Mecanismo de Coordinación de País – MCP Colombia Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Informe de resultados comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres [Internet]. [cited 2021 Mar 3]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/libro-comportamiento-sexual-hombres-2016.pdf>
 42. De Filología F, Luisa M, Tristán P. La esclavitud en la literatura española de los Siglos de Oro [Memoria doctoral en Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2012 [cited 2020 Feb 18]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/Perspectiva-aseguramiento-comite-ampliado.pdf>
 43. Natividad E, Álvarez C, Cantero EI, Idalvis T, Contreras S, Ramos IA, et al. Identificación y caracterización de modos de discriminación hacia grupos con riesgo de enfermedades de transmisión sexual Identification and Characterization of Forms of Discrimination against Groups at Risk for Sexually Transmitted Diseases. 2015;628–37.
 44. Scher A. Estigma y discriminación hacia hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans: el impacto en la vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 31]. Disponible en: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2461
 45. Aristegui I, Vázquez M. El impacto del estigma y la discriminación en la calidad de vida de personas transgénero viviendo con VIH. *Hologramática*. 2013;19(19):5-30.
 46. Langarita Adiego JA. Rituales de interacción sexual entre hombres. Una propuesta de análisis del discurso y de la práctica del sexo anónimo. *Gac Antropol* [Internet]. 2014;30(3). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/33809>
 47. Whiteman A, Baugher A, Sionean C. Assessing self-reported discrimination among men who have sex with men (MSM). *AIDS* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2019 Jul 11];35(1):141–6. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/QAD.00000000000002711>
 48. Fernández Dávila P, Zaragoza Lorca K. Internet y riesgo sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Gac Sanit* [Internet]. 2009 [cited 2019 Jul 11]; 23(5):380–7. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv23n5/original3.pdf>
 49. Jacques C, García De Olalla P, Díez E, Martín S, Caylà JA. Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres Explanation of

- risky sexual behaviors in men who have sex with men. *Gac Sanit.* 2015;29(4):252–7.
50. Wray TB, Pantalone DW, Kahler CW, Monti PM, Mayer KH. The Role of Discrimination in Alcohol-related Problems in Samples of Heavy Drinking HIV-Negative and Positive Men who have Sex with Men (MSM). In: *The International Encyclopedia of Anthropology* [Internet]. Oxford, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2018. [cited 2020 Jul 11] p. 1–2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27481457>
51. UNFPA. Jóvenes en contextos de vulnerabilidad.
52. Arango-Tobón OE, Pérez GAC, Quintero S, Montoya CM, Mesa SM, Bustamante AR. Riesgos psicosociales y actitudes sobre prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o drogas en adolescentes de la ciudad de Medellín. *Univ Psychol.* 2013;12(3):887–98.
53. Batchelder AW, Klevens M, Fitch C, McKetchnie SM, Mayer KH, O’Cleirigh C. Stigma, discrimination, and substance use among an urban sample men who have sex with men in Massachusetts. *AIDS Care* [Internet]. 2020 Mar 3;32(3):370–8. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2019.1683807>
54. Boivin RR, Boivin RR. Características y factores de la violencia homicida contra las minorías sexuales en la Ciudad de México, 1995-2013. *Sex Salud y Soc* (Rio Janeiro) [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Aug 2];(23):22–57. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000200022&lng=es&tlng=es
55. Benavente RM, Valdés BA. . Políticas Públicas para la Igualdad de Género: Un Aporte a la Autonomía de las Mujeres [Internet]. United Nations; 2014 [cited 23 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210569378>
56. Sanabria A. Los Derechos Culturales en Colombia. 2012. 4 p.
57. Mantecón A, Juan M, Calafat A, Becoña E, Román E. Respondent-Driven Sampling: un nuevo método de muestreo para el estudio de poblaciones visibles y ocultas. *Adicciones* [Internet]. 2008 [cited 23 de septiembre de 2020];20(2). Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/280/280>

ARTÍCULOS ORIGINALES

Rev Chil Salud Pública 2022
Vol 26(1): 22-33

ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LOS PROTOCOLOS DE ACOSO SEXUAL DE LOS 29 SERVICIOS DE SALUD EN CHILE

CONTENT ANALYSIS OF THE SEXUAL HARASSMENT PROTOCOLS IN 29 HEALTH SERVICES IN CHILE

RESUMEN

Introducción: El acoso sexual es un tipo frecuente de violencia de género que atenta profundamente contra la integridad personal y los derechos humanos. Este se puede presentar en diferentes contextos, y aún hoy en día los centros de salud no están libres de esta práctica. Actualmente existen instructivos presidenciales que establecen que todos los Servicios de Salud deben contar con protocolos de acoso sexual. El objetivo de esta revisión es evaluar los protocolos de acoso sexual de los Servicios de Salud de Chile dirigidos a personal de salud.

Materiales y Métodos: Se desarrolló un análisis de contenido de los 29 protocolos de acoso sexual de los Servicios de Salud con respecto a los instructivos presidenciales 2015 y 2018. Se generaron 14 ítems de evaluación. Se extrajo el contenido de cada protocolo por ítem, y luego se categorizó de forma cuantitativa (muy adecuado, adecuado, insuficiente, ausente) y se realizó una síntesis de su contenido de forma cualitativa. Se describió el grado de cumplimiento de cada uno de los ítems, y se desarrolló análisis de contenido.

Resultados: Se analizó el 100% de protocolos de los Servicios de Salud. Se evidenció heterogeneidad en la calidad de los mismos, con falencias importantes en el enfoque preventivo, claridad del proceso y medidas reparatorias.

Discusión: Los hallazgos sugieren una revisión de los protocolos de acoso sexual para optimizar y homogeneizar su calidad y pertinencia.

Palabras clave: acoso sexual, delitos sexuales, violencia de género, Servicios de Salud.

ABSTRACT

Introduction: Sexual harassment is a frequent type of gender-based violence that deeply undermines personal integrity and human rights. It can occur in different contexts and even today, health centers are not free from this practice. Currently there are mandatory instructions that establish that all Health Services must have sexual harassment protocols. The objective of this review is to evaluate the sexual harassment protocols of the Chilean Health Services for health personnel.

Material and Methods: A content analysis of the 29 sexual harassment protocols of the Chilean Health Services was developed, considering 2015 and 2018 mandatory instructions. Fourteen evaluation items were generated. The content of each protocol was extracted by item, and then categorized quantitatively (very adequate, adequate, insufficient, absent) and a synthesis of its content was made qualitatively. The degree of compliance of each item was described, and a data analysis was carried out.

Results: 100% of the protocols of the Health Services were analyzed. Heterogeneity in their quality was evidenced, with important deficiencies in the preventive approach, clarity of the process and reparatory measures.

Discussion: The findings suggest a revision of sexual harassment protocols to optimize and homogenize their quality and relevance.

Keywords: sexual harassment, sexual crimes, gender violence, Health Services.

Valentina Pantoja
Vivian González
Gisela Viveros
Manuel Catalán
Felipe González
Nicole Franz
Carolina Soto-Salazar
Valentina Valenzuela

Departamento de Género y Salud,
Colegio Médico de Chile A.G

Gabriela Jadue
Penélope Valencia
Natalia Harden
Escuela de Medicina,
Universidad de Chile

Francisca Crispi
Departamento de Género y Salud,
Colegio Médico de Chile A.G
Programa de Políticas, Sistemas
y Gestión, Escuela de Salud Pública,
Universidad de Chile.
mcrispi@uchile.cl

Recibido el 27-05-2021
Aprobado el 08-03-2022

INTRODUCCIÓN

En el año 1994 Chile firma la Convención Belém do Pará, la cual entiende la violencia hacia las mujeres como una conducta basada en el género, que causa daño físico, sexual o psicológico, reconociendo que puede ocurrir en lo privado o en el lugar de trabajo como establecimientos de salud¹. Bajo este antecedente, se han desarrollado diversas normativas que tipifican el acoso sexual como un tipo de violencia de género en contextos laborales. La Organización Internacional del Trabajo define el acoso sexual como actos cometidos por “Una persona que realice en forma indebida, por cualquier medio, requerimientos de carácter sexual, no consentidos por quien los recibe y que amenacen o perjudiquen su situación laboral o sus oportunidades en el empleo” (Ley 20.005). Asimismo, la Dirección del Trabajo establece en su Artículo 154 que los reglamentos internos deben determinar el procedimiento, medidas de resguardo y sanciones ante denuncias por acoso sexual².

Este tipo de violencia puede tener consecuencias graves en la vida profesional y la salud de la víctima³. En esta línea, un estudio estadounidense demostró que las médicas, tanto a lo largo de sus carreras, como en los últimos 30 días, informaron con mayor frecuencia –en comparación a sus pares masculinos– que fueron tratadas con términos inapropiados (p. ej. “cariño”) reportando más episodios de comentarios sexuales, gestos, miradas y toques indebidos⁴. Por su parte, en Chile, entre los años 2018 al 2020 se registraron 1.597 denuncias por acoso sexual en el sector privado mientras que en el sector público fueron 225 denuncias entre los años 2018 y 2019⁵. Podemos evidenciar por lo tanto que los espacios laborales, como los establecimientos de salud en Chile, no están exentos de estas prácticas. Para responder a esta problemática el año 2015 y 2018 se publicaron dos instructivos presidenciales dirigidos a los Servicios de Salud para orientar la creación de protocolos de acoso sexual y nivelar su contenido mínimo y marco de acción^{6,7}.

El objetivo del presente estudio es analizar desde un enfoque de género el contenido y la calidad de los protocolos de acoso sexual dirigidos al personal de salud existentes en los Servicios de Salud en Chile, comparándolos con lo indicado en los instructivos presidenciales mencionados.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en base a un análisis de contenidos. Se analizaron 29 protocolos de acoso sexual, publicados entre el año 2012 y el 2018, lo que corresponde al 100% de los Servicios de Salud. Éstos se obtuvieron a través de las páginas web institucionales de los Servicios de Salud. Aquellos que no se encontraron en la web, fueron solicitados a la agrupación de Médicos Generales de Zona. La recopilación de protocolos se realizó entre junio y diciembre de 2018.

Inicialmente se establecieron 10 ítem a partir de los Instructivos Presidenciales (Tabla 1), se utiliza además como referencias orientadoras los protocolos del Servicio Civil y del Poder Judicial^{8,9}. Para cada una de estas categorías se definió la siguiente escala de evaluación: Muy adecuado, Adecuado, Insuficiente o Ausente. Luego se agregaron cuatro categorías que surgieron de forma inductiva, las que fueron evaluadas como Presente o Ausente (Tabla 2).

Cada protocolo fue revisado por un autor o autora, extrayendo el contenido referente a cada ítem hacia una tabla. Luego, el contenido fue categorizado según las escalas presentadas y revisado posteriormente de forma grupal. Se generaron estadísticos descriptivos para cada categoría (Tabla 3 y 4). También, se realizó análisis del contenido extraído, realizando una síntesis de las diferencias y similitudes entre los protocolos, por categoría.

Tabla 1. Categorías de análisis de la estructura de los protocolos y descripción de criterios para sus 4 evaluaciones (Muy adecuado, Adecuado, Insuficiente o Ausente)

Item	Muy adecuado	Adecuado	Insuficiente	Ausente
Regulación de reglamento bajo leyes actuales	Marco normativo fácil de pesquisar en protocolo. Se nombran explícitamente: Ley 20.005; Ley 18.834, artículo 84; Ley 18.575 Artículo 52; Ley 20.205.	Fácil de encontrar, se explicitan como marco normativo del reglamento: Ley 20.005; Ley 18.834, artículo 84; y Ley 18.575, Artículo 52.	Nombrada de forma poco precisa o solamente dentro del marco normativo: Ley 20.005; y/o Ley 18.834 artículo 84; y/o Ley 18.575, Artículo 52.	Ninguna ley es nombrada.
Definición explícita de acoso sexual	Fácil de pesquisar. Apoyada en la Ley n°20.005. Abarca los tipos de acoso sexual (verbal, visual, virtual, físico etc.). Menciona circunstancias (agravantes y atenuantes), además de clasificaciones (leve, moderada, grave).	Acotada y apoyada en la Ley n°20.005. Explicita los tipos de acoso sexual, pero no clasificación ni circunstancias u otras características asociadas al acoso sexual.	Poco preciso en texto o no se basa en la Ley n° 20.005 y no menciona clasificaciones, tipos, circunstancias del acoso sexual, ni otras características asociadas.	No son nombradas definiciones, tipos, ni clasificaciones.
Compromiso y/o valores institucionales	Fácil de determinar en protocolo, exhaustivos, claros y determinantes.	Acotados, expresa a grandes rasgos la postura del servicio.	Nombrados de forma poco precisa.	Ningún compromiso o valor es nombrado
Principios orientadores	Fácil de determinar. Completa en principios orientadores según Instructivo Presidencial (IP).	Fácil de determinar. Nombra al menos 4 de los principios orientadores del IP y su explicación.	Nombra principios no pertenecientes al IP, nombra menos de 4 principios del IP, o menciona sin explicar	Ningún principio es nombrado.
Tiempos de proceso de denuncia	Establece tiempos claros en las etapas de denuncia (3 o más): etapa de recepción de denuncia, etapa de revisión de caso, etapa de investigación, etapa de sanción, etapa apelación y cierre.	Explicita plazos principales en la denuncia (tiempos en 2 etapas), donde una de ellas sea etapa de recepción de denuncia.	Explicita sólo el plazo de entrega de la denuncia (1 etapa) (Recepción de denuncia y/o revisión del caso por autoridades).	Ningún tiempo del proceso de denuncia es nombrado.
Atención de denuncias	Determina más de un canal para denunciar (presencial, telefónica, correo, etc.). Permite que la denuncia sea realizada por la víctima o terceros. Cuenta con personas u organismos capacitados que la canalicen, entreguen información y acompañen en el proceso de denuncia.	Determina sólo un canal para denunciar. Permite que la denuncia sea realizada por la víctima o terceros. Cuenta con personas u organismos capacitados, que canalicen, entreguen información y acompañen durante el proceso de denuncia.	No menciona canales de denuncia. Menciona posibilidad de denuncia solo de víctima, no de terceros. No se mencionan agentes capacitados para atender las denuncias.	No menciona canales de denuncia. No menciona agentes capacitados para atender las denuncias.

Acciones de prevención del acoso sexual	Se determinan conductas inapropiadas que se pueden convertir en acoso laboral y sexual y se garantiza la aplicación de acciones para su prevención.	Se determinan conductas inapropiadas que se pueden convertir en acoso laboral y sexual y se dan lineamientos de acciones preventivas.	Se determinan las conductas inapropiadas que se pueden convertir en acoso laboral y sexual. Sin acciones específicas para evitar estas prácticas.	No menciona conductas inapropiadas ni acciones preventivas.
Medidas cautelares	Explícita todas las medidas cautelares, según OIT (separación de espacios físicos, permanencia de función, no aplicación de medidas disciplinarias, etc.)	Se explicitan algunas medidas cautelares generales, según OIT.	Sólo explicita que habrá medidas cautelares o que dichas medidas se encuentran en otro reglamento.	No menciona ninguna medida cautelar
Sanciones a victimarios	Se explicitan ampliamente sanciones según OIT (censura, multa, suspensión de empleo, destitución de cargo, etc.).	Se explicitan algunas sanciones generales.	Sólo explicita que se determinarán sanciones o hace alusión a sanciones en otro reglamento interno.	No menciona sanciones a victimarios
Medidas de reparación	Medidas explicitadas. Incluyen apoyo psicológico con perspectiva interdisciplinaria. Explícita forma de acceso y profesionales responsables de ofrecerlas.	Medidas explicitadas. Incluyen apoyo psicológico. No explicita formas de acceso o responsables de ofrecerlas.	Solo se nombra la existencia de apoyo psicológico, mas no se profundizan las medidas, ni la forma de acceso o profesionales a cargo.	No menciona medidas de reparación

Tabla 2. Categorías agregadas por el Departamento de Género y Salud Colmed en la evaluación de los protocolos de acoso sexual y laboral de los Servicios de Salud descripción de criterios para sus 2 evaluaciones (Presente y Ausente)

Ítem	Presente	Ausente
Inclusión de estudiantes en el protocolo	Considera a estudiantes en el protocolo.	Los alcances no consideran a estudiantes en el protocolo, por consiguiente, el protocolo solo incluye a quienes tienen un vínculo estrictamente laboral.
Sanciones a denunciante en caso de denuncia falsa	Bajo el principio orientador de "Responsabilidad" los protocolos priorizan explicitar las sanciones a la persona denunciante.	No se exhiben las sanciones en caso de denuncia falsa en el protocolo.
Lenguaje no sexista	Se considera presente el lenguaje no sexista en protocolos que abarcan la diversidad de género, usan expresiones genéricas universales en la mayoría de su texto (ejemplo: profesorado, estudiantado), mencionan en su texto otros géneros distintos al meramente masculino (ej: el o la denunciante, funcionario/a), o que determinan en gran parte de su reglamento los distintos géneros para hablar de autoridades (ej. Director/a, Abogado/a etc.	No comprenden distintos géneros en el lenguaje de la mayoría del reglamento, solo el masculino (ej. Funcionario, denunciado.) y/o determinan en su reglamento a la comunidad en lenguaje neutral y a las autoridades como sujeto masculino, entendiéndose como sujeto universal (ej. Director, Abogado etc.)
Flujograma de procedimiento	Presencia de flujograma con las personas y organizaciones que participan en la denuncia, el monitoreo y la prevención de acciones de acoso sexual.	No existe un flujograma con las personas y organizaciones que participan en la denuncia, el monitoreo y la prevención de acciones de acoso sexual.

Tabla 3. Distribución de las categorizaciones de los protocolos para cada ítem

Ítem	MA	AD	INS	A
Regulación del reglamento bajo leyes actuales	10%	66%	24%	0%
Definición explícita de acoso sexual	66%	17%	17%	0%
Compromiso institucional y/o valores institucionales	76%	14%	7%	3%
Principios orientadores	3%	66%	17%	14%
Tiempos de proceso de denuncia explicitado	24%	10%	66%	0%
Atención de denuncias	0%	62%	38%	0%
Acciones de prevención del acoso sexual	34%	10%	17%	38%
Medidas cautelares para la presunta víctima	38%	41%	17%	3%
Sanción a victimarios	21%	7%	41%	31%
Medidas de reparación	17%	21%	28%	34%

Tabla 4. Distribución de los ítem agregados por el Departamento de Género y Salud Colegio Médico de Chile A.G

	Sanciones al denunciante en caso de denuncia falsa	Inclusión de estudiantes	Lenguaje no sexista	Flujograma de procedimiento
Sí	90%	7%	93%	76%
No	10%	93%	7%	21%

RESULTADOS

A nivel global, destacan protocolos de Servicios de Salud de las Macrozonas Centro y Centro Sur, puntualmente los Servicios de Aconcagua, O'Higgins y Ñuble, con un elevado nivel de logro en las distintas categorías. Por el contrario, los territorios más atrasados en los distintos aspectos evaluados, correspondieron a la Macrozona Sur y Austral, con los Servicios de Valdivia y Aysén respectivamente (Anexos 1 y 2).

A continuación, se presentan los hallazgos por cada ítem de análisis:

1. Regulación de reglamento bajo leyes actuales

El 10% de los reglamentos fueron catalogados como Muy adecuado, 66% como Adecuado, 24% Insuficiente en este aspecto. La mayoría de los protocolos mencionan las siguientes leyes: 20.005, 18.834 y 18.575. Otras leyes aludidas con menor frecuencia fueron la Ley 20.205, referente a protección del funcionario, y la Ley 20.609 referente a la discriminación arbitraria.

2. Definición explícita de acoso sexual

El 66% de los protocolos se clasificó como Muy adecuado, mientras que el 17% presentó una definición Insuficiente, puesto que no profundizaron en clasificaciones ni tipos de acoso sexual. La definición más utilizada es la de la Ley 20.005. Sólo tres protocolos explicitaron que el acoso sexual constituye una forma de discriminación por razón del género.

3. Compromiso institucional y/o valores

76% de los reglamentos se catalogaron como Muy adecuado en este ámbito. Algunos de éstos destacaron por ser enfáticos en la importancia de generar ambientes laborales saludables, de buen trato y respeto al otro, incluyendo valores adicionales como la dignidad, respeto a la integridad y el derecho a la no discriminación.

4. Principios orientadores

El 14% de los reglamentos no nombra ningún principio orientador. Por su parte, el 66% hace alusión a 4 de 5 principios orientadores contenidos en estos documentos. Es llamativa la ausencia del principio de igualdad de género en la mayoría de los protocolos.

5. Tiempos de denuncia explicitados

El 66% de los protocolos no expone los tiempos del procedimiento, siendo evaluados como Insuficiente en este aspecto. Usualmente sólo se explicita el tiempo máximo para realizar una denuncia o el tiempo máximo de respuesta de las autoridades frente a la denuncia (recepción de la misma), sin mencionar los tiempos de investigación, sanción o apelación frente al caso.

6. Atención de denuncias

El 62% de los reglamentos cumple con la categoría Adecuado, sin embargo ninguno cumplió con la categoría Muy Adecuado, al establecer sólo un canal de denuncia. El 38% se catalogó como Insuficiente porque no especifica personas encargadas de la recepción de la denuncia.

7. Acciones de prevención del acoso sexual

El 38% de los protocolos no presentaba acciones de prevención de acoso sexual, por lo que la categoría se calificó como "Ausente". El 17% fue evaluado como Insuficiente, dado que omitían acciones específicas para evitar estas prácticas.

8. Medidas cautelares a presunta víctima

El 38% se evaluó como Muy adecuado en este ítem, puesto que expusieron claramente las medidas de resguardo de la persona denunciante en los distintos escenarios. Algunos protocolos explicitan que las medidas cautelares son las definidas en el estatuto administrativo y las describen, en otros sólo se nombran o bien se omiten. En todos ellos la aplicación de las medidas es discrecional de quien dirige la investigación, sin detallar en qué casos son aplicables, ni cómo llevar a cabo este procedimiento.

9. Sanciones a victimarios/as

El 31% de los protocolos no menciona ninguna sanción a victimarios (Ausente), y en un 41% de los casos se estima como Insuficiente porque se nombra que existirá sanción, pero no se explicita en qué consiste. Este se constituye como una de las categorías con menor porcentaje de logro.

10. Medidas de reparación

El 28% fue catalogado como Insuficiente, mientras que el 34% de los protocolos no las menciona. Se señalan distintas alternativas (derivar a mutualidad, a Servicio de Salud, etc.), sin especificar la modalidad de derivación ni las personas responsables. Algunos mencionan a la dirección de los establecimientos y comités para la protección de buenas prácticas laborales.

11. Sanciones al denunciante en caso de denuncia falsa.

En contraste con el ítem de sanciones a victimarios/as, en que sólo el 28% hace mención de forma Adecuada o Muy adecuada a las sanciones, el 90% de los reglamentos es categórico al mencionar las "medidas disciplinarias" en caso de denuncia falsa o que no se pueda comprobar, no haciendo el mismo énfasis en detallar las sanciones en caso de probarse el agravio.

12. Inclusión de estudiantes

El 93% de los protocolos no incluye a estudiantes ni a personal externo a la institución dentro de sus alcances.

13. Lenguaje no sexista

El 93% de los protocolos abarcaron el femenino y masculino, o bien documentaron en su reglamento un perfil neutro. Sin embargo, es llamativo el uso preferencial de pronombres masculinos al referirse a cargos directivos, lo que perpetúa estereotipos sexistas. Además, ninguno de los protocolos considera términos inclusivos para personas que no se identifican con el género masculino o femenino.

14. Flujograma de procedimiento

La mayoría de los reglamentos posee un flujograma que considera las distintas etapas del proceso, sin embargo, algunos de éstos no están expuestos de manera clara, son difíciles de interpretar o la calidad de la imagen dificulta la lectura. Los resultados de la categorización de cada ítem se encuentran en las tablas 3 y 4.

Anexo N° 1. Consolidado de evaluación logro por categoría según servicio de salud.

Servicio de salud	Regulación de reglamento bajo leyes actuales	Definición explícita de acoso sexual	Compromiso institucional y/o valores institucionales	Principios orientadores	Tiempos de denuncia explicitado	Atención de denuncias	Acciones de prevención del acoso sexual	Medidas cautelares para la presunta víctima	Sanción a victimarios	Medidas de reparación
Arica y Parinacota	MA	MA	INS	AD	INS	AD	A	MA	A	MA
Iquique y Tarapacá	AD	MA	MA	AD	MA	AD	MA	AD	MA	AD
Antofagasta	INS	INS	MA	AD	MA	AD	MA	MA	A	MA
Atacama	MA	MA	MA	MA	MA	AD	A	INS	AD	INS
Coquimbo	MA	MA	MA	AD	INS	AD	INS	MA	INS	INS
Valparaíso-San Antonio	INS	MA	AD	AD	AD	AD	A	AD	MA	AD
Viña del mar-Quillota	MA	MA	MA	AD	INS	AD	A	MA	A	A
Aconcagua	MA	MA	MA	MA	INS	AD	MA	MA	A	MA
Metropolitano Norte	INS	INS	AD	AD	INS	INS	MA	AD	INS	A
Metropolitano Occidente	AD	MA	MA	INS	AD	AD	MA	INS	INS	A
Metropolitano Centro	AD	AD	MA	AD	INS	INS	MA	AD	INS	A
Metropolitano Oriente	INS	MA	MA	INS	INS	INS	MA	AD	A	AD
Metropolitano Sur	MA	INS	MA	A	INS	AD	MA	INS	INS	INS
Metropolitano Sur Oriente	MA	MA	MA	INS	INS	INS	MA	MA	A	INS
O'Higgins	INS	MA	AD	AD	MA	INS	MA	MA	MA	MA
Maule	MA	MA	INS	INS	INS	INS	A	AD	INS	INS
Ñuble	MA	MA	AD	AD	MA	AD	AD	MA	MA	AD
Concepción	MA	MA	AD	AD	MA	AD	AD	AD	INS	AD
Talcahuano	AD	MA	AD	AD	INS	INS	A	AD	AD	INS
BioBío	MA	MA	AD	AD	INS	AD	INS	AD	INS	A
Arauco	MA	MA	AD	AD	AD	INS	A	INS	MA	A
Araucania Norte	MA	AD	A	A	INS	AD	INS	MA	INS	INS
Araucania Sur	AD	AD	MA	AD	INS	INS	AD	AD	A	A
Valdivia	AD	MA	A	A	INS	INS	A	A	INS	A
Osorno	INS	INS	MA	AD	INS	INS	INS	MA	A	INS

Reloncaví	MA	AD	MA	AD	MA	AD	A	AD	MA	MA
Chiloé	MA	MA	MA	AD	INS	AD	A	AD	A	A
Aysén	INS	INS	AD	A	INS	AD	INS	MA	INS	A
Magallanes	MA	AD	MA	INS	INS	AD	A	INS	INS	AD

MA: Muy adecuado; AD: Adecuado; INS: Insuficiente; A: Ausente.

Anexo N° 2. Consolidado de evaluación de presencia/ausencia por categoría, según servicio de salud.

Servicio de salud	Sanciones al denunciante en caso de denuncia falsa	Lenguaje no sexista	Flujograma	Inclusión a estudiantes
Arica y Parinacota	Si	No	Si	No
Iquique y Tarapacá	Si	Si	Si	No
Antofagasta	Si	Si	Si	No
Atacama	Si	Si	Si	No
Coquimbo	Si	Si	Si	No
Valparaíso- San Antonio	Si	Si	Si	No
Viña del mar- Quillota	Si	Si	Si	No
Aconcagua	Si	Si	Si	No
Metropolitano Norte	Si	Si	No	No
Metropolitano Occidente	Si	No	Si	No
Metropolitano Centro	Si	Si	No	No
Metropolitano Oriente	Si	Si	Si	No
Metropolitano Sur	No	Si	Si	No
Metropolitano Sur Oriente	Si	Si	Si	No
O'Higgins	Si	Si	Si	No
Maule	Si	Si	Si	No
Ñuble	Si	Si	Si	No
Concepción	Si	Si	Si	No
Talcahuano	Si	Si	Si	Si
BioBío	No	Si	Si	Si
Arauco	Si	Si	No	No
Araucanía Norte	Si	Si	No	No
Araucanía Sur	Si	Si	No	No
Valdivia	Si	Si	Si	No
Osorno	Si	Si	Si	No
Reloncaví	Si	Si	Si	No
Chiloé	Si	Si	Si	No
Aysén	No	Si	No	No
Magallanes	Si	Si	No	No

DISCUSIÓN

El acoso sexual debe comprenderse como una muestra grave de vulneración de derechos, y como tal inaceptable, por lo que debe ser desmotivado ampliamente a través de programas y políticas institucionales (8-10). Para el análisis de la información recolectada, fue importante mantener presente que un eje central en la realización de estos protocolos es la protección de derechos laborales, que incluye garantizar la libertad y dignidad de todas las personas. En esta línea cobran particular relevancia las medidas de prevención y de reparación, en caso de no haber logrado evitar el evento de acoso. Sobre la regulación de los reglamentos, se podría avanzar a considerar la ley referente a discriminación arbitraria (Ley N° 20.609) en los Instructivos Presidenciales.

Respecto al ítem “Definición explícita de acoso sexual”, si bien gran parte de los protocolos profundiza en los componentes del acoso, se identifica como falencia que varios de ellos no presenten ejemplos. La violencia de género suele normalizarse, por lo que su definición, tipos y ejemplos son relevantes para que la víctima pueda identificar si ha sufrido o no tal violencia. Así lo sugiere la Encuesta de Violencias de Género en la Práctica Médica, en que el 8% de la muestra reportó de forma espontánea haber sido víctima de violencia sexual. Esta cifra asciende a un 33% al usar ejemplos concretos para identificar este tipo de violencia (10).

En relación a los “Tiempos de proceso de denuncia explicitados” la información debe ser de fácil acceso, interpretación sencilla y no debería requerir buscar en fuentes externas como leyes u otros protocolos, se considera que, al momento de decidir denunciar, la víctima se encuentra en una situación de vulnerabilidad (8). Se sugiere, además, generar una línea de tiempo o flujograma que favorezca la comprensión del proceso y grafique etapas y plazos, permitiendo un abordaje amigable para las personas que denuncian.

Dado que la mayoría de los Servicios de Salud cuenta con pocos canales de denuncia, se exhorta a ampliarlos para facilitar el procedimiento, habilitando diversas vías, escritas y verbales, además de especificar claramente a dónde debe recurrir la víctima para denunciar. Además, se invita a autorizar la denuncia por terceros/as, ya que estudios demuestran que en situaciones de acoso sexual, es frecuente que las víctimas no denuncien por miedo (3). Se recomienda conformar una unidad especializada, para otorgar una primera acogida adecuada, con un equipo multidis-

ciplinario, sensibilizado y capacitado en temáticas de género y acoso.

Respecto a “Acciones de prevención del acoso sexual”, la mayoría de los protocolos contienen información insuficiente. Por lo tanto, se subentiende que no existiría planificación para reducir la incidencia de casos de acoso sexual, manteniendo una respuesta reactiva. Por otra parte, cabe señalar que, de acuerdo a la literatura, no sería de utilidad cualquier tipo de intervención en esta área. Por ejemplo, los programas educativos breves pueden aumentar la conciencia sobre el problema, pero son insuficientes para cambiar los patrones de comportamiento. Gran parte de las medidas adoptadas por empleadores/as para prevenir acoso sexual, cuando las hay, están enfocadas en cumplir con la ley y tienden a reflejar meramente las preocupaciones del empleador sobre no ser considerado responsable en una demanda (11). Para establecer un programa de prevención efectivo, resulta relevante contar con un diseño riguroso de evaluación del comportamiento de quienes participan, con posterior retroalimentación. De lo contrario, se puede asumir erróneamente que un programa es eficaz sobre la base de pruebas anecdóticas (12,13).

Sobre las medidas cautelares asociadas al acoso sexual, se recomienda que no sean de aplicación discrecional, sino obligatoria, además de explicitar en qué consisten y el procedimiento para solicitarlas.

Por su parte, en relación a las sanciones a victimarios/as es necesario explicitarlas de manera clara, se entrega con ello un espacio de seguridad y confianza hacia el proceso, al saber que existen acciones concretas que se realizarán como acto reparatorio frente al hecho denunciado.

Respecto a las medidas de reparación, los protocolos dejan en evidencia que el foco no está dirigido a la reparación de la víctima y su entorno. Siguiendo la lógica de protección de funcionarios/as, la reparación debiese ser uno de sus ejes fundamentales. Se sugiere que las medidas de apoyo psicológico estén siempre presentes, se explicita la forma de acceder (cómo, dónde y en qué plazos), ofreciéndolas en todos los casos, con responsables claros y profesionales idóneos, idealmente con formación especializada.

El hecho de que la mayoría de protocolos priorice las sanciones a la persona denunciante en caso de falsedad, por sobre las sanciones del presunto/a victimario/a, desincentiva la denuncia, al generar miedo a represalias en caso de no lograr probar la veracidad de la denuncia. El espíritu debe estar centrado en acoger y facilitar las denuncias. Cabe destacar que en casos

de delitos sexuales, la literatura internacional señala que las denuncias falsas son poco frecuentes (14,15).

Sobre la inclusión de estudiantes en el protocolo, es relevante mencionar que los Servicios de Salud son espacios de formación, en los cuales los/las estudiantes están en una posición de subordinación (16,17). Las universidades han desarrollado protocolos para enfrentar acoso sexual y discriminación arbitraria hacia estudiantes, sin embargo, en caso de que la persona acusada no fuera docente directo, la universidad no tiene atribuciones legales para iniciar un proceso de responsabilidad interna. Con la normativa actual, el hospital no tiene la potestad de iniciar un proceso sumarial en caso de acoso sexual hacia estudiantes o personal externo. Se considera que el acoso sexual constituye una falta a la probidad y al comportamiento exigido por el Estatuto Administrativo, se recomienda que los protocolos incluyan a toda persona que se encuentre realizando actividades en sus centros, independiente de su calidad contractual, ya que son susceptibles de sufrir acoso sexual.

Sobre el ítem de “Lenguaje no sexista”, está pendiente avanzar hacia la utilización de un lenguaje más inclusivo, para tomar en cuenta la diversidad sexual y de géneros, incluyendo estas modificaciones en relación a los cargos directivos (18).

En conclusión, se evalúa como positivo que los instructivos presidenciales se hayan hecho efectivos y que actualmente todos los Servicios de Salud cuenten con protocolos de acoso sexual. Este trabajo evidencia que existe una gran heterogeneidad en la calidad de los mismos, que puede ser optimizada. Áreas a mejorar de forma transversal son el enfoque preventivo, la claridad en el proceso y medidas de reparación adecuadas, además de considerar la perspectiva de género como enfoque orientador fundamental. Es perentoria la comunicación y trabajo continuo entre los Servicios de Salud, tanto para actualizar sus normativas internas como para evidenciar la existencia de prácticas de acoso y las falencias en la aplicación de los protocolos. Por otro lado, sería positiva la generación desde el Ministerio de Salud de un protocolo estándar que cumpla con todos los requerimientos y pueda ser usado como guía a nivel local por los Servicios de Salud.

Una de las limitaciones que presenta el estudio es la subjetividad en la categorización de los ítems. Esto se abordó a través de la definición de las categorías previo al análisis y por la revisión grupal posterior al análisis. Otra limitación es que las evaluaciones y clasificaciones realizadas no abarcan todo el desempeño de las instituciones en el manejo de situaciones de acoso sexual. Por ejemplo, un reglamento muy bien evaluado no garantiza necesariamente su adecuada aplicación.

Por otra parte, una de las principales fortalezas del estudio es contar con una muestra que comprende la totalidad del universo de Servicios de Salud.

Un reglamento contra el acoso sexual íntegro da luces de las herramientas que la institución posee para enfrentar estos hechos. Esta publicación es el comienzo de futuras investigaciones que profundicen en la aplicabilidad de protocolos en la materia, no tan solo en la práctica médica, si no las relaciones laborales e interpersonales que se dan en las instituciones de salud del país.

Agradecimientos

A la Directiva Nacional de Médicos Generales de zona y todas sus Directivas Capitulares que ayudaron en la recolección de protocolos y al subdirector de la Dirección académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Dr. José Peralta.

Conflictos de interés

No existen conflictos de interés.

Financiamiento

Este estudio no contó con fuentes externas de financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, OEA. Convención de Belém do Pará [Internet]. México: Instituto Estatal de las Mujeres de Nuevo León; 2015 [consultado 02 de mayo 2021]. p. 9-24. Disponible en: https://www.nl.gob.mx/sites/default/files/interioresbelemytrata2015_0.pdf
2. Chile. Dirección del trabajo. Código del trabajo, artículo 154 [consultado 02 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.dt.gob.cl/legislacion/1624/w3-property-value-145743.html>
3. Carrasco Oñare C, Vega López P. Las principales afectadas. En: Carrasco Oñare C, Vega López P. Acoso sexual en el trabajo, ¿denunciar o sufrir en silencio?: Análisis de denuncias [Internet]. Chile: Dirección del Trabajo. División de Estudios; 2009 [consultado 02 de mayo 2021]. p.30-15. Disponible en: https://www.dt.gob.cl/portal/1626/articles-97214_archivo_01.pdf
4. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (EEUU). Sexual Harassment in Academic Sciences, Engineering, and Medicine. En: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Sexual harassment of women: climate, culture and consequences in Academic science Engineering and Medicine [Internet]. 1st ed. Washington, DC: The National Academies Press; 2018 [consultado 02 de mayo 2021]. p. 51 - 57. Disponible en: <https://www.nap.edu/read/24994/chapter/5#63>
5. Segovia M, Pérez G. Las cifras del acoso sexual laboral después de la “ola feminista” de 2018: 1.597 denuncias y 86 empresas sancionadas [Internet]. CIPER Chile. 2021 [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2021/03/08/las-cifras-del-acoso-sexual-laboral-despues-de-la-ola-feminista-de-2018-1-597-denuncias-y-86-empresas-sancionadas/>
6. Chile. Presidente (2014-2018 : Bachelet Jeria). Instructivo Presidencial sobre Buenas Prácticas Laborales en Desarrollo de Personas en el Estado. GAB. PRES, N° 001 [Internet]. [Chile] : Ministerio de Hacienda, Servicio Civil, 2015 [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.serviciocivil.cl/wp-content/uploads/instructivo/gabpres_001_2015_instructivo_bpl.pdf
7. Chile. Presidente (2018-2022 : Piñera Echeñique). Instructivo sobre igualdad de oportunidades y prevención y sanción del maltrato, acoso laboral y acoso sexual en los ministerios y servicios de la administración del estado. GAB. PRES, N° 006 [Internet]. [Chile]: Ministerio de Hacienda, Servicio Civil, 2018 [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://transparenciaactiva.presidencia.cl/Otros%20Antecedentes/Inst-Pres-N006.pdf>
8. Chile. Dirección Nacional del Servicio Civil. Orientaciones Para la Elaboración de un Procedimiento de Denuncia y Sanción del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual. Ministerio de Hacienda [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/782>
9. Acta 103-2018 de la Excma. Corte Suprema, Auto Acordado que fija el Procedimiento de actuación para la prevención, denuncia y tratamiento del acoso sexual en el Poder Judicial chileno[Internet] [citado 8 de junio de 2021]. Disponible en: http://secretariadegenero.pjud.cl/images/documentos/acososexual/Acta103-2018_acAD-380-2020_201022.pdf
10. Colegio Médico de Chile. Departamento de Género y Salud. Informe Encuesta: “Violencia de Género en la Práctica Médica” [Internet]. Santiago: Colegio Médico; 2019 [citado 8 de junio de 2021]. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/11/Informe-Encuesta-de-Genero-en-la-Practica-Medica-2019_web.pdf
11. Course: Dealing with sexual harassment in the medical workplace. Chapter 5: Preventing Sexual Harassment in the Medical Workplace. Medscape [Internet]. [citado 02 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.medscape.com/courses/section/926315>
12. Centers for Disease Control and Prevention. Division of Violence Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Preventing Sexual Violence on College Campuses: Lessons from Research and Practice [Internet]. CDC; 2014 [citado 02 de Mayo de 2021]. Disponible en: <https://endingviolence.uiowa.edu/sites/endingviolence.uiowa.edu/files/imports/565ee95f29/CDC-Preventing-Sexual-Violence-on-College-Campuses-Lessons-from-Research-and-Practice.pdf>
13. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey-Kane E, et al. What works in prevention. Principles of effective prevention programs. Am Psychol [Internet]. julio de 2003 [citado 15 de mayo de 2021];58(6-7):449-56. Disponible en: http://www.ncdsv.org/images/AmPsy_WhatWorksInPrevention_6-7-2003.pdf
14. Memoria de la Fiscalía General del Estado, España [Internet]. 2018 [citado septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.fiscal.es/memorias/memoria2019/FISCALIA_SITE/index.html.

15. Lisak, D, Gardinier L, Nicksa S, M. Cote, A. False Allegations of Sexual Assault: An Analysis of Ten Years of Reported Cases. Symposium on False Allegations of Rape [Internet]. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20180101025446/https://icdv.idaho.gov/conference/handouts/False-Allegations.pdf>.
16. McClain T, Kammer-Kerwick M, Wood L, Temple JR, Busch-Armendariz N. Sexual Harassment Among Medical Students: Prevalence, Prediction, and Correlated Outcomes. *Workplace Health Saf.* 2021 Jun;69(6):257-267. doi: 10.1177/2165079920969402. Epub 2020 Dec 17. PMID: 33331247.
17. Irigoin ME, Elliot J, Guerrero Antequera M. Manual de autoaprendizaje: acoso sexual, legislación y procedimientos de aplicación [Internet]. Santiago: OIT, Chile. Dirección del Trabajo; 2006 [citado 02 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_180838.pdf
18. INE. Departamento de estudios sociales (Chile). Uso del lenguaje inclusivo en la producción estadística: una guía práctica desde el enfoque de género. Sección de estadísticas de género [Internet]. INE. [citado 25 de mayo de 2021]. Disponible en: http://historico.ine.cl/genero/files/estadisticas/pdf/guia_documentos/enfoque_genero.pdf (enlace no disponible)

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN USUARIOS DE APLICACIONES DE CITAS. UN SCOPING REVIEW

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AND PREVENTION STRATEGIES IN DATING APPLICATION USERS. A SCOPING REVIEW

RESUMEN

Introducción: El uso de las aplicaciones de citas va en aumento a nivel mundial por lo que su impacto en la salud sexual de sus usuarios/as debe ser establecido. Este estudio tiene como objetivo determinar el estado de arte documentado sobre la prevalencia, factores de riesgo y estrategias de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) en usuarios de aplicaciones de citas, además de identificar la prevalencia de su uso y características sociodemográficas de sus usuarios/as.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión de alcance en las bases de datos PubMed y Lilacs utilizando los descriptores 'Dating Apps', 'Infecciones de Transmisión Sexual' y 'Conducta Sexual'.

Resultados: 18 artículos reportaron un amplio rango de prevalencia de uso de estas aplicaciones, desde 12,9% hasta 75%, principalmente en jóvenes de 18 – 25 años y en hombres que tienen sexo con hombres. Las ITS más reportadas fueron clamidia de 0,3% a 7,6%, VIH de 3,9% a 56,9%, sífilis de 3,1% a 17,4%, gonorrea de 1% a 18% y VPH de 0,9% a 17,4%. Los factores de riesgo predominantes fueron nulo/inconsistente uso de condón y mayor número de parejas sexuales. Las estrategias documentadas han aumentado el conocimiento de ITS y de sus pruebas diagnósticas.

Discusión: La prevalencia de ITS en los usuarios es variable, se vincula al poco uso de preservativo y al gran número de parejas sexuales entre ellos. Sin embargo, se necesitan de estudios homogéneos para determinar si estas aplicaciones tienen un impacto negativo en la salud sexual de sus usuarios.

Palabras Clave: Infecciones de transmisión sexual, Aplicaciones móviles, Conducta Sexual, Salud Sexual, Aplicaciones de citas.

ABSTRACT

Introduction: The use of dating apps is rising globally. Its impact on the sexual health of their users must be established. This study aims to determine the documented state of the art about the prevalence, risk factors, and prevention strategies of sexually transmitted infections (STIs) in dating app users. Moreover, it aims to identify the prevalence on their use and sociodemographic characteristics of their users.

Materials and methods: A scoping review was carried out using the PubMed and Lilacs databases with the descriptors: 'Dating Apps', 'Sexually Transmitted Infections' and 'Sexual Conduct'.

Results: 18 articles reported a wide range of prevalence in the use of dating applications from 12,9% to 75%, mainly young people (18 - 25 years) and in men who have sex with men. The most reported STIs were chlamydia ranging between 0,3% and 7,6%, HIV between 3,9% and 56,9%, syphilis between 3,1% and 17,4% , gonorrhoea between 1% and 18% and VPH between 0,9% and 17,4%. The predominant risk factors were inconsistent or no use of condom, and a greater number of sexual partners. Documented strategies have increased knowledge of STIs and their diagnostic tests.

Discussion: The prevalence of STIs in users is variable, linked to the low use of condoms and a larger number of sexual partners among them. However, homogeneous studies are needed to determine if applications have a negative impact on the sexual health of their users.

Key words: Sexually Transmitted Infections, Mobile Applications, Sexual Behavior, Sexual Health, Dating apps.

Carolina Concha-Mella
 Escuela de Obstetricia y
 Puericultura,
 Facultad de Medicina,
 Universidad de Chile.
 Santiago, Chile.

Alicia Carrasco-Parra
 Departamento de Promoción
 de la Salud de la Mujer y el Recién
 Nacido. Facultad de Medicina,
 Universidad de Chile,
 Santiago, Chile.
 afcarrasco@uchile.cl

Recibido el 05-08-2021
 Aprobado el 18-03-2022

INTRODUCCIÓN

Actualmente la tecnología tiene un rol sustancial en la vida de las personas que incluso ha modificado la forma de crear relaciones socio afectivas. Es así como las aplicaciones de citas o 'dating apps' para celulares han ganado protagonismo, ya que permiten de manera rápida y simple establecer relaciones casuales o formales entre extraños que se encuentren próximos a su ubicación gracias al sistema de geo-localización (GPS) que contienen¹. Existe gran variedad de estas aplicaciones, dirigidas a distintos grupos objetivos, tales como Tinder® para todo tipo de público u otras como, Grindr® o Blued® para Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH), o Her® para lesbianas, bisexuales o mujeres queer²⁻⁴. En los últimos años estas aplicaciones (apps) han alcanzado gran popularidad en la población mundial. Por ejemplo, hasta el año 2019 Grindr® tenía 6 millones de usuarios y Tinder® 50 millones, esto debido a que son de fácil acceso, gratuitas (en su mayoría) y simples de usar, proporcionando la posibilidad de conocer un gran número de potenciales parejas sexuales en poco tiempo^{2,5,6}.

Los principales usuario/as de las apps de citas son jóvenes. La prevalencia en estudiantes universitarios de Estados Unidos (EE.UU) de 18 a 24 años es de un 38% y va en crecimiento^{6,7}. En países de Asia, como China, se reportan prevalencias de un 40,6% de usuarios HSH, de la cual la mitad de ellos tienen 16 a 25 años³. Poco se sabe de la prevalencia de estas aplicaciones en Latinoamérica (LA), pues los estudios son escasos y realizados en poblaciones específicas, como en Brasil donde la prevalencia de dating apps en HSH es de 60,3% en usuarios de 18 – 25 años⁸. En Chile, el 2,7% de los jóvenes entre 15 y 29 años declara utilizar aplicaciones de citas al menos una vez o varias veces al día según la '9na Encuesta Nacional de Juventud' del Instituto Nacional de Juventud (INJUV)⁹.

Se ha postulado que la facilidad en encontrar parejas sexuales a través de estas aplicaciones podría propiciar riesgos para la salud sexual de sus usuarios, así como un mayor riesgo a tener sexo no consensuado, embarazos no planificados y mayor adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en comparación con no usuarios^{2,10}. La relación del uso de estas aplicaciones con la adquisición de ITS ha sido la más estudiada y se ha llegado a resultados que muestran que usuarios HSH tienen el doble de probabilidades de tener gonorrea y clamidia, y el triple

de tener sífilis^{3,10}. Estos hallazgos sugieren que los usuarios tienen mayores conductas de riesgo como: nulo o /inconsistente uso de condón en las relaciones sexuales, mayor número de parejas sexuales, consumo de alcohol y/o drogas antes o durante las relaciones sexuales que los no usuarios^{2,6}. Sin embargo, muchos de estos estudios se han limitado a poblaciones de HSH por tener tasas más altas de VIH/ITS, dejando de lado a poblaciones heterosexuales en las cuales estos riesgos también están presentes⁶.

Estas aplicaciones también han servido como medios para prevenir ITS. A través de ellas se ha divulgado información sobre ciertas ITS, relativas a qué son, cómo prevenirlas, dónde acceder a una prueba de diagnóstico de manera rápida y segura e información del tratamiento^{11,12}. Así ocurrió en Berlín durante un brote del virus de Hepatitis A (VHA) donde se utilizó la aplicación Grindr® para publicar información sobre esta infección que coincidió con un aumento de conocimiento en la población de HSH sobre este virus y una disminución de casos nuevos de VHA¹¹. También se han utilizado para llegar a poblaciones de difícil acceso e incluso reclutarlas para estudios de prevención de VIH¹². Estos antecedentes posicionarían a las aplicaciones de citas como medios efectivos para ejercer estrategias de prevención en la población.

Tomando en cuenta que la prevalencia de las ITS ha aumentado, especialmente en jóvenes de 18 a 29 años^{13,14}, y que el uso de las aplicaciones de citas favorece los encuentros sexuales entre sus usuarios, esta revisión de alcance tiene como objetivo: Describir la prevalencia, los factores de riesgo y las estrategias de prevención de ITS en usuarios de aplicaciones de citas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de alcance como metodología para resumir y difundir resultados de investigaciones realizadas en torno a las aplicaciones de citas¹⁵. Se utilizó el marco descrito por el Instituto de Joanna Briggs¹⁶.

La pregunta que orientó este artículo fue ¿Cuál es la prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y los factores de riesgo reportados para adquisición de ITS y cuáles son las estrategias para la prevención de ITS en usuarios de aplicaciones de citas mayores o iguales a 18 años?. Esta pregunta se basó en el acrónimo PCC: Población, Contexto y Concepto que permite tener claridad y efectividad en la búsqueda en las revisiones de alcance¹⁶.

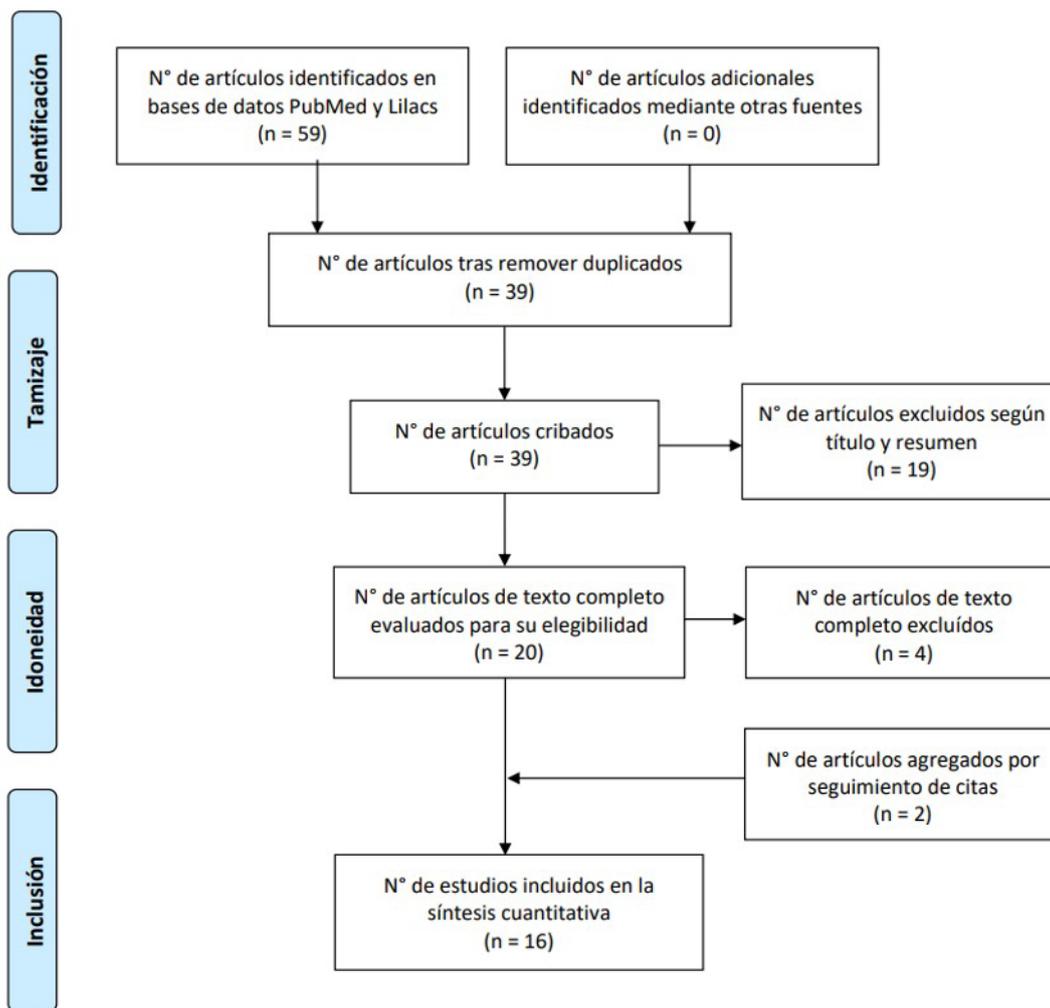
La búsqueda se realizó entre junio y julio del año 2020 en las bases LILACS, PubMed y ScienceDirect, utilizando términos estandarizados correspondientes a Descriptores de Ciencias de Salud (DeCs) y Medical Subject Headings (MeSh). Inicialmente se utilizaron las combinaciones de los siguientes descriptores: "Mobile Applications", "Social Networking", "Sexual Behavior" y "Sexually Transmitted Disease", sin embargo, con los primeros dos términos la búsqueda se amplió a aplicaciones móviles distintas a las descritas en el objetivo de esta investigación, por lo tanto, se reemplazaron por "Aplicaciones de citas" o "Dating apps" y el último término fue reemplazado por "Sexually Transmitted Infections" o "Infecciones de Transmisión sexual", ya que así generó mayor cantidad de resultados atingentes a la pregunta de investigación. La cantidad de resultados de la búsqueda en ScienceDirect fue menor y los artículos también se encontraron en PubMed, por lo que se escogió solo las bases de PubMed y Lilacs para la búsqueda final. Los algoritmos de búsqueda fueron: Dating apps AND Sexually Transmitted Infections y Dating apps AND "Sexual Behavior"[Mesh].

La selección de artículos se hizo de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados entre los años 2010 y 2020, en español o inglés, que estudiaran poblaciones iguales o mayores de 18 años y que se enfocarán en la prevalencia de uso de las aplicaciones de citas y/o la prevalencia de ITS en usuarios de aplicaciones de citas y/o los factores de

riesgos relacionados con la adquisición de ITS y/o las estrategias que se han utilizado para disminuir los riesgos para ITS en los usuarios a través de estas aplicaciones, que los diseños de estudio fueran de naturaleza cuantitativa, mixta o revisiones sistemáticas o bibliográficas, además de literatura gris: tesis, reportes, etc. Los criterios de exclusión fueron: artículos que se enfocaran de manera más amplia en los riesgos para la salud sexual de usuarios de aplicaciones de citas, como sexo no consensuado o violencia de pareja.

La búsqueda en las bases PubMed y Lilacs arrojó un total de 59 artículos, 58 y 1 respectivamente, de los cuales, al remover los duplicados y seleccionarlos por título y resumen, 20 artículos quedaron para ser revisados de manera completa. Al ser leídos, se excluyeron 4 artículos; 3 de estos no cumplían con el criterio de inclusión de edad y 1 correspondía a un manuscrito inicial que no contenía información acorde con los objetivos del estudio. Se hizo la excepción con el artículo 'Meeting Sexual Partners Through Internet Sites and Smartphone Apps in Australia: National Representative Study' donde la edad de la población de estudio fue de 16 a 64 años por contener información relevante¹⁷. Se agregaron 2 artículos desde el seguimiento de citas de los artículos leídos por contener información de estrategias para ITS en usuarios de aplicaciones de citas. En suma, los artículos seleccionados finales fueron 18. El flujo de selección se muestra en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Flujograma Prisma (versión español)



Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

RESULTADOS

De los 18 artículos seleccionados, 1 de ellos fue mixto y los otros 17 fueron cuantitativos. De estos últimos, 3 correspondían a estudios de cohorte, 13 a estudios de prevalencia y asociación cruzada y 1 a estudio exclusivo de prevalencia. La calidad de los artículos fue evaluada a través del checklist de STROBE¹⁸, la cual fue de buena a muy buena. Los resultados se presentan de acuerdo con los objetivos específicos del estudio.

Prevalencia y características sociodemográficas de los usuarios de aplicaciones de citas

La prevalencia del uso de las aplicaciones de citas tiene un margen amplio, desde un 12,9% a un 75%^{8,11,26-28,17,19-25}. Las mayores prevalencias se reportaron en los países de Italia, Alemania, China y Hong Kong en la población de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y homosexuales, mientras que las menores prevalencias fueron reportadas en los países de Australia y Suiza en las poblaciones de mujeres y en heterosexuales^{11,16,18,19,23,26}. (Tabla 1)

La población de HSH fue la más reportada como población objetivo en 8 artículos^{8,11,22,24-28}. En 4 estudios se estudió a la población en general describiendo su sexo o género y orientación sexual (Tabla 1)^{16,19,20,28}. Cinco estudios escogieron para su muestra solo a usuarios de aplicaciones de citas, en estos la cantidad de usuarios fue de 30 a 2.250^{8,21,25,26,28}.

Dentro de las características sociodemográficas, el rango de edad predominante de los usuarios se encuentra entre los 18 y 25 años^{8,17,19,21,22,24-26,28}. Al avanzar en edad el uso de estas aplicaciones disminuye, aunque en Brasil y Australia se reportaron usuarios de 50–59 años (43% y 10% respectivamente), 60–69 años (37,4% y 5,84% respectivamente), 70–79 años (14,8%) y de 80 años o más (4,8%)^{17,25}. Tres estudios informaron sólo el promedio de edad de los usuarios que fueron 25,7, 20,55 y 20,75 años^{8,21,29}.

La mayoría de usuarios reportados en estos artículos resultaron ser hombres, 13,52% - 73,2% v/s un 10,65% - 69,8% de mujeres, a excepción de un estudio en que la prevalencia del uso de la aplicación Tinder® fue mayor en mujeres (69,8%)^{17,20,21,29}. Estos datos pertenecen a estudios realizados en poblaciones distintas a HSH y que dieron información clara de la prevalencia del uso de estas aplicaciones según el sexo o género de los sujetos.

La orientación sexual más reportada fue la homosexual (7,9% - 83,3%), seguida de la heterosexual (2,4% - 77,8%) y bisexual (12,3% - 59,6%)^{8,17,20-22,25,28,29}. Pocos estudios reportaron a pansexuales (1,3%) o sujetos que se identificaban como otros o que no estaban seguros de su orientación sexual ($\leq 2\%$)^{8,21,25,29}. La mayoría de los estudios se realizaron en poblaciones de HSH, además seis estudios no mostraron esta variable en los usuarios de aplicaciones de citas, pero sus muestras se constituyeron mayormente de HSH^{11,19,23,24,26,27}.

Se reporta que el nivel socioeconómico (NSE) de los usuarios más prevalente es el medio y bajo^{17,22,24,29}. Solo un estudio mostró asociación en el uso frecuente de aplicaciones de citas y tener un NSE bajo en HSH ($p=.026$)²² El resto de las investigaciones no estudiaron el NSE como variable de estudio.

Tabla 1. Prevalencia de uso de aplicaciones de citas y características sociodemográficas de usuarios de aplicaciones de citas.

Autor País (Año)	Uso De Aplicaciones De Citas (N o %)	Edad	Sexo	Orientación Sexual	NSE
Choi E. y cols. Hong Kong (2017)	65,4%	(-)	(-)	(-)	(-)
Andersson N. y cols. Suiza (2019)	37,7%	(-)	Mujeres: 26,5% Hombres: 73,2% No respondieron: 0,3%	Homosexual: 22,2% Heterosexual: 77,8%	(-)
Smith L. y cols. Australia (2018)	12,9%	16-29: 14,24% 30-39: 15,89% 40-49: 11,83% 50-59: 10% 60-69: 5,84%	Mujeres: 10,65% Hombres: 13,52%	Heterosexual: 10,98% Homosexual/ lesbiana/ bisexual: 42,8%	Muy bajo/ bajo: 11,89% Medio: 10,48% Alto: 9,52% Muy alto: 9,76%
Green S. y cols. EE.UU (2018)	Tinder®: 417 Otras apps de citas: 201	X en Tinder®: 20,55	Mujeres: 69,8% Hombres: 30,2%	Bisexual: 12,3% Heterosexual: 77,7% Homosexual: 7,9% No están seguros: 2,1% Bisexual: 12,3%	(-)
Badal H. y cols. EE.UU (2018)	55,7%	18-24: 58,9% 25-34: 57,7% 35-44: 54,4% 45-64: 46,3%	(**)	Homosexual: 55,4% Bisexual: 59,6%	Bajo: 57,3% Alto: 51,2%
Choi E. y cols. Hong Kong (2016)	52,9%	(-)	(-)	(-)	(-)
Xu J. y cols China (2018)	62,8%	18-24: 32% > 24: 68,2%	Hombres: 100% (**)	(-)	Bajo: 58,9% Alto: 41,1%
Choi E. y cols. Hong Kong (2016)	52,85%	X: 20,75	Mujeres: 41,8% Hombres: 57,7% No respondieron: 1%	Heterosexual: 61,8% Homosexual/ Bisexual: 37,7% No respondieron: 1%	Bajo: 64,7% Alto: 31,4%
Queiroz A. y cols. Brasil (2019)	412	50-59: 43% 60-69: 37,4% 70-79: 14,8% 80 o más: 4,8%	(**)	Heterosexual: 2,4% Bisexual: 19,4% Homosexual: 77,5% Otro: 0,7%	(-)
Ruscher C. y cols. Alemania (2019)	64%	(-)	(**)	(-)	(-)
Queiroz A. y cols. Brasil (2019)	1855	18-20: 23,2% 21-25: 37,1% 26-30: 21,7% >30: 16,7%	(**)	(-)	(-)

Pierbon M. y cols. Italia (2019)	75%	(-)	(**)	(-)	(-)
Queiroz A. y cols. Brasil (2019)	2250	18-20: 23,2% 21-25: 37,1% 26-30: 21,7% >30: 16,7%	(**)	Heterosexual: 9,5% Bisexual: 12,9% Homosexual: 75,7% Pansexual: 1,3%	(-)
		X: 25,74			
Queiroz A. y cols. Brasil (2018)	30	18-25	(**)	Homosexual: 83,3%	(-)

NSE: Nivel socioeconómico

X: Promedio de edad (años).

(-) No se muestra variable de estudio en usuarios de aplicaciones de citas.

(**) Estudios realizados en población Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)

Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo de infecciones de transmisión sexual descritos en usuarios de aplicaciones de citas. (Tabla 2)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) más prevalentes en los usuarios de aplicaciones de citas fueron VIH de 3,9% a 56,9%, Sífilis de 3,1% a 17,4%, Gonorrea de 1% a 18%, VPH de 0,9% a 17,4% y Clamidia de 0,3% a 7,6%^{8,20-22,24-27}. En el caso del VIH, el estudio de cohorte realizado en HSH mostró que la tasa de incidencia de VIH fue más alta en los usuarios de aplicaciones de citas que en los no usuarios: 8.5 (IC 95% 5.0-13.5) por 100 personas año v/s 2 (IC 95% 0.4-5.8) por 100 personas año, es decir, la probabilidad de adquirir VIH en usuarios de citas es casi 4 veces mayor que en no usuarios (IC 95% 1.1-13.1, p.=.04)²⁴.

Las mayores prevalencias de ITS se muestran en la población de HSH^{8,22,24-27}. Solo dos estudios entregaron esta información en poblaciones distintas, uno de ellos se enfocó en la clamidia, que fue mayor en mujeres que tiene sexo con mujeres (MSM) que en HSH que utilizan estas apps (7% v/s 4,5%), mientras que, en el otro, pocos estudiantes usuarios de Tinder® declararon haber sido diagnosticados con alguna ITS y si bien no hubo casos de VIH, solo 40% de ellos informó haberse realizado el test de VIH en los últimos 12 meses^{20,21}. La prevalencia de 'no saber el estado de VIH' en los usuarios oscila de un 14% a un 52%^{8,21,22,24,25}.

Los factores de riesgo para ITS que más se reportan en los usuarios son el inconsistente o nulo uso de preservativo en las relaciones sexuales, mayor número de parejas sexuales y tener relaciones bajo efectos de alcohol y/o drogas^{8,19,29,20-27}. Los usuarios de aplicaciones de citas reportan un mayor número de parejas sexuales: 4 a lo largo de su vida sexual, 3 o más en los últimos 12 meses, 5 o más en los últimos 3 meses, además de tener múltiples compañeros sexuales a la vez o tener sexo grupal, sobre todo en HSH^{20,22,24-29}. El número de parejas sexuales se asoció al uso de app de citas^{20,22}.

La prevalencia de tener relaciones sexuales sin uso o con uso inconsistente de condón en los usuarios va de un 50% a un 78,8%^{20-22,27-29}. Además se ha visto asociado con el tiempo de uso de las aplicaciones de citas, es decir, cuando estas se utilizan por más de 12 meses el uso de condón es menor (p. <0.001)²³. En el estudio de cohorte el tener sexo anal sin condón con compañeros sexuales casuales en los últimos tres meses fue asociado a mayor incidencia de VIH (p.= 0.02), conducta más probable en usuarios de dating apps²⁴.

La prevalencia de consumo de droga y/o alcohol en usuarios es amplio, de 11,7% a 86%^{19,20,24-27,29}. Se mostró asociación significativa entre ser usuario de apps de citas y consumir estas sustancias durante encuentros sexuales^{19,24-26}.

Tabla 2. Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y factores de riesgo descritos para ITS en usuarios de aplicaciones de citas.

Autor País (Año)	Prevalencia ITS	Factores De Riesgo Descritos
Choi E. y cols. Hong Kong (2017)	(-)	Consumir drogas durante encuentros sexuales en usuarios de más de 12 meses*.
Andersson N. y cols. Suiza (2019)	Clamidia (7,6%)	Consumir alcohol antes de tener relaciones sexuales. ≥ 3 compañeros sexuales en los últimos 12 meses*, múltiples parejas sexuales al mismo tiempo*, sexo desprotegido con nuevo compañero sexual*.
Green S. y cols. EE. UU (2018)	Herpes (1%) Clamidia (1%) VPH (4%) Gonorrea (1%) Sífilis, tricomoniasis y VHB (0%)	Sexo vaginal sin condón. No comunicar estado de VIH/ITS a 'cita' por tener contactos en común*.
Badal H. y cols. EE. UU (2018)	VIH (56,9%)	Tener parejas sexuales casuales*, uso inconsistente de condón con parejas sexuales casuales* y tener ≥ 3 parejas sexuales en el último año*.
Choi E. y cols. Hong Kong (2016)	(-)	Tener parejas sexuales casuales en último encuentro sexual y no utilizar preservativo con pareja sexual casual en último encuentro sexual, en usuarios de más de 12 meses*.
Xu J. y cols. China (2018)	(a)VIH (8,5) (a)Sífilis (17,4)	≥5 parejas sexuales en los últimos 3 meses. Sexo grupal (2 o más personas) en los últimos 3 meses*, consumir drogas en los últimos 3 meses*. Sexo anal sin condón con parejas estables en los últimos 3 meses. Sexo anal sin condón con parejas casuales en los 3 últimos meses*. Haber utilizado apps de citas para buscar compañeros sexuales*.
Choi E. y cols. Hong Kong (2016)	(-)	Mayor N° de parejas sexuales en la vida y en los últimos 3 meses*, Inconsistente/nulo uso de preservativo*, ser consumidor recurrente de alcohol y/o de cigarros, inicio de relaciones sexuales < 16 años.
Queiroz A. y cols. Brasil (2019)	Diagnóstico (+) de ITS en último año (22,1%) VIH (11,7%) Sífilis (10,2%)	Sexo bajo efecto de drogas (chemsex)*, sexo grupal*, uso de drogas para disfunción eréctil*, presencia de ITS*, saber sobre PrEP/PEP*, uso de PrEP*. Uso inconsistente de condón en los últimos 30 días. No haberse realizado el test de VIH en los últimos 12 meses*.
Queiroz A. y cols. Brasil (2019)	(b)Diagnóstico (+) de ITS en último año (12%) (b)VIH (8%)	No utilizar condón en los últimos 30 días, consumir alcohol/drogas durante el sexo en los últimos 30 días, vacunación incompleta contra VHB.
Queiroz A. y cols. Brasil (2019)	Sífilis (3,1%) Herpes (1,5%) Gonorrea (1,4%) VPH (0,9%) Clamidia (0,3%) VIH (7,1%)	No usar condón en los últimos 30 días. Utilizar la aplicación Tinder® se relaciona con menor uso de condón en los últimos 30 días.

Pierbon M. y cols. Italia (2019)	VPH (17,4%) VHB (4,3%) Sífilis (9,9%) Gonorrea (18%) VIH (3,9%)	No estar vacunado contra VPH, Inconsistente/nulo uso de condón*, sexo bajo efecto de alcohol/drogas, tener sexo a cambio de dinero. Mayor N° de parejas sexuales en los últimos 2 años*.
Queiroz A. y cols. Brasil (2018)	(-)	Tener mayor N° de encuentros sexuales en los últimos 30 días, tener relaciones sexuales sin uso de condón en los últimos 30 días. Consumo de drogas durante el sexo, sexo grupal, alto intercambio de parejas sexuales. Bajo conocimiento sobre PrEP/PEP.

(-) No se muestra variable de estudio en usuarios de apps de citas.

N°: número

(a) Estudio de cohorte. Tasa de incidencia medida en 100 personas año.

(b) Prevalencia calculada con los datos del artículo.

*Asociación estadísticamente significativa. $p < 0.001$ o $p < 0.05$ de conductas de riesgo y ser usuarios de aplicaciones de citas.

Tabla 3. Estrategias de prevención para Infecciones de Transmisión Sexual realizadas a través de aplicaciones de citas.

Autor País	App de Citas Utilizadas	Población Objetivo	Estrategia de Prevención	Resultados
Su Jiunn-Yih y cols. Australia	Grindr®	HSH usuarios de una clínica de salud sexual durante un brote de Sífilis.	Campaña online en la que al abrir la app daba la opción de apretar un botón que guiaba a la página de información sobre sífilis diseñada por la Federación Australiana contra el SIDA para HSH durante 27 días.	Aumento de pruebas diagnósticas para Sífilis y de número de consultas clínicas en la clínica de salud sexual.
Elliot E. y cols. Inglaterra	Grindr® Recon®	HSH en Inglaterra.	Publicidad incluida en las apps para solicitar Kit de auto muestreo de fluidos orales de VIH (Orasure®) o de muestra sanguínea (Microtainer®) para ser realizada en casa durante un año en Inglaterra.	11.127 clicks para obtener más información sobre test, de estos el 30% nunca habían sido testeados antes y el 93% solicitó el test. Del total de casos nuevos de VIH en los años 2012 - 2013 (6480), 82 fueron diagnosticados a través de esta publicidad.
Ruscher C. y cols. Alemania	Grindr® PlanetRomeo® Scruff®	HSH que estuvieran dentro de Berlín durante un brote de Hepatitis A (VHA).	Anuncios en las aplicaciones que a través de un 'click' se redirigen a una página web con información oficial del brote del virus, las vías de transmisión, factores de riesgo para HSH, recomendaciones para la cobertura del seguro para la vacuna del VHA para HSH durante 1 mes.	280 clicks/día solo en Grindr® durante la campaña. Coincidió con un aumento de conocimiento sobre el VHA y disminución de casos: de 18 a 6 casos por mes durante la campaña. 14,7% de los encuestados declaró haberse vacunado contra el VHA por la campaña.
Iribarren S.J y cols. EE.UU	Adam4Adam® Grindr® Growlr® Hornet® Scruff® Jack'd®	HSH y Mujeres Transgénero no infectados por VIH con conductas de riesgo para VIH.	Estrategia de reclutamiento para participar en estudio donde se entregan kits de auto testeo de VIH en poblaciones de alto riesgo: Mensajes en las apps que contenían información preliminar sobre el estudio y si es que aceptaban participar podían intercambiar contacto para recibir más información.	Comparado con otros medios convencionales (reclutamiento en persona), el número de participantes reclutados mediante apps de citas fue mayor, sobre todo en menores de 60 años. De 20 personas que dieron positivo para VIH, 6 fueron reclutados a través de apps de citas.

Estrategias de prevención para infecciones de transmisión sexual descritas en aplicaciones de citas (Tabla 3)

De las cuatro intervenciones realizadas a través de aplicaciones de citas, dos se realizaron en contextos de brotes de ITS y como resultado aumentaron las pruebas diagnósticas, el conocimiento sobre las ITS respectivas e incluso contribuyeron en la vacunación contra una de estas^{11,30}. Las poblaciones objetivo de las estrategias reportadas fueron poblaciones claves, principalmente HSH^{11,30-32}.

Dentro de los resultados encontrados, una revisión bibliográfica evaluó 60 aplicaciones de citas, de las cuales sólo nueve contenían información sobre salud sexual: estado de ITS/VIH en el perfil del usuario, mensajes que promovían la realización de tests para ITS, links hacia artículos que contenían información de ITS y si los usuarios preferían tener sexo seguro 'siempre', 'dependiendo de' o 'nunca'³³. De estas, siete eran dirigidas a HSH, una a heterosexuales y una a personas interesadas en citas grupales o en encontrar compañeros sexuales para tríos³³.

DISCUSIÓN

Esta revisión es una de las primeras sobre la prevalencia y los factores de riesgos para ITS en usuarios de aplicaciones con distintas orientaciones sexuales. En general se encontró que la prevalencia de uso de aplicaciones de citas y de ITS entre sus usuarios es muy variable, que los usuarios reportan mayor número de parejas sexuales y menor uso de condón y que las aplicaciones de citas son un medio efectivo para generar estrategias para la prevención de transmisión de ITS^{8,11,18-24, 30,31,32}.

La diversidad de los datos mostrados en la prevalencia del uso de estas apps se debe a la heterogeneidad del estudio, del tamaño de las muestras y de las operacionalizaciones de las variables entre los distintos estudios. Por ejemplo, hubo estudios que clasificaron la prevalencia del uso de aplicaciones de citas en términos de frecuencia de uso y otros respecto a periodos de tiempo, lo que hace difícil su comparación^{17,22}. La edad se presenta más homogénea, el rango de 18 a 25 años se repite y coincide con otros estudios realizados en poblaciones de jóvenes heterosexuales y jóvenes HSH^{6,34}. La mayoría de los usuarios fueron hombres, HSH y homosexuales, esto se puede atribuir a que el mercado de apps de citas ofrece un espacio exclusivo para esta población, aumentando las posibilidades de socialización y disminuyendo el riesgo de encontrarse frente a conductas homofóbicas^{8,17,21,22,25,35}.

Respecto a VIH/ITS en usuarios, los estudios revelan que los resultados pueden variar dependiendo del sitio donde se reclutó a los participantes. Por ejemplo, en dos estudios que realizaron pruebas diagnósticas, uno de ellos se realizó en un centro de diagnóstico y tratamiento de ITS, por lo que se podría especular que los participantes estarían más conscientes del riesgo y se realizarían pruebas de manera periódica disminuyendo los casos de clamidia, a diferencia del estudio de VIH y sífilis donde fueron reclutados en otros lugares^{20,24,35}. En los otros estudios los datos de ITS fueron auto reportados, los cuales podrían subestimar los resultados, sobre todo si consideramos que la mayoría de las ITS son asintomáticas.

La alta prevalencia del inconsistente uso de preservativo en los usuarios de estas apps se ha reportado antes en usuarios HSH, pero no hay consenso respecto a si existe asociación entre el uso de preservativo y el uso de apps de citas^{2,3,6,34}. Su bajo uso se podría relacionar con el tiempo de utilización de apps de citas y a la presencia de parejas sexuales casuales proporcionadas a través de estas⁸. Sin embargo, la operacionalización del uso de condón variaba, por ejemplo, su uso en el último encuentro sexual v/s su uso en los últimos 30 días, dificultando su comparación^{8,29,35}. En cuanto al número de parejas sexuales de los usuarios hay similitud con otra revisión realizada en usuarias lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT) que mostró cifras parecidas en los últimos tres meses (promedio mayor a tres) y en los últimos 12 meses (promedio mayor o igual a dos), pero hubo diferencia en cuanto al promedio de parejas sexuales a lo largo de la vida, que fue mucho mayor (46 a 77 v/s 4)³⁵. Diferencia que se puede deber a la heterogeneidad de los estudios seleccionados^{20,23,25,27}. Tener estos dos factores mencionados anteriormente es alarmante, pues no solo representan un riesgo para ITS y las consecuencias de estas (infertilidad, dolor pélvico crónico/agudo, mayor riesgo de contraer VIH/ITS a la vez), sino que también se ha reportado que el tener mayor número de parejas sexuales aumenta el riesgo de dependencia de sustancias y suicidio³⁵. El suicidio puede verse aumentado de manera bidireccional, por un lado se ha descrito que al tener mayor número de parejas sexuales hay mayor riesgo de terminar en experiencias sexuales negativas (abuso sexual) y adquirir trastornos mentales (ansiedad, depresión)³⁶⁻³⁸. Por el otro, en sujetos diagnosticados con enfermedades mentales, la búsqueda de parejas sexuales es utilizada como un mecanismo de defensa³⁹.

Respecto al consumo de drogas al tener relacio-

nes sexuales o 'chemsex' (cuando se utilizan drogas psicoactivas), los resultados coinciden con estudios previos, donde la prevalencia de estas conducta es alta en usuarios HSH, incluso se ha descrito que la primera experiencia de chemsex se consolida a través de aplicaciones de citas y que se asocia a mayor riesgo de contraer ITS (clamidia, sífilis y VIH), mayor número de parejas sexuales a la vez, mayor riesgo de generar adicción, sobredosis y comorbilidades psiquiátricas (psicosis)^{40,41}. Su uso puede ser explicado porque las apps de citas podrían proveer un medio fácil para adquirir drogas y por el efecto que tienen: producir relaciones sexuales más placenteras, duraderas e intensas^{22,42}. Pareciera ser que esta población no es consciente de estos riesgos, ya que es descrita como una conducta interiorizada al momento de tener relaciones sexuales⁴².

Como limitaciones se puede señalar que la mayoría de los artículos correspondían a estudios descriptivos y transversales, por lo que no se puede establecer la causalidad de la adquisición de ITS en los usuarios de aplicaciones de citas o el verdadero impacto de las campañas de prevención a través de estas aplicaciones. Por otro lado, la selección de las muestras de los estudios fue en gran parte por conveniencia, selectivas y limitadas, por lo que los resultados no se pueden generalizar. Otra limitación yace en que varios estudios no contaban con un grupo de comparación (no usuarios) y los datos recolectados fueron auto reportados, lo que podría alterar los resultados. Además de esto, la heterogeneidad de los estudios,

el tamaño de sus muestras y la operacionalización de las variables dificultó la comparación de los resultados. Finalmente, si bien se utilizaron términos clave en la búsqueda en distintas bases de datos, existe la posibilidad que haya estudios relevantes que no fueron encontrados en esta búsqueda.

De acuerdo con lo encontrado en esta investigación, existe un amplio rango de prevalencia de ITS, la que se relaciona con el uso inconsistente o no uso de preservativo. Sin embargo, se necesitan más investigaciones, con diversos diseños de estudio que permitan determinar la asociación entre las aplicaciones de citas y la adquisición de ITS, así como también, profundizar en el fenómeno y en los aspectos relacionados con el riesgo de contraer VIH/ITS a través de apps, evaluar la aceptabilidad y eficacia de estrategias de prevención en salud sexual realizadas a través de estas.

Estas plataformas ofrecen una ventana de oportunidad única para poder realizar promoción y prevención en torno a la salud sexual de sus usuarios, ya que, superan las barreras de acceso y de estigma social que tienen los medios convencionales, por ser de fácil acceso y bajo costo, lo que permite llegar a distintas poblaciones, en especial a poblaciones consideradas más vulnerables, como la comunidad LGBTQ+.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existen conflictos de interés.

Proyecto autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orchard T. Dating Apps. En: Encyclopedia of Sexuality and Gender. 2019. p. 1–4.
2. Shapiro GK, Tatar O, Sutton A, Fisher W, Naz A, Perez S, et al. Correlates of Tinder Use and Risky Sexual Behaviors in Young Adults. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw.* 2017;20(12):727–34.
3. Bien CH, Best JM, Muessig KE, Wei C, Han L, Tucker JD. Gay Apps for Seeking Sex Partners in China: Implications for MSM Sexual Health. *AIDS Behav.* junio de 2015;19(6):941–6.
4. Huang G, Cai M, Lu X. Inferring Opinions and Behavioral Characteristics of Gay Men with Large Scale Multilingual Text from Blued. *Int J Environ Res Public Health.* septiembre de 2019;16(19).
5. Schreurs L, Sumter SR, Vandenbosch L. A Prototype Willingness Approach to the Relation Between Geo-social Dating Apps and Willingness to Sext with Dating App Matches. *Arch Sex Behav.* 2020;49(4):1133–45. doi: 10.1007/s10508-020-01671-5
6. Sawyer AN, Smith ER, Benotsch EG. Dating Application Use and Sexual Risk Behavior Among Young Adults Dating Application Use and Sexual Risk Behavior Among Young Adults. 2017;(September).
7. Griffin M, Canevello A, McAnulty RD. Motives and Concerns Associated with Geosocial Networking App Usage: An Exploratory Study among Heterosexual College Students in the United States. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw.* 2018 abril de 2018;21(4):268–75.
8. Queiroz AAFLN, Matos MCB, Evangelista de Araújo TM, Reis RK, Sousa AFL de. Sexually transmitted infections and factors associated with condom use in dating app users in Brazil. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(5):546–53.
9. Instituto Nacional de la Juventud (Chile). 9na Encuesta Nacional de Juventud [Internet]. [Santiago] : INJUV, 2019 [citado en enero 2020]. 166 p. Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/9deg_encuesta_nacional_de_juventud_2018.pdf
10. Wang H, Zhang L, Zhou Y, Wang K, Zhang X, Wu J, et al. The use of geosocial networking smartphone applications and the risk of sexually transmitted infections among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* octubre de 2018;18(1):1178.
11. Ruscher C, Werber D, Thoulas J, Zimmermann R, Eckardt M, Winter C, et al. Dating apps and websites as tools to reach anonymous sexual contacts during an outbreak of hepatitis A among men who have sex with men, Berlin, 2017. *Euro Surveill.* mayo de 2019;24(21).
12. Huang E, Marlin RW, Young SD, Medline A, Klausner JD. Using Grindr, a Smartphone Social-Networking Application, to Increase HIV Self-Testing Among Black and Latino Men Who Have Sex With Men in Los Angeles, 2014. *AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ.* agosto de 2016;28(4):341–50.
13. Daiane de Peder L, Mesquita da Silva C, Nascimento BL, Malizan JA, Madeira HS, Horvath JD, et al. Prevalence of Sexually Transmitted Infections and Risk Factors Among Young People in a Public Health Center in Brazil: A Cross-Sectional Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020;33(4):354–62. doi: 10.1016/j.jpag.2020.02.008
14. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021: hacia el fin de las ITS. 2016; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=3C85BF24CAF231BACD195F699BD8B196?sequence=1>
15. Arksey H, Malley LO. Scoping studies: towards a methodological framework. *International J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19–32.
16. Joanna Briggs Institute (Australia). The Joanna Briggs Institute Reviewers ' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews. 2015.
17. Smith LW, Guy R, Degenhardt L, Yeung A, Rissel C, Richters J, et al. Meeting sexual partners through internet sites and smartphone apps in Australia: National representative study. *J Med Internet Res.* diciembre de 2018;20(12):1–14.
18. Erik von Elm, MD; Douglas G. Altman, DSc; Matthias Egger, MD; Stuart J. Pocock, PhD; Peter C. Gøtzsche, MD; and Jan P. Vandenbroucke M. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement : Guidelines for Reporting. *Ann Intern Med Acad Clin.* 2007;147(8):573–8.
19. Choi EPH, Wong JYH, Lo HHM, Wong W, Chio JHM, Fong DYT. Association Between Using Smartphone Dating Applications and Alcohol and Recreational Drug Use in Conjunction With Sexual Activities in College Students. *Subst Use Misuse.* marzo de 2017;52(4):422–8.

20. Andersson N, Preuss I, Boman J, Nylander E. Chlamydia Infection among Digital Daters and Nondigital Daters. *J Low Genit Tract Dis.* julio de 2019;23(3):230–4.
21. Green SM, Turner D, Logan RG. Exploring the Effect of Sharing Common Facebook Friends on the Sexual Risk Behaviors of Tinder Users. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* julio de 2018;21(7):457–62.
22. Badal HJ, Ellen J, Nickolas S, David D, Stryker JE, DeLuca N, et al. Swipe Right: Dating Website and App Use Among Men Who Have Sex With Men. *AIDS Behav.* abril de 2018;22(4):1265–72.
23. Choi EPH, Wong JYH, Lo HHM, Wong W, Chio JHM, Fong DYT. The association between smartphone dating applications and college students' casual sex encounters and condom use. *Sex Reprod Healthc Off J Swedish Assoc Midwives.* octubre de 2016;9:38–41. doi: 10.1016/j.srhc.2016.07.001
24. Xu J, Yu H, Tang W, Leuba SI, Zhang J, Mao X, et al. The Effect of Using Geosocial Networking Apps on the HIV Incidence Rate Among Men Who Have Sex With Men: Eighteen-Month Prospective Cohort Study in Shenyang, China. *J Med Internet Res.* diciembre de 2018;20(12):1–16.
25. Queiroz AAFLNN, Sousa AFL de, Brignol S, Araújo TME, Reis RK. Vulnerability to HIV among older men who have sex with men users of dating apps in Brazil. *Brazilian J Infect Dis.* 2019;23(5):298–306.
26. 26. Queiroz AAFLN, Sousa AFL de, Matos MCB, Evangelista de Araújo TM, Brignol S, Reis RK, et al. Factors associated with self-reported non-completion of the hepatitis B vaccine series in men who have sex with men in Brazil. *BMC Infect Dis.* abril de 2019;19(1):335.
27. Pierbon M, Cocchio S, Russo C, Bonamin MA, Baldo V, Sciences V. Sexually-transmitted infections: what is the true prevalence? A cross-sectional online survey of men who have sex with men in the Veneto Region of Italy. *J Prev Med Hyg.* septiembre de 2019;60(3):E197–202.
28. Queiroz AAFLN, Sousa AFL de, Matos MCB, Araújo TME, Reis RK, Moura MEB. Knowledge about HIV/AIDS and implications of establishing partnerships among Hornet® users. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):1949–55.
29. 29. Choi EP-H, Wong JY-H, Lo HH-M, Wong W, Chio JH-M, Fong DY-T. The Impacts of Using Smartphone Dating Applications on Sexual Risk Behaviours in College Students in Hong Kong. *PLoS One.* 1 de noviembre de 2016;11(11):e0165394.
30. Su J-Y, Holt J, Payne R, Gates K, Ewing A, Ryder N. Effectiveness of using Grindr to increase syphilis testing among men who have sex with men in Darwin, Australia. *Vol. 39, Aust N Z J Public Health.* 2015 Jun;39(3):293-4. doi: 10.1111/1753-6405.12342.31.
31. Elliot E, Rossi M, McCormack S, Mcowan A. Identifying undiagnosed HIV in men who have sex with men (MSM) by offering HIV home sampling via online gay social media: A service evaluation. *Sex Transm Infect.* 2016;92(6):470–3.
32. Iribarren SJ, Ghazzawi A, Sheinfil AZ, Frasca T, Brown W 3rd, Lopez-rios J, et al. Mixed-Method Evaluation of Social Media-Based Tools and Traditional Strategies to Recruit High-Risk and Hard-to-Reach Populations into an HIV Prevention Intervention Study. *AIDS Behav.* enero de 2018;22(1):347–57.
33. Huang ET-Y, Williams H, Hocking JS, Lim MS. Safe Sex Messages Within Dating and Entertainment Smartphone Apps: A Review. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2016 Nov 8;4(4):e124. doi: 10.2196/mhealth.5760.
34. Landovitz RJ, Tseng CH, Weissman M, Haymer M, Mendenhall B, Rogers K, et al. Epidemiology, sexual risk behavior, and HIV prevention practices of men who have sex with men using GRINDR in Los Angeles, California. *J Urban Heal.* 2013;90(4):729–39.
35. 35. Choi EPH, Wong JYH, Fong DYT. The use of social networking applications of smartphone and associated sexual risks in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: a systematic review. *AIDS Care.* febrero de 2017;29(2):145–55. 941–6.
36. Kim YJ, Moon SS, Kim MJ. Physical and Psycho-Social Predictors of Adolescents' Suicide Behaviors. *Child Adolesc Soc Work J.* 2011;28(6):421–38.
37. Mota NP, Cox BJ, Katz LY, Sareen J. Relationship between mental disorders/suicidality and three sexual behaviors: Results from the national comorbidity survey replication. *Arch Sex Behav.* 2010;39(3):724–34.
38. 38. Choi EPH, Wong JYH, Fong DYT. An Emerging Risk Factor of Sexual Abuse: The Use of Smartphone Dating Applications. *Sex Abus J Res Treat.* 2018;30(4):343–66.
39. Jin Z, Cao W, Wang K, Meng X, Shen J, Guo Y, et al. Mental health and risky sexual behaviors among Chinese college students: a large cross-sectional study. *J Affect Disord.* 2021;287(March):293–300. doi: 10.1016/j.jad.2021.03.067

40. Nimbi FM, Rosati F, Esposito RM, Stuart D, Simonelli C, Tambelli R. Chemsex in Italy: Experiences of Men Who Have Sex With Men Consuming Illicit Drugs to Enhance and Prolong Their Sexual Activity. *J Sex Med.* 2020;17(10):1875–84. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.07.001
41. Drückler S, van Rooijen MS, de Vries HJC. Chemsex Among Men Who Have Sex With Men: a Sexualized Drug Use Survey Among Clients of the Sexually Transmitted Infection Outpatient Clinic and Users of a Gay Dating App in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis.* mayo de 2018;45(5):325–31.
42. Nimbi FM, Rosati F, Esposito RM, Stuart D, Simonelli C, Tambelli R. Sex in Chemsex: Sexual Response, Motivations, and Sober Sex in a Group of Italian Men Who Have Sex With Men With Sexualized Drug Use. *J Sex Med.* diciembre de 2021;18(12):1955-1969. doi: 10.1016/j.jsxm.2021.09.013.

TELEMEDICINA EN CHILE: USO, DESARROLLO Y CONTROVERSIAS EN UNA RED DE SALUD PÚBLICA DEL SUR DEL PAÍS

TELEMEDICINE IN CHILE: USE, DEVELOPMENT AND CONTROVERSIES IN A SOUTHERN PUBLIC HEALTH NETWORK OF COUNTRY

RESUMEN

Introducción: La telemedicina emerge como una alternativa para dar continuidad a las prestaciones de salud en el contexto pandémico.

Nuestro trabajo analizó las condicionantes de uso y desarrollo de la telemedicina (modalidad de atención remota por especialista) en un contexto territorial de alta dispersión geográfica y ruralidad, y un contexto organizacional de instituciones públicas en redes crónicamente afectadas por las reformas neoliberales del sector.

Material y Métodos: Se utilizó un diseño cualitativo de corte hermenéutico basado en entrevistas semiestructuradas con equipos de salud y gestores de una red asistencial pública del sur de Chile. **Resultados:** Los resultados muestran que se validan beneficios como el acercamiento de la atención del médico especialista al territorio, el aprendizaje entre profesionales y la continuidad de cuidados entre niveles de atención. Las motivaciones, intereses y resistencias de las personas emergen como los principales condicionantes del uso y desarrollo de la telemedicina, con importantes asimetrías de carga de trabajo en los procesos de gestión clínica y de recursos entre niveles de atención.

Discusión: la pandemia habría facilitado la extensión de la telemedicina, mientras que sus beneficios y efectividad dependerían del valor que los equipos le otorguen para apoyar la atención de salud y de su traducción en un aprendizaje colectivo para la institución, antes que el cumplimiento de marcos normativos. Se vuelve prioritario, en este nuevo escenario, explorar las percepciones de los usuarios respecto a la expansión de la telemedicina.

Palabras claves: Telemedicina; consulta remota; estudio de caso organizacional; estudio cualitativo; Chile

ABSTRACT

Introduction: Telemedicine emerges as a continuity alternative for health services in the pandemic context.

Objectives: Our work analyzed the conditions for the use and development of telemedicine (remote video consultations) in a territorial context of high geographic dispersion and rurality, and an organizational context of public institutions working in networks chronically affected by the neoliberal reforms.

Materials and Methods: We use a qualitative hermeneutical design based on semi-structured interviews with health teams and managers of a public healthcare network in southern Chile.

Results: The results show benefits such as the proximity of the specialist with the territory, the learning between professionals and the continuity of care. Motivations, interests and resistance of health teams emerge as the main determinants of the use and development of telemedicine, with significant workload asymmetries in the clinical and resource management processes between levels of care.

Discussions: The pandemic would have facilitated the increase of telemedicine, while its benefits and effectiveness would depend on the value that teams place on it to support health care and its translation into collective learning for the institution, rather than compliance with regulatory frameworks. In this new scenario, it becomes a priority to explore the perceptions of users regarding the expansion of telemedicine.

Keywords: Telemedicine; remote consultation; organizational case studies; qualitative research; Chile

Sebastián Villarroel

Servicio de Salud Del Reloncaví,
Puerto Montt, Chile.
s.villarroel.g@hotmail.com

Sebastián Medina

Escuela de Salud Pública
"Dr. Salvador Allende G.",
Universidad de Chile, Santiago.

Recibido el 18-11-2021
Aprobado el 25-11-2021

INTRODUCCIÓN

La telemedicina se ha expandido como intervención sanitaria durante la pandemia de coronavirus. Ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el suministro de servicios de atención sanitaria en los que la distancia constituye un factor crítico, realizado por profesionales que apelan a Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) con el objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, tratamientos y prevenir enfermedades, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación”¹. Previamente, la OMS publicó las primeras directrices sobre intervenciones de salud digital, incluyendo a la telemedicina², refrendando sus beneficios: reducción de barreras de acceso geográfico; monitoreo remoto de problemas de salud; disminución de tiempos de espera; mejor gestión y uso eficiente de recursos sanitarios; y el apoyo a la formación continua de profesionales en áreas clínicas^{1,3-5}.

El contexto socio-económico de precariedad de los modos de vida agudizado por la pandemia, así como la debilidad estructural de las instituciones sanitarias de nuestra región sometidas a reformas neoliberales, obliga a observar críticamente la capacidad real de las TICs y de la telemedicina en específico, para no reproducir las dinámicas de exclusión sanitaria e inequidad desde los sistemas de salud. En Estados Unidos, por ejemplo, se ha reportado durante la pandemia que la población de adultos mayores, y de origen afroamericano y/o latino, accedían en menor medida a atención de salud vía telemedicina⁶. La disponibilidad de infraestructura básica, incluyendo soporte informático de conexión, y las readecuaciones de la organización sanitaria para facilitar acceso de lugares y personas excluidas a la telemedicina⁷, emergen como elementos básicos a considerar por los gestores sanitarios. La instalación de iniciativas de telemedicina en una red sanitaria local comúnmente se da en un marco de fragmentación en el acceso y la continuidad de cuidados en la atención sanitaria¹¹, con propuestas de redes integradas de servicios de salud con evaluaciones sanitarias inciertas¹², y en el caso chileno, con una seguridad social fragmentada, enormes desigualdades de resultados en salud y el desarrollo de mecanismos de gestión sanitaria de matriz neoliberal¹³.

Telemedicina y condicionantes de su desarrollo. Un abordaje para evaluar el desarrollo de la telemedicina dentro de la literatura especializada, han sido los

modelos explicativos sobre la inserción de nuevas tecnologías en salud y sus barreras de implementación. El Modelo de Aceptación Tecnológica ha sido uno de los más difundidos^{14,15}; y la Teoría Unificada de Aceptación y Uso de Tecnologías, que considera el modelo previo, establece 4 elementos centrales: expectativa de mejor desempeño; facilidad de uso; influencia de la norma social; y el soporte personal e institucional para adoptar la nueva tecnología^{14,16}. Sobre las barreras de implementación, se han identificado barreras técnicas (dispositivos tecnológicos); de aceptación del usuario final (actitudes y conductas); económicas (recursos asociados a innovaciones tecnológicas); y organizacionales (estructura organizacional)^{17,18}. Un reporte reciente señaló las barreras más relevantes y sus pesos ponderados según 3 categorías de análisis: expectativas de los pacientes (en categoría Personas (40,6%); falta de financiamiento e insuficiente implementación, en categoría Procesos (52,6%); y falta de infraestructura local, en categoría Objetos (34,5%)¹⁹. En un contexto de heterogeneidad de modalidades de telemedicina y formas de organización de atención de salud, también se ha reportado discordancia entre beneficios reportados sobre telemedicina y las experiencias de los equipos clínicos en condiciones reales^{20,21}. Esta situación ha promovido la emergencia de investigaciones que recogen elementos contextuales de las organizaciones de salud para el diseño e implementación de la telemedicina, además de los abordajes investigativos de predominio positivista.

Un análisis de telemedicina evaluando condiciones reales de trabajo, en distintos niveles de gestión institucional, es el modelo NASSS (sigla en inglés Nonadoption, Abandonment, Scale-up, Spread, and Sustainability) desarrollado por Greenhalgh²². Este trabajo recogió y analizó 28 modelos referenciales en la literatura, evaluando la implementación de tecnologías en salud durante 3 años en más de 20 organizaciones, recogiendo datos multinivel: de usuarios (micro), de procesos organizacionales (meso) y de políticas públicas (macro). El modelo NASSS reconoce 7 dimensiones, incluyendo la condición o problemas de salud para la cual se pretende aplicar la telemedicina y la evaluación dirigida de la teleconsulta remota por el profesional médico²³; recoge la complejidad socio-técnica de las organizaciones de salud y las condiciones reales de atención de salud; y genera un marco de trabajo accesible para múltiples audiencias, no solo académicas^{22,24}. Las dimensiones del este modelo se aprecian en Tabla 1.

Tabla 1. Dominios del modelo NASSS (Nonadoption, Abandonment, Scale-up, Spread, and Sustainability)

Condición de salud o enfermedad	Problema de salud y condicionantes socioculturales asociados
Tecnología (TICs)	Características específicas; información generada; conocimiento/soporte para uso de tecnología; sostenibilidad (integración e interoperabilidad)
Propuesta de valor	Para proveedor de servicios TICs y para los gestores de salud y pacientes en su aplicación real en la organización.
Adopción por personas	Aceptación de prácticas y roles de equipos de salud, gestores del cuidado y pacientes
Organización de salud	Liderazgo para innovar con TICs, visión compartida de tecnología en la organización, preparación para realizar implementación y aceptación de cambios esperados
Contexto general de implementación	Contexto político, económico, normativo y sociocultural de implementación
Interacción y adaptación en el tiempo	Co-evolución de TICs y organización de salud; resiliencia y capacidad de gestionar problemas emergentes

Fuente. Adaptación tomada de Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsis C, et al. Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies *J Med Internet Res* 2017;19(11):e367

Contexto del estudio. En Chile existen 29 Servicios de Salud encargados de organizar la gestión y atención de salud pública en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. En la Región de Los Lagos, el Servicio de Salud Del Reloncaví entrega atención a un territorio sobre 400 mil personas que se caracteriza por su gran extensión y dispersión geográfica de la población, con alta ruralidad. El primer nivel de atención se organiza con hospitales de baja complejidad, centros de salud urbanos y una red de postas de salud rural, que entregan cobertura a los sectores apartados del territorio, con problemas de conectividad, largos tiempos de traslados y elevados gastos de bolsillo para recibir atención especializada o de mayor complejidad.

El año 2018 se publica el Programa de Tele-salud del Ministerio de Salud (MINSAL) donde se describen los servicios de asistencia remota mediante teleconsultas, tele-monitorización de pacientes, servicios de gestión clínica, educación continua e investigación colaborativa en red^{25,A}. En el Programa es posible reconocer que la viabilidad y grado de institucionalización dependen más de la voluntad e interés de médicos especialistas que de un desarrollo institucional de redes de salud. En el caso del Servicio de Salud Del Reloncaví, durante el año 2019 se reportaron dificultades de soporte informático para la telemedicina, en el apoyo diagnóstico-terapéutico y en agendas clínicas²⁶.

Durante la pandemia, la atención de médicos especialistas se ha reorganizado, ampliando la cantidad y especificidad de horas médicas de telemedicina, adaptando procesos de gestión clínica entre niveles de atención y prácticas profesionales para mitigar el impacto en la suspensión de atenciones presenciales.

El objetivo de esta investigación fue analizar las condicionantes de uso y desarrollo de la telemedicina en una organización pública de salud del sur de Chile, según sus equipos clínicos y gestores. Se propuso explorar cómo ocurren sus prácticas y experiencias concretas en la gestión y atención de salud de las personas. La modalidad específica de telemedicina investigada fue la atención de especialista médico en forma remota (Teleconsulta), mediada localmente por un médico general de atención primaria. A esta modalidad se refiere la palabra telemedicina en lo sucesivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de caso único, considerando una estrategia cualitativa de investigación con enfoque hermenéutico, centrado en las experiencias de los médicos y personas que cumplen roles gestores/directivos en relación a la telemedicina. El caso lo constituye la telemedicina en el Servicio de Salud Del Reloncaví, entendida como una organización de salud

A Actualmente, parte de las iniciativas se han agrupado bajo la figura del Hospital Digital (ver <https://www.hospitaldigital.gob.cl/>).

compleja: múltiples actores y redes de relaciones de procesos compartidos, de gestión de recursos y de atención directa a la población. Se propuso explorar las representaciones y significados que emergen de los discursos de las personas en relación a la telemedicina, y sus condicionantes de uso y desarrollo, como parte de un conjunto de procesos y servicios que se experimentan con interpretaciones, intereses e intenciones diversas²⁷. El diseño asumió flexibilidad para advertir situaciones nuevas y la posibilidad de reelaborar conceptualmente los datos en forma inductiva. Así, las categorías elaboradas desde el marco teórico se ocuparon como guía referencial y encuadre metodológico sin limitar elementos emergentes²⁸.

Los sujetos participantes fueron seleccionados en forma intencionada, incluyendo profesionales sanitarios gestores en el diseño e implementación de la modalidad de telemedicina señalada; y profesionales médicos de la red de establecimientos que desarrollaban telemedicina al momento de la investigación. Se consideró un diseño secuencial en cadena para integrar nuevos informantes, dependiendo de la riqueza de los datos provistos y la saturación temática emergente²⁹. En total, se entrevistaron 18 personas: 5 con rol de gestores (G), con desempeño en la Dirección de Servicio (agencia pública rectora de la red de salud) y/o del Hospital de Alta Complejidad; 4 médicos especialistas (ME), del Hospital de Alta Complejidad; y 9 médicos generales (MG), de la atención primaria de salud. Cada participante entregó su consentimiento a participar en el estudio y la investigación fue aprobada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Del Reloncaví

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas mediante un instrumento de recolección de información ad hoc, utilizando 2 modelos teóricos de referencia: 1) Los dominios específicos según marco NASSS, asociando el guion temático de entrevistas para gestores/directivos de organizaciones de salud de Greenhalgh²² y; 2) La identificación de barreras de implementación de telemedicina de Otto y Harst¹⁹, a nivel de categorías (Objetos, Personas y Procesos). El instrumento fue validado mediante juicio experto, considerando una evaluación cualitativa de contenido, sintaxis y consistencia lógica, siguiendo los criterios de evaluación de calidad de investigación cualitativa en salud: adecuación epistemológica, relevancia, validez y reflexividad³⁰. Adicionalmente, se realizó una prueba

piloto del instrumento. Las entrevistas se realizaron de manera presencial o virtual, atendiendo a las medidas de distanciamiento físico y prevención de contagios en pandemia, entre septiembre y diciembre del año 2020. Los audios registrados durante las entrevistas se transcribieron de forma completa por el mismo entrevistador. La confidencialidad de los datos se mantuvo mediante su codificación.

Para el análisis, se elaboró un sistema categorial siguiendo el marco teórico del guión de las entrevistas, codificándose las dimensiones en estudio (Tabla 2). Se realizó un análisis narrativo de contenido, considerando una lógica deductiva derivada de las categorías descritas, además de incorporar la reformulación de nuevas dimensiones de análisis de forma inductiva³¹. Trabajo apoyado con el software ATLAS.ti 7.5.4.

Tabla 2. Categorías y subcategorías de análisis de datos

Categoría	Subcategorías
Caracterización de telemedicina	Beneficios de TM
	Normativas e instrumentos de gestión
	Soporte de TICs en TM
	Proceso de atención y cuidados
Condicionantes del uso y desarrollo	Objetos
	Personas
	Procesos (organizacionales)
Organización y desarrollo institucional	Intervenciones en curso
	Propuestas de mejora
	Rol de pandemia

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Caracterización de la telemedicina

La telemedicina se describió principalmente como una estrategia o servicio de medicina a distancia, que permite el acercamiento de especialistas médicos al nivel primario de salud, especialmente a lugares lejanos:

“La telemedicina es una estrategia que busca acercar la atención de especialista a lugares a los que tal vez no es tan fácil llevar esta atención, por lejanía, por temas económicos de los pacientes que, en general, a veces les cuesta cómo llegar al hospital; esto trata de acércalos y ser un apoyo para nosotros como atención primaria, porque nos ayuda a generar vínculos con los especialistas” (MG 1).

Respecto a los Beneficios, se pueden agrupar en tres áreas. Primero, la capacidad de mejorar el acceso a salud, contribuyendo a mejorar la oportunidad diagnóstica y terapéutica, reduciendo traslados y el gasto de bolsillo asociado. Segundo, la posibilidad de mejorar la comunicación y aprendizaje entre niveles de atención: médicos generales reciben conocimientos especializados y especialistas conocen las condiciones en las cuales se realiza atención primaria de salud. Tercero, el paciente se sitúa al centro de la interacción entre niveles de atención de salud, reconociendo las condiciones socioeconómicas y culturales de pacientes, y mejorando la continuidad de cuidados:

“[...] el contacto con especialistas nos ayuda como médicos de atención primaria para tener ciertos conocimientos y saber que haría el especialista en caso de, para saber qué hacer en siguientes casos. Permite un feed-back y a su vez les enseñamos a los especialistas sobre nuestra realidad local” (MG2)

“Uno siempre pensó la telemedicina como una cosa ajena, a través de la pantalla, mi percepción es que la telemedicina es un aporte a la humanización de la atención, la hace más cercana, porque existe mayor tiempo para escuchar al paciente, los pacientes sienten más confianza” (G1)

Sobre las Normativas e instrumentos de gestión asociados a telemedicina (protocolos y herramientas afines), su elaboración responde a la planificación sanitaria de MINSAL y parcialmente la experiencia local. Se refiere como un área de insuficiente desarrollo y tardía en su implementación acorde a la práctica clínica:

“Los planes en sí están bien pensados, pero lamentablemente no contemplan estos factores locales para poder hacer los planes más eficientes [...] está el Plan Nacional de Telesalud de 2018, que da orientaciones...; pero hoy nos sucede que todo lo que se puede implementar como medidas están enfocadas en la atención en sí, pero no resguardan la continuidad de la atención, no ven el ecosistema completo” (G2)

El desarrollo de la telemedicina exige el soporte básico de TICs. Los dispositivos dispuestos institucionalmente previo a la pandemia restringían las conexiones virtuales a una unidad física determinada, exigía ciertas habilidades de preparación y limitaba las conexiones simultáneas en un mismo establecimiento. Con la pandemia emergieron nuevos softwares de acceso libre o pagado, asociando atributos de ubicuidad, facilidad de uso y versatilidad, si bien con incertidumbre respecto de la seguridad y confidencialidad de datos.

En Proceso de atención y cuidados se delimitaron 4 fases de gestión clínica no considerados en la programación normativa de actividades: Identificación del paciente; preparación del caso clínico; atención clínica utilizando TICs (teleconsulta); y gestión de procesos derivados de atención (registros y entrega de información). En el nivel primario de atención se refiere un extenso uso de tiempos administrativos vinculadas a las 4 fases, mucho mayores que los esperados desde las orientaciones normativas, lo que es destacado por médicos generales, no así por especialistas:

“[...] todo el registro queda para después y todas las acciones de órdenes de examen. La conexión es lo más corto, la previa y el post es lo más extenso. En la conexión estamos en una hora promedio y en preparación hay harto tiempo en el contacto de pacientes y ahí puede pasar harto tiempo que no queda contabilizado” (MG3)

Condicionantes del uso y desarrollo de la telemedicina

Se identificaron condicionantes que facilitaban u obstaculizaban la telemedicina según tres dimensiones de análisis. En la categoría Objetos, se identificaron dificultades en el espacio físico, fallas en soporte informático y/o en la integración de sistemas de información (por ejemplo entre registro clínico electrónico y plataformas de conexión). Este último elemento fue especialmente relevado por los médicos generales y gestores, en vista de los tiempos que deben involucrar para subsanar estas dificultades. Algunas condicionantes refieren elementos clínicos específicos y de

los procesos digitales que acompañan la atención:

“Esa desintegración de plataformas digitales, que, si bien por sí solas son buenas, hace que la búsqueda de información sea muy compleja y a la larga lleva a cometer errores” (MG 5)

“Hay limitantes con las cámaras, muchos tienen cámaras rígidas unidas al equipo y, por ejemplo, uno necesita mover la cámara para ver al niño, y no mover al niño para la cámara; necesito verlo caminar, cómo juega, cómo se relaciona con la mamá” (ME 2)

En categoría Personas, los intereses y motivaciones emergen como importantes condicionantes, referidos por todos los entrevistados. Un profesional señala “determinantes de los médicos”, agrupando elementos implícitos que dan forma a las relaciones y prácticas de la telemedicina, adicionalmente al marco institucional conocido. Estos “determinantes” se asocian a los vínculos informales entre profesionales, dentro de un mismo nivel de atención y entre niveles, para facilitar o agilizar derivaciones y atenciones de salud vía telemedicina:

“La resolución de problemas, sobretodo operacionales, hoy sigue estando en el ámbito de poder, de cuál es mi núcleo de contactos, porque yo conozco a este servicio, a este jefe de departamento. Sucede en telemedicina y en otras áreas. Creo que ahí, como organización, somos inmaduros, porque de alguna manera somos reacios a las protocolizaciones ...” (G1)

En esta categoría también se refiere cierta resistencia a la cesión de conocimientos técnicos por parte de especialistas y resistencia generacional al cambio, referido por médicos especialistas y generales:

“La profesión que más se resiste a estos cambios, porque esto también es una pérdida de poder también. Como dices tú, esto es una transferencia de capacidades y por tanto una transferencia de poder. Decirle al otro doctor, estos son mis secretos” (ME2)

“[...] Un tema generacional también; obviamente que entre más joven es la población médica, está más familiarizada y es más parte de su vida cotidiana el hecho de usar tecnologías para hablar con alguien que está en otro punto del territorio. Por lo tanto, la edad creo que es un facilitador” (MG5)

En categoría Procesos, se relevó la descoordinación entre niveles de atención primario y secundario, especialmente en los apoyos diagnóstico-terapéuticos; el insuficiente respaldo normativo institucional; y la integración parcial de la telemedicina a procesos y recursos institucionalizados en los establecimientos de salud, condicionada por la estructura organizacional de los mismos:

“La telemedicina se ve como un camino paralelo cuando en realidad lo que uno debería esperar es que sean más bien modalidades de atención distintas dentro de un solo gran proceso [...] entonces hay ciertas atenciones que yo puedo definir a priori que mi primera opción son telemedicina y otras que son presenciales, por tanto dentro de un mismo proceso yo accedo a distintas herramientas para poder [...] hoy día prácticamente son dos caminos paralelos” (G3)

Un elemento central de esta categoría de análisis se refiere a los tiempos de gestión de información de casos clínicos para los médicos de atención primaria, limitando el tiempo de otras actividades clínicas propias de su quehacer programático:

“[...] toda esa gestión me significa mucho tiempo registrando cosas para poder hacer que [telemedicina] funcione bien y eso obviamente va en desmedro de otras horas clínicas que yo puedo tener, de control cardiovascular” (MG1)

“[...] Nosotros sabemos que las horas de especialistas son escasas y por eso tenemos que mover todas nuestras agendas y personal administrativo que nos pueda ayudar a agendar pacientes, contactarlos, resolver problemas cotidianos” (MG2)

Los médicos especialistas, en cambio, cuentan con respaldos administrativos que facilitan las acciones previas y posteriores al acto médico de atención:

“Registros, eso se hacen en línea, no hay ninguna dificultad; tenemos las categorías hechas, ya está programada la telemedicina, se está registrando como tal [...] No veo mayor dificultad tampoco” (ME1)

Este contraste entre médicos especialistas y generales sugiere una importante asimetría de recursos entre niveles de atención, especialmente de tiempo disponible para la gestión de la telemedicina. En términos institucionales, es el primer nivel de atención que involucra sus recursos y capacidades en mayor medida para el desarrollo de la telemedicina.

Organización y desarrollo institucional

Emergieron tres nuevas dimensiones de análisis. Intervenciones en curso condensó el desarrollo de arreglos locales paralelos a la organización institucional formal para superar parte de las condicionantes descritas, por ejemplo, el uso de dispositivos personales y de software no institucionales para el registro de actividades, referidos especialmente por médicos generales. Estas descripciones señalan dos elementos adicionales en la gestión de la telemedicina: el uso de recursos no institucionales para hacerla viable; y el manejo de datos clínicos confidenciales en plataformas informáticas no institucionales.

“Se implementó un sistema a través de ‘Google Forms’ para facilitar gestión a la conexión para hacer resumen de los pacientes, podemos sacar un ‘Excel’ con datos del paciente, sacar estadísticas. Se puede abrir de cualquier celular, sin MINSAL, se puede enviar al hospital de Puerto Montt. Además, ayuda a que colegas pierdan temor a conectarse. [...] y empezamos a usar eso sin que estuviera normado desde el Servicio de Salud... Y bueno, lo usamos y es útil” (MG2)

En la categoría Propuestas de mejora, los participantes distinguen cuatro áreas: 1) Mejorar los marcos normativos e instrumentos de gestión, integrando la telemedicina a procesos existentes y protegiendo los tiempos no considerados normativamente; 2) Identificación y planificación de tipos de problemas de salud a abordar mediante telemedicina, entre niveles de atención; 3) Capacitación de equipos de trabajo; y 4) Análisis de condiciones de soporte e infraestructura informática para avanzar en la integración e interoperabilidad de TICs asociadas.

En la categoría Rol de la pandemia, tanto médicos como gestores señalaron que la disminución de atenciones presenciales por las medidas sanitarias ha permitido la expansión de nuevas atenciones de telemedicina y la internalización del uso de TICs en la gestión clínica:

“Hemos hecho muchas atenciones de telemedicina, que se abrieron por la pandemia, que antes no estaban disponibles. Hay un antes y después con la pandemia, con un potencial muy grande” (MG4)

“La situación epidemiológica ha hecho que los jefes de especialidad se han preguntado cómo seguir adelante y eso ha hecho que vean a la telemedicina como una alternativa real para solucionar las listas

de espera” (G3)

Se señala también incertidumbre frente al retorno a las actividades habituales, especialmente para los médicos de atención primaria:

“Si bien nuestro establecimiento está preparado para la telemedicina, no está preparado para un boom de telemedicina. [...] Si después de la pandemia siguiéramos haciendo todas las telemedicinas que estamos haciendo actualmente, con toda la gente que nos consulta habitualmente, no podríamos” (MG2)

En este contexto, la pandemia puede describirse como un facilitador global de la telemedicina, en la medida que ha logrado habilitar o superar, al menos parcialmente, uno de los mayores condicionantes señalados: los restringidos tiempos de atención de salud, que se gestionan en función de necesidades clínicas en conflicto con los marcos normativos institucionales.

DISCUSIÓN

La caracterización de la telemedicina efectuada por los participantes según sus propias experiencias y prácticas, permitió la explicitación de beneficios concretos a nivel local, consistentes con los reportes normativos. El aprendizaje y formación mutua entre profesionales enriquece la comprensión de los problemas de salud y promueve la continuidad de cuidados de salud entre niveles de atención, que tienden a la fragmentación de sus actividades en un marco de complejidad técnica, burocrática y jerarquización institucional.

Los condicionantes de uso y desarrollo de la telemedicina presentaron evidentes áreas de intersección e interdependencia. En la categoría Objetos las dificultades de integración e interoperabilidad de sistemas de información fueron las más relevantes, las cual se presentan en procesos de gestión clínica no sólo vinculados a telemedicina. Las condicionantes descritas en la categoría Personas evidencian que intereses y motivaciones de profesionales supeditan los modos de práctica clínica y organización de la telemedicina, modelando su grado de uso y desarrollo. Los vínculos informales y las vías paralelas de coordinación son condicionantes especialmente para médicos de atención primaria, no así por los médicos especialistas a nivel hospitalario, exponiendo asimetrías en la manera de organizar y gestionar distintos recursos y procesos a nivel institucional, con distintas cargas de trabajo asociado. Igualmente, en Procesos organizacionales se destacan asimetrías relevantes entre especialistas

y médicos generales: mientras los primeros refieren que la existencia de apoyo administrativo facilita el desarrollo de la telemedicina, los segundos señalan una alta carga administrativa previo, durante y posterior a la atención misma. El peso de los condicionantes asociados a las Personas muestra concordancia con lo señalado por Greenhalgh²² y Wade³², que refieren que la aceptación por los equipos clínicos es el factor más relevante de éxito o fracaso para el desarrollo de tecnologías en el ámbito sanitario. Las categorías expuestas muestran una interdependencia importante y se enlaza con las dimensiones del modelo NASSS de Greenhalgh²⁴, en particular a la adopción de la telemedicina por equipos clínicos condicionada sustancialmente su percepción de los cambios en sus prácticas, habilidades y redes de trabajo.

Vinculados a los condicionantes descritos, emergieron discursos que precisaron nuevas categorías de análisis: intervenciones en curso, propuestas de mejora e incidencia del rol de la pandemia en el uso y desarrollo de la telemedicina. La pandemia, con la reducción de actividades de salud electivas, incluyendo aquellas asociadas a cumplimiento normativo, permitió la apertura progresiva de nuevas atenciones de especialidad vía telemedicina y mayor tiempo disponible para atenciones integrales, actuando como un catalizador de la telemedicina, reorganizando la gestión sanitaria. Durante la pandemia se ha reportado un aumento de la implementación de consultas remotas en Reino Unido³³, cambios en los tipos de problemas de salud y la forma de abordarlos a través de telemedicina en Estados Unidos³⁴ y el apoyo de agencias públicas y privadas para la implementación de distintas formas de tele-salud y telemedicina para enfrentar la pandemia en distintos países³⁵.

La organización y gestión actual de la telemedicina desde los discursos analizados, desestabilizaría la institucionalidad vigente de esta organización de salud. La mejor continuidad de cuidados de salud entre niveles de atención referida transversalmente por los participantes, acorde a la necesidad clínica de los problemas de salud y no solo desde la oferta de servicios, incorporando condicionantes sociales y ajustando la atención especializada al territorio, es un atributo de gran valor sanitario capaz de disminuir la fragmentación de servicios de salud. Sin embargo, estos beneficios de la telemedicina han tensionado la carga adicional a los procesos de gestión clínica existentes y por las asimetrías de recursos entre los niveles de atención. Por tanto, los arreglos locales informales son una respuesta esperable que desborda la institu-

cionalidad conocida para lograr que la telemedicina cumpla su propósito, al costo de desplazar y desatender parte de su quehacer en la atención de salud primaria. Los vínculos informales de comunicación adquieren relevancia para estos médicos, elemento que tiene valor como mecanismo de comunicación directa reportada para la atención primaria en Chile, en un contexto de limitada implementación de mecanismos de coordinación clínica entre niveles asistenciales³⁶. Frente a la habitual inserción normativa vertical de los programas de salud y su racionalidad tecnocrática³⁷, las formas de organización de la telemedicina y sus condicionantes de uso y desarrollo indican que tanto su gestión como la instalación de capacidades surgen como un proceso de aprendizaje –se aprende haciendo–, donde la racionalidad técnica y normativa es solo una parte de la respuesta³⁸.

Finalmente, los ausentes de esta investigación son los discursos de las personas, usuarias y usuarios, que reciben las atenciones de salud vía telemedicina. Así, se hace necesario ampliar esta investigación para abordar sus percepciones y experiencias respecto a la atención remota en el contexto de una emergencia pandémica prolongada que tensiona a toda la institucionalidad socio-sanitaria.

En conclusión, nuestro trabajo intentó caracterizar y analizar una modalidad específica de telemedicina en una red pública de salud de Chile, y sus principales condicionantes de uso y desarrollo institucional desde las prácticas y experiencias de algunos de sus actores protagónicos. Sus hallazgos permitirían que los equipos, gestores y directivos reconozcan, por una parte, el funcionamiento real de esta estrategia de salud a nivel institucional; y, por otra, la distancia entre la planificación normativa y las prácticas concretas de gestión de recursos y capacidades que inciden en la forma como se entregan los servicios de salud a las personas, relevando también una asimetría de recursos entre niveles jerárquicos de atención. La continuidad de cuidados como atributo saludable de la organización, contribuiría a repensar las formas de gestión sanitaria formal para mantener en el tiempo su valor emergente. Adicionalmente, evidenciamos el rol de la pandemia como facilitador institucional de la telemedicina, que, no obstante, deja un espacio de incertidumbre frente al retorno a actividades clínicas electivas habituales y la presión de las metas asistenciales normativas. Se hace prioritario explorar en el futuro las percepciones de las personas, usuarias y usuarios de la red que se atienden a través de telemedicina.

Los autores declaran no presentar conflictos de interés

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. Telemedicine Opportunities and developments in Members States. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series [Internet]. Global Observatory for eHealth Series; 2010 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>
- WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: WHO; 2019.
- Organización Panamericana de la Salud. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington, DC: OPS; 2016
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Desarrollo de la telesalud en América Latina. Aspectos conceptuales y estado actual. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL; 2013. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/35453-desarrollo-la-telesalud-america-latina-aspectos-conceptuales-estado-actual>
- Ekeland AG, Bowes A, Flottorp, S. Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. *Int J Med Inform.* 2010;79(11):736-771. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.08.006>
- Nouri S, Khoong EC, Lyles CR, Karliner L. Addressing Equity in Telemedicine for Chronic Disease Management During the Covid-19 Pandemic. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* [Internet]. 2020 [citado julio 2019]. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0123>
- Shaw J, Brewer LC, Veinot T. Recommendations for Health Equity and Virtual Care Arising From the COVID-19 Pandemic: Narrative Review. *MIR Form Res*
- . 2021 Apr 5;5(4):e23233. doi: 10.2196/23233.
- Braithwaite J, Churrua K, Ellis LA, Long J, Clay-Williams R., Damen N, Herkes J., Pomare C, Ludlow K. Complexity Science in Healthcare - Aspirations, Approaches, Applications and Accomplishments: A White Paper [Internet]. Sydney: Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University; 2017 [citado julio 2019]. Disponible en: https://www.mq.edu.au/_data/assets/pdf_file/0012/683895/Braithwaite-2017-Complexity-Science-in-Healthcare-A-White-Paper-1.pdf
- Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science - the challenge of complexity in health care. *BMJ.* 2001;323:625. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625>
- AlDossary S, Martin-Khan MG, Bradford NK, Armfield NR, Smith AC. The development of a telemedicine planning framework based on needs assessment. *J Med Syst.* 2017 May;41(5):74. doi: 10.1007/s10916-017-0709-4.
- Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. OPS. Washington DC; 2010.
- Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* 2015;5:e007037. doi:10.1136/bmjopen-2014-007037
- Parada-Lezcano M, Moraga-Cortés F. Crise do seguro saúde no Chile: doença crônica socialmente transmissível. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 02019; 13(2), 177-203. <https://doi.org/10.18569/tempus.v13i2.2685>
- Gücin NÖ, Berk ÖS. Technology Acceptance in Health Care: An Integrative Review of Predictive Factors and Intervention Programs. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 3 de julio de 2015;195:1698-704.
- Pereyra-Rodríguez JJ, Jiménez-Zarco AI, Saigí-Rubió F. Determinantes de la intención de uso de la telemedicina en una organización sanitaria. *Journal of Healthcare Quality Res.* 2018; 33(6): 319-328. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.08.004>
- Harst L, Lantzsch H, Scheibe M. Theories Predicting End-User Acceptance of Telemedicine Use: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2019 May 21;21(5):e13117. doi: 10.2196/13117
- Harst L, Timpel P, Otto L, Richter P, Wollschlaeger B, Winkler K, et al. Identifying barriers in telemedicine-supported integrated care research: scoping reviews and qualitative content analysis. *J Public Health (Berl).* 1 de octubre de 2020;28(5):583-94.
- Van Dyk, L. A review of telehealth service implementation frameworks. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(2), 1279-1298. <https://doi.org/10.3390/ijerph110201279>
- Otto L, Harst L. Investigating Barriers for the Implementation of Telemedicine Initiatives: A Systematic Review of Reviews. Cancun, Twenty-fifth Americas Conference on Information Systems; 2019. Disponible en: https://aisel.aisnet.org/amcis2019/healthcare_it/healthcare_it/1/
- Adler-Milstein J, Kvedar J, Bates DW. Telehealth among

- US hospitals: several factors, including state reimbursement and licensure policies, influence adoption. *Health Aff (Millwood)*. 2014 Feb;33(2):207-15. doi: 10.1377/hlthaff.2013.1054.
22. Zanaboni P, Wootton R. Adoption of routine telemedicine in Norwegian hospitals: progress over 5 years. *BMC Health Serv Res*. 2016 Sep 20;16:496. doi: 10.1186/s12913-016-1743-5.
23. Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsis C, Lynch J, Hughes G, A'Court C, Hinder S, Fahy N, Procter R, Shaw S. Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *J Med Internet Res*. 2017 Nov 1;19(11):e367. doi: 10.2196/jmir.8775. PMID: 29092808
24. Greenhalgh T, Shaw S, Wherton J, Vijayaraghavan S, Morris J, Bhattacharya S, Hanson P, Campbell-Richards D, Ramoutar S, Collard A, Hodgkinson I. Real-World Implementation of Video Outpatient Consultations at Macro, Meso, and Micro Levels: Mixed-Method Study. *J Med Internet Res*. 2018 Apr 17;20(4):e150. doi: 10.2196/jmir.9897.
25. Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsis C, Lynch J, Hughes G, A'Court C, Hinder S, Procter R, Shaw S. Analysing the role of complexity in explaining the fortunes of technology programmes: empirical application of the NASSS framework. *BMC Med*. 2018 May 14;16(1):66. doi: 10.1186/s12916-018-1050-6.
26. Programa Nacional de Telesalud en el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2018 [citado septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf>
27. Diagnóstico de situación actual en Telemedicina. Puerto Montt; Servicio de Salud Del Reloncaví, 2019.
28. 1. Mollà RM, Bonet RMB, Climent CI. Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista. *Revista de Tecnología Educativa*. 30 de junio de 2010;(1):113-33.
29. Vasilachis I. Estrategias de investigación cualitativa. Primera Edición. Barcelona: Editorial Gedisa;2006.
30. Martínez-Salgado Carolina. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2012;17(3):613-619. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
31. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública [Internet]*. 2002 [citado septiembre 2019] ;76(5):473-482. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw?resource_ssm_path=/media/assets/resp/v76n5/colabora8.pdf
32. Martínez Carazo PC. El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión [Internet]*. 2016 [citado septiembre 2019];(20):165-193. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
33. Wade V, Elliott J, Hiller J. Clinician Acceptance is the key factor for sustainable telehealth services. *Qual Health Res*. 2014;24(5):682-694. <https://doi.org/10.1177%2F1049732314528809>
34. Murphy M, Scott LJ, Salisbury C, Turner A, Scott A, Denholm R, Horwood J. The implementation of remote consulting in UK primary care following the COVID-19 pandemic: a mixed-methods longitudinal study. *Br J Gen Pract*. 2021 Feb 25;71(704):e166-e177. doi: 10.3399/BJGP.2020.0948
35. 1. Alexander GC, Tajanlangit M, Heyward J, Mansour O, Qato DM, Stafford RS. Use and Content of Primary Care Office-Based vs Telemedicine Care Visits During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Network Open*. 2 de octubre de 2020;3(10):e2021476.
36. Alonso SG, Marques G, Barrachina I, Garcia-Zapirain B, Arambarri J, Salvador JC, de la Torre Díez I. Telemedicine and e-Health research solutions in literature for combatting COVID-19: a systematic review. *Health Technol (Berl)*. 2021;11(2):257-266. doi: 10.1007/s12553-021-00529-7
37. Miranda-Mendizábal Andrea, Vargas Ingrid, Mogoílón-Pérez Amparo-Susana, Eguiguren Pamela, Ferreira de Medeiros Mendes Marina, López Julieta et al . Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit [Internet]*. 2020 Ago [citado septiembre 2019] ;34(4): 340-349. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000400006&lng=es
38. Spinelli H. Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud colectiva*. 2016;12(2):149-171. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.976>
39. Spinelli H. Gestión: prácticas, mitos e ideologías. *Salud colectiva*. 2017;13(4):577-597. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1283>

ARTÍCULOS ORIGINALES

Rev Chil Salud Pública 2022
Vol 26(1): 58-66

NIVEL DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE USUARIOS DEL CESFAM PEDRO DE VALDIVIA, CONCEPCIÓN, CHILE 2019

LEVEL OF CITIZEN PARTICIPATION IN PEDRO DE VALDIVIA FAMILY HEALTH CARE CENTER USERS, CONCEPCIÓN, CHILE 2019

RESUMEN

Introducción: La participación ciudadana es uno de los pilares fundamentales para lograr una gobernanza legítima y estable, además es considerada uno de los determinantes sociales de la salud y eje orientador de la atención primaria de salud. El objetivo principal de esta investigación es determinar nivel de Participación Ciudadana (PC) de usuarios de Centro de Salud Familiar (CESFAM) Pedro de Valdivia en las dimensiones Asociativa-Opinativa, Electoral, Partidaria y Cívica, según edad, sexo, nivel de escolaridad, religión y nivel socioeconómico.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, transversal, de alcance descriptivo. Se aplicó el Cuestionario de Conductas de Participación (CCP) como instrumento para analizar conductas de PC midiendo las dimensiones Electorales, Asociativa-opinativa, Partidaria y Cívica a 213 usuarios que aceptaron participar en este estudio.

Resultados: El nivel de PC corresponde a un nivel medio, existiendo sólo diferencias significativas, en usuarios mayores de 65 años donde este nivel es alto. Los resultados encontrados marcan las diferencias de los niveles de participación en las Dimensiones Partidaria y Asociativa-Opinativa que corresponden a nivel bajo a diferencia de las Dimensiones Cívica y Electoral que se encuentran en nivel alto.

Discusión: Se debe trabajar en potenciar la PC, especialmente en los jóvenes y dando espacios equitativos con enfoque de género, potenciando el eje orientador en la atención primaria de salud.

Palabras clave: Participación ciudadana, niveles de participación, participación social, conductas de participación.

ABSTRACT

Introduction: Citizen Participation is one of the fundamental pillars to achieve legitimate and stable governance; it is also considered one of the social determinants of health and the guiding axis of primary health care. The main objective of this research is to determine the level of Citizen Participation (CP) in users of the Family Health Center (CESFAM) Pedro de Valdivia, according to age, sex, level of schooling, religion and socioeconomic level in the Associative-Opinionary, Electoral dimensions, Partisan and Civic.

Materials and Methods: A quantitative, observational, cross-sectional study with a descriptive scope was carried out. The Participation Behavior Questionnaire (CCP) was applied as an instrument to analyze CT behaviors, measuring the Electoral, Associative-opinionary, Partisan and Civic dimensions to 213 users who agreed to participate in this study.

Results: The PC level corresponds to a medium level, with only significant differences in users older than 65 years where this level is high. The results found mark the differences in the levels of participation in the Partisan and Associative-Opinionary Dimensions that correspond to a low level, unlike the Civic and Electoral Dimensions that are at a high level.

Discussion: Work should be done to enhance PC, especially in young people and providing equitable spaces with a gender approach, promoting the guiding axis in primary health care.

Keywords: Citizen Participation, Participation Levels, Social Participation, Participation Behaviors.

Nicole Gay
Carlos Araya

Facultad de Odontología
Universidad de Concepción,
Concepción, Chile.
nicole.elizabeth.gay.jara@gmail.com

Recibido el 01-10-2021
Aprobado el 09-05-2022

INTRODUCCIÓN

Las sociedades a nivel mundial se despertaron exigiendo transformaciones profundas, expresiones de descontento con los sistemas políticos, demandando libertades básicas y buena gobernanza. Así fue el caso de las manifestaciones de Hong Kong, Argelia, Bolivia, Chile, Etiopía, Indonesia, Irak, Irán, Líbano y Sudán, entre otros¹. Ríos describe que las democracias sufrieron un deterioro durante los últimos 14 años, manifiesto en la tendencia a la baja en la participación electoral a nivel mundial (del 65% en 1990 al 61% en el 2016)².

La PC como pilar de la democracia en América Latina, ha ido en aumento, producto de la democratización y apertura de los distintos regímenes políticos, además como estrategia de superación de desafíos persistentes como la corrupción, la pobreza y la desigualdad³.

Desde el estallido social en Chile, el 18 de octubre, la PC ha tomado un ribete mucho más preponderante. Según el estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) sobre los últimos avances realizado el 2017, se describe a Chile como unas de las democracias más estables del continente; sin embargo, destaca por su bajo nivel de PC y por la baja confianza en las instituciones públicas. La recomendación de la OCDE es avanzar hacia gobiernos abiertos, incrementar la transparencia y ampliar la participación, esta última como condición para una gobernanza eficaz⁴.

La definición de PC es compleja y en general se relaciona con la afectación en la toma de decisiones, ejecución y seguimiento de las decisiones públicas. Según Cunill se define como la intervención de la sociedad civil en la esfera de lo público⁵; Delamaza, describe que la PC se ha considerado en las políticas públicas chilenas desde 1990, con escasa capacidad de canalizar demandas sociales, por su sistema político, tradición histórica, cultura política, prácticas estatales, etc. En el sistema democrático actual, la participación se vería reflejada en la elección popular de los representantes, pero no en la gestión pública en sí (democracia schumpeteriana)⁶.

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE), entiende la PC como el involucramiento activo de los ciudadanos y las ciudadanas en aquellos procesos de toma de decisiones públicas que tienen repercusión en sus vidas. Esto recibió reconocimiento legal en nuestro país con la entrada en vigencia de la ley sobre asociaciones y PC en la gestión pública, que incorporó

en la afirmación de que el Estado reconoce a las personas el derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones⁷.

Dos grandes tendencias han intentado describir cómo medir la participación. Una busca medir sus resultados, y la otra medir el grado de participación de los ciudadanos en la vida pública. Es el caso del Índice de Participación Ciudadana en América Latina, donde se estructuran tres componentes: participación directa, opinativa y electoral. En este trabajo, realizado por Vergara Lope y Hevia de la Jara en la Red Interamericana para la democracia (RID), consideran estas tres dimensiones y agregan la dimensión cívica en la construcción del Cuestionario de Conductas de Participación (CCP)⁸.

La PC, mecanismo de mejoramiento del sector de la salud, es considerada un determinante social de ésta⁹. En la declaración de Alma-Ata se establece la participación comunitaria como una de los ejes orientadores de las estrategias de APS¹⁰.

El objetivo de este estudio fue determinar nivel de Participación Ciudadana en las dimensiones Asociativa-Opinativa, Electoral, Partidaria y Cívica de los usuarios del CESFAM Pedro de Valdivia, según edad, sexo, nivel de escolaridad, religión y nivel socioeconómico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó estudio de enfoque cuantitativo, observacional, transversal, de alcance descriptivo a los usuarios inscritos en el CESFAM Pedro de Valdivia, de la comuna de Concepción. Se aplicó el CCP como instrumento válido (previa adaptación de lenguaje y piloteo con 10 usuarios). Para el cálculo de tamaño de muestra se consideró la estimación por intervalo de confianza para la media del total de la escala, considerando una población de 7505 usuarios (mayores de 18 años inscritos en el CESFAM Pedro de Valdivia y validados por FONASA, al 31 de diciembre del 2016), desviación estándar de 10,56, nivel de confianza del 95% y una precisión de 2 puntos. Usando los valores anteriores y el software Epidat 3.1 se obtiene una muestra de 106. Además, en este estudio interesa estimar el valor por sexo, por lo que obtiene una muestra total de $2 \times 106 = 212$.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que los usuarios encuestados fueron pesquisados en las salas de espera del CESFAM Pedro de Valdivia, durante los meses de agosto 2018 y julio 2019. Los cuestionarios fueron aplicados cuidando la privacidad

del paciente, los cuales fueron 120 de mujeres y 93 de hombres.

Los criterios de inclusión fueron: usuarios inscritos en CESFAM Pedro de Valdivia, mayores de 18 años, que acepten bajo firma ser incluidos en su estudio. Se excluyeron usuarios con alteraciones cognitivas que imposibiliten aplicar cuestionario.

Las variables consideradas en este estudio son: sexo (considerado según Censo de Población y Vivienda Chile 2017 como “hombre” y “mujer”¹¹); edad (expresada como la edad en años cumplidos); nivel educacional (considera preescolar, Especial o Diferencial, Educación Básica, Primaria o Preparatoria, Media o Secundaria y Superior según Censo de Población y Vivienda Chile 2017¹¹); nivel socioeconómico (clasificados según los tramos de escala de FONASA⁶⁹); Conductas de Participación: dimensión Electoral (derecho político de votar y ser votado), dimensión Asociativa-Participativa (conductas de participación en grupos de personas, sin fines de lucro, que no pertenezcan al estado y que tengan un objetivo en común), dimensión Partidaria (conductas que consideran la vida partidaria) y dimensión Cívica (comportamiento respetuoso del ciudadano para con las normas de convivencia pública)⁸.

La recolección de la información se realizó mediante set impreso, este incluyó documento informativo, consentimiento informado y el cuestionario confeccionado para este estudio que incluye variables sociodemográficas y CCP de los autores Vergara Lope y Hevia de la Jara⁸.

El estudio fue aprobado por el comité de Factibilidad de Estudio del CESFAM y el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Concepción. Para el resguardo de la confiabilidad de la información el

cuestionario fue aplicado sin identificar al usuario y trabajados sólo por el investigador.

Para el análisis de datos se comenzó con estadística descriptiva para obtener la caracterización de las muestras, utilizando medidas de resumen para variables cuantitativas (medidas de tendencia central y de dispersión) y tablas de frecuencia para las variables cualitativas. Para determinar el nivel de PC primero se hizo una descripción del global de la escala (con intervalos de confianza del 95% para la estimación de la media), y luego se trató como variable ordinal usando la categorización propuesta por los autores de esta escala, para ello se utilizó tablas de frecuencia y gráficos de barras. Para los objetivos específicos se utilizó estadística bivariada, presentando medidas de resumen (tendencia central y de dispersión) del puntaje global y por dimensión de la escala descrita por los autores del CCP, por cada categoría de las variables de interés. Para hacer comparables los totales de las dimensiones y según variables estudiadas, fueron transformados al mismo puntaje del global de la escala de Nivel de Participación. El software utilizado para el análisis de los datos fue Infostat/P.

RESULTADOS

Se puede observar que la muestra presenta mayor porcentaje de mujeres (56,3%); la media de edad es de 49,4 años (DE de 18,5 años) y el rango etario más frecuente es de 30 a 50 años (34,7%); el 70,4% declara religión; el nivel socioeconómico más frecuente es el tramo B (59,2%); y el nivel educacional medio y superior son los más presentes (aproximadamente 80%).

Tabla N°1. Descripción de la muestra

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA		n	%
Sexo	Femenino	120	56,3
	Masculino	93	43,7
Edad Categorizada	18 a 30 años	39	18,3
	más de 30 a 50 años	74	34,7
	más de 50 a 65 años	48	22,5
	más de 65 a 87 años	52	24,4
Religión	No	63	29,6
	Sí	150	70,4
Nivel Socioeconómico (Tramo FONASA)	A	35	16,4
	B	126	59,2
	C	19	8,9
	D	33	15,5
Nivel Educativo	Educación Básica	40	18,8
	Media	87	40,8
	Superior	86	40,4

Al realizar el análisis de confiabilidad de la escala del CCP, la consistencia Interna global y de sus cuatro dimensiones, los valores están sobre lo recomendado ($>0,7$), excepto para la dimensión Cívica que se encuentra ligeramente inferior al mínimo aceptable (12).

El nivel de PC global no presentó una distribución normal (rechazada por las Pruebas de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk, ambas con

$p < 0,0001$), sino más bien, una asimetría positiva. Sin embargo, la media (25,3) y la mediana (24,0) tienen valores similares, por lo que se decide realizar análisis presentando estimaciones de la media con un intervalo de confianza de 95%. La media puntual del nivel de PC global es de 25,3, con IC (95%): (23,7 a 26,9), correspondiendo a una categoría de nivel medio de la Escala de Nivel de Participación del CCP.

Tabla N°2. Nivel de Participación según variables

Variable	M	NPC
Sexo		
Femenino (n=120)	25,6	Media
Masculino (n=93)	24,8	Media
Religión		
si (n=150)	26,25	Media
no (n=63)	22,9	Media
Nivel Socioeconómico		
Tramo A (n=35)	23,54	Media
Tramo B (n=126)	26,12	Media
Tramo C (n=19)	20,16	Media
Tramo D (n=33)	26,73	Media
Nivel Educativo Categorizado		
Educación Básica (n=40)	23,7	Media
Educación Media (n=87)	25,67	Media
Educación Superior (n=86)	25,57	Media
Edad Categorizada		
de 18 a 30 (n=39)	21,03	Media
más de 30 a 50 (n=74)	25,68	Media
más de 50 a 65 (n=48)	25,83	Media
más de 65 a 87 (n=52)	27,31	Alta

M: Media

NPC: Nivel de participación ciudadana

Los resultados descritos muestran que no existen diferencias en el nivel de Participación de la Escala de CCP, en las variables sexo (ICmujeres: [23,5 a 27,7]; IC hombres: [22,4 a 27,3]), religión, nivel socioeconómico y nivel educacional, todos catalogados como nivel medio de participación. En las categorizaciones de la variable edad, se observa tendencia de mayor participación al aumentar la edad. Existe diferencia en la categoría en mayores de 65 años que obtienen una categorización de nivel de participación alta.

Para analizar y comparar las Dimensiones Electorales, Asociativa-Opinativa, Partidaria y Cívica se asimiló a puntajes de las medias a la Escala de Nivel de participación del CCP (Media que se le nombrará 'media transformada' de aquí en adelante). Este

procedimiento se realizó, además, por dimensión según las variables edad, sexo, nivel de escolaridad, religión y nivel socioeconómico. En el Gráfico N°1 se observan las diferencias del nivel de participación, categorizadas según Cuestionario CCP como nivel alto para las Dimensiones Electoral y Cívica y nivel bajo para las Dimensiones Asociativa- Opinativa y Partidaria. Claramente se observa que hay una polarización entre las dimensiones Cívica y Electoral (categoría alta) con las dimensiones Asociativa-Participativa y Partidarias (categoría baja).

En la tabla siguiente se presentan el nivel de PC por dimensiones y su categorización. No se presentan diferencias por variables sociodemográficas.

Gráfico N°1. Dimensiones según Medias Transformadas

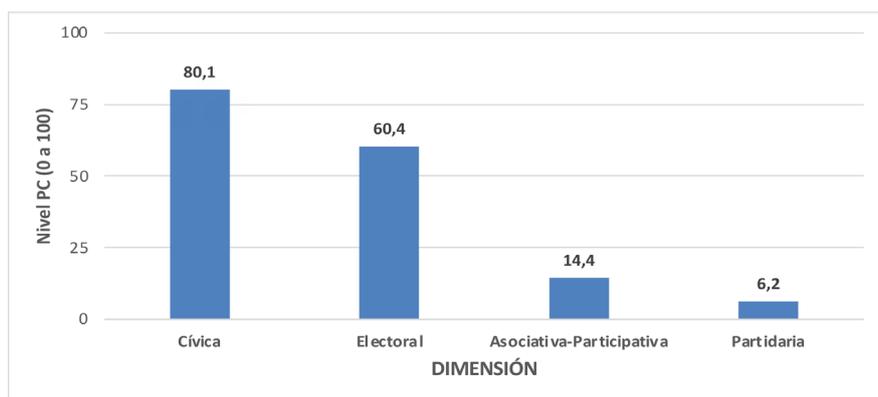


Tabla N°3. Nivel de Participación según Dimensiones

Variable	Dimensión Electoral			Dimensión Asociativa			Dimensión Partidaria			Dimensión Cívica		
	M	MT	NPC	M	MT	NPC	M	MT	NPC	M	MT	NPC
Sexo												
Femenino (n=120)	7,3	60,6	Alta	9,2	14,6	Baja	0,9	6,6	Baja	8,1	81,4	Alta
Masculino (n=93)	7,2	60,2	Alta	9,0	14,1	Baja	0,9	5,8	Baja	7,8	78,4	Alta
Religión												
Si (n=150)	7,9	65,8	Alta	9,2	14,7	Baja	0,8	3,3	Baja	8,2	82,5	Alta
No (n=63)	5,7	47,8	Alta	8,6	13,6	Baja	1,2	13,2	Baja	7,4	74,3	Alta
Nivel Socioeconómico												
Tramo A (n=35)	7,0	58,1	Alta	8,2	13,1	Baja	0,7	4,4	Baja	7,7	76,9	Alta
Tramo B (n=126)	7,5	62,2	Alta	9,5	15,1	Baja	1,1	7,0	Baja	8,0	80,4	Alta
Tramo C (n=19)	6,0	49,1	Alta	5,8	9,3	Baja	0,4	2,5	Baja	8,0	80,5	Alta
Tramo D (n=33)	7,4	61,4	Alta	10,6	16,0	Baja	1,1	7,3	Baja	8,2	82,1	Alta
Nivel Educativo Categorizado												
Educación Básica (n=40)	8,0	66,5	Alta	7,8	12,4	Baja	0,7	4,0	Baja	7,3	73,0	Alta
Educación Media (n=87)	7,2	60,0	Alta	9,5	15,0	Baja	0,9	6,2	Baja	8,1	80,9	Alta
Educación Superior (n=86)	7,0	58,1	Alta	9,2	14,7	Baja	1,1	7,3	Baja	8,2	82,6	Alta
Edad Categorizada												
de 18 a 30 (n=39)	5,0	41,2	Alta	7,7	12,3	Baja	0,6	3,9	Baja	7,8	77,7	Alta
más de 30 a 50 (n=74)	7,0	58,3	Alta	9,5	15,1	Baja	1,2	7,9	Baja	8,0	79,6	Alta
más de 50 a 65 (n=48)	8,0	67,2	Alta	8,6	13,7	Baja	0,9	5,8	Baja	8,3	82,7	Alta
más de 65 a 87 (n=52)	8,6	71,6	Alta	9,8	15,6	Baja	0,9	5,9	Baja	8,0	80,2	Alta

M: Media

MT: Media transformada

NPC: Nivel de Participación Ciudadana

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio sobre el nivel de participación de los usuarios del CESFAM Pedro de Valdivia arrojan un nivel medio, coincidente con un país con normativas de una democracia representativa que debe trabajar en abrir espacios para ser participativa⁴. En la descripción de la muestra se puede observar la diferencia entre el sexo de los participantes, posiblemente por la diferencia de concurrencia al CESFAM entre ambos sexos.

Si lo analizamos según las variables sexo, religión, nivel educacional, no se observaron diferencias en este estudio, contrastando lo encontrado en la encuesta CASEN de los años 2000, 2009 y 2015^{6,7}, donde se señalan una diferencia entre la PC entre hombres y mujeres, siendo estas últimas más participativas. El diagnóstico participación electoral del PNUD describe que las mujeres presentan mayor participación electoral que los hombres en casi todas las edades, siendo más marcados entre los 40 y 44 años², discrepando también con lo encontrado en este estudio. En cuanto al nivel socioeconómico y la edad podemos encontrar resultados muy parecidos. En la encuesta CASEN 2009 el nivel socioeconómico en Chile no se muestra como un factor influyente en el nivel de participación¹³. Postura diferente planeada por PNUD, donde describe que ingreso se relaciona negativamente con la participación electoral, según la elección municipal del 2016².

Los usuarios pertenecientes a CESFAM Pedro de Valdivia muestran un mayor nivel de participación en el grupo etario mayores de 65 años, coincidente con lo descrito por el SERVEL. En las elecciones presidenciales, parlamentarias y de consejeros regionales 2013 y 2017, el grupo etario con mayor participación es el comprendido entre los 65 y 69 años con un 69,16% de participación. Así lo observado en este estudio, concuerda con el Centro de Estudios Públicos que describe en 2015 que un 46% de los chilenos que participan son mayores de 61 años y sólo un 19% de 19 a 24 años¹⁴ y con el diagnóstico de participación electoral del PNUD que señala que los jóvenes entre 18 y 19 presentan las tasas más bajas de participación en las elecciones municipales del 2012 y 2016².

En el estudio de la OCDE del 2017 se describe a la PC como limitada, refiriéndose a los porcentajes de representación en las elecciones del 2013 donde sólo un 49% sufragó en elecciones presidenciales y un 34,9% en las municipales 2016, siendo una de las tasas más bajas de la OCDE¹⁵. Según PNUD, Chile

presenta una de las mayores bajas en la participación electoral en el mundo: 36% en el 2016, 45% 2012 y un 70% 1992 en las elecciones municipales, lo mismo se observa en las elecciones para diputados: 87% de 1989 al 51% en 2013², a pesar del crecimiento de la población en edad de votar, que ha aumentado sostenidamente. Es importante mencionar que al comenzar a regir la Ley N° 20.568 en el 2012, que implementa la inscripción automática y el voto voluntario, produce una baja importante en la participación cívica, demostrada en las elecciones parlamentaria del 2013 donde más del 58% no acudió a sufragar¹⁶. Esto se contrasta con los resultados de este estudio que posiciona a la dimensión electoral como nivel de participación alto según CCP.

El nivel de participación baja encontrado en la dimensión Asociativa y Participativa es coincidente con los bajos porcentajes de confianza detectados en la CEP de instituciones públicas y con lo descrito sobre la disminución de la participación de 30,7% a un 20,1% según encuesta CASEN 2000 y 2009 respectivamente¹³. En el ámbito de la política regulatoria, se observa también, bajo nivel de involucramiento de los actores con 1,5 puntos en comparación con un 2,5 promedio de la OCDE⁴. Coincidente también con el bajo porcentaje descrito por Sociedad en Acción donde solo el 6,2% de los chilenos participó durante los últimos años y un 72,6% nunca ha participado en las OSC¹⁷. Los resultados encontrados en la dimensión Partidaria, categorizada en estudio como baja, concuerda con la encuesta CASEN 2019 que muestra un porcentaje de confianza del 2% a los partidos políticos, y donde el 72% no se identifica con ninguna posición política, y que el 90% nunca ha trabajado para un partido o candidato. PNUD también describe cifras que demuestran la baja en credibilidad y pertenencia a partidos políticos, 53% en 2008 no se identifica con ningún partido a 83% en 2016, mientras que el 84% evalúa mal o muy mal la función de representación de los partidos². En cuanto a los resultados de dimensión cívica como nivel de participación alto es coincidente con los resultados de la CEP 2019 que no justifican las barricadas o destrozos en las protestas (80%), los saqueos (90%) ni los incendios en edificios ni locales comerciales (92%)¹⁸.

El desafío es consolidar mecanismos de participación directa y vinculante, otorgando legitimidad y representatividad co-construyendo un Chile más justo e igualitario. Por otro lado, mejorar la confianza en estos procesos y en las instituciones, pilares fundamentales

para fortalecer una democracia sólida, reconocida por todas y todos y donde exista un nivel de participación que signifique un real poder ciudadano, como actores principales en la evaluación de las políticas públicas mejorando eficiencia y eficacia de la gestión pública, evitando vicios de como la corrupción y la falta de probidad. Es importante considerar fortalecer la PC localmente, igualdad en el acceso a información y real representación, generando sentido de pertenencia y compromiso en la resolución de conflictos y tomas de decisiones en una sociedad dinámica. La significativa diferencia en la representación de la mujer en cargos públicos, laborales y políticos nos hace reflexionar sobre la importancia de políticas públicas que sean pensadas con un enfoque de género, buscando equidad en este sentido. Es necesario, además, incluir a los jóvenes, especialmente en participación electoral, restableciendo confianzas y reforzando la educación cívica, para una mejor comprensión de los procesos en base a justicia social, libertad individual y colectiva, dignidad humana y por sobre todo el respeto con las normas de convivencia pública. En el sector salud, tenemos también grandes retos, debemos fortalecer la PC y trabajar junto con la comunidad para lograr un sistema de salud integral más equitativo, inclusivo y con enfoque de género y diversidad, considerando la salud, como una de las determinantes sociales

importantes para la búsqueda de problemáticas y soluciones desde lo local¹⁹, cumpliendo además con lo establecido en Alma-Ata con la PC como eje orientadora de la APS, base de nuestro sistema de salud.

Considerando las reflexiones anteriores podemos concluir que, al mejorar los niveles de PC, mecanismo de mejoramiento del sector salud, podremos lograr la credibilidad, gobernabilidad y legitimidad de una democracia participativa y un Estado transparente, equitativo y descentralizado y con ello mejorar la calidad de vida de la ciudadanía¹⁰.

Las limitaciones de este estudio es que representa un solo sector de la ciudad de Concepción con una historia de PC bien particular, por lo que sería interesante replicar este estudio en varios sectores de la ciudad y por sobre todo después de los últimos acontecimientos políticos sobre participación en Chile. Tiene además la limitación que el instrumento (en el momento de ser consultado a los autores del CCP) no había sido aplicado, solo validado lo que imposibilita la comparación con el mismo instrumento.

Financiamiento y conflictos de interés

Los autores del trabajo de investigación declaran no tener conflicto de interés, no recibir remuneración ni aporte económico que pudiese alterar el objetivo del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freedom House [Internet]. Washington: Freedom House; 2020 [consultado 4 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://freedomhouse.org/es/article/nuevo-informe-el-informe-de-la-libertad-en-el-mundo-2020-advierte-el-progresivo-deterioro>.
2. Ríos M. Diagnóstico sobre la Participación Electoral en Chile. Programa de las Naciones Unidas. Chile: Programa de las Naciones Unidas, 2017.
3. Evidencias y lecciones desde América Latina. Participación Ciudadana en América Latina: Innovaciones para fortalecer la gobernanza. Rev. ELLA [Internet]. S.f. Pp. 1-18 [consultado: 12 mayo 2020]. Disponible en: <https://ella.practicalaction.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide-GOV-revisado.pdf>
4. Chile. Ministerio de Relaciones Exteriores [Internet]. Santiago: MINREL; 2017 [consultado 25 julio 2020]. La Participación Ciudadana en el proceso constituyente en Chile. Disponible en: <https://chile.gob.cl/ocde/informes-ocde/estudios-ocde-sobre-chile/nuevo-estudio-ocde-la-participacion-ciudadana-en-el-proceso>
5. Guillen A, Sáenz K, Badii MH, Castillo J. Origen, espacio y niveles de participación ciudadana. Daena: International Journal of Good Conscience. 2009 mar; 4(1):179-193.
6. Delamaza G. Espacio Público y participación ciudadana en la gestión pública en Chile: Límites y posibilidades. Polis. 2011;10 (30):45-75.
7. INE (Chile). Participación Ciudadana.[Internet]. Chile: INE. [consultado 5 de Diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.cl/ine-ciudadano/participacion-ciudadana>.
8. Vergara-Lopez Tristán S, Hevia De La Jara FJ. Para Medir la Participación. Construcción y validación del Cuestionario Conductas de Participación. Rev Mex Cs. Políticas y Sociales [Internet]. 2012;215:35-67 [consultado 16 abril 2020]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcyps/article/view/34628>
9. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Participación Ciudadana en Atención Primaria. [Internet]. MINSAL [consultado 25 de Mayo 2019]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/2_PARTICIPACION-CIUDADANA-APS.pdf
10. Zurro AM, Pérez JC. Atención Primaria Conceptos, Organización y practica Clínica. 6° ed. Masson; 2008.
11. INE (Chile). Censo 2017 [Internet]. Chile: INE; ©2017 [consultado 18 de Mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.censo2017.cl>
12. Borjes JA, López L, Hernandez M, Jimenez E. Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab. En: Eleventh LACCEL Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology (LACCEL'2013). Cancún, México
13. Herrmann MG, Van Klaveren A. Disminución de la participación de la población en organizaciones sociales durante los últimos trece años en Chile e implicaciones para la construcción de una política de planificación urbana más participativa. EURE. 2016;42(125): 175-203.
14. Centro de Estudios Públicos (Chile). Estudio Nacional de Opinión Pública N° 84. [presentación en Internet]. Chile: CEP; 2019 [consultado 25 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20200116/20200116081636/encuestacep_diciembre2019.pdf
15. Cruz González L, Valentín Mballa L. Mecanismos de Participación Ciudadana en las Políticas Públicas en América Latina. Revista Políticas Públicas. 2007;10(1):0718-462X
16. Ley N° 20.568, implementa la inscripción automática y el voto voluntario [Internet]. Disponible en: https://www.bcn.cl/historiapolitica/elecciones/detalle_eleccion?handle=10221.1/63219&periodo=1990-2022
17. Seminario: ¿Es Chile un país participativo?. Incentivos y restricciones para la participación efectiva de la sociedad civil en temas públicos. Santiago 31 de Julio, 2019. Cuadernillo Hemiciclo [Internet], No. 21. [Chile]: Academia Parlamentaria; 2020. 62 p. [consultado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/publicacion/seminario-es-chile-un-pais-participativo/>
18. Centro de Estudios Públicos (Chile.) [Internet]. Estudio Nacional de Opinión Pública N°84, Diciembre 2019. [consultado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cepchile.cl/cep/encuestas-cep/encuestas-2010-2019/estudio-nacional-de-opinion-publica-n-84-diciembre-2019>.
19. Méndez C, Vanegas J. La participación social en salud: el desafío de Chile. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2010 [consultado 5 junio 2020];27(2):144-8. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9717/a09v27n2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PRECIO MÁXIMO INDUSTRIAL: INSTRUMENTO PARA LA NEGOCIACIÓN Y LA REGULACIÓN DE LOS PRECIOS DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO EN CHILE

MAXIMUM INDUSTRIAL PRICE: INSTRUMENT FOR PRICING NEGOTIATION AND REGULATION OF HIGH-COST MEDICINES IN CHILE

RESUMEN

El Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo instauró en Chile el Precio Máximo Industrial. Este corresponde al valor máximo a pagar por una tecnología que es parte de este sistema.

El Precio Máximo Industrial se determina en el proceso de evaluación y considera precios de referencia externos e internos y las cotizaciones de los proveedores. En la mayoría de los casos, la fuente de precios que predomina es la cotización, por tratarse del menor valor. En esta etapa, se opera en el contexto de una negociación de precios. Al ingresar a la cobertura, el Precio Máximo Industrial funciona como un precio techo en los medicamentos que mantienen su condición de monoproveedores. Por su parte, cuando ingresan nuevos proveedores, el Precio Máximo Industrial deja de ser un mecanismo de regulación activo, ya que los precios de compra se sitúan por bajo el precio techo.

La principal recomendación para perfeccionar el funcionamiento del Precio Máximo Industrial es asumir un enfoque más dinámico en su determinación con múltiples rondas de negociación y con criterios de actualización definidos a priori. Para lo anterior, se requiere desarrollar una institucionalidad para la negociación de precios en el sistema público de salud.

Palabras Claves: Política farmacéutica, Regulación de precios, Precio de medicamentos, Asequibilidad.

ABSTRACT

The Financial Protection System for Diagnostics and High-Cost Treatments established the Maximum Industrial Price in Chile, which is defined as the maximum price to be paid for a technology that is part of this regime.

The Maximum Industrial Price is determined in the evaluation process and three elements are considered: external reference pricing, internal reference pricing and the supplier offers. In most cases, the supply offer is the source that prevails, because it is the lowest value. On this stage, Maximum Industrial Price works in the context of a price negotiation.

Once the medicine is incorporate into guarantees, Industrial Maximum Price works as a price cap for most of medicines that hold their single supplier condition. In the case of drugs that get new suppliers, the Maximum Industrial Price is no longer an active regulation mechanism since the actual purchase prices are far below the ceiling price. The main recommendation to improve the Industrial Maximum Price is to assume a more dynamic approach in its determination with multiple rounds of negotiation and with updating criteria defined a priori, for which it is necessary to develop an institutional framework for the negotiation of prices in the public health system.

Keywords: Pharmaceutical Policy, Pricing, Affordability.

Sergio Poblete
 Unidad de Evaluaciones
 Económicas, Departamento de
 Evaluación de Tecnologías
 Sanitarias y Salud Basada en la
 Evidencia, Ministerio de Salud
 spobletevargas@gmail.com

Recibido el 21-10-2021
 Aprobado el 23-03-2022

INTRODUCCIÓN

El alto costo de los medicamentos se ha transformado en una amenaza para el acceso a tratamientos por parte de pacientes, al mismo tiempo que para los sistemas sanitarios dicho gasto compromete su sostenibilidad financiera de largo plazo^{1,2}. Son diversas las opciones de políticas que han tomado los países para confrontar el desafío de la creciente proporción del gasto destinado a medicamentos, entre las cuales se puede citar la regulación de precios, las políticas de reembolso y cobertura, los esquemas de riesgos compartidos, negociaciones de precios y procesos licitatorios, entre otros^{3,4}.

El uso de este tipo de herramientas se hace más urgente en países de bajos y medianos ingresos, ya que producto de las estrategias de los laboratorios, estos enfrentan en ciertos casos precios de medicamentos incluso mayores que en países desarrollados⁵.

En Chile, uno de los aspectos que caracterizaba el mercado de medicamentos era la ausencia de la regulación de precios. Sin embargo, en años recientes se han implementado dos políticas en campos específicos de la compra pública de medicamentos, las cuales han modificado esta situación. En primer lugar, la Ley N° 20.850 que crea el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (Ley Ricarte Soto), la cual en sus decretos 3 y 4 instauró dentro del proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) el Precio Máximo Industrial (PMI). En segundo lugar, la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), al iniciar la intermediación de compras para farmacias independientes, fija los márgenes de comercialización para los productos intermediados.

Este artículo se focaliza en la Ley Ricarte Soto (LRS). Dicha Ley se caracteriza por su cobertura universal, es decir, entrega protección financiera a todos los usuarios de sistemas previsionales de salud en Chile, sin importar su condición socioeconómica. Los beneficiarios de la LRS tienen una cobertura financiera del 100% por lo que no existe cobro asociados a los diagnósticos, medicamentos, dispositivos y alimentos que se encuentran bajo la cobertura de este régimen de garantías.

La LRS cubre condiciones específicas de salud, entre las que se encuentran enfermedades oncológicas, inmunológicas, raras o poco frecuentes. En la actualidad, la Ley entrega cobertura a 29 problemas

de salud. Entre los tratamientos cubiertos se encuentra Trastuzumab para el Cáncer de Mama HER+, medicamentos biológicos^A para el tratamiento de Artritis Reumatoide activa refractaria al tratamiento habitual y Laronidasa para la Mucopolisacaridosis Tipo I6.

Son objetivos de este artículo, por un lado, describir la experiencia chilena de implementación del PMI y por otro, efectuar una evaluación del impacto que ha tenido este instrumento en la trayectoria de precios de las compras públicas de medicamentos que han ingresado a la cobertura de la LRS.

El trabajo se estructura en siete secciones incluyendo esta introducción. A continuación, se describen los métodos y datos que se utilizarán en el estudio. Luego, se entregan elementos legales y reglamentarios que norman y definen el PMI. Posteriormente, se expone un esquema estilizado de la operación del PMI en la práctica de los procesos de evaluación e implementación para tecnologías del tercer y cuarto decreto de la LRS. Seguidamente, se muestran cifras con respecto a las variaciones de precios en el tiempo de los medicamentos cubiertos que actualmente cuentan con PMI. Después, se discuten lecciones de política, problemas y aspectos a mejorar de la experiencia del PMI. Finalmente, se presentan las conclusiones.

MÉTODO Y DATOS

Este artículo corresponde a un estudio de caso en que se analiza la instauración del PMI y su efecto en los precios de medicamentos de alto costo con cobertura por parte de la LRS⁷. Dicho efecto se mide en dos momentos. En primer lugar, al ser fijado el precio máximo comparándolo con la situación previa. En segundo lugar, se describe la trayectoria de precios de compra durante la vigencia de garantías. Adicionalmente, se realiza un análisis crítico de la experiencia del PMI como instrumento para negociar y regular los precios.

El análisis se focaliza en tecnologías del tercer (año 2017) y cuarto decreto (año 2018) de la LRS debido a que su inclusión consideró un proceso de evaluación que contemplaba la determinación del PMI. Adicionalmente, se considera solo a los medicamentos, debido a los problemas de cálculo e implementación del PMI que han enfrentado las escasas tecnologías, principalmente dispositivos, que no corresponden a

A Etanercept, Abatacept, Adalimumab, Golimumab, Tocilizumab, Tofacitinib, Rituximab.

medicamentos y que han logrado la cobertura de la LRS en el tercer y cuarto decreto.

Los datos utilizados para el PMI y su determinación tienen como fuente los Informes de Evaluación Científica de la Evidencia realizados para el proceso de evaluación y priorización del tercer y cuarto decreto de la LRS^B. Las fechas de publicación de estos informes son noviembre de 2017 y agosto de 2018 para el tercer y cuarto decreto, respectivamente. Para conocer el precio de compra del sector público previo al ingreso en la LRS, se utilizan datos de Mercado Público desde enero a noviembre de 2017 para las tecnologías del tercer decreto y de enero a agosto de 2018 para el cuarto decreto, los cuales son actualizados mediante IPC y quedan expresados en moneda de la fecha de publicación del respectivo informe de evaluación, permitiendo así su comparación con el PMI^C. Finalmente, para conocer los precios efectivos de compra desde el ingreso a la cobertura hasta julio de 2021, se utiliza el observatorio de compras de CENABAST, entidad encargada de efectuar adquisiciones para el régimen de garantías de la LRS^D. En este último caso, para realizar la comparación con el PMI, los precios de compra y el PMI son expresados en pesos de julio de 2021 utilizando el IPC.

Aspectos normativos del PMI

El PMI es el valor máximo a pagar por una tecnología incorporada a la cobertura de la Ley N° 20.850⁸. En dicha ley se establece que la determinación del PMI es uno de los componentes del proceso de evaluación, es decir, para que una tecnología pueda ser parte de este régimen de garantías es requisito que se desarrolle un proceso de evaluación del estilo ETESA en el que, entre otros aspectos, se fije un precio máximo de compra. Adicionalmente, la LRS en su artículo 33 indica que los contratos no podrán tener precios que excedan el PMI fijado durante el proceso de evaluación⁹.

En la práctica el PMI se determina durante la etapa de evaluación y corresponde al menor precio entre: i) el precio de referencia internacional; ii) el precio obtenido de Mercado Público en el año previo y iii) el precio de las cotizaciones recibidas a través del proceso de solicitud de información a proveedores.

En el caso del precio de referencia internacional,

en la práctica se operacionalizó como el promedio de los tres menores precios obtenidos de las compras públicas en los siguientes países: Argentina, Brasil, Colombia, México y Perú. Dichos precios son obtenidos mediante el uso de observatorios de compras públicas de cada país o mediante la consulta directa a instituciones encargadas de compras para los sistemas públicos de salud. El precio de Mercado Público se determinó como el menor precio de compra en el año anterior a la evaluación, por cualquier organismo del sistema público de salud (incluyendo CENABAST). Por último, en el caso de las cotizaciones correspondió a las ofertas de precios que se solicitaron a los proveedores de tecnologías candidatas a la cobertura de la LRS.

Etapas en que opera el PMI

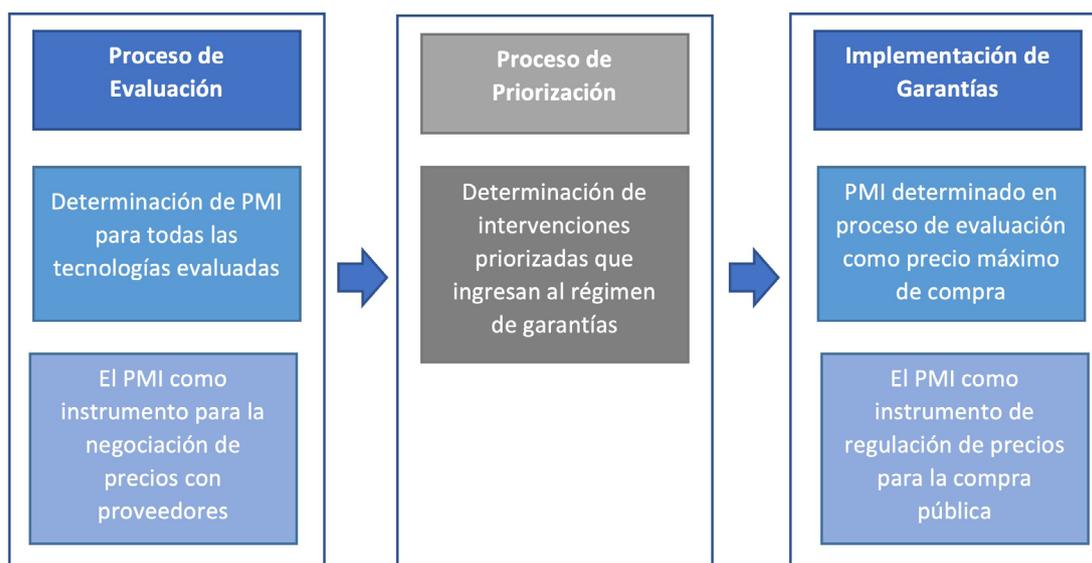
La LRS considera una serie de etapas y procesos en cuanto a la definición e implementación de tecnologías sanitarias a las cuales se les otorga cobertura⁹. Entre estas etapas se encuentra:

1. **Solicitud de evaluación para incorporar una tecnología a la LRS.** Se reciben solicitudes a través de mecanismos de participación ciudadana. Sobre la base de este listado de solicitudes, el Ministerio de Salud determina qué tecnologías cumplen con criterios para pasar al proceso de evaluación.
2. **Evaluación Científica de la Evidencia.** El principal resultado del proceso de evaluación es un informe que contiene evidencia en aspectos como eficacia y seguridad, impacto presupuestario, evaluaciones económicas, precio máximo industrial y elementos éticos jurídicos y sociales, entre otros.
3. **Recomendación de priorización.** Un órgano colegiado denominado Comisión de Recomendación Priorizada analiza, prioriza y recomienda qué tecnologías deben ser incorporados a la LRS. Esta Comisión utiliza el Informe de Evaluación Científica la de Evidencia y la metodología "De la Evidencia a la Decisión" para efectuar sus recomendaciones. Entre las dimensiones que considera este método se encuentran los efectos deseables, no deseables, certeza de la evidencia, valores y preferencia, uso de recursos, equidad y factibilidad de implementación¹⁰.

B Estos informes se encuentran disponibles en LRS - Ministerio de salud (minsa.cl).

C datosabiertos.chilecompra.cl/Home/SeleccionDM. Fecha de consulta del 19 de agosto de 2021.

D <https://www.cenabast.cl/compras-cenabast/>. Fecha de consulta del 27 de agosto de 2021.

Gráfico 1. Etapas en que opera el Precio Máximo Industrial (PMI) en el contexto de la Ley Ricarte Soto

Fuente: elaboración propia

- 4. Proceso de decisión.** Sobre la base de la evaluación y recomendación, los ministerios de Salud y Hacienda determina mediante Decreto Supremo los diagnósticos y tratamientos que cubrirá el Sistema de Protección Financiera para Diagnóstico y Tratamientos de Alto Costo.
- 5. Vigencia e implementación de garantías.** Una vez dictado el decreto en que se establece fecha de entrada en vigor de garantías, estas se hacen exigibles por parte de ciudadanos. Es decir, corresponde a la etapa de implementación donde tecnologías sanitarias son entregadas a beneficiarios de acuerdos a protocolos y por prestadores acreditados. En esta etapa se realiza compra de tecnologías sanitarias cubiertas por LRS por parte de CENABAST.

En la Figura 1 se ilustran las etapas de la LRS relacionadas con el PMI, el cual ayuda a orientar el análisis que se realiza en la próxima sección. En primer lugar, se encuentra el proceso de la evaluación científica de evidencia disponible donde se fija el PMI. En efecto,

entre los componentes que debe contener el Informe de Evaluación Científica de la Evidencia se encuentra la determinación del PMI⁹. En segundo lugar, el PMI es relevante durante la implementación de garantías, operando como una cota superior para el precio de compras que realiza CENABAST para tecnologías de la LRS. En este caso, su operación se fundamenta en evitar potenciales conductas oportunistas de proveedores en términos de precios, ya que el Estado debe garantizar la continuidad del tratamiento para pacientes que se encuentran bajo la cobertura de esta ley. En la práctica, el PMI asegura que los proveedores respeten las condiciones de precio que presentaron durante el proceso de evaluación.

Cabe mencionar que posterior a la determinación del PMI en el proceso de evaluación, la Comisión de Recomendación de Priorización tiene entre sus facultades la posibilidad de considerar nuevas ofertas de precios a los proveedores^E. En la práctica, ha sido una solicitud no generalizada y para proveedores específicos, por lo que el uso de esta facultad de la Comisión ha tenido un carácter discrecional.

E Artículo N° 8 de Ley 20.850 (9). El precio informado a la Comisión de Recomendación Priorizada debe ser respetado por proveedor en el potencial proceso de compra.

ANÁLISIS DE LA OPERACIÓN DEL PMI

a. Determinación del PMI

En el tercer y cuarto decreto de la LRS ingresaron a la cobertura de este régimen treinta pares de problemas de salud – tecnologías sanitarias^F. En el caso de los medicamentos (veinticinco pares), el PMI fue determinado por la cotización en 88% de los casos. Es decir, la cotización resulta ser menor que el precio de referencia internacional y el precio de mercado público para la mayoría de los medicamentos en los cuales se ha determinado el PMI.

El único caso en que predomina el precio de referencia internacional (Infliximab), se explica porque en el proceso de evaluación se recibió solo la oferta del productor original, mientras que en países vecinos se encontraba la alternativa biosimilar a un menor precio^G.

Para dos medicamentos predomina el precio de Mercado Público. En Ruxolitinib la diferencia con el precio de la cotización es despreciable (0,7%) para tecnologías de alto costo con un pequeño número de beneficiarios. En el caso de Imatinib, uno de los proveedores con menor precio de venta al sector público (Laboratorio Dr. Reddys), no realizó oferta durante el proceso de evaluación.

b. Efecto del PMI en el precio de entrada

Una forma de cuantificar el efecto que tiene el PMI para el sistema público de salud es comparar dicho precio con lo que pagaba el comprador público en el periodo anterior a la determinación del PMI^{H,I}. En promedio, el PMI resulta ser 12% menor en términos

reales que el precio compra reportado en Mercado Público. Destacan los menores precios en Sunitinib (12,5 mg.) y Tocilizumab (Gráfico 2). En el caso de Sunitinib (12,5 mg), este menor precio se produce en el proceso del tercer decreto de LRS, cuando este medicamento ingresa a la cobertura para pacientes con tumores neuroendocrinos pancreáticos.

c. El PMI durante la vigencia de garantías

Dado que el PMI impone legalmente un precio máximo de compra, es relevante examinar si el precio efectivo al que son adquiridas las tecnologías se encuentra cercano a este precio techo y si actúa o no como una política de regulación de precios activa^L.

En el Gráfico 3 se presenta el cociente entre el PMI y el precio efectivo de la última compra pagado por CENABAST en el contexto de la LRS. Para obtener este cociente ambos precios son expresados en pesos constantes de julio de 2021, de manera de ajustar por inflación. La interpretación de este gráfico es que entre más cercano a 100%, más próximo se encuentra el precio efectivo de compra al precio techo impuesto por el PMI.

En primer lugar, en el Gráfico 3 se identifica que los medicamentos en que hay competencia entre proveedores por la existencia de bioequivalentes o biosimilares, los precios efectivos de compra para el sector público evolucionan hacia niveles muy por bajo el PMI (Everolimus, Imatinib, Infliximab y Adalimumab)^K. En segundo lugar, destacan ciertos medicamentos con la condición de monoproveedores que evidencian un precio efectivo bajo el PMI, entre los que se encuentran Secukinumab, Ruxolitinib y Belimumab. En tercer lugar, se encuentra el grupo de

F Una misma tecnología puede ingresar en dos o más problemas de salud diferentes. En efecto, Adalimumab, Golimumab y Ocrelizumab ingresan a la cobertura para más de un problema de salud. En el caso de Adalimumab se entrega cobertura para Artritis Reumatoide y Artritis Psoriásica. Por su parte, Golimumab entra a la cobertura para Artritis Reumatoide, Artritis Psoriásica y Colitis Ulcerosa. Finalmente, Ocrelizumab ingresa a la cobertura para Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente y Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva.

G Cabe mencionar que desde abril de 2019 se registran compras al productor biosimilar.

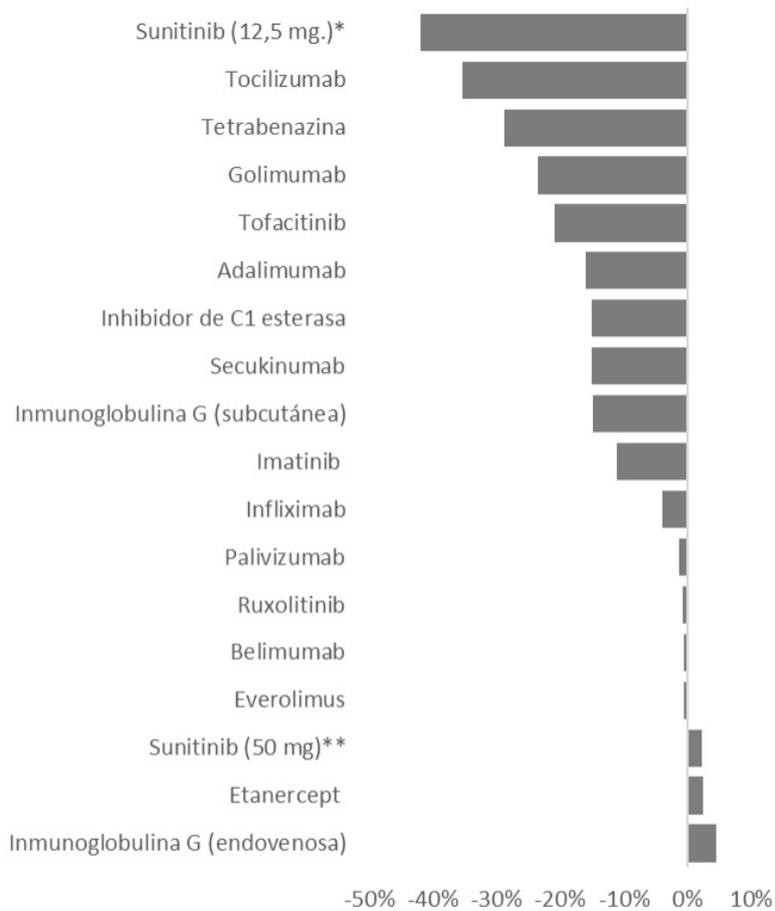
H En la determinación del PMI se utilizan los precios de compra pública del año anterior a la evaluación. En Figura 2 la comparación es con la compra inmediatamente anterior a la publicación del PMI, lo que da una noción más cercana de las condiciones de mercado imperantes cuando se determinó el PMI.

I Se excluye del análisis Alemtuzumab, Cladribina y Ocrelizumab ya que no registraban compras en el sector público con anterioridad a ser incluidas en LRS.

J Se excluye del análisis de precios a las inmunoglobulinas, ya que la situación de pandemia implicó una escasez mundial de plasma lo que redujo en mayores precios y a exceptuar del cumplir con el PMI a este tipo de productos.

K En el caso de Imatinib existía previo al ingreso a LRS múltiples proveedores, lo que redundó que en primera licitación el precio adjudicado se ubicó muy por bajo el PMI. Por su parte, en Adalimumab, Everolimus e Infliximab el ingreso de competidores se

Gráfico 2. Variación de precios al comparar el PMI con el precio de compra del sector público de salud (porcentaje de variación real)

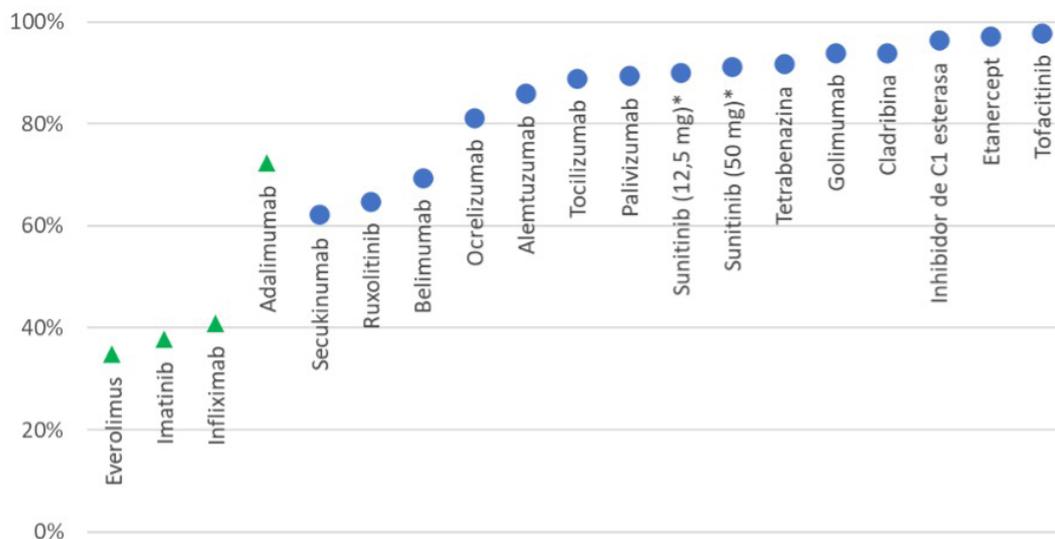


Nota: ^* Sunitinib de 12,5 mg. ingresa a la LRS en el tercer decreto para tumores neuroendocrinos.

^** Sunitinib de 50 mg. ingresa a la LRS en el cuarto decreto para tumores del estroma gastrointestinal

Fuente: elaboración propia sobre la base de informes de evaluación de la LRS y datos de Mercado Público.

Gráfico 3. Cociente entre el último precio de compra y el PMI según número de proveedores en el mercado (porcentaje)



Fuente: elaboración propia sobre la base de información de informes de evaluación de la LRS y el observatorio de compras de CENABAST.

Nota: Para el cálculo del cociente ambos precios son expresados en pesos constantes de julio de 2021 mediante el Índice de Precios al Consumidor.

* En el caso de Sunitinib, a fines del año 2020 se aprueba un nuevo registro en el Instituto de Salud Pública. Sin embargo, no se han materializado compras en LRS para este nuevo proveedor.

fármacos monoproveedores que presentan un precio efectivo de compra relativamente alineado con el PMI (hasta 20% menor que el PMI).

DISCUSIÓN

El PMI resulta ser una experiencia pionera en lo referente a la negociación y la regulación de precios de tecnologías sanitarias en Chile. En su determinación, destaca su carácter híbrido al considerar distintos tipos de instrumentos de regulación de precios reportados en la literatura¹¹. En efecto, en la determinación del PMI se considera un precio de referencia externo, un precio de referencia interno y la oferta realizada por el proveedor en el contexto del proceso de evaluación.

Cabe resaltar que, en la mayor parte de los casos, la oferta presentada por los proveedores termina siendo el PMI, ya que es menor que el precio de referencia

externo e interno. En la práctica, el PMI ha permitido incidir en las condiciones de precio de la oferta que presenten los proveedores para ingresar a la cobertura de la LRS. Es decir, el hecho de que los proveedores sepan a priori que se están considerando precios externos y compras históricas del sistema público, incentiva a los laboratorios a ofertar menores precios en sus cotizaciones. Dado lo anterior, el PMI se puede conceptualizar como un elemento de un proceso de negociación de precios durante la etapa de evaluación.

La fijación del PMI genera un efecto de entrada en los precios de tecnologías que se incorporan a la cobertura de la LRS. En efecto, se observa una baja generalizada en los precios que venía pagando el sector público de salud por estas tecnologías. Sin embargo, se debe reiterar que el PMI no es un instrumento que funciona por sí solo, su efecto y operación se entiende en el contexto de un proceso de negociación de precios entre los proveedores y el Ministerio de Salud durante la etapa de evaluación de tecnologías candidatas a la cobertura.

produce durante la vigencia de la cobertura.

Un caso interesante respecto al precio de entrada es el de Imatinib que ingresó a la cobertura de Tumores del estroma gastrointestinal no resecables o metastásicos. Este medicamento ha sido el único priorizado para el tercer o cuarto decreto de LRS que no tenía la condición de monoproveedor al ingreso. Lo interesante radica en que el PMI resultó ser más alto que el precio de la primera compra realizada por CENABAST. Lo anterior se produjo debido a que el proveedor que se adjudicó primera compra para LRS no hizo oferta durante el proceso de evaluación, por ende, no fue considerado para el PMI. En el caso de proveedores especializados en medicamentos genéricos, a posteriori, esto resulta ser un comportamiento estratégico importante, es decir, no ofertar para generar un PMI bajo y al momento de la licitación ser agresivos en cuanto a precios para quedarse con el mercado.

Por su parte, en el periodo de implementación o de vigencia de las garantías (post ingreso), es posible afirmar que en aquellos medicamentos donde existe más de un proveedor, el PMI puede ser catalogado como un mecanismo de regulación de precios no activo. Esto porque los procesos de compra, principalmente licitaciones, producen una baja de precios, los cuales se sitúan muy por bajo el PMI.

Por ende, se extrae como lección de política que el PMI no tiene un efecto relevante ni en la entrada ni durante la vigencia de garantías en el caso de medicamentos que cuentan con más de un proveedor. Por lo cual se requiere la introducción de mecanismos de regulación que permitan incorporar este tipo de consideraciones al momento de fijar un precio máximo de compra. Al respecto, en países en que se regulan precios, los mecanismos hacen la distinción entre el tipo de medicamento que se pretende regular, por ejemplo, si son innovadores, genéricos o biosimilares¹².

Por otro lado, en la mayor parte de los medicamentos monoproveedores, el PMI sí funciona como un precio techo o un mecanismo de regulación activa, ya que precio efectivo de compra se sitúa en un rango cercano al precio máximo permitido.

Una excepción a lo anterior son tres medicamentos con monoprovisión que poseen precios de compra efectivos para la LRS que se mueven entre un 60% y 80% del PMI (Secukinumab, Ruxolitinib y Belimumab). Cabe mencionar que estos precios rebajados respecto al PMI se producen desde el ingreso a la cobertura, es decir, no han sufridos bajas de precios

durante todo el periodo en que han sido parte de LRS. Este comportamiento se explica porque durante el proceso de priorización, que es posterior a la etapa de evaluación donde se fija el PMI, se recibieron nuevas ofertas de laboratorios con el fin de influir en resultado final de la priorización. Esta segunda instancia de negociación tuvo un carácter discrecional y se basa en la potestad de la Comisión de Recomendación para solicitar nuevos precios a proveedores de tecnologías candidatas.

Esta nueva solicitud de ofertas a proveedores realizada por la Comisión de Recomendación Priorizada es posible de explicar considerando el método de priorización. En efecto, el método "De la Evidencia a la Decisión" considera en una de sus dimensiones al uso de recursos operacionalizado principalmente a través del impacto presupuestario de la tecnología candidata. Por ende, dado este marco de priorización este nuevo precio puede modificar la recomendación de priorización. Sin embargo, se da la situación un tanto anómala que la nueva oferta no modifica el PMI (fijado en la etapa de evaluación)¹.

Dado lo anterior, surge como propuesta para perfeccionar el proceso de la LRS en cuanto a la obtención de mejores precios, establecer rondas formales de negociación durante la operación del Comité de Priorización. Idealmente, se debiera contar con una ronda de solicitud de precios para tecnologías con mayor probabilidad de ingreso a la cobertura, para lo cual se podrían utilizar versiones preliminares de listas de priorización de tecnologías sanitarias candidatas. En dicho momento, los proveedores tienen los mayores incentivos para realizar nuevos descuentos y por parte del Ministerio se encuentra revisada la evidencia, por lo que se tendrían mayores antecedentes acerca del valor de la tecnología en la práctica. Estos nuevos precios debieran reflejarse en el PMI, lo cual actualmente no está contemplado.

En relación a los procesos de negociación, se identifica como una barrera para establecer mecanismos más estructurados el hecho de que el sector público de salud carece de la institucionalidad para llevarlos a cabo. En primer lugar, la Ley de Compras Públicas (Ley N° 19.886) no contempla esta etapa, lo que dificulta establecer desde el sector público equipos negociadores o instancias respaldadas institucionalmente para llevar a cabo estos procesos. En segundo lugar, la ausencia de una sólida institucionalidad ETESA

L Aunque la Ley 20.850 obliga al proveedor a respetar el precio ofertado a la Comisión de Recomendación Priorizada.

y de equipos técnicos encargados de monitorear el mercado farmacéutico en el sector público de salud, reduce las posibilidades de tener negociaciones de precios ventajosas.

Cabe indicar que la institucionalidad para llevar a cabo las negociaciones de precios es altamente heterogénea en las experiencias internacionales. La negociación puede ser una de las etapas del proceso ETESA como en el caso de Australia¹³, ser conducida por comisiones especializadas como en Canadá o Alemania^{14,15} o por ministerios o aseguradores, siendo ejemplo de esto último Corea del Sur¹⁶. Sin embargo, dos elementos comunes poseen estas experiencias. En primer lugar, existe un uso intensivo de información generada durante el proceso ETESA como insumo para la negociación. En segundo lugar, los grupos que realizan las negociaciones son integrados por gran diversidad de actores públicos, incluso con representantes de ministerios de economía o finanzas¹⁷. En nuestro país los equipos negociadores debieran estar integrados o tener una relación estrecha con organismos como CENABAST, FONASA y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, además, de nutrirse de la información generada por instancias ETESA.

Respecto a los medicamentos con monoprovisión, la existencia del PMI tiene como potencial efecto no deseado la generación en el tiempo de precios artificialmente altos. Este efecto no deseado se ha documentado en la experiencia brasileña de regulación de precios al imponer precios máximos que no se actualizan en el tiempo¹⁸. Cabe tener en cuenta que, dado el ciclo de precios de los medicamentos, lo natural sería una trayectoria de precios a la baja¹⁹.

Por esto, se hace necesaria la actualización periódica del PMI en el caso de fármacos monoproveedores, lo cual no se encuentra normado actualmente y, además, exige una serie de capacidades del comprador público para hacer efectivas las rebajas en el PMI, como la suspensión de contratos, establecer multas o realizar compras en el exterior en caso de resistencia de proveedores a disminuir los precios. Además, es clave que los procesos de compra sean diseñados de forma que incentiven el ingreso de nuevos competidores, lo cual se debe complementar con políticas globales

para promover la bioequivalencia y la biosimilitud.

El PMI, al igual que otros mecanismos de regulación que utilizan precios de referencias externos, se encuentra limitado en cuanto al acceso a información de precios efectivamente pagados en otros países por compradores institucionales, debido a la proliferación de acuerdos de confidencialidad^{M 20}.

En relación a lo anterior, el PMI podría enriquecerse si considerara componentes de otros enfoques en su determinación. En particular, se podrían incorporar elementos relacionados con el valor que generan las tecnologías en los sistemas de salud (value based pricing)²¹. Para ello se debe profundizar el uso de herramientas de ETESA, como la determinación de precios en relación a la costo-efectividad o del grado de efectividad que tendrían estas tecnologías en pacientes nacionales. En efecto, en la experiencia internacional se observa una tendencia hacia la fijación o regulación de precios utilizando herramientas derivadas de la ETESA²².

Cabe mencionar que la literatura internacional reporta que un factor clave para obtener un precio ventajoso en las negociaciones con la industria farmacéutica es que el comprador público tenga una posición respecto al precio inicial al cual debiera ser adquirido el medicamento²³. Esta postura preliminar debiera estar fundamentada en elementos ETESA.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra que se focaliza en el efecto del PMI en precios de compra para medicamentos de la LRS. En futuras investigaciones se debiera extender el análisis al impacto en el gasto que ha tenido la negociación y regulación de precios mediante este instrumento, lo cual requiere incorporar el volumen de compras y de pacientes efectivamente beneficiados por este régimen de garantías. En el mismo sentido, se debe indagar los efectos que ha tenido el PMI en otro tipo de tecnologías, como dispositivos o ayudas técnicas que también son cubiertas por la LRS. Finalmente, también constituye una línea de investigación futura analizar las consecuencias que ha tenido el PMI en el precio de compra pública de estos medicamentos fuera de la LRS.

M Por esta razón, en este artículo no se profundizó en analizar el comportamiento de ofertas recibidas respecto a precios de compra del sector público en otros países.

CONCLUSIONES

Dentro de los procesos que considera la LRS, el PMI tiene un rol relevante en la etapa de evaluación y en la fase de implementación de las garantías.

Para la determinación del PMI, se utilizan distintos mecanismos de regulación y de negociación de precios: precio de referencia externa, precio de referencia interna y la cotización solicitada a los proveedores para ingresar a la cobertura de la LRS. En la práctica, lo que predomina es la cotización, ya que resulta ser en la mayoría de los casos el menor valor entre las tres fuentes de precios. Por ende, se puede afirmar que el PMI en esta etapa funciona en el contexto de un proceso de negociación de precios entre los proveedores y el ministerio. Esta negociación, se ha traducido en descuentos relevantes de precios.

En la fase de implementación, se observa que en los medicamentos que no tienen o pierden su condición de monoproveedor, el PMI puede catalogarse como un mecanismo de regulación no activo debido a que el precio efectivo de compra está muy por bajo el precio techo. Esto se explicaría porque los procesos licitatorios llevados a cabo por CENABAST tienden a generar menores precios producto de la competencia entre múltiples proveedores.

Por su parte, en la mayor parte de los medicamentos monoproveedores se observa un precio efectivo de compra cercano al PMI, situación que se debe monitorear porque podrían generarse precios artificialmente altos si se considera que debiera existir una tendencia temporal a la baja en el precio de los medicamentos.

Cabe destacar que en tres medicamentos con la condición de monoproveedores el precio de compra efectivo es considerablemente menor que el PMI, hecho que se produce debido a que se negoció con los proveedores en un periodo posterior a la determinación del PMI. Por ende, es necesario perfeccionar la negociación incluyendo nuevas rondas de solicitud de precios a proveedores, en particular, cuando se realiza la recomendación de tecnologías priorizadas. Adicionalmente, elementos del enfoque de precios basados en valor, como estudios de costo efectividad, también podrían incorporarse a la determinación del PMI, lo que enriquecería el proceso de negociación.

Como reflexión final, en opinión del autor, la principal lección a partir de la experiencia de instauración del PMI es el rol que ha jugado este instrumento en la negociación de precios previa a la determinación de garantías, ya que ha sido altamente efectivo para la obtención de menores precios. Esto a su vez, ha implicado una mayor holgura financiera para la incorporación de nuevos tratamientos a la LRS y, por ende, de un mayor número de pacientes beneficiados.

Fuente de apoyo económico: El autor declara que esta investigación no tuvo fuentes de apoyo económico.

Conflicto de interés: El autor declara no tener conflictos de interés.

Es necesario explicitar que el análisis realizado y las opiniones vertidas en este artículo son de exclusiva responsabilidad del autor. Por ende, lo expuesto no representa la posición del Ministerio de Salud de Chile ni la del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en la Evidencia, donde el autor se desempeña profesionalmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vogler S, Paris V, Panteli D. Ensuring access to medicines: How to redesign pricing, reimbursement and procurement? World Health Organization, Regional Office for Europe; 2018.
2. Kenneally M, Walshe V. Pharmaceutical cost-containment policies and sustainability: recent Irish experience. *Value Health*. 2012;15(2):389–93.
3. Moye-Holz D, van Dijk JP, Reijneveld SA, Hogerzeil H V. Policy approaches to improve availability and affordability of medicines in Mexico—an example of a middle income country. *Global Health*. 2017;13(1):1–10.
4. Verghese NR, Barrenetxea J, Bhargava Y, Agrawal S, Finkelstein EA. Government pharmaceutical pricing strategies in the Asia-Pacific region: an overview. *J Mark access Heal policy*. 2019;7(1):1601060.
5. Pichon-Riviere A, Garay OU, Augustovski F, Vallejos C, Huayanay L, del Pilar Navia Bueno M, et al. Implications of global pricing policies on access to innovative drugs: the case of trastuzumab in seven Latin American countries. *Int J Technol Assess Health Care*. 2015;2–11.
6. Superintendencia de Salud. Ley Ricarte Soto [Internet]. [cited 2022 Feb 11]. Available from: <https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-6088.html#acordeonProtocoloLRS>
7. Guerrero Amparán JP. La evaluación de políticas públicas: enfoques teóricos y realidades en nueve países desarrollados. *Gestión y Política Pública*. 1995;IV(1):47–115.
8. Decreto 13. Reglamento que establece el proceso destinado a determinar los diagnósticos y tratamientos de alto costo con sistema de protección financiera, según lo establecido en los artículos 7° Y 8° de la ley N° 20.850 [Internet]. 2017. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1105008>
9. LEY 20850. Crea un Sistema de Protección Financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a Don Luis Ricarte Soto Gallegos. 2015; Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1078148>
10. MINSAL. Resolución Exenta N° 1077. Aprueba metodología de priorización para los diagnósticos y tratamientos de alto costo cuya incorporación en el Sistema de Protección Financiera de la Ley N° 20.850. 2018.
11. Silva-Illanes N, Cuadrado C, Mendoza C, Guerrero C. Resumen de evidencia para política de regulación de precios de medicamentos para apoyar la toma de decisiones en Políticas de Salud [Internet]. 2017. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/EBP-Regulación-de-precio-de-medicamentos.pdf>
12. Nguyen TA, Knight R, Roughead EE, Brooks G, Mant A. Policy options for pharmaceutical pricing and purchasing: issues for low-and middle-income countries. *Health Policy Plan*. 2015;30(2):267–80.
13. PBAC. The Pharmaceutical Benefits Scheme [Internet]. [cited 2021 Jul 15]. Available from: <https://www.pbs.gov.au/pbs/industry/listing/procedure-guidance/8-procedures-positive-recommendation-list/8-4-negotiation-and-agreement>
14. Pan-Canadian Pharmaceutical Alliance [Internet]. [cited 2021 Jul 15]. Available from: <https://www.pcpacanada.ca/>
15. Robinson J. Drug Price Moderation in Germany: Lessons for U.S. Reform Efforts [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 4]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/jan/drug-price-moderation-germany-lessons-us-reform-efforts>
16. Yoo S-L, Kim D-J, Lee S-M, Kang W-G, Kim S-Y, Lee JH, et al. Improving Patient Access to New Drugs in South Korea: Evaluation of the National Drug Formulary System. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(2):288.
17. AIFA. Technical and advisory committees [Internet]. [cited 2021 Jul 15]. Available from: <https://www.aifa.gov.it/en/commissioni-tecnico-consultive>
18. Dias LL dos S, Santos MAB dos, Pinto CDDBS. Regulação contemporânea de preços de medicamentos no Brasil—uma análise crítica. *Saúde em Debate*. 2019;43:543–58.
19. Wadmann S, Kjellberg J. Value-based procurement of hospital medicines. 2018;
20. Morgan SG, Bathula HS, Moon S. Pricing of pharmaceuticals is becoming a major challenge for health systems. *bmj*. 2020;368.
21. Chalkidou K, Claxton K, Silverman R, Yadav P. Value-based tiered pricing for universal health coverage: an idea worth revisiting. *Gates open Res*. 2020;4.
22. Lee KS, Kassab YW, Taha NA, Zainal ZA. Factors impacting pharmaceutical prices and affordability: narrative review. *Pharmacy*. 2021;9(1):1.
23. Oliver A. Lowering the bucks for the bang: viewing pharmaceutical price negotiations through a behavioural lens. *Behav Public Policy*. 2019;1–12.

CRIANZA DE LOS HIJOS E HIJAS DE MADRES MIGRANTES LATINOAMERICANA EN CHILE: ¿PROCESO DIALÉCTICO O RETÓRICA DE INTEGRACIÓN MULTICULTURAL?

CHILD-REARING PRACTICES OF LATIN AMERICAN MIGRANT MOTHERS IN CHILE: DIALECTICAL OR RHETORICAL PROCESS OF MULTICULTURAL INTEGRATION?

RESUMEN

Las prácticas de crianza de los hijos/as de madres migrantes latinoamericana son influenciadas por la precariedad de los espacios de subsistencia de los colectivos migrantes en Chile y por la existencia de una política pública dominante de cuidado y salud infantil que homogeneiza la crianza de los niños/as invisibilizando su cultura y heterogeneidad. Desde una perspectiva latinoamericana se aspira abrir la discusión relativa a la relación existente entre mujeres-madres-migrantes y cuidados-crianza desde una perspectiva local como manifestación de un saber situado. Como objetivo se plantea visibilizar la discriminación y sometimiento de la mujeres-madres-migrantes producto de su pertenencia a colectivos situados en posición de subordinación que limitan su capacidad para abordar las prácticas de cuidado de sus hijos/as de salud-bienestar desde su propio universo cultural. Desde una reflexión teórica a partir de los supuestos teóricos de la interseccionalidad se relevan las redes imbricadas a partir del género, etnia-raza y clase que establecen relaciones de desigualdad entre el sistema de salud y las madres-migrantes y que explican la desestimación de sus prácticas culturales y condiciones de vida en la práctica de crianza en Chile.

Palabras Claves: Interculturalidad, enfermería, migración, crianza

ABSTRACT

The child-rearing practices of a Latin American migrant mother are influenced by the precarious subsistence spaces of migrant groups in Chile and by the existence of a dominant public policy of childcare and health that homogenizes the upbringing of children, making their culture and heterogeneity invisible. From a Latin American perspective, this article aims to open the discussion on a phenomenon that encompasses the relationship between women-mothers-migrants and care-raising practices from the perspective of a “subaltern and border thinking”. This paper addresses the discrimination and subjection of the woman-mother-migrant because of their belonging to groups situated in a position of subordination that limits their ability to address the practices of caring for their children from health-well-being from their cultural universe. From a theoretical reflection based on the theoretical assumptions of intersectionality, the imbricated networks based on gender, ethnicity-race and class that establish unequal relations between the health system and migrant mothers and that explain the dismissal of their cultural practices and living conditions in parenting practice in Chile.

Key Words: Interculturality, nursing, migration, child rearing

Lucía Castillo-Lobos
 Escuela de Enfermería
 Universidad de Santiago de Chile.
 Santiago- Chile.
 lucia.castillo@usach.cl

Recibido el 15-07-2021
 Aprobado el 25-03-2022

INTRODUCCIÓN

En Chile la inmigración no es un fenómeno nuevo y desde hace un par de décadas, desde la recuperación de la democracia, el país se ha convertido en destino de población migrante latinoamericana y del caribe atraídos, en sus inicios, por oportunidades económicas producto de su crecimiento y estabilidad política. Cabe señalar que las causas de la migración han evolucionado en el tiempo y, en la actualidad es necesario reflexionar en torno a diferentes enfoques respecto a este fenómeno. Más allá de las causas económicas¹ se agregan nuevos factores de migración tales como: las condiciones políticas, la falta de libertades, las expectativas de vida, la existencia de un contexto de acogida favorable, la existencia de una legislación permisiva o la presencia previa de inmigrantes del mismo país, obligando a expandir los marcos interpretativos del fenómeno más allá del “push and pull”, a otras variables socioculturales².

Según estimaciones, al 31 de diciembre de 2020 en Chile residen un total de 1.462.103 extranjeros, que se distribuyen de preferencia en las siguientes regiones: Región Metropolitana (61,9%), Antofagasta (7,0%), Tarapacá (5,9%) y Valparaíso (6,6%) (3). En relación a los países de origen la población migrante en Chile, al año 2020 la comunidad venezolana alcanza un 30,7% del total de personas extranjeras residentes, instalándose como la de mayor frecuencia. El segundo colectivo de mayor frecuencia en Chile corresponde a población peruana con un 16,3% y en tercer lugar el colectivo haitiano alcanza un 12,5% del total de personas extranjeras residentes en Chile³. En cuarto y quinto lugar se ubica el colectivo colombiano (11,4%) y boliviano (8,5%), los que sumaron en conjunto poco más de 79%³. Estas cifras dan cuenta del carácter dinámico del fenómeno migratorio, por cuanto las cifras y colectivos de mayor presencia han sufrido variaciones desde el inicio de la inmigración hacia Chile hasta la actualidad.

Este proceso migratorio presenta algunas características inéditas; como concentración en la Región Metropolitana, origen latinoamericano, inserción laboral segmentada, integración en trabajos más precarios y en sectores más vulnerables socialmente y tendencia a la feminización de algunos colectivos⁴⁻⁸. Esta tendencia a la feminización y la reunificación familiar significará que habrá mayor cantidad de niños/as migrantes en Chile, los que al año 2018, ya alcanzan la cifra de 30.838 entre los 0 y 4 años de edad⁹, los que, dadas las condiciones de precariedad

y exclusión de su asentamiento en Chile, se espera sean usuarios/as del sistema pre escolar y de salud públicos en Chile.

Esta tendencia a la feminización y el aumento de los hijos/as de madres migrantes, ya sea porque han migrado al país junto a su madre o bien porque hayan nacido en Chile, sugieren estudiar cómo se configura la crianza de los niños/as migrantes en una relación de cuidado entre la mujer-madre y su hijo/a entendida como el conjunto de relaciones y acciones involucradas en el mantenimiento de las personas en su vida diaria e intergeneracionalmente¹⁰ y que se encuentra en la “encrucijada de la razón y la emoción debido a que constituye una actividad racional originada por un estado emocional”¹¹ como expresión de amor y protección de la madre hacia sus hijos/as¹² y que a su vez tiene lugar en un espacio social de la diferencia y de la no pertenencia social y cultural a la sociedad de llegada¹³.

CRIANZA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

La crianza es comprendida entonces como un cúmulo de acciones relativas al cuidado de los niños/as de acuerdo a sus valores, creencias y contextos concretos^{10,14} dando cuenta de que no existe una única forma de criar¹⁵. Esta diversidad de la crianza obliga a reflexionar sobre la maternidad como una construcción histórica, social y cultural, sin reducir la práctica de crianza a estereotipos o esencialismos¹⁶, por cuanto la heterogeneidad que presentan los individuos en cuanto a creencias, valores y costumbres “no tienen significación para definir su naturaleza debido a que recubren lo que es realmente humano”¹⁷.

El análisis sociocultural de estas temáticas de promoción de salud en el contexto de crianza, encuentran mayor asidero al considerar que las acciones en la primera infancia tienen una alta tasa de retorno y constituyen una estrategia de desarrollo del país¹⁸ por cuanto es durante los primeros cinco años de vida que se observan los mayores progresos en las áreas de motricidad gruesa y fina, lenguaje, comunicación, sociabilidad e independencia¹⁹. Además, existe evidencia que indica que las mejoras de los espacios de crianza, la mejora de las condiciones de habitabilidad y la educación de las madres para el cuidado de sus hijos/as surten efectos positivos en la salud infantil por cuanto constituyen factores protectores de la salud de los niños/as, comprendida como un completo estado de bienestar²⁰⁻²².

La crianza migrante tiene efecto en un cotidiano como "lugar natural de la enfermedad y de la vida, donde se encuentra la dulzura de los cuidados espontáneos"²³. Y siguiendo a Bourdieu, es ahí en la cotidianidad donde tienen efecto las prácticas de reproducción simbólica del mundo social²⁴, desde esquemas de acción y pensamiento confrontados a situaciones habituales, constituyendo un factor estructurante de los estilos de vida²⁵. Es así como en la relación con este nuevo entorno, es que el binomio madre-hijo/a migrante, como unidad, construye su propio habitus a partir del intercambio de saberes que modulan su acción social producto de la interpretación que el binomio madre hijo/a hace de las relaciones establecidas con cada uno de los actores de su nuevo contexto de vida y que se instalan en su entorno social perfilando una forma particular de vivir su cotidianidad, y por lo tanto, de criar en aquel "habitus que no se dice, si no que habla a través de la práctica"²⁶.

Cabe señalar que para esta reflexión vincula a la madre migrante con su hijo/a a través de un parentesco de tipo sanguíneo^A, constituyendo un binomio que como unidad imbrica, en una relación no binaria^B, a las madres migrantes y su función como reproductora de la especie y soporte de la salud familiar y social, y a su hijo/a, como un ser requirente de un entorno sano y seguro para su desarrollo físico, psicológico y social y que a su vez, excluye al padre de esta relación^{28,28}. En sí, esta relación expresa a través de una metáfora, la extensión de la gestación del hijo/a ya nacido hacia el cuerpo de la mujer-madre y a las relaciones de cuidado que entre ellos se establecen y que se expresa en una relación de completa fusión y pertenencia mutua entre la madre migrante y su hijo/a^{28,29}.

Estas prácticas de crianza tienen además lugar en condiciones de asentamiento precarias y vulnerables^{30,31} y que alcanza a la vulnerabilidad y de carencias de todo tipo acrecentada por las escasas redes de apoyo durante el embarazo, parto y puerperio, en donde la pobreza toma un papel relevante por cuanto "la pobreza enferma y la enfermedad empobrece"³²⁻³⁴. Este punto se vincula también con la capacidad de agencia de la madres migrantes comprendida como

acciones de cambio que involucran el acceso a mejores oportunidades económicas, sociales, salud, educación y vivienda, que contribuyen a su independencia y bienestar aumentando su poder³⁵ pero que, sin embargo, se ven tensionados por la precariedad de las condiciones de asentamiento en Chile comprometido su capacidad para abordar la crianza de sus hijos/as¹¹ pese a que existe evidencia que indica que una mejora en la educación y capacidad de agencia de la madre, se relaciona con una mejora del bienestar familiar³⁵ y con el éxito de los programas de salud³⁶ generando entonces, una suerte de paradoja en torno a este tema.

A través de una reflexión desde los supuestos teóricos de la interseccionalidad se pretende expresar algunos dilemas identificados en la experiencia de crianza migrante a partir de los antecedentes recabados empíricamente desde el ejercicio profesional como enfermera y la revisión de fuentes bibliográficas especializadas en torno a migración y crianza que han despertado la inquietud y orientado la reflexión sobre este tema. La selección de las fuentes bibliográficas se realizó desde importantes bases de datos internacionales en que se han seleccionado todos los trabajos de corte cualitativo sin limitación de fechas. Además, el análisis se ha sustentado de manera importante a través de algunos textos clásicos que se han incluido como literatura canónica. Para la selección de datos estadísticos se han priorizado los textos de antigüedad no mayor a cinco años.

Desde una perspectiva latinoamericana, este trabajo intenta explorar el cotidiano de las prácticas de crianza de los hijos/as de madres migrantes latinoamericanas residente en Chile para establecer resultados que permitan dar un primer paso en la investigación sobre un fenómeno poco explorado, minimizando las brechas de conocimiento sobre esta temática, haciendo énfasis en fenómenos localmente relevantes³⁰. El explorar la investigación a nivel local, abre las posibilidades de vincular el conocimiento a otros países de América Latina ampliando la visión global sobre este fenómeno común latinoamericano^{33,8} y conformar un corpus teórico a saber aún incipiente pese a la riqueza que la migración latinoamericana ofrece^{37,38}. Finalmente, se espera contribuir al generar

A Para efectos de este trabajo, se comprenderá como parentesco sanguíneo a la relación existente entre la madre y su hijo la cual se perfila como imborrable, exclusiva y excluyente, por cuanto vincula al niño/a a una sola mujer⁹¹.

B También se comprenderá como relación no binaria a las relaciones no jerarquizadas entre individuos que habitan los cuerpos y que no son etiquetados y que por lo tanto no son excluyentes²⁹

debate académico por cuanto el reflexionar sobre las paradojas de este fenómeno dan cuenta en forma simultánea, por una parte, de la precariedad de los espacios de subsistencia de la comunidad migrante y a la existencia de políticas públicas que tensionan su cultura y cotidianidad pese a que han sido construidas con fines de protección.

CRIANZA Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Si bien existen investigaciones que indican que la mujer migrante tiende a mantener las costumbres de sus países de origen³⁹, es necesario relevar la influencia de las condiciones de vida y vulnerabilidad asociadas al proceso migratorio y al lugar de destino tales como trabajo, vivienda y acceso a la salud, dada su influencia en la capacidad de agencia. Esta capacidad se entiende como su acción para superar los obstáculos en pro del desarrollo para un mayor bienestar y que involucran el acceso a mejores oportunidades económicas, de empleo, y servicios sociales relacionados con la salud, educación y vivienda. Todo esto contribuye a su independencia³⁴ para abordar la crianza e influye en los estilos de vida desplegados en su cotidianidad⁴⁰.

Los hijos/as de madre migrante se criarán en un contexto de movilidad con la concurrente pobreza multidimensional^{CD} propia de las frágiles condiciones de vida estructurales ofrecidas por Chile a un grupo social en riesgo debido a su exposición a amenazas ambientales, su diferente fisiología y estado de desarrollo, riesgo de malnutrición, abandono escolar, precariedad laboral y habitacional³². Esta situación ha sido refrendada por la vinculación existente entre morbilidad infantil y procesos migratorios en contextos de vulnerabilidad social y estructural de asentamiento y han relevado su trascendencia sanitaria⁴¹.

En el día a día de la crianza, es reconocido que en muchos casos delegan el cuidado de sus hijos en sus familias de origen o bien pagan por el cuidado de sus hijos e hijas a otras mujeres que prestan servicios en sus propios hogares convirtiéndose en una opción de cuidado informal. Desde otra mirada, muchas mujeres

migrantes comparten la responsabilidad de mantener los vínculos de parentesco más allá de las fronteras chilenas al asumir la responsabilidad como madres, hermanas o hijas y de otras redes de parentesco a través del envío de remesas, bienes, cuidados y afectos de manera transnacional con sus países de origen⁴². Así se configuran las llamadas cadenas globales de cuidado que para el caso de las madres migrantes en Chile constituirían otra manifestación de precariedad y desigualdad subyacente.

En relación a la vulnerabilidad laboral del migrante en Chile y su integración a un “mercado laboral precario, xenófobo y discriminatorio”^{7,31}, la población migrante accede de preferencia a trabajos en el rubro de los servicios integrándose bajo el patrón polarizado y vulnerable de la economía^{31,43}. De este modo, esta fuerza de trabajo constituye una mano de obra barata e informal, con incumplimiento de los derechos sociales de los migrantes en una suerte de abuso y/o arbitrariedad y/o desconocimiento de los empleadores^{31,43}. Para el caso de las madres trabajadoras migrante en Chile existen antecedentes empíricos, recabados a través de la práctica profesional, que indican que acceden a trabajos precarios que involucran discriminación, abuso laboral y despidos de embarazadas tensionando así sus derechos de maternidad, sexuales y reproductivos^{44,5}.

Al analizar sobre estilos de vida y crianza de los niños/as migrantes se incluyen los hábitos personales relativos a la alimentación, actividad física y utilización de los servicios de salud⁴⁵, los que al constituir prácticas cotidianas constituyen un desafío para interdisciplinariedad dado su alto componente sanitario y social como manifestación propia del intercambio existente entre las madres migrantes y sus comunidades, por cuanto los individuos “nacen, se desarrollan, trabajan, se reproducen, enferman y mueren, en sujeción estricta al ambiente que lo rodea”⁴⁶. Simultáneamente desde la cultura, es necesario relevar las implicancias de la trayectoria migratoria de la madre previo su asentamiento en Chile, dado que, se ha evidenciado desde lo empírico, en algunos casos la trayectoria migratoria de algunas madres, les permite “moverse en una más amplia gama de códigos culturales” fa-

C Según la última encuesta CASEN (2017) la incidencia de la pobreza por ingresos es mayor en la población nacida fuera de Chile (10,8%) en relación a la población nacida en Chile (8,5%). (89).

D La pobreza multidimensional involucra las dimensiones de educación, salud, trabajo y seguridad social, vivienda y entorno, y redes y cohesión social y existen diferencias significativas entre hogares con jefe/a de hogar nacido/a en Chile por cuanto el 5,1% de la población en situación de pobreza multidimensional nació fuera de Chile. (89).

ilitando su acceso a nuevos círculos sociales y con ello a su integración a la sociedad chilena a través de la incorporación de nuevas prácticas^{7,40}.

En relación a crianza, salud y migración, la literatura señala que los hábitos alimentarios corresponden a una práctica cultural que los migrantes tienden a conservar como forma de identidad cultural modulado, además por el nivel socioeconómico de las familias migrantes⁴⁷. Para ejemplificar esta variabilidad se ha identificado, desde lo empírico, la tendencia de algunos colectivos migrantes a alimentar a los niños y niñas menores de seis meses con alimentos alternativos a la leche materna, práctica que ha sido confirmada por testimonios aislados en el contexto del control de salud del niño/a. Esta práctica ha sido refrendada por algunos estudios y obedecería, aparentemente, a la existencia de un patrón cultural diferente^{48,49} o bien a la necesidad de la madre de priorizar su rol de proveedora por sobre la crianza⁵⁰.

La estimulación del desarrollo psicomotor, la enseñanza de hábitos y el desarrollo de habilidades sociales en los niños/as en el contexto de crianza, presentan un importante componente cultural en un contexto de migración, al constituir formas en que los saberes y experiencias de la madre son transmitidos a sus hijos/as en un nuevo espacio de vida. Sin embargo, además del componente cultural, la crianza requiere de condiciones básicas de infraestructura, seguridad y saneamiento mínimos⁵¹ acordes a las características de los individuos y las familias en sus distintas etapas del ciclo vital y familiar⁵².

Desafortunadamente la precariedad habitacional de los colectivos migrantes³¹ la crianza de los niños tiene lugar en condiciones de inseguridad, contaminación y hacinamiento^{E (31,52)} en donde “varias personas comparten cuartos y camas”⁵⁰ vulnerando la privacidad, intimidad y dignidad de las personas⁵³ materializadas en construcciones deterioradas e improvisadas²⁵. Es así como el escaso espacio disponible constituye un riesgo para la aparición de enfermedades además de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños/as^{46,52,54}, situación que se ha refrendado empíricamente a partir del ejercicio profesional con población infantil de madre migrante en Chile.

Como consecuencia del hacinamiento la población migrante queda obligada a desplegar en los “espacios públicos sus quehaceres, relaciones sociales y actividades cotidianas”, así como las relacionadas con la crianza de los niños/as, fortaleciendo la “sociabilidad y la configuración de espacios comunitarios expresada en lazos de solidaridad”⁵. Estos espacios se convierten en centros de vida social, donde también tiene efecto las prácticas cotidianas de crianza recurriendo al apoyo fraterno de otras madres y mujeres y priorizando muchas veces el trabajo por sobre la crianza en pro de su subsistencia⁵⁰.

SISTEMA DE SALUD Y CRIANZA

Desde la institucionalidad, en Chile la Política Nacional de Salud Migrante⁵⁶, establece la realización de acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud desde una perspectiva intercultural, con énfasis en los grupos migrantes más vulnerables y dentro de las cuales se incluye el acceso de los niños/as al Programa Nacional de Salud Infantil y particularmente al Programa Chile Crece Contigo. En este último se ha puesto en práctica, desde hace varios años, la entrega de pautas de crianza que incluyen recomendaciones para la alimentación, estimulación del desarrollo psicomotor y fomento de la socialización, que se han estructurado en una suerte de estandarización de la crianza por edad fundamentadas técnicamente en recomendaciones internacionales en pro de favorecer el “adecuado desarrollo físico, psicológico, social y emocional” de los niños/as residentes en Chile⁵⁷.

Debido a que estas pautas han sido concebidas desde lo biológico y epidemiológico para instruir políticas sanitarias y conductas saludables³³, la aplicación del programa de salud del niño/a se materializa en la entrega de pautas de crianza dirigidas a los hijos/as de madres “no migrante” y fundamentadas en construcciones culturales alejadas de las necesidades biológicas y culturales de los niños/as migrantes y que transmiten valores, creencias y costumbres chilenas⁵⁸ y que excluyen el carácter histórico y social de la experiencia materna como referente central de la práctica de crianza¹⁵. La entrega de estos con-

E El concepto de hacinamiento tiene diversas definiciones: de personas por cama, de personas por cuarto, de familias por vivienda y de viviendas por terreno⁵⁴. Para el caso del hacinamiento por habitación, se entiende como viviendas en hacinamiento medio a las que albergan a más de 3 personas por pieza de dormitorio y por hacinamiento crítico cuando 5 o más personas comparten la misma habitación⁸⁸. Existe evidencia que el hacinamiento en que vive la población migrante en Chile alcanza a la vulneración de los micro-entornos supuestamente diferenciados (cuarto de baño, cama) que proveen de intimidad física y personal a los sujetos⁹⁰.

tenidos constituye una estrategia dominante “como proyecto civilizatorio”, encubierta por una “supuesta interculturalidad”⁵⁹ a través de la entrega de “leyes de salubridad” traducidas y difundidas mediante la educación y persuasión³³.

Es aquí donde la práctica del cuidado, fundamentado en el paradigma científico y la praxis de los programas de salud infantil en Chile, han sido nuevamente disonantes con sus bases teóricas conceptuales que promueven la interculturalidad. Más aun, con el contexto en que las mujeres-madres migrantes cría a sus hijos/as en una suerte de exclusión desde la institucionalidad, la implementación de estas políticas de salud se convierten en reproducción de paradigmas cientificistas desde una visión positivista del ser humano⁶⁰ al abandonar la valoración individual del binomio madre-hijo migrante, su cosmovisión y cotidianidad, estableciendo normas de conducta sanitaria que entregan un sentido moral y ético orientador de las relaciones sociales⁶¹. Así, la biopolítica pese a ser concebida conceptualmente validando la interculturalidad, en la práctica se implementa a través de programas de protección de salud que subordinan a las madres migrantes⁶² al regular su vida privada desde una perspectiva sanitaria hegemónica^{15,62} al instalar un saber-poder desde una mirada positivista de la población migrante que subestima sus prácticas culturales generando una nueva forma de su subalteridad.

Los antecedentes de que se dispone en Chile, relacionados con estudios previos de temáticas de cuidado materno en el contexto de instituciones públicas de salud del nivel primario, ratifican que el programa Chile Crece Contigo, a través de sus variadas estrategias, establece relaciones de asimetría con las mujeres-madres, desde un espacio de saber-poder que restringe sus prácticas y “actuaciones” en torno a la crianza, al considerarlas como “cuerpo que constituye la extensión del cuerpo de la nación y que a su vez es carente de saberes expertos”^{62,63} relevando a los profesionales de la salud y al conocimiento-saber hegemónico sanitario a una posición de poder⁶².

Ante la exigencia de abordar la problemática social y sanitaria que involucra la migración en Chile, el sistema de salud se pone a disposición, en una suerte de intermediario, para la entrega de recomendaciones, postergando la valoración individual de la crianza migrante y la reflexión propia desde bases epistemológicas interculturales, al priorizar la cobertura sanitaria en una población empíricamente vulnerable, en una suerte de protección. Es así como

se manifiesta la instrumentalización de la interculturalidad⁶⁴ al fomentar la adherencia de la población migrante al sistema de salud chileno, en una suerte de “captura” para facilitar el cumplimiento de metas establecidas^{28,65}, además del férreo interés de asumir la protección de la salud de los hijos /as de madres migrantes nacidos/as en Chile, quienes por “nacer en el territorio nacional son considerados chilenos”⁵⁰. Desde esta perspectiva, la interculturalidad cumple un papel funcional que tributa a los intereses de los grupos dominantes⁶⁴, por cuanto para la sociedad lo importante es lo biológico, somático y corporal, como “realidad biopolítica y donde la atención sanitaria, como saber-poder, constituye una estrategia con efectos disciplinarios y regularizadores sobre los procesos biológicos de las poblaciones”⁶⁶ a través de la estandarización del cuidado en un modelo científico y deductivo de salud como manifestación de la deshumanización social materializada por la subordinación e invisibilización del otro⁶⁷.

UN ANÁLISIS DESDE LA INTERSECCIONALIDAD

Para interpretar las implicancias de la relación existente entre crianza y madres-migrantes, se propone un análisis crítico a partir de la teoría feminista de la interseccionalidad desde el marco interpretativo de Patricia Hill Collins y Nancy Fraser, quienes plantean a la interseccionalidad como fenómeno a través del cual las mujeres sufren opresión en base a su pertenencia a algunas categorías sociales y que en el caso de la mujer migrante corresponde a una forma profunda de segregación femenina⁶⁸. En base a esta teoría, los conceptos clase, género y raza constituyen categorías que al entrecruzarse conforman redes de interferencia como clase/etnia, clase/raza, clase/género, entre otras, en donde a mayor número de interconexiones de categorías oprimidas se reproducirán también mayores espacios de “opresión y control velado” diseñados para mantener a las mujeres en un lugar de subordinación^{68,69}.

Al vincular este sometimiento en el cuidado y crianza desplegada por las mujeres-madres migrantes, se da cuenta de una tendencia de estas mujeres de convertirse en susceptibles de ser subordinadas y/o excluidas, convirtiéndose en invisibles al postergar sus necesidades, saberes e intereses involucrados en la práctica de cuidado^{11,63} en una relación sustentada en la dominación. En esta relación, la sociedad dominante impone sus valores y cultura a otra sociedad a través de la persuasión^{70,71}, con “propia colaboración

de la mujer-madre” por cuanto su agenciamiento en relación a la crianza de sus hijos/as se ve mermado y postergado ya que las mujeres-madres-migrantes pierden su capacidad de defender su propio espacio y universo cultural^{11,63}. Analizar el fenómeno de crianza de los hijos/as de madres migrantes en Chile obliga a reflexionar sobre la “resignificación del concepto hegemónico de mujer” al abordar la deconstrucción de las interconexiones de las categorías que configuran estas formas de opresión^{72,73}, que estaría modulada por superestructuras sociales que involucra el sistemas de salud y que intervienen omitiendo estos mecanismos de opresión o bien participando de manera directa^{68,69}.

Es así como las madres migrantes latinoamericanas en Chile son despojadas de sus saberes y experiencias particulares de vida y cotidianidad, por las mismas instituciones que paradójicamente establecen sus propósitos en torno a la protección del binomio madre hijo/a migrante, al considerar a la mujer-madre-migrante como del tercer mundo y por tanto, como objeto y no como sujeto de derechos. Invisibilizan la diversidad de sus saberes y experiencias a través de la imposición de un saber-poder que oprime a la madres migrantes^{63,74} replegándola al rol de “madre y veladora del hogar” perfilado por pautas de comportamiento en la esfera de la vida cotidiana y marcados por la impronta de un paradigma de salud e higiene en una perpetua relación de asimetría⁶⁰.

La crianza de los hijos/as de madre migrante, regida por patrones culturales y sociales distintos a lo estipulado por los programas de salud vigentes, son blanco del castigo y sanción social debido a la configuración de estereotipos de algunos colectivos migrantes en relación a sus prácticas de crianza⁷⁵. Su imposición, sanción y discriminación, incluso, por parte del propio personal de salud, evidencia el incumplimiento del derecho en esta área y da espacio a una compleja relación debido el desconocimiento institucional^F sobre las prácticas culturales y condiciones de vida de los colectivos migrantes^{63,65}.

Existen antecedentes que dan cuenta que esta relación de asimetría también presenta algunos matices en función a características propias de las madres migrantes vinculadas a la nacionalidad, clase social, nivel educacional y también al fenotipo, entre otras⁷⁶.

En este punto tiene relevancia las distintas representaciones en el imaginario público social alrededor de la construcción del “otro/a” (migrante) como alguien diferente al “nosotros/as” (chilenos)⁷⁷, en una sociedad chilena especialmente “racista, xenofóbica y discriminatoria”^{6,78}, construida históricamente en auto representaciones elitistas como una “sociedad homogénea, culturalmente europea y excepcional en el ámbito latinoamericano”⁷⁸. Estas sanciones se plasman en juicios de valor hacia las usuarias migrantes, a través de la infantilización y suposición de ignorancia de las madres-mujeres, estableciendo una relación entre el sistema de salud y la madre-mujer-migrante sustentada en la devaluación⁶³ en un espacio social en que se entrelazan la “precariedad de los medios de vida con la falta de reconocimiento cultural del migrante”³⁸.

Para el caso de la madres haitianas existe, desde la institucionalidad sanitaria, la tendencia en atribuir patrones de crianza vinculados al desapego y cuya generalización se sustenta en los prejuicios fundados en las diferencias fenotípicas y culturales⁶², desde donde se construye una “teoría que explicaría sus conductas”³¹. Para el caso de las madres haitianas estas creencias han redundado incluso en denuncias ante organizaciones gubernamentales por supuesta “negligencia” en el cuidado de los hijos/as⁷⁹ convirtiendo a las madres migrantes en sujeto de sanción. En relación a las madres venezolanas existe una valoración de su mayor nivel educacional y de su demanda de información y cumplimiento de sus derechos. Sin embargo, para el caso de las madres peruanas hay antecedentes que dan cuenta de su denominación como pacientes complejas de atender por el sistema sanitario⁵⁰, presunciones que a través de la estigmatización amenazan su integración social⁷. Es así como a través de expresiones de rechazo hacia la figura de los migrantes como “chivo expiatorio de la sociedad chilena”³¹ se ha intentado proteger la identidad chilena ante la inserción de valores y costumbres extranjeras apelando a una relación de subordinación instalando la imagen del migrante en Chile como un “extraño amenazante”^{75,80}.

Así, la biopolítica se transforma en un instrumento para vigilar, adiestrar y eventualmente castigar⁸¹ al regular y homogeneizar la crianza de los niños/as a

F Durante al actual contingencia sanitaria, se ha presentado como tema de discusión nacional la noticia en que el recién saliente Ministro de Salud, durante su ejercicio, reconoce no tener conciencia sobre la magnitud de la pobreza y hacinamiento de la población migrante en Chile⁹³.

través de la entrega de recomendaciones de crianza efectivas y factibles para espacios de vida estructuralmente ideales a través del borramiento de la cotidianidad y fragilidad estructural en que residen las mujeres-madres-migrantes^{51,73,82,83}. Se concibe a las madres migrantes como meros cuerpos desprovistos de derecho, vínculos sociales y saberes propios^{33,82}, ratificando que, en migración, “son inútiles los saberes y modos de subsistencia aprendidos”⁷⁵ por cuanto constituyen obstáculo para la atención de salud⁵⁰, argumentando la supuesta “ignorancia de los pobres”⁸² y dejando a cargo del Estado la regulación y limitación de decisiones individuales³³. De este modo, se logra “aumentar el control médico formal y así disminuir la influencia de la medicina popular a través del descredito de un supuesto conocimiento vulgar y bárbaro”^{84,85} relevando a los profesionales de la salud y al conocimiento-saber hegemónico sanitario a una posición de poder^{82,83,85}.

DISCUSIÓN

Las características y transformación del fenómeno migratorio en Chile invita a estudiar las prácticas cotidianas de crianza desplegadas por las mujeres-madres migrantes, por cuanto es en la cotidianidad en que se produce la interacción con la comunidad receptora, manteniendo y/o reproduciendo su pertenencia originaria manifestada en costumbres tradiciones. Es imperativo reflexionar la crianza migrante desde un marco interpretativo intercultural y de género para comprender el intercambio de saberes, aportando una visión desprejuiciada y desprovista de conocimientos dominantes hegemónicos reconociendo los aspectos culturales y vivenciales que signifiquen un aporte para el enriquecimiento mutuo desde una perspectiva epistemológica y experiencial para el cuidado.

Desde el posicionamiento epistémico de la cultura para la interpretación de los fenómenos de salud enfermedad, es necesario reivindicar la interculturalidad crítica desplazando su connotación funcional e instrumental valorizando la heterogeneidad de las prácticas cotidianas así como de la pobreza como determinante de la salud poblacional que determina la vulnerabilidad de los grupos migrantes en Chile como un imperativo moral para reposicionar al ser

humano como centro inspirador de un cuidado ético. En esta práctica intercultural de cuidado se imbrica el conocimiento científico (etic) y los de las madres migrantes desde su visión de mundo (emic)^{65,86,87} relevando al binomio mujer-madre hijo/a migrante como sujeto de cuidado único, particular e irreplicable.

Desde la interseccionalidad es indispensable identificar y concientizar respecto a los núcleos de exclusión en que las madres migrantes en Chile viven su cotidianidad y a su vez, eliminar la reproducción de prácticas que subordinan la autonomía de la mujer-madre migrante en el contexto de los flujos migratorios internacionales. Esto estaría explicado por la existencia de patrones institucionalizados de valor cultural que, por una parte, sitúan a las mujeres en un espacio subordinado y por otro lado relega especialmente a las mujeres-madres migrantes dada su ocupación simultánea de distintos espacios sociales que individualmente constituyen espacios de discriminación (tales como la condición de migrante, raza, clase social) y que al atomizarse en una sola mujer-madre la hacen proclive a ser subordinada de manera significativa.

Para su reivindicación, es necesario abandonar la concepción de las mujeres-madres-migrantes como “pacientes”, respetando sus saberes propios y aprendidos en su trayectoria migratoria y abordando las desigualdades económicas que desencadenan precariedad y discriminación, con el fin de establecer relaciones simétricas entre mujeres-madres-migrantes activas y opinantes ante las instituciones con la que cotidianamente interactúa con ocasión de la crianza de sus hijos/as, dentro de las que se incluyen los establecimientos educacionales y de salud.

El artículo presentado corresponde a resultados parciales de una investigación mayor correspondiente a la Tesis Doctoral titulada “Prácticas culturales vinculados al proceso de crianza de los hijos e hijas de madre migrante latinoamericana en Chile: una aproximación intercultural desde la cotidianidad” para optar al grado académico de Doctora en Estudios Americanos especialidad Estudios Sociales y Políticos de la Universidad de Santiago de Chile
Conflicto de interés: No existe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arango J. Europa y la inmigración: una relación difícil. En *Flujos y redes migratorias contemporáneas*; 2004.
2. Lacomba J. Teorías y prácticas de la inmigración. De los modelos explicativos a los relatos y proyectos migratorios. *Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. 2001; 94(11).
3. INE (Chile). Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2020. Informe de resultados: desagregación regional y comunal., Departamento de Extranjería y Migraciones (DEM); 2021.
4. Stefoni C. Programa Interdisciplinario de estudios migratorios. [Internet]; 2011.
5. Vásquez de KR, Castillo C. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago. *Revista Chilena de Pediatría*. 2012;(83): p. 359-363.
6. Tijoux ME. Negando al "otro": El constante sufrimiento de los inmigrantes peruanos en Chile. En: Stefoni C, editor. *Mujeres inmigrantes en Chile. ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2012. p. 17-41.
7. Imilan W, Márquez F, Stefoni C. Introducción. En: Imilan W, Marquez F, Stefoni C, editors. *Rutas migrantes en Chile. Habitar, festejar y trabajar*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2015. p. 17-32.
8. Stefoni C, Stang F. La construcción del campo de estudio de las migraciones en Chile: notas de un ejercicio reflexivo y autocrítico. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*. 2017 agosto;(58).
9. INE (Chile). Estimación de personas extranjeras extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre 2019: informe técnico [Internet]. Santiago, INE; 2021 [citado en septiembre 2021]. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2019-metodolog%C3%ADa.pdf?sfvrsn=5b145256_6
10. Glenn N. Forced to care: coercion and Caregiving in America. En: Gonzalez H. *Los cuidados en la migración transnacional: una categoría de análisis social y política*. Berkeley, CA: University Press Books; 2012.
11. Izquierdo MJ. El cuidado de los individuos y de los grupos ¿quién cuida a quién? *Organización social y género. Debate feminista*. 2004;(30).
12. Sri Mata A. El despertar de la maternidad universal. *Polis*. Agosto 2006; (14):1-12.
13. Santamaría E. La incógnita del extraño. Una aproximación sociológica a la "inmigración no comunitaria". Rubí, Barcelona: Anthropos; 2002.
14. Peralta E MV, Fujimoto G. La atención integral de la primera infancia en América Latina: ejes centrales y los desafíos para el siglo XXI Santiago; 1998.
15. Peñaranda F. La crianza como complejo histórico, socio-cultural y ontológico: una aproximación sobre educación en salud. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*. 2011; 2(9):945-956.
16. Acuña D, Castañeda M, Peñaloza C, Vega C. Narrativas maternas transformaciones de género y nudos exploratorios sobre las mujeres. *Iberoamérica Social IV*; 2015.
17. Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 2003.
18. Chile. Ministerio de Desarrollo Social. Informe de Desarrollo Social 2015. [Internet]. [Chile]: Ministerio de Desarrollo Social; 2015 [citado 2021 septiembre 12]. Disponible en: https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Developmental_Social_2015.pdf
19. Valenzuela P, Moore R. *Pediatría Ambulatoria: un enfoque integral*. Santiago: Ediciones UC; 2011. 58 p.
20. Kaempffer A, Medina E. Mortalidad infantil reciente en Chile: éxitos y desafíos. *Rev Chil Pediatr*. 2006 octubre; 77(5): 492-500.
21. Jiménez de la Jara J. Cambios y horizontes para la pediatría del siglo XXI en América Latina. En: Meneghello J. *Pediatría. Parte I Pediatría integral, familia y comunidad*. 6a. ed.: Editorial Medica Panamericana; 2013. p. 7-11.
22. Organización Mundial de la Salud [Internet]. WHO, 2020 [citado 2021 octubre 10]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
23. Foucault M. Espacios y clases. En *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo veintiuno editores, s.a. de c.v.; 2001.
24. Riedemann A. Sobre las implicancias de desarrollar en Chile una educación intercultural acorde a la multicultural sociedad actual. En Erazo X, Esponda J, Yaksic M, editores. *Migración y derechos humanos: mediación social intercultural en el ámbito local*. Santiago: LOM; 2016. p. 115-130.
25. Vicencio T. Prácticas barriales en un espacio intercultural. En: Imilan W, Márquez F, Stefoni C. *Rutas migrantes en*

- Chile. habitar, festejar y trabajar.: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2015. p. 85.
26. Brogna P. Investigación social sobre discapacidad y otredad. En: Canales M. Investigación social. Lenguajes de diseño. Santiago: LOM; 2015. p. 159-160.
27. Faundez A. www.sistemaspublicos.cl. [Internet]. 1997 [citado 2020 septiembre 22]. Disponible en: <http://www.sistemaspublicos.cl/wp-content/uploads/2017/04/CASO15.pdf>
28. Calquín C. Metáforas de la identidad en un sistema de atención sanitaria de la infancia en Chile: entre la naturaleza y el capital humano. *Musas*. 2020; 5(2):44-59.
29. Zúñiga Y. Cuerpo, Género y Derecho. Apuntes para una teoría crítica de las relaciones entre cuerpo, poder y subjetividad. *Ius et praxis*. 2018 diciembre; 24(3):209-254.
30. Imilan W, Garcés A, Margarit D. Introducción. Flujos migratorios, redes y etnificaciones étnicas. En: Poblaciones en movimiento. Etnificación de la ciudad, redes e integración. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2014. p. 19-38.
31. Thayer LE. Migrantes en Chile. una aproximación a su condición social y a algunos elementos para entender la subjetividad. En: Erazo X, Esponda J, Yaksic M, editores. Migración y derechos humanos: mediación social intercultural en el ámbito local. Santiago: LOM; 2016. p. 71-98.
32. Díaz-Barriga F, García S, Correa L. Prevención de riesgos en poblaciones vulnerables. In Galvao LA, Finkelman J, Henao S. Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington D.C.: McGraw-Hill Interamericana OPS; 2010.
33. Kottow M. Bioética en Salud Pública: una mirada latinoamericana Santiago: Editorial Universitaria; 2014.
34. Cabieses B, Bernal M, McIntyre A. La migración internacional como determinante de la salud poblacional en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo; 2017.
35. Sen A. La agencia de las mujeres y el cambio social. En: Amartya S. Desarrollo y libertad. 11a ed. Bogotá: Planeta; 2012.
36. Pieper J. Salvar vidas y gestar la modernidad. En: Zarate MS. Por la salud el cuerpo. Historias y políticas sanitarias en Chile. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2012.
37. Vasilachis de Gialdino I. La investigación cualitativa. En: Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2007. p. 23-60.
38. Skewes J. Presentación. Movimiento de personas, movimiento de cosas. En: Imilan W, Garcés A, Margarit D. Poblaciones en movimiento. Etnificación de la ciudad, redes e integración. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2014. p. 11-17.
39. Cuadron A, Samper M. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. *Anales de Pediatría*. 2013;79(5):312-318.
40. Galaz C. Contextos locales y diversidad sociocultural: oportunidad para el reconocimiento y la participación efectiva. En: Erazo X, Esponda J, Yaksic M, editores. Migración y derechos humanos: mediación social intercultural en el ámbito local. Santiago: LOM; 2016. p. 213-231.
41. Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Pedrero V, et al. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Rev Chil Pediatr*. 2017; 88(6): 707-716.
42. González H. Los cuidados en la migración transnacional. Una categoría de análisis social y política. *SUR* 24. 2016; 13(24):43-52.
43. Stefoni C. Perfil Migratorio de Chile. [Internet]. Buenos Aires: OIM; 2011 [citado 2020 septiembre 12]. Disponible en: <https://www.red-iam.org/sites/default/files/2021-01/Perfil%20Migratorio%20Chile.pdf>
44. Tito Pizarro Quevedo, Iribarne Wiff J, Fernández Benítez A, Rojas Bagnara V, Padilla Rubio C, Novoa Carrasco J, eds. Política de Salud de Migrantes Internacionales [Internet]. Chile: MINSAL; 2017 [citado 2021 enero 07]. Disponible en: <https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3633>
45. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Medica Peruana*. 2011; 4:237-241.
46. Allende S. Realidad Médico-Social Chilena. Chile. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social; 1939.
47. Ferrer B, Vitoria I. La alimentación del niño inmigrante. Riesgos y carencias nutricionales. *Pediátrica. Acta de Pediatría Española*. 2015; 70(4): p. 147-154.
48. Cayemittes M, Fatuma Busangu M, de Dieu Bizimana J, Barrère B, Sévère B, Cayemittes V, Charles E. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2012 [Internet]. Calverton, Maryland, USA : MSPP, IHE et ICF International; 2013. [citado en enero 2022]

- Disponible en: <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/EMMUS%20V%20document%20final.pdf>
49. Larterra A, Ayoya M, Beauliere JM, M´mbakwa B. Infant and young child feeding in four departments in Haiti: mixed-method study on prevalence of recommended practices and related attitudes, beliefs, and other determinants. *Rev Panam Salud Publica*. 2014 Nov;36(5):306-13.
 50. Núñez L. Necesidades de las mujeres migrantes y la oferta de atención de salud reproductiva. Discrepancias y distancias de una relación no resuelta. En: Stefoni C. *Mujeres inmigrantes en Chile*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2012. p. 255-257.
 51. Marco F. Regulando la calidad construimos igualdad. Normas para el cuidado y la educación inicial en América Latina. En: Gonzalvez H. *Diversidades familiares, cuidados y migración*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2015.
 52. Jiménez de la Jara J, Torres M, Salcedo R. La ciudad desde los determinantes de la salud. En Galvao L, Finkelman J, Henao S. *Determinantes ambientales y sociales de la salud*. Washington D.C.: McGraw-Hill OPS; 2010.
 53. Sepúlveda O. El espacio en la vivienda social y calidad de vida. *INVI*. 1986; 1(2): 10-34.
 54. Lentini M, Palero D. El hacinamiento: la dimensión no visible del déficit habitacional. *INVI*. 1997 agosto; 12(31):23-32.
 55. Correa S. Historia del siglo XX chileno. In Molina C. *Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989*. Santiago: LOM; 2001.
 56. Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación de la red 2019 [Internet]. MINSAL; 2019 [citado 2020 julio 5]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-de-la-red-2019/>
 57. crececontigo.gob.cl [Internet]. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social; [citado 2020 mayo 23]. Disponible en: <https://www.crececontigo.gob.cl/>
 58. Garrido MJ. Antropología de la Infancia y Etnopediatría. *ETNICEX Revista de estudios etnográficos*. 2013; 5: p. 53-63.
 59. Palominos S. Racismo, inmigración y políticas culturales. La subordinación racializada de las comunidades inmigrantes como principio de la construcción de la identidad chilena. En Tijoux ME, editor. *Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración*. Santiago: Editorial Universitaria; 2016. p. 187-212.
 60. Orellana T. Estereotipos femeninos de salud y belleza en Chile a través del género magazine: *Revista Familia (1910-1928)*. En Araya C, Leyton C, López M. *República de la salud. Fundación y ruinas de un país sanitario, siglos XIX y XX*. Santiago: Ocho libros; 2016.
 61. Tadeau R. Agners Heller, cotidianidad e individualidad: fundamentos para la conciencia ética y política del ser social. *Trabajo Social*. 2015; 17: p. 131-144.
 62. Calquín C. De madres a expertos: la psicología de la posguerra y el disciplinamiento de los cuidados maternos. *SUMMA Psicológica UST*. 2013; 1(10): p. 119-129.
 63. Magaña I, Calquín C, Silva S, García M. Diversidad Familiar, Relaciones de Género y Producción de Cuidados en Salud en Modelo en Salud Familiar: Análisis de caso de un CESFAM de la Región Metropolitana. *Terapia Psicológica*. 2011; 29(1): p. 33-42.
 64. Walsh C. Interculturalidad crítica y educación intercultural. 2009. p. 1-18.
 65. Sáez M. La práctica de la interculturalidad en salud: El caso de Chile. En Campos-Navarro R. *Antropología médica e interculturalidad*. México: Mc Graw-Hill Educación; 2016. p. 438.
 66. Foucault M. Historia de la Medicalización. En *Control, ley, medicalización. Conferencias de Michel Foucault en Brasil.*: Hiparquia; 1974. p. 128-154.
 67. Weber M. *Economía y sociedad México*; 1997.
 68. Santibáñez D. La interseccionalidad en el feminismo negro de Patricia Collins. *Resonancias. Revista de Filosofía*. 2018 ;(4): p. 49-58.
 69. Hill Collins P. Black Feminist Thought. En Santibáñez D. El concepto de interseccionalidad en el feminismo negro de Patricia Collins.: *Resonancias. Revista de Filosofía*; 2000.
 70. Schiller HI. Cultura de masas e imperialismo yanqui. En Segovia A. *Treinta años de economía política de la comunicación: las aportaciones de Herbert I. Schiller*; 1976.
 71. Fraser N. La política feminista en la era del reconocimiento: un enfoque bidimensional de la justicia de género. *Arenal*. 2012 Julio-Diciembre; 2(19).
 72. Jabardo M. Feminismos negros. Una antología. En Santibáñez D. El concepto de interseccionalidad en el feminismo negro de Patricia Collins.: *Resonancias. Revista de Filosofía*; 2018.
 73. Baeza B, Azenberg L, Barría C. *Cultura y salud migratoria*:

- miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres bolivianas. Si somos americanos. *Revista de estudios fronterizos*. 2019 enero-Junio; XIX (1): p. 43-66.
74. Couriel O. Descolonizando el feminismo: una perspectiva desde América Latina y el Caribe. [Internet].; 2009.
75. Márquez F, Correa JJ. Migración y des-arraigo. En Imilan W, Márquez F, Stefoni c. Rutas migrantes en Chile. habitar, festejar y trabajar. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2015. p. 57.
76. Stefoni C. La nacionalidad y el color de piel en la racialización del extranjero. Migrantes como buenos trabajadores en el sector de la construcción. En Tijoux ME, editor. Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración. Santiago: Editorial Universitaria; 2016. p. 65-75.
77. Scozia C, Leiva C, Garrido N, Álvarez A. Barreras interracionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. *Revista Sociedad y Equidad*. 2014 enero;(6).
78. Correa J. La inmigración como “problema” o el resurgir de la raza. Racismo general, racismo cotidiano y su papel en la conformación de la nación. En Tijoux ME, editor. Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración. Santiago: Editorial Universitaria; 2016. p. 35-47.
79. TVV. La historia de la ciudadana haitiana que murió tras ser acusada de abandonar a su hija. [Internet]. 2017 [citado 07 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.24horas.cl/nacional/la-historia-de-la-ciudadana-haitiana-que-murio-tras-ser-acusada-de-abandonar-a-su-hija--2523377>
80. Duarte S. Dialogo intercultural y convivencia. En Erazo X, Esponda J, Yaksic M, editores. Migración y derechos humanos: mediación social intercultural en el ámbito local. Santiago: LOM; 2016. p. 233-244.
81. Foucault M. Defender la Sociedad. En Araya C, Leyton C, López M. República de la Salud. Fundación y ruinas de un país sanitario Chile siglos XIX y XX. Santiago: Ocho Libros; 2006.
82. Araujo K. La experiencia social cotidiana. En *Habitar lo social*. Santiago: LOM; 2009. p. 89.
83. Calquín C. De madres a expertos: la psicología de la posguerra y el disciplinamiento de los cuidados maternos. *SUMMA Psicológica UST*. 2013; 1(10): p. 119-129.
84. Zarate MS. Dar a luz en Chile, siglo XIX. Segunda ed. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2008.
85. Ávila M. Ente policía y política. Derivas de un concepto filosófico. En Yuing T, Karmy R. Biopolíticas, gobierno y salud pública. Santiago: Ocho Libros; 2014. p. 78-87.
86. Leininger M. *Transcultural Nursing: Concepts, theories, research & practice* New York: Mc Graw Hill; 2002.
87. Díaz L. El conocimiento médico: enfermedad, padecimiento, clínica y cosmovisión. En Campos-Navarro C. Antropología médica e intercultural. México: McGraw-Hill; 2016.
88. INE (Chile). INE. Instituto Nacional de Estadísticas [Internet]. Santiago: INE; 2018 [citado 2019 septiembre 27]. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/demogr%3%a1ficas-y-vitales/inmigraci%3%b3n/s%3%adntesis.pdf?sfvrsn=795659d2_4.
89. Chile. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Informe de Desarrollo Social. [Internet].; 2020 [cited 2020 enero 07]. Disponible en: http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2019.pdf 90.
90. Peralta V. Vecindad, intimidad y fusión de reciprocidades Puebla: PyV; 1998.
91. Rivas AM. Revisitando el parentesco: ¿sigue siendo la sangre más espesa que el agua? Nuevas formas de parentesco y familia. En Gonzalvez H. Diversidades familiares, cuidado y migración. Nuevos enfoques y nuevos dilemas. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2015. p. 39-68.
92. Simmel G. El extranjero. En *Sobre la individualidad y las formas sociales*. Buenos Aires: Editorial Universidad Nacional de Quilmes; 1986.
93. t13.cl. Mañalich reconoce que “no tenía conciencia” de la magnitud de la pobreza y hacinamiento en Chile [Internet]. 2020 [cited 2020 enero 07]. Disponible en: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/manalich-pobreza-hacinamiento-covid-19-28-05-2020>

RELACIÓN ENTRE PERIODONTITIS Y ASMA BRONQUIAL EN ADULTOS

RELATIONSHIP BETWEEN PERIODONTITIS AND BRONCHIAL ASTHMA IN ADULTS

RESUMEN

La periodontitis es una patología crónica multifactorial asociada a un desbalance de la biopelícula bacteriana que afecta a más del 90% de la población adulta tanto nacional como internacional. Se vincula con múltiples patologías sistémicas, entre ellas el asma bronquial que presenta una importante prevalencia y altos grados de mortalidad a nivel global, más aún representa un estado de riesgo pulmonar para cualquier otra patología que pueda ingresar a la vía aérea. Por esta razón se han propuesto distintos mecanismos que mediarían la interacción entre la vía oral y pulmonar basados en la unión anatómica de las dos cavidades. De acuerdo con estos antecedentes y la preocupación sanitaria que figuran tanto la periodontitis como el asma bronquial, se hace necesario realizar una investigación exhaustiva para establecer medidas de cuidado. El objetivo de esta revisión es describir la relación entre periodontitis y asma bronquial en población adulta, más específicamente, recopilar información acerca del cómo interceden la una en la otra. De este modo ayudará al profesional a tomar las medidas justas de cuidado, confeccionar planes multidisciplinarios de atención, al igual que proporcionar las recomendaciones correspondientes a este tipo de pacientes.

Palabras clave: Periodontitis; asma bronquial; tratamiento periodontal; tratamiento asma bronquial; salud bucal

ABSTRACT

Periodontitis is a multifactorial chronic pathology associated with an imbalance of the bacterial biofilm that affects more than 90% of the adult population both nationally and internationally. It is linked to multiple systemic pathologies, including bronchial asthma, which has a significant prevalence and high mortality rates globally, and even more so represents a state of pulmonary risk for any other pathology that may enter the airway. For this reason, different mechanisms have been proposed that would mediate the interaction between the oral and pulmonary pathways based on the anatomical union of the two cavities. In accordance with these antecedents and the health concern that appears in both periodontitis and bronchial asthma, it is necessary to carry out an exhaustive investigation to establish care measures.

The objective of this review is to describe the relationship between periodontitis and bronchial asthma in the adult population, more specifically, to collect information about the consequences between both diseases and how they interfere with each other. In this way, it will help the professional to take the right care measures, prepare multidisciplinary care plans, as well as provide the corresponding recommendations for this type of patient.

Keywords: Periodontitis, Bronchial asthma, Periodontal treatment, Bronchial asthma treatment, Oral health.

Rocío Pastén-Hernández
 Paula Riera-Sanz
 Gianitsa Georgudis-Pinto
 Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.
 rapasten1@miuandes.cl

Recibido el 18-02-2022
 Aprobado el 03-05-2022

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es una patología crónica multifactorial asociada a un desbalance de la biopelícula bacteriana que da como resultado una respuesta inflamatoria crónica irreversible y destructiva, que progresa a través de la inserción periodontal de la pieza dentaria y eventual pérdida ósea adyacente¹. El número de pacientes con periodontitis va en aumento año tras año. Según datos del Ministerio Nacional de Salud (MINSAL) del año 2010, esta enfermedad se encuentra presente en más del 90% de la población adulta chilena, en distintos grados de severidad². Se vincula con variadas patologías sistémicas como enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, artritis reumatoide, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de hígado graso no alcohólico, ciertos cánceres, parto prematuro, entre otras^{3,4}. En todas ellas, la relación epidemiológica comprobada es el agente repetitivo de la inflamación. Esta coincidencia se discute desde principios de la década del 1990 introduciéndose el concepto de “Medicina Periodontal” con el fin de reunir todas las patologías asociadas en un solo principio⁵. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias de 2017, postula que las patologías sistémicas asociadas podrían alterar el progreso natural de la enfermedad periodontal¹. Se han propuesto teorías, como la bacteremia, endotoxemia y la liberación de mediadores inflamatorios de los tejidos periodontales para justificar la base de esta relación⁴, esto se podría comprobar con estudios clínicos aleatorizados donde se exponga a los pacientes al desarrollo de enfermedades sistémicas o a periodontitis lo cual, por impedimentos de tipo ético, son imposibles de realizar y, por lo tanto, de entregar este tipo de certeza.

En un artículo publicado en la revista *Periodontology* 2000 del año 2020, Genco & Sanz realizaron una revisión sistemática con enfoque en medicina periodontal. En esta revelaron 57 condiciones que, se hipotetiza, estaban vinculadas con la enfermedad periodontal³; entre ellas, la que generó atención por su escaso estudio, fue la relación entre la periodontitis y enfermedades respiratorias, con énfasis en EPOC, asma bronquial y neumonías.

Las enfermedades pulmonares obstructivas como el EPOC y asma bronquial presentan un importante problema de salud pública nacional. La última encuesta de salud entregada por el MINSAL, en la que se exponen condiciones respiratorias, muestra que

el 24.5% de la población total nacional presenta síntomas respiratorios crónicos⁶ lo cual se explicaría por el envejecimiento de la población, el tabaquismo creciente y el elevado grado de contaminación atmosférica que presenta Santiago y otras ciudades del país⁷. Específicamente el asma bronquial presenta altas tasas de prevalencia encontrándose entre un 15 y 18% en población chilena⁸. La mayoría de los registros datan de población infantil afectada, sin embargo, un análisis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Chile (particularmente en adultos), documenta una mortalidad por causa respiratoria en uno de cada 10 pacientes⁹. Sin conocer la enfermedad respiratoria causal de los elevados decesos, la evidencia demuestra que padecer una enfermedad pulmonar obstructiva como lo es el asma bronquial, provoca una predisposición a cualquier otra patología que se sitúe en el pulmón¹⁰, por lo tanto, el asma bronquial podría enlazarse directamente con cualquier enfermedad respiratoria que cause la muerte de la persona.

Las interacciones entre la vía oral y pulmonar aún se discuten; la razón principal sería la plausibilidad biológica en la interacción entre los microbiomas de cada ambiente. Se teoriza que los microorganismos orofaríngeos o sus metabolitos se puedan propagar a órganos cercanos anatómicamente, incluido el pulmón. Existe flora bacteriana compartida entre estos dos compartimientos, por lo tanto, su proximidad podría ayudar a la propagación de microorganismos desde la boca a parte del tracto respiratorio³ y así causar una patología obstructiva como lo es el asma bronquial.

EFFECTO DE LA PERIODONTITIS EN EL ASMA BRONQUIAL

Los principales hallazgos de la relación entre la periodontitis y el asma bronquial mencionan su rol respecto a la gravedad del cuadro respiratorio en el asma. Gomes-Filho y col. en el 2014 en su estudio de caso y control encontraron que, en personas con periodontitis, la probabilidad de tener asma severa era aproximadamente, cinco veces mayor que en los participantes sin enfermedad periodontal¹¹. Años más tarde, Soledade-Marques y col. en el 2018 reafirmaron la evidencia, encontrando resultados similares con una probabilidad tres veces mayor de tener asma de tipo severa en pacientes con periodontitis, comparándolos con aquellos sin infección periodontal¹².

Parece ser que la causa de la relación sería el rol que cumple la periodontitis en la disminución de la

función pulmonar de estos pacientes. Dos estudios de cohorte describen la interacción entre el estado periodontal y la función respiratoria^{13,14}. Pérez y col. reportaron un nexo entre la pobre salud periodontal y la salud pulmonar. Estos midieron en un grupo de pacientes el estado periodontal, calculado con el índice periodontal comunitario (CPI) que asigna números desde el 0 para un periodonto sano hasta 4 con saco mayor o igual a 6 mm, y la función pulmonar, medida con el volumen máximo de ventilación forzada (FEV) y la máxima capacidad vital forzada (FVC). Los hallazgos encontrados denotaron relación entre CPI de 3-4 (presencia de sacos periodontales de 4-6mm) con una menor FEV y FVC en comparación a los mismos parámetros, en pacientes con un CPI 0 (salud periodontal). Por medio de estos resultados, los mismos autores consideraron posible un aumento en la función respiratoria a partir del mejoramiento de la higiene oral¹³. Aun así, sus resultados pueden estar limitados por el uso del CPI ya que este puede proporcionar un estado periodontal engañoso pues no entrega información de la pérdida de inserción (parámetro considerado en el diagnóstico de periodontitis)¹⁵.

El segundo estudio por Winning y col. determinó que la periodontitis crónica (tipo de clasificación de periodontitis) estaba asociada a una reducción en la función respiratoria, específicamente en un grupo de hombres de entre 58 y 72 años de Irlanda¹⁴. Los resultados de estos estudios determinan la posibilidad de que la periodontitis se presente como un factor etiológico en la reducción de la función respiratoria pues una presentación de valores menores en la espirometría, tanto volumen máximo de ventilación forzada (FEV) y máxima capacidad vital forzada (FVC) se relacionan con el diagnóstico de los trastornos de tipo obstructivos y más aún con la clasificación de gravedad del asma bronquial¹⁶. La causa discutida por los autores acerca de la relación de la periodontitis con casos de asma severa tiene relación con el rol potenciador que representa la infección periodontal en la remodelación bronquial producida en el asma. Soledade-Marques y col. proponen que los causantes serían los periodontopatógenos capaces de activar las células inmunitarias del huésped para producir citoquinas, como prostaglandina E2 (PGE2), interferón γ , factor de necrosis tumoral α e interleuquinas (IL-1, IL-6, IL-10, IL-11). Estos mediadores inflamatorios estimularían macrófagos y osteoclastos liberando hidrolasas y colagenasas, así como metaloproteinasas de la matriz (MMP), las que se han visto implicadas

en la remodelación bronquial en el asma al escindir el colágeno y las fibras elásticas dentro del tejido pulmonar¹². Los tres mecanismos que permitirían esta interacción y que fueron mencionados por Genco y Sanz en su revisión narrativa son: 1) un mecanismo directo por el cual los microorganismos patógenos de la periodontitis invaden el torrente sanguíneo con la consiguiente bacteremia, provocando una respuesta inflamatoria crónica de bajo grado en órganos distantes a los que los patógenos pueden acceder, 2) la liberación de mediadores inflamatorios en la cavidad oral, producto de la periodontitis, que igualmente pueden viajar a órganos distantes por el torrente sanguíneo, también denominado en la literatura como mecanismo indirecto³; y 3), propuesto por Scannapieco y Mylotte, que describe que los patógenos periodontales son aspirados a las vías respiratorias directamente donde causarían la reacción aguda inflamatoria en el sitio con la consiguiente remodelación bronquial ya descrita¹⁷.

Respecto a este último punto, Mammen, Scannapieco & Sethi en su revisión acerca del rol microbiano oral en patologías respiratorias describen que la cavidad bucal es la fuente de bacterias para la microbiota en las vías respiratorias inferiores específicamente en sujetos asmáticos¹⁸.

EFECTO DEL ASMA BRONQUIAL Y SU TRATAMIENTO EN LA PERIODONTITIS

En un estudio transversal del 2017, los autores Lee, Lim & Lee reportaron que pacientes con una condición de asma actual tenían cinco veces más probabilidades de presentar periodontitis. Sin embargo, debido a las limitaciones propias de un estudio transversal, no pudieron definir la etiopatogenia exacta detrás de sus resultados¹⁹. Aun así, dio indicios para que, años después, se desarrollaran otro tipo de investigaciones, como los estudios de caso control de Khassawneh, Alhabashneh e Ibrahim y Lopes y col. El primero fue en pacientes de Jordania donde evaluaron la condición periodontal en pacientes con y sin asma identificando una asociación positiva con un riesgo de tener periodontitis tres veces mayor que el grupo control²⁰. En el segundo, coincidiendo con los resultados antes mencionados, se determinaron prevalencias significativamente más altas de periodontitis en pacientes asmáticos versus no asmáticos. Incluso sus resultados vinculan la periodontitis con estados más severos de asma²¹, lo que valida la relación anterior entre periodontitis y la disminución

de medidas espirométricas (definidas como FEV₁ y FVC) proporcionales al aumento en la severidad de cuadros obstructivos. Por último, Chang y col. en su estudio de cohorte lograron relacionar el aumento de la incidencia de enfermedades periodontales con el grupo de pacientes asmáticos, con una diferencia de un 3.2% con el grupo control. Además, el peligro de desarrollar periodontitis aumentó drásticamente para los pacientes asmáticos con múltiples visitas a la sala de emergencias o múltiples ingresos hospitalarios por asma²².

En lo referido a los parámetros clínicos de periodontitis relacionados a pacientes asmáticos hubo leves variaciones en las publicaciones que lo mencionan. La primera por Khassawneh, Alhabashneh e Ibrahim encontraron aumento en pérdida de dientes, recesiones gingivales y pérdida de inserción clínica. Los autores teorizaron que el asma podría estar actuando como factor causal en el aumento de la severidad y extensión de la periodontitis²⁰. Por otro lado, la revisión sistemática con meta-análisis realizada por Ferreira y col., reportó un aumento significativo, pero sin mucha calidad de evidencia, en los parámetros de sangrado papilar, tártaro y pérdida de inserción clínica²³. Otros autores presentan el factor bacteriano en esta relación, Lopes y col. encontraron un aumento significativo de microorganismos periodontales, principalmente *Prevotella intermedia* (Pi), en la biopelícula subgingival de pacientes asmáticos en comparación a la población de control sin asma²¹.

El mayor riesgo de periodontitis en pacientes asmáticos en comparación con la población general, discutido por los autores tiene que ver con variadas causas, que principalmente se asocian con el efecto de los medicamentos antiasmáticos: reducción del flujo salival debido a agonistas beta 2, disminución de la densidad mineral ósea debido a los esteroides inhalados, deshidratación de la mucosa alveolar debido a la respiración bucal, alteración de la respuesta inmune con una concentración aumentada de IgE y reducción de IgA secretora²⁴.

Parece ser que los medicamentos anti-asmáticos tienen un impacto negativo en el estado periodontal de los pacientes usuarios. En la revisión de Gani y col. describieron que la salud periodontal se encuentra fuertemente relacionada con un flujo salival adecuado y que la reducción de ésta se asociaba a un aumento del índice de placa dental, uno de los factores causales de la periodontitis. Así mismo revelaron que ciertos fármacos anti-asmáticos tenían un efecto negativo en la producción salival y que serían la principal causa

del deterioro en las características periodontales²⁴. Estudios previos indican que el uso regular de medicamentos inhalados parece alterar el flujo salival y las características orales en los pacientes con asma bronquial²⁵. Ryberg y col. observaron que las tasas de secreción de saliva total y parótida disminuyeron en un 26% y un 36% en asmáticos con medicación en comparación con el grupo de control no asmático²⁶.

Según Gani y col. el efecto protector reducido de la saliva no solo se debe a una disminución en el flujo, sino que también incluye alteraciones en la composición salival y la sequedad provocada por la respiración bucal que presentan estos pacientes²⁴. Este conjunto de fenómenos puede promover la interacción entre factores bacterianos e inmunológicos, incluida una menor concentración de IgA salival²⁷, otro de los factores protectores salivales. También se describe que una disminución en esta inmunoglobulina (IgA) da paso a la mayor concentración de la IgE, característica de los pacientes asmáticos, resultando en una alteración de la respuesta inmune en los tejidos gingivales²⁴. La IgE es capaz de aumentar la cantidad de citoquinas inflamatorias produciendo un efecto proinflamatorio en los tejidos orales²⁷. Fathima y col. en su estudio transversal no solo encontraron menores tasas de flujo salival en el grupo asmático (0.23) vs el grupo no asmático (0.64) sino que también diferencias en la capacidad buffer y pH realzando el hecho que de no solo se afectarían los tejidos periodontales, sino que también la salud oral general²⁸.

Dentro de los fármacos involucrados se ha visto que tanto broncodilatadores agonistas beta 2 como corticoides inhalados u orales son los principales causales en la reducción del flujo salival. Las publicaciones de Gani y col. y Thomas y col. describen y reafirman que los agonistas beta 2 son los causantes de la disminución salival en los pacientes asmáticos^{24,29}. Sin embargo, un estudio transversal por Navarrete y col. le refieren la responsabilidad a los corticoides inhalados. En su estudio evaluaron cuatro marcadores relacionados con mecanismos fisiopatológicos relevantes para daño de la mucosa oral en pacientes recibiendo corticoides inhalados (CI), tres referentes al daño en el ADN celular y uno acerca de la producción de Mucina 5B (MUC5B) por las glándulas salivales (un factor protector salival encargado de lubricar y proporcionar una barrera contra la desecación). Sus resultados arrojaron que aquellos sujetos tratados con altas dosis de CI mostraron niveles más bajos de MUC5B salival en comparación con sujetos de control sin asma, con una diferencia estadísticamente

significativa mientras que las otras características bioquímicas de la saliva, caracterizadas por provocar el daño celular, también se vieron ligeramente afectadas, aunque no alcanzaron la significación estadística. Estos datos sugieren la posibilidad de un mayor daño celular en la mucosa oral como resultado del uso de CI³⁰. Otra publicación de caso y control en Jordania por Khassawneh, Alhabashneh e Ibrahim incluyó en sus objetivos la prevalencia de periodontitis entre distintas variantes farmacéuticas de los pacientes asmáticos, que incluían corticoesteroides orales (CO), corticoesteroides inhalados (CI) y broncodilatadores inhalados (SABA). Los resultados indicaban que el uso de CO se relacionaba con una mayor prevalencia de periodontitis, mostrando diferencias significativas en recesiones gingivales y extensión de la enfermedad. Además, planteaban que el mecanismo causal sería la reducción salival que provoca en el paciente asmático²⁰.

Otro aspecto discutido que tiene impacto en la salud oral es el efecto de los medicamentos anti-asmáticos específicamente del tipo corticoides. Algunos autores señalan que la acción inmunosupresora de estos medicamentos podría tener repercusiones sistémicas a lo largo del organismo, incluida la cavidad oral³¹. Se piensa que tendría una función en el desarrollo de la periodontitis al disminuir la respuesta inmune del organismo frente a los patógenos periodontales. Sin embargo, otros autores aseguran que esta capacidad de los corticoides estaría atenuada en este nivel y por lo tanto sería insignificante en el progreso de la periodontitis³².

Dentro de los efectos adversos que podrían presentar los corticoides, y que en la literatura se encontró con mayor evidencia, es su impacto en la densidad mineral de los huesos. Algunos autores hablan del rol de los corticoides en el desarrollo de osteoporosis, como Chalitsios, Shaw & McKeever que en su estudio de caso control observaron una relación dosis-respuesta entre el número de dosis acumulada al año de corticoides sistémicos y el riesgo de osteoporosis en pacientes asmáticos. De acuerdo con la vía de administración tanto la exposición a los de tipo oral como inhalados presentaron aumento en el riesgo, sin embargo, los inhalados tuvieron un efecto más fuerte³³. Resultados similares describieron Gani y col. que mencionan que el uso prolongado de corticoides sistémicos inhalados (CSI) en adultos puede provocar un aumento de fracturas a causa de la osteoporosis, especialmente en aquellos que reciben dosis moderadas a altas²⁴. La osteoporosis aumenta el riesgo de tener una periodontitis más severa debido a que

se presenta con una reabsorción de hueso, lo que puede facilitar la progresión de la infección hacia el tejido óseo³⁴.

Efecto de la terapia periodontal no quirúrgica en el curso y evolución del asma bronquial.

Scannapieco y Cantos en su revisión sobre enfermedades respiratorias y periodontitis, describieron la reducción. Se asume que el control de higiene dental tiene que ver con la disminución en la probabilidad de afectación pulmonar, incluida la evolución de gravedad del cuadro asmático, mediante el manejo de una de sus vías de conexión como lo es la aspiración directa de microorganismos orales de la periodontitis. Así mismo Shen y col. en el año 2017 investigaron mediante su estudio de caso control el impacto del tratamiento periodontal no quirúrgico en pacientes asmáticos versus el mismo tipo de pacientes, pero sin enfermedad periodontal. En este artículo encontraron una menor incidencia de hospitalización (1.74 vs. 2.92 por cada 100 personas-años), con un IRR ajustado de 0,58 (IC 95 % = 0,53–0,64), eventos adversos (1,06 vs. 1,13 por cada 100 personas-años), con un IRR ajustado de 0.92 (95% CI = 0.83–1.03) y ocupación de camas UCI (1.14 vs. 1.25 por cada 100 personas-años), con un IRR ajustado de 0.88 (95% CI, 0.79–0.99) en el grupo bajo tratamiento vs. el grupo control. La terapia incluso fue significativamente efectiva en el manejo de incidencias para el grupo de asmáticos con EPOC concomitante y en tratamiento con corticoesteroides orales o inhalados. Respecto a parámetros de mortalidad, los autores evidenciaron que el grupo bajo tratamiento periodontal tuvo una incidencia de muerte significativamente menor (1.86 vs. 2.79 por cada 100 personas-años), con un IRR ajustado de 0.65 (95% CI = 0.59–0.71) (36). Aún así se encontraron ciertas limitaciones en este último estudio; primero, que la información detallada sobre el estilo de vida, los niveles de gravedad de enfermedades, antecedentes familiares, datos de laboratorio sérico y pruebas de función pulmonar no estaban disponibles y segundo, es ideal para este tipo de investigación establecer otro grupo de comparación con pacientes asmáticos con enfermedad periodontal pero sin tratamiento periodontal lo cual es poco probable ya que el seguro universal de esta población cubre los cuidados dentales y por consiguiente sería difícil encontrar pacientes que no hayan recibido ningún tratamiento.

Los eventos adversos o exacerbaciones del asma tienen que ver primordialmente con otras patologías respiratorias que se sitúan en la vía aérea y, según

la evidencia disponible, la infección pulmonar es el principal factor desencadenante de estas exacerbaciones además de ser un gran causante de mortalidad en pacientes asmáticos³⁵. En este sentido Yang y col. en su estudio de cohorte encontraron que pacientes con tratamiento periodontal del tipo no quirúrgico tenían menor riesgo de desarrollar neumonía (HR ajustado: 0,69; IC 95%: 0,65-0,73) que pacientes sin patologías periodontales, especialmente en población de alto riesgo; hombres (HR ajustado: 1,60; IC95%: 1,51-1,71), que habitan en áreas rurales (HR ajustado: 1,18; IC95%: 1,07-1,31) y que presenten comorbilidades, $p < 0.0537$. Este último estudio presentaba cierta limitación ya que los pacientes de las cohortes con periodontitis crónica que recibieron tratamiento y los que no, no fue aleatorizada. Además, no estaban seguros del estado de salud periodontal de la cohorte de comparación debido a que se trata de un estudio basado en registros.

Los efectos del tratamiento periodontal en el curso y evolución del asma bronquial no solo incluyen la disminución de la probabilidad de aspirar periodontopatógenos como una forma de evadir una vía de conexión entre la periodontitis y el aumento en la gravedad del asma bronquial, sino que también reducir la prevalencia de uno de sus desencadenantes y causante de una gran cantidad de decesos, como lo es la infección por neumonía.

El tratamiento de la periodontitis podría influir en la disminución del uso de fármacos anti-asmáticos por medio de su efecto en la reducción de la gravedad del asma, actuando a nivel del mejoramiento en la función pulmonar y descenso en los episodios de exacerbaciones de estos pacientes. Con un riesgo asmático más leve, el uso de corticoides y broncodilatadores se ve disminuido. Así, un menor uso de estos medicamentos tiene un impacto positivo en el control de la periodontitis pues desaparecen ciertos efectos adversos asociados a ellos como la osteoporosis, xerostomía y la posible reducción de la respuesta inmune sistémica (todos factores que influyen en la progresión y severidad de la periodontitis). Por lo tanto, se deja en manifiesto la importancia del tratamiento y la mantención periodontal en la planificación de la terapia del asma bronquial, así como también tener en cuenta las repercusiones que conllevan los medicamentos antiasmáticos en la salud oral.

CONCLUSIONES

La evidencia actual sugiere que la inflamación causada por la periodontitis afecta no sólo el medio ambiente oral, sino también los órganos sistémicos. Las enfermedades sistémicas relacionadas a esta infección han sido investigadas en varias ocasiones describiendo la reciprocidad existente. Sin embargo, no en todas se ha demostrado una razón de causalidad estadística y por lo mismo no pueden ser catalogadas como un factor de riesgo para periodontitis. Los resultados encontrados en esta investigación proponen una bidireccionalidad de la periodontitis con el asma bronquial, de acuerdo con los siguientes hallazgos;

1. La periodontitis es capaz de agravar el estado de un paciente asmático por medio de su influencia negativa en parámetros de función pulmonar. La evidencia define que esto es causado principalmente por los patógenos periodontales competentes de ser aspirados, diseminados de manera hematógica o bien estimular la propagación de mediadores inflamatorios.
2. Los asmáticos tienen más periodontitis que la población sin asma, incluso los parámetros clínicos como recesiones gingivales y pérdida de inserción clínica son más severas en estos pacientes.
3. El tratamiento anti-asmático favorece la progresión a una periodontitis de tipo más severa al repercutir en los niveles negativos de flujo salival. Además, específicamente los corticoides, provocan una disminución en la respuesta inmune sistémica e influyen en la densidad ósea con la posibilidad de generar osteoporosis.
4. El tratamiento periodontal no quirúrgico mejora el estado periodontal, disminuye la prevalencia de exacerbaciones del asma, así como también el desarrollo de enfermedades pulmonares concomitantes. La razón es la disminución de patógenos orales que pudiesen ser aspirados a las vías respiratorias desarrollando una infección pulmonar o desencadenando un cuadro agudo obstructivo.

A pesar de la estrecha relación encontrada entre ambas patologías se considera necesario meditar con precaución las conclusiones expuestas debido a ciertas limitaciones; primero respecto al tipo de conexión ya que, si bien la información recabada es consistente con un vínculo positivo, su nivel de evidencia es bajo para determinar causalidad, así como también para establecer que una enfermedad es factor de riesgo

para la otra. En este sentido, la documentación disponible sigue siendo limitada para instaurar ese tipo de conclusiones, por lo tanto, se propone continuar la búsqueda de dicha asociación mediante estudios de mayor nivel estadístico. Segundo, y en relación con el punto anterior, se requiere una mayor estandarización de los resultados, específicamente respecto a la definición del caso de periodontitis como enfermedad. La mayoría de los escritos analizados consideraron distintas características clínicas o radiográficas de la patología mas no un diagnóstico homogeneizado como correspondería a encasillarlo en la clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias del 2017, por ejemplo.

La comprensión de la relación entre la periodontitis y una enfermedad sistémica común, como lo es el asma bronquial, puede cambiar el enfoque de las políticas de salud, incentivado a la aplicación de intervenciones tempranas de prevención como la entrega de información a la población enferma, programas de salud oral enfocados en asmáticos bajo tratamiento medicamentoso o bien mediante el fomento hacia los investigadores a emplear nueva evidencia de relación entre periodontitis y otras patologías sistémicas, posterior al debate que se genera en la literatura sobre la bidireccionalidad de esta infección oral con múltiples enfermedades. Se instaura como una obligación que la medicina periodontal sea abordada desde una perspectiva profesional dental y médica. La comunidad médica debe estar consciente de los posibles efectos negativos de las infecciones periodontales en la salud sistémica, específicamente en el asma bronquial y así mismo de las consecuencias en la cavidad oral que pueden presentar estos usuarios del sistema de salud.

Agradecimientos

A colegas y docentes de la universidad, familia y amigos por su constante apoyo y consejo al realizar este trabajo.

Investigación sin financiamiento externo.

Declaración conflictos de interés

Sin conflictos de interés que reportar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions: Classification and case definitions for periodontitis. *J Clin Periodontol*. junio de 2018;45:S162-70.
2. Enfermedad Periodontal [Internet]. #CuidémonosEntreTodos. [citado 14 de junio de 2021]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-salud-bucal/salud-oral-en-adolescentes-de-10-19-anos-prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-la-enfermedad-periodontal/>
3. Genco RJ, Sanz M. Clinical and public health implications of periodontal and systemic diseases: An overview. *Periodontol 2000*. junio de 2020;83(1):7-13.
4. Monsarrat P, Blaizot A, Kémoun P, Ravaud P, Nabet C, Sixou M, et al. Clinical research activity in periodontal medicine: a systematic mapping of trial registers. *J Clin Periodontol*. mayo de 2016;43(5):390-400.
5. Beck JD, Papapanou PN, Philips KH, Offenbacher S. Periodontal Medicine: 100 Years of Progress. *J Dent Res*. 1 de septiembre de 2019;98(10):1053-62.
6. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. [Internet]. 2010 [citado 20 octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
7. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Guía Clínica AUGE. Asma Bronquial en adultos [Internet]. 2013 [citado 28 octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Asma-Bronquial-Adultos.pdf>
8. Mallol J, Aguirre V, Aguilar P, Calvo M, Amarales L, Arellano P, et al. Changes in the prevalence of asthma in Chilean school age children between 1994 and 2002. *Rev Médica Chile*. mayo de 2007;135(5):580-6
9. File TM, Marrie TJ. Burden of community-acquired pneumonia in North American adults. *Postgrad Med*. 2010 Mar;122(2):130-41
10. Ministerio de Salud. Guía clínica AUGE, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. 2013.
11. Gomes-Filho IS, Soledade-Marques KR, Seixas da Cruz S, de Santana Passos-Soares J, Trindade SC, Souza-Machado A, et al. Does periodontal infection have an effect

- on severe asthma in adults? *J Periodontol.* junio de 2014;85(6):e179-187.
12. Soledade-Marques KR, Gomes-Filho IS, da Cruz SS, Passos-Soares J de S, Trindade SC, Cerqueira E de MM, et al. Association between periodontitis and severe asthma in adults: A case-control study. *Oral Dis.* abril de 2018;24(3):442-8.
 13. Pérez Barrionuevo AM, Gómez Real F, Igland J, Johannessen A, Omenaas E, Franklin KA, et al. Periodontal health status and lung function in two Norwegian cohorts. Sapey E, editor. *PLOS ONE.* 19 de enero de 2018;13(1):e0191410.
 14. Winning L, Patterson CC, Cullen KM, Kee F, Linden GJ. Chronic periodontitis and reduced respiratory function. *J Clin Periodontol.* marzo de 2019;46(3):266-75.
 15. Araya Vallespir C, Ulloa Ortega C, Luengo Machuca L, Rodríguez Vera M, Contreras Silva S. Grado de concordancia de los índices más utilizados en estudios epidemiológicos de la enfermedad periodontal. *Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* diciembre de 2014;7(3):175-9.
 16. Asthma - Pulmonary Disorders [Internet]. Merck Manuals Professional Edition. [citado 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/professional/pulmonary-disorders/asthma-and-related-disorders/asthma>
 17. Scannapieco FA, Mylotte JM. Relationships Between Periodontal Disease and Bacterial Pneumonia. *J Periodontol.* 1996;67 (suppl): 1114-1122
 18. Mammen MJ, Scannapieco FA, Sethi S. Oral-lung microbiome interactions in lung diseases. *Periodontol* 2000. junio de 2020;83(1):234-41.
 19. Lee S, Lim H, Lee E, Lee S-W, Lim H-J. Association Between Asthma and Periodontitis: Results From the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontol.* junio de 2017;88(6):575-81.
 20. Khassawneh B, Alhabashneh R, Ibrahim F. The association between bronchial asthma and periodontitis: A case-control study in Jordan. *J Asthma.* 3 de abril de 2019;56(4):404-10.
 21. Lopes MP, Cruz ÁA, Xavier MT, Stöcker A, Carvalho-Filho P, Miranda PM, et al. Prevotella intermedia and periodontitis are associated with severe asthma. *J Periodontol.* enero de 2020;91(1):46-54.
 22. Shen T-C, Chang P-Y, Lin C-L, Wei C-C, Tu C-Y, Hsia T-C, et al. Risk of Periodontal Disease in Patients With Asthma: A Nationwide Population-Based Retrospective Cohort Study. *J Periodontol.* agosto de 2017;88(8):723-30.
 23. Ferreira MKM, Ferreira R de O, Castro MML, Magno MB, Almeida APCPSC, Fagundes NCF, et al. Is there an association between asthma and periodontal disease among adults? Systematic review and meta-analysis. *Life Sci.* abril de 2019;223:74-87.
 24. Gani F, Caminati M, Bellavia F, Baroso A, Faccioni P, Pancera P, et al. Oral health in asthmatic patients: a review : Asthma and its therapy may impact on oral health. *Clin Mol Allergy CMA.* 7 de noviembre de 2020;18(1):22.
 25. Alaki SM, Ashiry EA, Bakry NS, Baghlaif KK, Bagher SM. The effects of asthma and asthma medication on dental caries and salivary characteristics in children. *Oral Health Prev Dent.* 2013;11(2):113-120.
 26. Ryberg M, Moller C, Ericson T. Effect of beta 2-adrenoceptor agonists on saliva proteins and dental caries in asthmatic children. *J Dent Res.* 1987;66(8):1404-1406.
 27. Hong M, Park J-B, Kim YS, Lee D-H, Kim H, Lee J-I, et al. Association between Cockroach-specific Immunoglobulin E and periodontitis in Korean male adults Based on Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Sci Rep.* 12 de abril de 2017;7:46373.
 28. Fathima R, Shenoy R, Jodalli PS, Sonde L, Mohammed IP. Evaluation of Salivary Parameters and Oral Health Status Among Asthmatic and Nonasthmatic Adult Patients Visiting a Tertiary Care Hospital. *Cureus.* 21 de octubre de 2019;11(10):e5957.
 29. Thomas M, Parolia A, Kundabala M, Vikram M. Asthma and oral health: a review: Asthma and oral health. *Aust Dent J.* junio de 2010;55(2):128-33.
 30. Navarrete BA, Palacios PJR, Aguilar-Salvatierra A, Guardia J, Gómez-Moreno G. Effect of inhaled corticosteroids on salivary composition: a cross-sectional study in patients with bronchial asthma. *Clin Drug Investig.* septiembre de 2015;35(9):569-74.
 31. Laurikainen K, Kuusisto P. Comparison of the oral health status and salivary flow rate of asthmatic patients with those of nonasthmatic adults ? results of a pilot study. *Allergy.* marzo de 1998;53(3):316-9.
 32. Sullivan PW, Ghushchyan VH, Globe G, Schatz M. Oral corticosteroid exposure and adverse effects in asthmatic patients. *J Allergy Clin Immunol.* enero de 2018;141(1):110-116.e7.
 33. Chalitsios CV, Shaw DE, McKeever TM. Risk of osteoporosis and fragility fractures in asthma due to oral and

- inhaled corticosteroids: two population-based nested case-control studies. *Thorax*. enero de 2021;76(1):21-8.
34. Xu S, Zhang G, Guo J, Tan Y. Associations between osteoporosis and risk of periodontitis: A pooled analysis of observational studies. *Oral Dis*. marzo de 2021;27(2):357-69.
35. Scannapieco FA, Cantos A. Oral inflammation and infection, and chronic medical diseases: implications for the elderly. *Periodontol 2000*. octubre de 2016;72(1):153-75.
36. Shen T-C, Chang P-Y, Lin C-L, Wei C-C, Tu C-Y, Hsia T-C, et al. Impact of periodontal treatment on hospitalization for adverse respiratory events in asthmatic adults: A propensity-matched cohort study. *Eur J Intern Med*. diciembre de 2017;46:56-60.
37. Yang L-C, Suen Y-J, Wang Y-H, Lin T-C, Yu H-C, Chang Y-C. The Association of Periodontal Treatment and Decreased Pneumonia: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 5 de enero de 2020;17(1):356.

DESAFÍOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD ORAL EN CHILE DESDE UNA PERSPECTIVA ÉTICA DE LA SALUD PÚBLICA

CHALLENGES OF ORAL HEALTH RESEARCH IN CHILE FROM AN
 ETHICAL PERSPECTIVE OF PUBLIC HEALTH

RESUMEN

La alta prevalencia e impacto económico y social de las enfermedades orales constituye un importante desafío en el campo de la salud pública a nivel mundial. En Chile, la alta carga de enfermedades orales sumadas a las marcadas inequidades en salud bucodental, justifican la necesidad de generación de conocimiento útil para enfrentar este grave problema social. Sin embargo, los esfuerzos en investigación en salud oral parecieran estar principalmente enfocados en tributar a líneas de investigación básicas y a un mercado farmacológico cada día más fuerte, en vez de estudiar, monitorear y contribuir mediante propuestas preventivas e innovadoras a reducir las altas prevalencias e inequidades en salud oral del país, aspectos sustancialmente relevantes desde una perspectiva ética de la investigación y prioritarios desde el principio de justicia social en salud. En un marco de acción intersectorial la investigación con alto valor social es clave para mejorar la salud oral en Chile.

Palabras claves: Investigación en salud oral, salud pública, Chile

ABSTRACT

The high prevalence and economic and social impact of oral diseases constitutes a major challenge in the field of public health worldwide. In Chile, the high burden of oral diseases added to the marked inequities in oral health justify the need to generate useful knowledge to face this serious social problem. However, efforts in oral health research seem to be mainly focused on basic lines of research and an increasingly stronger pharmacological market, instead of studying, monitoring, and contributing through preventive and innovative proposals to reduce the high prevalence and inequities in oral health in the country, aspects that are substantially relevant from an ethical perspective of research and prioritized from the principle of social justice in health. In a framework of intersectoral action, research with high social value is key to improving oral health in Chile.

Keywords: Oral Health Research, Public Health, Chile.

Mauricio Baeza
 Gisela Jara
 María Angélica Michea
 Loreto Matamala
 María José de la Quintana
 Carlos Cisterna
 Facultad de Odontología
 Universidad de Chile
 mbaeza.paredes@odontologia.uchile.cl

Gustavo Saenz
 Cristian Valenzuela
 Josefa Sáez
 Oscar Santana
 Estudiantes de Odontología
 Facultad de Odontología
 Universidad de Chile

Recibido el 04-11-2021
 Aprobado el 06-07-2022

INTRODUCCIÓN

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano¹. En consecuencia, un alto nivel de salud es un activo único e invaluable que como derecho humano es fundamental para el bienestar de la humanidad². En ese contexto, la salud oral constituye un componente esencial para el bienestar físico, psicológico y social de los seres humanos. En una perspectiva propia de nuestra condición, la boca es crucial para la integración del sonido, la masticación, la deglución, el inicio de la digestión y para la apariencia social del individuo. Por lo tanto, no contar con un adecuado nivel de salud oral afecta a las personas en su autoestima, en su calidad de vida, y también en su bienestar general³.

Comúnmente se ha considerado que las enfermedades orales constituyen un grave problema de salud pública por su alta prevalencia e impacto económico y social relacionado a la pérdida dentaria y la salud general^{4,5}. Sumada a la creciente prevalencia e impacto biológico de las enfermedades orales, un componente de común preocupación en los distintos países es la fuerte asociación de la severidad del daño provocado con el nivel socioeconómico de las personas, lo que contribuye a aumentar la estigmatización y la injusticia social. Como resultado de la marcada gradiente social, una salud oral desigual impacta especialmente a las personas más vulnerables⁶. A pesar de los esfuerzos económicos y de los avances científicos, la salud oral sigue siendo un desafío pendiente en el campo de la salud pública, especialmente en países con un marcado modelo de desarrollo neoliberal, donde la brecha social y la incorporación de estilos de vida no saludables, explican en gran medida la alta carga de este grupo de enfermedades⁷.

En ese sentido, la investigación constituye una prioridad para cualquier sistema de salud pública porque los resultados generados podrían contribuir a optimizar procesos y reducir costos. En situaciones críticas, la evidencia aportada por los investigadores puede determinar el diseño de una política pública, o bien la mantención, modificación o incluso la eliminación de ciertos programas de salud⁸. Consecuentemente, quienes diseñan y/o conducen investigaciones deben otorgar y recibir responsablemente la mayor atención de los tomadores de decisiones y de la sociedad en general, para que sus aportes tengan valor y sentido para las personas. La ciencia, sus avances, sus desafíos y sobre todo sus resultados no pueden quedar en-

rrados en los laboratorios o instituciones científicas. Por el contrario, deben abrirse a la sociedad para lograr el impacto necesario a los requerimientos que demanda la población⁹. Es por esto que hoy en día es ampliamente aceptada la necesidad de evaluar el valor social como elemento fundamental en la apreciación ética de los protocolos de investigación en seres humanos¹⁰⁻¹² y generar información confiable que redunde en soluciones a problemas de la vida cotidiana^{13,14}.

Considerando la compleja situación epidemiológica en materia de salud oral en Chile y la importancia del valor social en la generación de conocimiento, resulta fundamental analizar el rol de la investigación en salud oral en Chile y sus retos principales en el contexto ético de la salud pública.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD ORAL?

La salud oral es parte fundamental de la salud general. Un estado de salud bucodental óptimo es indispensable para que las personas logren un completo bienestar físico, mental y social. Lamentablemente, la situación epidemiológica actual reconoce que las enfermedades orales más prevalentes, como enfermedades periodontales y caries, son pandemias que, junto a otras patologías bucales de creciente prevalencia como el cáncer oral, constituyen un grave problema de salud pública a nivel mundial⁶. El último estudio de carga global de enfermedad del año 2015⁵, estima que 3.500 millones de personas presentan una condición bucal no tratada; 2.500 millones de personas presentan caries no tratada en dientes permanentes; 538 millones de personas presentan periodontitis severa; y 276 millones de personas presentan pérdida total de dientes. El daño producido por las enfermedades orales es altamente significativo por su impacto económico y social. En el año 2010, los costos de tratamiento en todo el mundo se estimaron en US \$298 mil millones, lo que corresponde a un promedio del 4,6% del gasto mundial en salud⁵. Además del daño bucal, la presencia de focos sépticos orales como consecuencia de caries y/o enfermedad periodontal puede contribuir a través de bacteremias e inflamación sistémica al desarrollo de Enfermedades no Transmisibles (ENT) como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedad renal crónica, Alzheimer y distintos tipos de cáncer⁴. La estrecha interrelación preventiva y terapéutica entre las enfermedades orales y las enfermedades sistémi-

cas en el contexto de las ENT, pone de manifiesto la urgente necesidad de investigar, diseñar, implementar y evaluar políticas que permitan incorporar la salud oral en el control de estas enfermedades^{7,15}. A pesar de que en Chile se han implementado programas y prestaciones odontológicas de alto impacto en la población, como los programas odontológicos bajo régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), y los programas Sembrando Sonrisas en contexto comunitario y CERO en contexto asistencial, escasas iniciativas han puesto de relieve la importancia de incorporar la salud oral en el manejo integral de pacientes crónicos sistémicamente comprometidos⁷.

Otro elemento que fundamenta la importancia de la investigación es contribuir, entre otras medidas, a mitigar las inequidades existentes en salud oral. En el caso de Chile, en promedio son 16 la cantidad de dientes perdidos en el grupo etario de 65-74, con una cantidad de desdentados totales que bordea el 25% de la población¹⁶. La cantidad de chilenas y chilenos sin dientes son un reflejo del daño producido por la alta prevalencia, severidad y extensión de las enfermedades periodontales y caries dental. Estas prevalentes patologías orales no afectan a toda la población por igual, y presentan un comportamiento semejante a otros problemas de salud, distribuyéndose en una marcada gradiente social⁶. Se ha demostrado que en Chile los grupos con menor número de años de escolaridad tienen mayor prevalencia de caries no tratadas¹⁷ pérdida dentaria¹⁶, pérdida de inserción periodontal³, impacto negativo de problemas dentales y mortalidad por cáncer oral³. En un estudio reciente, se observó una diferencia de 19 dientes entre la parte más baja y la más alta en la escala social, definida en términos de años de educación formal⁶.

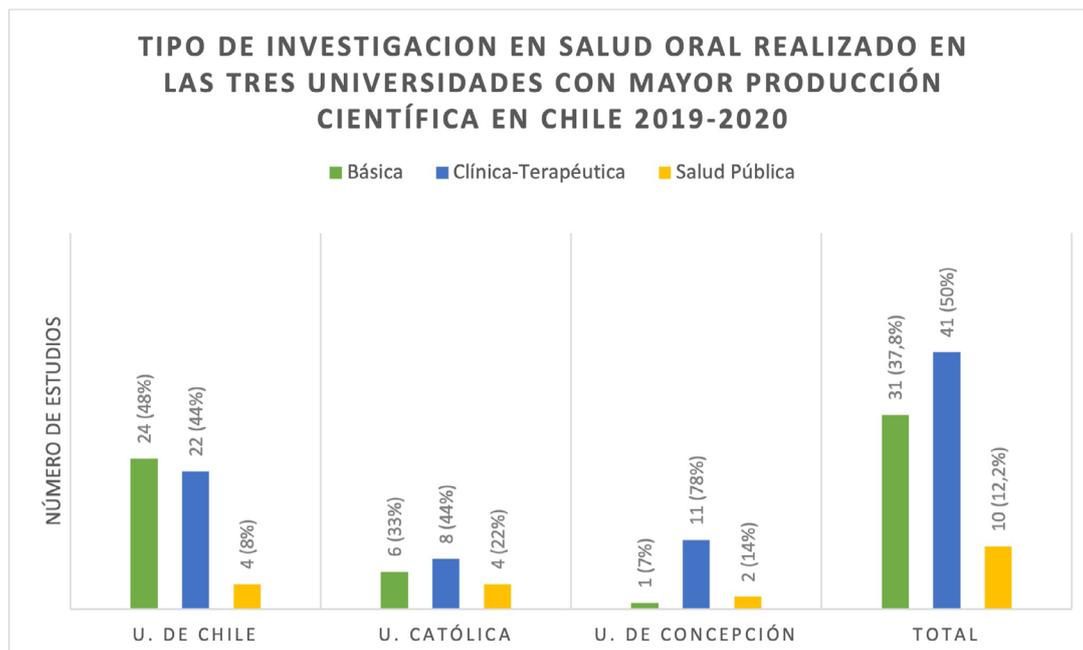
La investigación no puede abstraerse de esta situación, y apelando a su sentido más profundo vinculado a su valor social, debe contribuir a resolver los problemas prioritarios de la salud de la población. El valor social de una investigación en seres humanos, entendida como la capacidad de entregar frutos a la sociedad, es un elemento clave para su justificación

ética¹⁰. Ejemplo de aquello es la evidencia generada a partir de valiosas investigaciones en salud pública, especialmente en atención primaria, del efecto de intervenciones comunitarias innovadoras en cambios de estilo de vida saludables asociadas con actividad física, cese del hábito tabáquico, educación en dieta, reducción de factores de riesgo cardiovasculares y mejora de la salud mental, entre otros¹⁹. Estas investigaciones han servido de insumo para el diseño de importantes políticas públicas en salud, particularmente en países desarrollados, contribuyendo así a reducir la alta carga de enfermedades y de inequidades en salud, en especial de las ENT y de las propias enfermedades orales²⁰. La estrategia poblacional adoptada por países como Suecia y Dinamarca, a partir de sus propias investigaciones para generar estilos de vida saludable, han permitido con bastante éxito un mayor control de estas enfermedades, usando como pilares la promoción, la prevención y la educación a nivel individual y comunitario, que se contraponen con los actuales modelos curativos que demandan alta inversión y recursos físicos-humanos como es el caso de los modelos adoptados por la mayoría de los países latinoamericanos²¹.

¿QUÉ SE INVESTIGA CON RELACIÓN A LA SALUD ORAL EN CHILE?

Al analizar los proyectos de investigación en desarrollo de enero de 2019 a marzo de 2020 por las tres universidades más importantes del país en términos de producción científica según el Academic Ranking of World Universities (ARWU) 2019²², se puede observar que un 37,8% corresponde a investigación "Básica", un 50% a investigaciones de carácter "Clínico-Terapéutico" y un porcentaje que alcanza solo el 12,2% está destinado a estudiar, monitorear, evaluar y/o proponer soluciones desde un enfoque preventivo a los problemas existentes en el campo de la salud pública en materia de salud oral (Figura 1).

Figura 1. Número y porcentaje total del tipo de investigación en salud oral realizado en Chile de las tres universidades con mayor producción científica (2019-2020).



Elaboración propia, a partir de los datos disponibles en las páginas web de las respectivas universidades.

Parece altamente preocupante que gran parte de los esfuerzos en investigación en salud oral en Chile parecieran estar más enfocados en tributar a líneas de investigación básicas cuyo potencial valor social y aplicabilidad final es complejo de medir con precisión¹⁰, y a un mercado de productos odontológicos cada día más fuerte, especialmente vinculado a la industria de biomateriales dentales que se sustenta en base al paradigma asistencial de la salud.

Considerando que en el campo de la salud oral el enfoque preventivo ha sido por lejos superior al enfoque curativo para enfrentar los principales problemas de salud de la población²⁰, el alto porcentaje de investigación básica y clínica-terapéutica centrada exclusivamente en el enfoque curativo, parece altamente desbalanceado con relación a la investigación centrada en el eficiente enfoque preventivo que ha demostrado ser el único camino para reducir las inequidades y mejorar los resultados e indicadores de salud oral en la población. Los responsables de este

desequilibrio deben tomar nota. Porque la fascinación por determinada investigación puede estar haciendo perder el sentido común y más profundo de la investigación en salud: obtener nuevos conocimientos y evidencias que puedan mejorar la salud de las poblaciones y de sus determinantes²¹.

¿POR QUÉ SE INVESTIGA LO QUE SE INVESTIGA EN SALUD ORAL?

Probablemente por el frecuente condicionamiento de sus estrategias, contenidos y recursos por parte de intereses ajenos a las necesidades de las poblaciones: qué se ha de investigar, cómo se ha de investigar y con qué recursos se cuenta, está marcado la mayoría de las veces por las prioridades establecidas por intereses privados desde las grandes corporaciones y por intereses académicos de financiamiento a través de los escasos fondos concursables.

En el último tiempo ha habido un creciente interés

de la industria farmacéutica de productos odontológicos por desarrollar trabajos de investigación en salud oral en Chile²³. Se suma a esta situación la baja inversión por parte del Estado para financiar proyectos de investigación en general, con un reducido y estancado presupuesto destinado a la generación de conocimiento que alcanza tan solo un 0,38% del PIB, el más bajo dentro de los países de la OCDE²⁴. En esa lógica, la competencia por los escasos fondos concursables estatales plantea algunas situaciones que en parte podría contribuir a explicar la falta de priorización por una investigación al servicio de la salud poblacional. Las probabilidades de adjudicación de un proyecto de fondo concursable estatal aumentan proporcionalmente al valor científico de este. Generalmente el valor científico en el área de la salud pareciera estar más estrechamente vinculado con las ciencias básicas o clínico-básicas que son las que mayoritariamente adjudican este tipo de proyectos^{25,26} y que habitualmente son desarrollados y evaluados por investigadores afines a esas mismas áreas, pero no necesariamente cercanos a los contextos sociales en salud¹⁰. Las bajas tasas generales de adjudicación de proyectos en odontología y de recursos disponibles para investigación con alto valor social, son aspectos que dificultan el desarrollo de investigaciones de mayor alcance, es decir, que logren impactar significativamente en el diseño o implementación de políticas públicas en salud oral²⁷.

Finalmente, se suma otro elemento no despreciable en este análisis: el desinterés de los profesionales de la salud por la investigación en salud. A pesar de la cercanía con las problemáticas sociales en salud y con la formación científica y de herramientas adquiridas para realizar investigación, la mayoría de los profesionales de la salud no ven en la investigación un campo de acción atractivo. A medida que el campo de la salud se convierte en objeto de consumo y de ganancias privadas, la poco rentable práctica investigadora no forma parte del interés del profesional de la salud y en consecuencia tiende a alejarse de sus compromisos éticos para con la salud pública. En la medida en que han de optar por beneficiarse de las ganancias económicas, de prestigio o de poder no lograrán reivindicar y comprometerse con estrategias y prácticas investigadoras públicas centradas en las necesidades reales de las personas²¹.

¿CUÁL ES EL DESAFÍO DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD ORAL DESDE UNA MIRADA ÉTICA DE LA SALUD PÚBLICA?

La grave situación epidemiológica y especialmente la marcada gradiente social del estado de salud oral en la población chilena, representan uno de los mayores desafíos que debemos enfrentar desde una perspectiva ética de la salud pública. En un marco de acción intersectorial, donde se articulen los esfuerzos de los diferentes actores sociales, incluyendo tomadores de decisiones, académicos, profesionales de la salud, organizaciones sociales y a la comunidad en general, la investigación en salud oral debe ocupar un espacio central reivindicando su rol social al servicio de la justicia y los derechos humanos en salud.

Como lo señala Ferrer²⁸, “lograr la equidad en salud es uno de los más importantes desafíos éticos a nivel mundial”. Una fuente fundamental de injusticia social son las inequidades en salud, que requieren estudios e intervenciones tanto desde los servicios de atención sanitaria como desde los macro determinantes de la salud, especialmente desde la educación²⁹. En ese contexto, los desafíos sociales de la investigación en salud oral desde su fundamentación ética deberían estar centrados en estudiar, monitorear y contribuir mediante propuestas preventivas e innovadoras a reducir las altas prevalencias e inequidades en salud oral del país, aspectos sustancialmente relevantes desde el valor social de la investigación y prioritarios desde el principio de justicia social en salud. El conocimiento generado con un alto valor social desde una perspectiva ética de la salud pública se traducirá en evidencia clave para el diseño de políticas en salud que tengan como fundamento ético impactar en la realidad social, reduciendo el sufrimiento humano y otorgando mayor dignidad a las personas.

El desarrollo de una investigación en salud oral comprometida con la ética y la justicia social necesita también del intercambio de aportaciones teóricas y experiencias prácticas entre profesionales de diferentes regiones y países²¹. En ese sentido, el trabajo colaborativo de una red de investigadores en salud oral, especialmente a nivel de países de América Latina que comparten características, problemas e indicadores de salud similares, constituye también un desafío permanente para fortalecer la salud pública bucal de todos los países de la región. En esa línea, varias iniciativas se han impulsado para la generación de redes de colaboración, como la red latinoamericana de salud oral y la reciente red ibero-panamericana de intervención comunitaria de las enfermedades periodontales^{30,31}.

CONCLUSIONES

La investigación odontológica desde una perspectiva ética debiera enfocar su accionar hacia el estudio y desarrollo de estrategias que fomenten la equidad y la justicia social. Los investigadores en salud oral dentro de un contexto de acción intersectorial, deben transformarse en actores sociales claves que sensibilicen al resto de la sociedad y logren instalar en la agenda pública y gubernamental la necesidad de generación de conocimiento clave para contribuir a reducir la alta carga de enfermedades orales y las injustas brechas de desigualdad en salud oral, mediante una vigilancia epidemiológica permanente, identificación e intervención de grupos de mayor riesgo, evaluación de costo efectividad de programas de salud oral y generación de propuestas preventivas e innovadoras a partir de la producción de conocimiento útil para el diseño de políticas públicas en salud. Finalmente, el desarrollo de una investigación en salud oral comprometida con la ética y la justicia social necesita también del intercambio de aportaciones teóricas y experiencias prácticas entre profesionales de diferentes regiones y países, que permitan la formación de sólidas redes internacionales en salud.

Agradecimientos

A los profesores Marcela Ferrer y Sergio Zorrilla, expertos en ética aplicada a la salud pública, por la orientación, revisión y contribución en el desarrollo del presente estudio.

Fuente de apoyo

Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo / Programa Becas / Beca Doctorado Nacional/2018 – 21180023

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. WHO; ©2021.
2. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/> ENLACE NO DISPONIBLE
3. Mann JM, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg HV. Health and human rights. *Health Hum Rights*. 1994 Fall;1(1):6-23.
4. Gamonal, J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzua I, Aranda W, Carvajal P, Arteaga O. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. *J Periodontol*. 2010;81:1403-1410.
5. Genco RJ, Grossi SG, Ho A, Nishimura F, Murayama Y. A proposed model linking inflammation to obesity, diabetes, and periodontal infections. *J Periodontol*. 2005; 76(11 Suppl):2075–2084.
6. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, Murray CJL, Marcenes W; GBD 2015 Oral Health Collaborators. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res*. 2017 Apr;96(4):380-387. doi: 10.1177/0022034517693566.
7. Espinoza I. Inequidades en salud bucal en adultos en Chile. [Tesis Doctoral]. Santiago: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; 2015.
8. Baeza M, Jara G, Morales A, Polanco J, Sáenz G, Espinoza I, Gamonal J. Oral Health Policies in the context of non-communicable diseases: A pending challenge in Chile. *Int. j interdiscip. dent*. 2021;14(1): 28-31.
9. Kim D. Bridging the epidemiology-policy divide: A consequential and evidence-based framework to optimize population health. *Prev Med* 2019;129:105781.
10. Cañete R. Responsabilidad institucional y social en la investigación científica. *Rev cubana med* vol.53 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2014
11. Zorrilla S, Salinas R, Ferrer M, Lamas E. y Equipo EULABOR. Valor Social y Conflicto de Interés en la Ética de la Investigación Biomédica. Conclusiones del proyecto EULABOR; 2011.
12. World Medical Association, *Manuel d'éthique médicale*, 2a ed., 2009, pp. 103-104.

13. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres Humanos Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS); 2017.
14. León FJ. Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales. En: Lolos F, editor. Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS. Santiago de Chile: Programa regional de Bioética OPS/ OMS; 2004. p. 145-52.
15. Kliksberg B. América Latina: el caso de la salud pública. En: Sen A, Kliksberg B. Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado. Deusto: Planeta; 2008. p. 121-86.
16. Morales A, Bravo J, Baeza M, Werlinger F, Gamonal J. Periodontal disease as a chronic non transmissible diseases: Paradigm shift. Rev. Clin. Periodoncia Implantol Rehabil. Oral. 2016;9(2): 203-207.
17. Urzua I. Dental caries prevalence and tooth loss in Chilean adult population: first national dental examination survey. Int J Dent 2012;2012:810170.
18. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria. Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-17 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2017 [citado en julio 2021] Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
19. Ramirez V. Oral and pharyngeal cancer mortality in Chile, years 2002-2010. Rev. Clin. Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2015;8(2): 133-138.
20. Magallón R, Benedé B. El Valor de la Investigación en Salud [Internet]. Instituto de investigación sanitaria de Aragón. 15 de enero de 2016. Disponible en: <http://www.iisaragon.es/el-valor-de-la-investigacion-en-salud/>
21. Contreras A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2016;9(2):193-202.
22. Calderón C, Betancurth DP. La ética y la justicia social en la práctica de la investigación cualitativa en salud en el medio sanitario. Rev Fac Nac Salud Pública 2015;33(supl 1):S125-S127.
23. Academic Ranking of World Universities (ARWU) 2019 [Internet] [citado en junio 2021]. Disponible en <https://www.shanghairanking.com/rankings/arwu/2019>
24. Convenio de cooperación entre Facultad de Odontología Universidad de Chile y Empresa Colgate Palmolive Chile S.A. [Internet]. 2011 [citado en jun 2018]. Disponible en: <http://odontologia.uchile.cl/dam/jcr:c1f98a5a-ba4d-4012-b29f-95a3e553b001/convenio-de-colaboracion-fouch-colgate-palmolive-chile.pdf>
25. Grupo Banco Mundial 2018. Gasto en investigación y desarrollo (% del PIB). 2018
26. Concurso FONDECYT Iniciación 2018. Proyectos y recursos totales por disciplina. Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) [Internet]. Proyectos y recursos totales asignados por disciplina [citado el 21 de diciembre de 2018] . Disponible en:
27. <https://www.conicyt.cl/fondecyt/files/2018/10/Proyectos-y-recursos-totales-asignados-por-Disciplina.pdf>
28. Se adjudica Concurso IDEA DE I+D, FONDEF/CONICYT 2018. Resolución Exento N°: 8269/2018 Santiago 22/08/2018. Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEF) [Internet] 2018 [citado el 21 de diciembre de 2018]. Disponible en:
29. https://www.conicyt.cl/fondef/files/2018/01/REX-8269_2018-ADJUDICACION-ID18.pdf
30. Aprueba adjudicación XV Concurso Nacional de Proyectos de Investigación y desarrollo en Salud, FONIS 2018, FONDEF de CONICYT. Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS). Resolución Exento No. 9108/2018 [Internet]. 2018 [citado el 21 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.conicyt.cl/fondef/files/2018/01/Resolucion-Fallo-XV-concurso-FONIS.pdf>
31. Ferrer Lues M. Equidad y justicia en salud implicaciones para la bioética. Acta Bioethica. 2003;IX(1113).
32. Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. Serie Reprints; 9. Washington D.C.: OPS; 1991.
33. Red Latinoamericana de Salud Bucal [Internet]. 2021 [citado en nov 2021]. Disponible en: <http://www.sld.cu/uvs/saludbucal/>.
34. Sociedad de Periodoncia de Chile [Internet]. 2021 [citado en nov 2021]. Disponible en: <https://www.facebook.com/SocPerioCHile/>.

CARACTERÍSTICAS DE LA UTILIZACIÓN DE TELEMEDICINA EN URÓLOGOS CHILENOS DURANTE PANDEMIA COVID-19

CHARACTERISTICS OF THE USE OF TELEMEDICINE IN CHILEAN UROLOGISTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

RESUMEN

Este trabajo busca conocer la experiencia de urólogos chilenos que utilizaron teleconsulta durante esta pandemia, describir la herramienta tecnológica utilizada, el perfil de pacientes consultantes, opiniones acerca de la utilidad y limitantes de esta experiencia.

ABSTRACT

This work seeks to know the experience of Chilean urologists who used teleconsultation during this pandemic, describe the technological tool used, the profile of consulting patients, opinions about the usefulness and limitations of this experience.

La telemedicina puede ser definida como la utilización de herramientas de comunicación para prestar atención en salud de manera remota¹. Incluye la teleconsulta, tele-educación y tele-asistencia o monitorización a distancia².

La teleconsulta contempla el uso de algún dispositivo de comunicación (teléfono, smartphone o computador) para establecer el contacto remoto entre un paciente y un profesional de salud o entre dos profesionales de salud (denominada esta última como teleinterconsulta)³. Presenta distintos beneficios a los pacientes, describiéndose la posibilidad de acceso a atención de forma oportuna, evitar traslados (costos e inconvenientes asociados), disminuir barreras geográficas, entre otras. Para los sistemas de salud es útil como atención costo-efectiva, disminuye la fragmentación y facilita la continuidad de atención⁴.

En la actual pandemia COVID-19 las medidas recomendadas para disminuir el riesgo de transmisión y contagio han sido el “distanciamiento social” y “protección de personas pertenecientes a los grupos de riesgo”, limitación de movilidad y cierre de servicios no esenciales, lo cual ha afectado las actividades habituales y la calidad de vida de la población^{5,6}. Para los servicios de salud la sobrecarga y demanda de atención de pacientes COVID-19 ha requerido la distribución de recursos económicos, de infraestructura y humanos, tanto en atención hospitalaria como ambulatoria, afectando de esta manera la prestación de servicio a otras patologías⁷. En Chile el gobierno decretó emergencia sanitaria el 8 de febrero de 2020 y el primer caso confirmado fue el 3 de marzo del mismo año, se tomaron medidas como el cierre de escuelas y la preparación de los equipos de salud para enfrentar el escenario que se avecinaba, afectando de esta forma las atenciones de salud⁸.

En este escenario, la teleconsulta se convierte en una herramienta de ayuda, al reducir la propagación del virus y permitiendo que el paciente acceda a diagnóstico, tratamientos y mantenga también sus controles por patologías existentes⁹. Existen bastantes reportes en la literatura sobre la experiencia en la utilización de esta modalidad de atención durante la pandemia COVID-19, en distintos países y especialidades médicas. Se describen así sus beneficios, ventajas, dificultades y limitantes¹⁰.

La especialidad de urología, al igual que el resto de las otras especialidades, ha visto afectada su atención debido a la pandemia, por lo que ha utilizado la teleconsulta como una herramienta que permite dar continuidad a sus atenciones, existien-

José Antonio Inzunza
 Unidad de Urología. Hospital de
 Villarrica. Villarrica. Chile
 2 Departamento Especialidades
 Médicas. Facultad de Medicina
 Universidad de La Frontera
 Temuco. Chile
 jainzunza@gmail.com

Mauricio Andrés González
 Unidad de Urología. Hospital de
 Villarrica. Villarrica. Chile

Roberto Valenzuela
 Departamento Especialidades
 Médicas. Facultad de Medicina.
 Universidad de La Frontera.
 Temuco. Chile

Carla Inostroza
 Departamento Salud Municipal de
 Villarrica. Villarrica. Chile

Felipe Inzunza
 Centro de Salud Familiar Eduardo
 Frei Ruiz Tagle. Villa Alemana. Chile

Recibido el 09-06-2021
 Aprobado el 25-11-2021

do cada vez más reportes del uso de telemedicina durante este periodo, los que mencionan dentro de sus ventajas el disminuir el riesgo de contagio, facilitar el acceso y la continuidad de atención¹⁴⁻¹⁷. En condiciones específicas se menciona su uso para para priorizar motivos de consulta previo a consulta presencial, control de pacientes oncológicos, control post operados, evaluaciones electivas, entre otras¹⁸. Tenemos la experiencia de la Asociación Francesa de Urología que recomendó el 16 de marzo de 2020 que las consultas y cirugías no urgentes se retrasen, creando las condiciones tecnológicas y coordinando atenciones por teleconsulta para continuar resolviendo la demanda¹¹. En Dinamarca se postergaron las consultas ambulatorias presenciales el 13 de marzo de 2020 y la Autoridad Sanitaria recomendó continuar las atenciones por teleconsulta, realizándose atenciones urológicas vía telefónica¹². En Estados Unidos se vivió igual situación de postergación de atenciones y fortalecimiento de la telemedicina para mantener las atenciones urológicas. En estas tres experiencias, la telemedicina sirvió para seleccionar diagnósticos que debían atenderse con mayor antelación a otros, continuar controles de pacientes crónicos, realizar controles en posoperados y realizar educación. En los estudios que analizan la experiencia en la utilización de telemedicina se observan buenos niveles de satisfacción tanto para los urólogos como para los pacientes^{10,13}.

Las particularidades de la urología en relación a la teleconsulta no difieren mucho de otras especialidades clínicas, siendo la imposibilidad de realizar el examen físico la más mencionada como limitante y que dificulta la evaluación en primeras consultas. Por esto, la mejor percepción de utilidad es en controles o en motivos de consulta en que puede omitirse el examen físico.

El objetivo de este trabajo es conocer la experiencia de urólogos nacionales chilenos que utilizaron teleconsulta en este periodo, describir la herramienta tecnológica utilizada, perfil de pacientes consultantes, opinión de utilidad y limitantes. Corresponde al primer estudio realizado que analiza esta temática en la especialidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo. Se utiliza encuesta de autoreporte diseñada con ítems de interés a evaluar, la cual incluye preguntas cerradas de respuesta dicotómica, escala Likert y preguntas abiertas. Dis-

tribuida por email con el patrocinio de la Sociedad Chilena de Urología, se aplicó durante los meses de julio-octubre de 2020. Junto con responder la encuesta, los participantes dieron su consentimiento informado autorizando el uso de la información aportada. Análisis estadístico con software IBM SPSS® .V¹².

El universo estimado de urólogos a nivel nacional es de 480. De ellos 307 pertenecen a la Sociedad Chilena de Urología, a quienes, y con el patrocinio de la Sociedad, se contactó vía correo electrónico para participar de este estudio.

RESULTADOS

Participaron 108 urólogos. Su distribución etaria se observa en el Gráfico 1. Un 47% pertenece a la zona central del país, 36% zona sur y 17% zona norte. Se observa que la utilización de telemedicina fue principalmente en el sector público de salud en un 50%, en el sector privado en un 21.2% y en ambos en un 28.8%, observándose que surgió como iniciativa según lugar de trabajo (sistema público o privado) en el Tabla 1. Sólo 13 ya habían utilizado teleconsulta. La herramienta tecnológica más utilizada fue video-llamada a través de whatsapp o zoom en un 37%, llamada telefónica en 16% y la combinación de ambas en 47%. Un 57.4% considera que la telemedicina requiere más tiempo que la consulta presencial y 43.6% que requiere tiempo similar o menor. La distribución etaria de los pacientes consultantes fue 21% mayores 65 años, 47% entre 41-65 años y 32% menor o igual a 40 años. El número de atenciones durante el periodo estudiado fue en aumento en 41.66%, se mantuvo constante en 24.84% y disminuyó en 33.5%, siendo principalmente consulta electiva v/s consulta de urgencia (97.3% v/s 2,7%). Se observó una utilización alta en el sistema público de salud (50% en forma exclusiva y 28.8% asociado al sistema privado). Fue impulsado principalmente por el empleador en la mayoría de los casos (77.78% vs 22.22% como iniciativa individual) y en esta implementación no se observó una diferencia importante entre ambos sistemas, siendo incluso levemente superior en el sistema privado (51.25% vs 48.75). Las principales limitaciones descritas a la teleconsulta se observan en la Tabla 2. Se observa en la Tabla 3 una buena percepción de utilidad de teleconsulta, que satisface necesidad de atención y que se mantendrá como modalidad de atención post pandemia. Un 61% mantendría atención por teleconsulta, un 30% no la mantendría y 9% sólo en algunos casos.

Gráfico 1. Distribución etaria encuestados

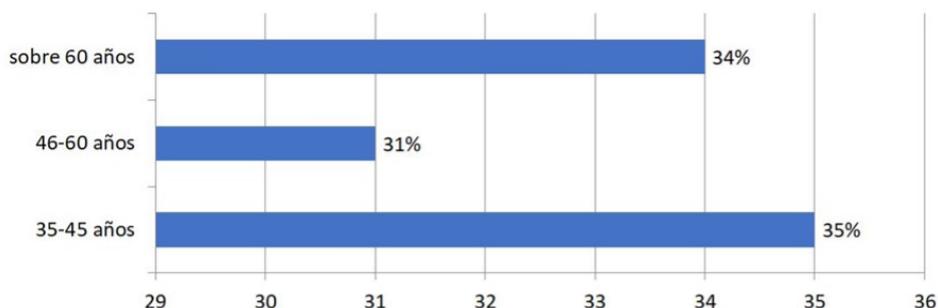


Tabla 1. Lugar de utilización de telemedicina

	%	n
Sistema público	50	54
Sistema privado	21.2	23
Ambos	28.8	31
Total	100	108

¿La realización de teleconsulta surgió por?

	%	n
Implementación en mi lugar de trabajo	77.78	84
Particular	51.25	41
Público	48.75	43
Iniciativa propia	22.22	24
Total	100	108

Tabla 2. Limitaciones de telemedicina

	%
Dificultad para expresarse o manifestar síntomas del paciente	45
Imposibilidad de realizar examen físico	100
Sensación de medicina despersonalizada	20
Tiempo requerido	33
Sistema informático deficiente	15

* Porcentaje corresponde a número de veces que fue elegida esa opción.

Tabla 3. Percepción de la telemedicina

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Muy desacuerdo
¿Es una modalidad que se mantendrá post-pandemia	40%	39%	8%	10%	3%
¿Satisface necesidad de atención?	21%	39%	9%	18%	13%
¿Instaurarla a permanencia?	25%	37%	6%	15%	17%
¿Cómoda/útil para la práctica clínica?	25%	33%	12%	18%	12%
¿Transitoria a pandemia para luego retomar presencial?	11%	22%	6%	39%	22%

DISCUSIÓN

La pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 ha afectado los sistemas sanitarios de todos los países sin distinción, produciendo distintos grados de colapso, dificultad de su respuesta a la demanda de atención por esta patología y además postergando la atención de otras enfermedades. Dentro de las distintas estrategias implementadas para hacer frente a esta situación se ha potenciado la utilización de la teleconsulta, entendiendo que esta herramienta permite reducir el riesgo de contagio al evitar el contacto cercano y la exposición¹¹.

En Chile no es nuevo el uso de tecnologías de comunicación para prestar atención en salud remota, existiendo distintas experiencias de cooperación entre centros universitarios y zonas geográficas distantes, además de la implementación el año 2018 del Programa Nacional de Telesalud del Ministerio de Salud, el cual está inserto en el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Sin embargo la implementación de cada programa de telesalud ha sido según directrices locales de acuerdo a los recursos de tecnología de cada servicio o centro. Comparando esta situación con países desarrollados encontramos que en Estados Unidos el Departamento de Asuntos de Veteranos ha utilizado la telemedicina durante más de 20 años,

teniendo cifras de utilización como en el año 2014 con 1,2 millones de visitas de telesalud en 690.000 veteranos y 44 especialidades médicas¹².

Este es el primer trabajo de investigación que evalúa la utilización de teleconsulta por urólogos nacionales durante esta pandemia. En él observamos que fue utilizada por urólogos de distintas edades, no existiendo un grupo etario predominante. Esto podría orientarnos a que la asociación a edades más jóvenes y mayor uso las tecnologías en este caso no aplica. Tampoco existe una diferencia importante entre la distribución geográfica de quienes utilizaron telemedicina, entendiendo que la necesidad de mantener las atenciones médicas es a nivel país y no sólo de una zona específica. Llama la atención que existiendo un programa de Telemedicina y siendo el sistema público quien atiende un 74.8% de la población (según el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile) no sea este donde más se utilizó esta herramienta, pero podría explicarse que los privados implementaron rápidamente esta modalidad para mantener sus ingresos.

En la literatura se sugiere contar con plataformas digitales en las cuales exista un manejo seguro de los datos de los pacientes y exista una adecuada comunicación por video¹³. En algunos centros existen

plataformas creadas para asistencia remota, pero en nuestro trabajo no se especificó si fueron utilizadas, no existiendo una plataforma específica para realizar teleconsulta, y predominando la utilización de llamada telefónica y videollamada (por WhatsApp o zoom), las cuales son de amplia disponibilidad en nuestro país tanto para los médicos como para los pacientes. Estas herramientas son también las más mencionadas en algunos trabajos que evaluaron la telemedicina en urología, como se describe por ejemplo en un estudio que encuestó 620 urólogos de 58 países¹⁴.

En el periodo analizado aumentó el número de pacientes que fue atendido por teleconsulta, lo cual coincide con la difusión que se hizo de este tipo de atención a través de la prensa, redes sociales y la publicidad de centros médicos (que produjo un aumento de la consulta espontánea por los pacientes) así como también de la progresiva implementación en los lugares de trabajo de los encuestados.

La imposibilidad de realizar examen físico es referida como la principal limitante, seguida de la dificultad de expresarse del paciente. Esta limitación es también mencionada en distintas publicaciones. Puede ser útil para cambiar esta percepción seguir recomendaciones existentes a la utilización de teleconsulta en la cual sugieren prescindir de ella en condiciones donde el examen físico es necesario o evaluar la opción del autoexamen dirigido por el especialista¹⁵⁻¹⁷. Considerando este punto puede mejorarse la percepción de utilidad al tener claro cuando utilizarla y cuando no, de acuerdo a los motivos de consulta. En nuestro estudio los urólogos consideraron que satisface la necesidad de atención en 49% (según respondieron como “muy de acuerdo” y “de acuerdo” a la afirmación). Si comparamos esta percepción del profesional con lo publicado en la literatura, de acuerdo a la evaluación de los propios pacientes, las cifras de satisfacción son buenas, lo que muestra una diferencia entre lo que el profesional percibe y lo que realmente los pacientes esperan de la consulta médica, en ambas modalidades^{18,19}. No obstante la consideración anterior, la mayoría cree que la teleconsulta es una modalidad que se mantendrá pospandemia, transformándose en una forma de atención permanente. Tanto es así que el 61% mantendría las atenciones por telemedicina y sólo un 9% no continuaría (respondiendo el resto que en que “solo en algunos casos”) coincidiendo con otros estudios que presentan hallazgos similares, haciendo si la observación que apoyados de una buena plataforma de videollamada^{20,21}.

Creemos que este estudio representa una importante instancia para conocer la utilización de la teleconsulta entre los urólogos chilenos durante la pandemia. Sin embargo, reconocemos también limitaciones en el mismo. Primero identificamos que la encuesta se realizó en distintos tiempos de la pandemia en cada región por lo que la necesidad de utilización puede variar de acuerdo a ella al igual que la participación. Por ejemplo, si la zona central se encontraba con más casos en la fecha de la aplicación de la encuesta puede haber influido a que las consultas presenciales estuvieran suspendidas y se haya utilizado la teleconsulta como opción, a diferencia de otra región no tan afectada por la pandemia que no ‘obligara’ a realizar este tipo de atención. Notamos también que no identificamos cual fue el motivo de atención por teleconsulta (primera atención o control) para cada servicio. Esto puede confundir porque en el sistema privado la implementación puede favorecer la atención espontánea de primera consulta electiva, a diferencia del sistema público en el cual puede haber sido implementada para mantener controles. De igual forma sería bueno conocer el grado de satisfacción o percepción de utilidad de acuerdo al motivo de consulta, sabiendo que en algunos una anamnesis exhaustiva aporta significativamente al diagnóstico, pudiendo el examen físico diferirse en la evaluación, a diferencia de otros en los cuales si no hay un examen físico no es posible realizar diagnóstico.

Valoramos este trabajo, tanto por su originalidad como por permitir plantear líneas de futuros nuevos trabajos que consideren las observaciones y limitantes de este.

Agradecimientos

Manifestamos nuestro agradecimiento a la Sociedad Chilena de Urología, por el patrocinio de este trabajo y la distribución de la encuesta entre los urólogos nacionales.

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no presentar conflictos de intereses

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mahajan V, Singh T, Azad C. Using Telemedicine During the COVID-19 Pandemic. *Indian pediatrics*. 2020;57(7):652-7.
2. Klaassen B, van Beijnum BJ, Hermens HJ. Usability in telemedicine systems-A literature survey. *International journal of medical informatics*. 2016;93:57-69.
3. Leibar Tamayo A, Linares Espinós E, Ríos González E, Trelles Guzmán C, Álvarez-Maestro M, de Castro Guerin C, et al. Evaluation of teleconsultation system in the urological patient during the COVID-19 pandemic. *Actas urológicas españolas*. 2020;44(9):617-22.
4. Greenhalgh T, Shaw S, Wherton J, Hughes G, Lynch J, A'Court C, et al. SCALS: a fourth-generation study of assisted living technologies in their organisational, social, political and policy context. *BMJ open*. 2016;6(2):e010208.
5. Iyengar K, Upadhyaya GK, Vaishya R, Jain V. COVID-19 and applications of smartphone technology in the current pandemic. *Diabetes & metabolic syndrome*. 2020;14(5):733-7.
6. Haleem A, Javaid M, Vaishya R. Effects of COVID-19 pandemic in daily life. *Current medicine research and practice*. 2020;10(2):78-9.
7. Ficarra V, Novara G, Abrate A, Bartoletti R, Crestani A, De Nunzio C, et al. Urology practice during the COVID-19 pandemic. *Minerva urologica e nefrologica = The Italian journal of urology and nephrology*. 2020;72(3):369-75.
8. Fraser B. Chile plans controversial COVID-19 certificates. *Lancet (London, England)*. 2020;395(10235):1473.
9. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, et al. Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of telemedicine and telecare*. 2020;26(5):309-13.
10. Pinar U, Anract J, Perrot O, Tabourin T, Chartier-Kastler E, Parra J, et al. Preliminary assessment of patient and physician satisfaction with the use of teleconsultation in urology during the COVID-19 pandemic. *World journal of urology*. 2021;39(6):1991-6.
11. Gadzinski AJ, Ellimoottil C. Telehealth in urology after the COVID-19 pandemic. *Nature reviews Urology*. 2020;17(7):363-4.
12. Darkins A. The growth of telehealth services in the Veterans Health Administration between 1994 and 2014: a study in the diffusion of innovation. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*. 2014;20(9):761-8.
13. Connor MJ, Winkler M, Miah S. COVID-19 pandemic - is virtual urology clinic the answer to keeping the cancer pathway moving? *BJU international*. 2020;125(6):E3-e4.
14. Dubin JM, Wyant WA, Balaji NC, Ong WL, Kettache RH, Haffaf M, et al. Telemedicine Usage Among Urologists During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Study. *Journal of medical Internet research*. 2020;22(11):e21875.
15. Eguia H, Vinciarelli F, Villoslada Muñiz RL, Sanz García FJ. Consulta no presencial en tiempos de coronavirus: información para médicos de Atención Primaria. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2020;46(8):560-5.
16. Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the Time of Coronavirus. *Journal of pain and symptom management*. 2020;60(1):e12-e4.
17. Gadzinski AJ, Gore JL, Ellimoottil C, Odisho AY, Watts KL. Implementing Telemedicine in Response to the COVID-19 Pandemic. *The Journal of urology*. 2020;204(1):14-6.
18. Ramaswamy A, Yu M, Drangsholt S, Ng E, Culligan PJ, Schlegel PN, et al. Patient Satisfaction With Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Cohort Study. *Journal of medical Internet research*. 2020;22(9):e20786.
19. Satin AM, Shenoy K, Sheha ED, Basques B, Schroeder GD, Vaccaro AR, et al. Spine Patient Satisfaction With Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Global spine journal*. 2020;2192568220965521.
20. Andrews E, Berghofer K, Long J, Prescott A, Caboral-Stevens M. Satisfaction with the use of telehealth during COVID-19: An integrative review. *International journal of nursing studies advances*. 2020;2:100008.
21. Barkai G, Gadot M, Amir H, Menashe M, Shvimer-Rothschild L, Zimlichman E. Patient and Clinician Experience with a Rapidly Implemented Large Scale Video Consultations Program During COVID-19. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2020.

CARTA AL EDITOR

Rev Chil Salud Pública 2022
Vol 26(1): 112-113

LOS DESAFÍOS EN LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD DURANTE Y POST PANDEMIA SARS-COV-2

MENTAL HEALTH CHALLENGES IN HEALTH CARE WORKERS DURING AND POST SARS-COV-2 PANDEMIC

Señor Editor,

La pandemia por SARS-CoV-2 ha traído consigo consecuencias adversas para la Salud Mental (SM) de la población nacional¹, pero especialmente para los trabajadores de la salud²⁻⁵. Éstos últimos desempeñan una labor sin precedentes en un contexto de constante sobrecarga asistencial³. Investigaciones en Chile evidencian una alta prevalencia de insomnio, malestar psicológico, depresión, ansiedad, distrés, angustia psicológica e ideación suicida. Estos problemas de SM en algunos casos son mayores a los de la población general y son los más altos entre el personal de salud latinoamericano²⁻⁴. Se reporta que la morbilidad de problemas de SM es significativamente mayor en el género femenino, personal de enfermería y trabajadores de la salud abocados a tratamientos directos en personas contagiadas con el virus².

Lamentablemente, a pesar de la evidente vulnerabilidad de los trabajadores de la salud en Chile, solo uno de cada tres prestadores de salud logra acceder al apoyo psicológico que solicita⁴. Esto es particularmente preocupante, ya que una importante estrategia para la contención de la pandemia, se refiere a la protección de la SM de los trabajadores de la salud, puesto que es necesario que sean conscientes de sus capacidades, puedan trabajar de forma productiva y fructífera, como los principales actores que contribuyen al control de la crisis sanitaria³. Por esta razón, ante la significativa incidencia de problemas de SM en los trabajadores de la salud, es imprescindible disminuir sus brechas de acceso en atenciones de SM adecuadas a sus necesidades (i.e., confidenciales, sin estereotipos, con enfoque de género)^{2,3,6} y resolver importantes nudos críticos (e.g., disponibilidad de recursos humanos, económicos e infraestructura)⁷, so pena de intensificar una crisis sanitaria pos pandemia de atenciones físicas y psicosociales pospuestas sin profesionales saludables, tanto para las derivadas de la pandemia, como las que no.

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

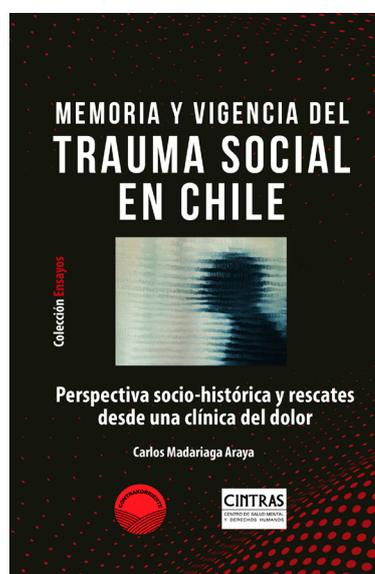
Recibido el 14-02-2022

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Madariaga-Araya C, Oyarce-Pisani AM. Pandemia por COVID-19: un hecho social total. Sus efectos sobre la salud mental de los chilenos. *Rev Chil Salud Pública* [Internet]. Diciembre de 2020;13–29. Available from <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSPP/article/view/60371>
2. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo-Urizar A, Zapata-Pizarro A, Irrarázaval M. Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. Agosto de 2020;148(8):1121–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801121>
3. Mascayano F, van der Ven E, Moro MF, Schilling S, Alarcón S, Al Barathie J, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers: study protocol for the COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. Enero de 2022; Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02211-9>
4. Alvarado R, Ramírez J, Lanio Í, Cortés M, Aguirre J, Bédregal P, et al. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. *Rev Med Chil* [Internet]. Agosto de 2021;149(8):1205–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000801205> %0AARTÍCULO
5. da Silva-Neto RM, Benjamim CJR, de Medeiros-Carvalho PM, Neto MLR. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* [Internet]. Enero de 2021;104:110062. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110062>
6. Champion J, Javed A, Lund C, Sartorius N, Saxena S, Marmot M, et al. Public mental health: required actions to address implementation failure in the context of COVID-19. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. Febrero de 2022;9(2):169–82. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00199-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00199-1)
7. Manríquez-Robles D. El derecho a la salud mental en la nueva constitución: una discusión inmediata. En: Quiroz C, Carrasco C, editores. *Nueva Constitución: Una propuesta desde La Araucanía*. 1a ed. Temuco: Ediciones UC Temuco; 2021. p. 237–45. Available from: <https://ediciones.uct.cl/content/uploads/2021/10/Una-nueva-Constitucion%CC%81n.pdf>

MEMORIA Y VIGENCIA DEL TRAUMA SOCIAL EN CHILE

MEMORY AND RELEVANCE OF SOCIAL TRAUMA IN CHILE



El libro **“Memoria y vigencia del trauma social en Chile”**, sin duda debe transformarse en un documento de cabecera de cada equipo interdisciplinario que trabaje, que tenga alguna responsabilidad profesional en el tratamiento, acompañamiento, abordaje técnico de las consecuencias y efectos que van dejando en la historia y presente, las graves violaciones a derechos humanos.

Un texto que interroga al ejercicio histórico del Estado en su obligación de garantizar y proteger los derechos fundamentales de las personas. Nos habla de una cruda realidad traumática que debe ser analizada y considerada, no negada, no invisibilizada. Nos habla de dolores y abandonos que si no se actúa correctamente sobre ellos desde la acción del Estado, aparece el riesgo de que la construcción social se permee desde el significado e impacto perturbador del dolor y abandono que recae sobre los cuerpos

y lo social, se permeen las individualidades, las subjetividades y objetivas relaciones sociales; lo que destruye sin duda, la posibilidad de construir sociedad basada en la doctrina de los derechos humanos, que apueste a resguardar los derechos de todas y todos sin exclusión, para lograr un efectivo y anhelado bienestar social.

Hoy siento la responsabilidad de representar la voz –por la función que cumplo como coordinadora nacional del Programa PRAIS– de personas que integran equipos de salud, que son parte de la historia y construcción de evidencia que nos relata este libro, sobre una praxis de acompañamiento a familiares de víctimas y sobrevivientes que a diario conviven con los efectos y consecuencias del tremendo daño producido por las sistemáticas violaciones a derechos humanos ocurridas durante el periodo de la dictadura militar como también, ante las violaciones a derechos humanos que ocurren posterior al año 90 y que se agudizan en su gravedad y sistematicidad a partir del 18 de octubre de 2019.

Un relato de la evidencia histórica social y científica, que nos da cuenta detalladamente del rol de la memoria, de las características de los eventos, de cómo se configura el trauma social, sus características, su alcance expansivo y radiactivo, que viaja en el tiempo, que se despliega y cala en lo más profundo del ser humano, del ser social, en las individualidades y en las relaciones sociales. Un trauma que deviene del fenómeno de la violencia política, en un escenario de terrorismo de Estado sucedido en países del cono sur en América Latina, esto, a través del ejercicio del

terror y la violencia, la dominación de los cuerpos en la intención concertada de imponer un modelo económico que precariza, esclaviza y somete a la mayoría, que trasgrede los derechos fundamentales de las personas reconocidos, aceptados y extensamente documentados a nivel mundial.

Nos convoca a conocer sobre la historia del fenómeno de la violencia política para mirar el hoy desde un correlato de hechos, que más allá de la configuración actual del sistema socio político, nos dice que esta violencia aún hace su despliegue, se extiende y pareciera que aún no tiene fecha de término; esto es lo que nos indica la realidad, la calle, el box, la organización territorial, organizaciones de profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales, las y los estudiantes, las y los trabajadores, etc.

Estamos ante un problema social, un problema de salud pública con características específicas, que hoy cuenta por un lado, con una trayectoria de abordaje nacional que tiene resultados claros, aciertos y desaciertos, que nos interpela en su sentido de urgencia por la precariedad en que hoy se operativiza su abordaje y por otro lado, cuenta con un marco de acción, con una carta de navegación que es la que nos plantea el derecho internacional de los derechos humanos, Esta carta orienta, sugiere, entrega fórmulas e insta a los Estados a alcanzar ciertos estándares para el logro efectivo de lo que significa reparar la magnitud del daño ocasionado que, como se fundamenta en los distintos capítulos de esta obra, fue intencionado y concertado desde el ejercicio del Estado. Si este fenómeno no lo miramos, analizamos, y no se le asigna el carácter de problema social y de salud pública –que requiere de una política pública clara, robusta, progresiva, vigilada, debidamente financiada– nos quedaremos en el plano de un abordaje con carácter de medidas, que la historia nos muestra que son aisladas, fragmentadas, insuficientes, desactualizadas y por tanto, no se cumple el mandato de reparar la consecuencia de este trauma social que, como nos dice el texto, viaja en el tiempo con el riesgo de que la transmisión sea desde el daño, impidiendo y derrotando la aspiración y esperanza de la no repetición.

Pararnos desde el reconocimiento de la magnitud del daño, de sus características específicas y mirar desde el ayer, permite construir política pública para el hoy y el futuro; esto sin duda, permite identificar múltiples estrategias de acción, coordinadas, intersectoriales, multidisciplinarias y multidimensionales.

De este ayer y en este hoy, siguen presentes saberes y voces que se reúnen en diversas formas organizacionales e institucionales, que dan cuenta de un diagnóstico y propuestas claras de abordaje que nacen del trabajo biopsicosocial, del acompañamiento y diálogo con la sociedad civil. Por otra parte y lo más importante, siguen presentes voces y un permanente actuar, fruto del trabajo y lucha que han impulsado las personas directamente afectadas, las organizaciones de derechos humanos, para que esta sociedad se haga cargo en su organización social de Estado, de su obligación de proteger y garantizar, de responder ante cada componente de la materia de Reparación Integral: Verdad, Justicia, Memoria, Reparación social (satisfacción, indemnización, rehabilitación) y no repetición.

Sin duda, estamos frente a una obra que nos da cuenta y pone a disposición desde una praxis concreta, saberes, formula y metodología, que pueden generar y fundar con fundamento, un punto de inflexión desde la institucionalidad del Estado en el abordaje del daño, efectos y consecuencias que han dejado y sigue dejando en las personas y en la sociedad toda, las graves violaciones a derechos humanos. En definitiva, reparar con integralidad este trauma social, será posible si permanentemente vemos este desafío como “...una tarea de inmensa complejidad y requiere de una crítica rigurosa y de ajustes importantes; parte sustantiva de estos ajustes constituyen derechos de ciudadanía, por lo que interpelan la voluntad política para los cambios necesarios, la determinación económica para garantizar su materialización, el diseño de nuevas políticas y programas integrados de reparación, la preparación de cuadros técnicos, el despliegue de una intersectorialidad efectiva y con capacidad para soluciones concretas a problemas concretos.” (página 52).

RC
SP | REVISTA
CHILENA
DE SALUD
PÚBLICA

www.revistasaludpublica.uchile.cl
www.saludpublica.uchile.cl/publicaciones
www.facebook.com/rctaludpublica/